

GPC sur la prise en charge des patients vivant avec le VIH

2022

S. Mokrane, N. Dekker, P. Van Royen, C. Martin, D. Van Beckhoven, S. Swannet, E. Florence, R. Koeck, T. Cornelissen, L. De Coninck, M. Goossens, S. Cordyn, J. Laermans, V. Borra

À la demande du groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne (WOREL) d'ebpracticenet

Version validée par le Cebam le 2 mai 2023



Worel

**Werkgroep
Ontwikkeling
Richtlijnen
Eerste Lijn**

**Groupe de travail
Développement de
Guides de pratique
de Première ligne**

**Working group
Development of
Primary Care
Guidelines**

Contribution du patient et évaluation par le praticien de soins primaires

Les guides de pratique clinique donnent des indications sur lequel le praticien de soins primaires peut s'appuyer, et qui constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques. Pour le praticien de soins primaires, ils résument la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient moyen. Dans la pratique, il convient de prendre en compte le contexte du patient, qui constitue un partenaire équivalent lors de la prise de décisions. C'est pourquoi le médecin généraliste clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des éventuelles options thérapeutiques. Il peut donc arriver que le médecin généraliste et le patient fassent ensemble un meilleur choix autre de manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas soulevé à chaque fois dans les guides de pratique clinique, mais est mentionné ici de manière explicite

Table des matières

Introduction	3
Motivation du guide de pratique clinique	3
Objectifs	4
Champ d'application de ce guide de pratique.....	5
Epidémiologie	5
Dépistage du VIH et counseling	10
Abréviations utiles dans le domaine du VIH.....	13
Terminologie liée au VIH	14
Questions cliniques	16
Résumé des recommandations	17
1. CQ1 : Que faut-il faire après un test VIH positif ?	23
1.A. Lors de la consultation de remise du résultat.....	23
1.B. Lors des consultations suivantes	53
2. CQ 2 : Quel est le suivi médical de la PVVIH en première ligne de soins ?	80
2.1. Observance du traitement et maintien dans les soins	80
2.2. Suivi de la santé globale.....	95
2.3. Suivi spécifique du VIH	105
Conditions préalables à la mise en œuvre du guide	119
Éléments d'évaluation	119
Agenda de recherche	119
Élaboration	119
Auteurs	120
Méthodologie	121
Questions cliniques	121
Élaboration et étude de la littérature	121
Projet de texte.....	122
Procédure de consensus	123
Évaluation externe.....	124
Implication des patients	125
Classification GRADE	125
Conflit d'intérêts et financement	127
Mise à jour	127
Validation	128

Introduction

Motivation du guide de pratique clinique

Grâce au traitement antirétroviral (TAR), l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est passée du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique ¹. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont la même espérance de vie que les personnes non infectées.

Le médecin généraliste assure une prise en charge des patients chroniques en collaboration avec les soins spécialisés. Pour les PVVIH, le médecin généraliste devrait également intégrer certains aspects du suivi médical des PVVIH à l'approche globale de la médecine générale, en collaboration avec le centre de référence VIH (CRV), permettant un partenariat plus efficace entre les spécialistes et les médecins généralistes. La prise en charge chronique des PVVIH est centrée sur le patient.

La suppression virale n'est pas le but ultime du traitement. Les PVVIH qui ont atteint la suppression virale doivent encore faire face à d'autres défis pouvant altérer leur qualité de vie ², et ont besoin d'un suivi concernant les comorbidités et leurs facteurs de risque, la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive. De plus, en raison de l'amélioration de la survie, les PVVIH qui vieillissent sont susceptibles de développer des affections liées à l'âge, telles que des affections osseuses et articulaires, des troubles mentaux, des maladies cardiovasculaires, des cancers et un déclin neurocognitif. Enfin, différentes formes de stigmatisation peuvent viser les PVVIH et avoir un impact sur les comportements de santé et l'observance du traitement ³.

L'infection à VIH est maintenant une infection chronique. Les soins spécialisés des PVVIH sont certainement toujours justifiés, et ils doivent être combinés avec la prise en charge de soins de médecine générale pour les patients stables. Aujourd'hui certains besoins en matière de soins de santé des personnes vivant avec un 'VIH stable' s'éloignent des soins VIH purement spécialisés pour

¹ Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV, et al. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* 2013;382(9903):1525-33.

² Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

³ Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* 2013;16(3 Suppl 2):18640.

s'intégrer aux compétences du système de soins de santé primaires (le plus souvent le médecin généraliste), où l'accent est mis davantage sur la prévention, le dépistage des comorbidités et le traitement des maladies chroniques autres que le VIH.

Actuellement en Belgique, l'expérience du suivi des PVVIH par les médecins généralistes est très diverse. Il faut noter que le ratio médecin généraliste/PVVIH est proche de 1. Si chaque médecin généraliste sera un jour confronté à des circonstances nécessitant un dépistage pour le VIH (pour les indications, voir le [tool IST du KCE](#)), la prévalence du VIH en Belgique est telle que certains médecins généralistes ne seront jamais amenés à prendre en charge une PVVIH. Néanmoins, si le médecin généraliste est amené à remettre un résultat positif et/ou à suivre une PVVIH diagnostiquée au préalable, il est important de disposer de lignes de conduite claires.

Ce guide de pratique fournit **des recommandations aux praticiens de première ligne lors de la remise d'un résultat positif pour le VIH, et aux médecins généralistes pour le suivi des PVVIH en soins primaires**, afin qu'ils puissent s'impliquer petit à petit dans la prise en charge des PVVIH.

L'accent est mis sur l'importance de la mise en lien avec les services de soins et au TAR pour les PVVIH, sur l'observance au long cours du TAR et sur le maintien dans les soins dans le cadre du continuum de soins du VIH (HCC). **Les recommandations s'appliquent aux adultes (16+) après un test VIH positif confirmé.**

Objectifs

Le premier objectif de ce guide est de fournir un outil permettant d'améliorer la qualité de la remise d'un résultat positif au dépistage du VIH en première ligne de soins. Les praticiens concernés sont tous les praticiens de première ligne amenés à dépister pour le VIH et donc aussi à remettre le résultat. Il s'agit des médecins généralistes, des sages-femmes, des gynécologues et peut-être d'autres praticiens. Le second objectif vise à améliorer l'implication du médecin généraliste dans le suivi des PVVIH.

Le succès dépendra de plusieurs facteurs : la sensibilisation et la formation de la première ligne à la remise de résultat du VIH et à la prise en charge des PVVIH, l'amélioration de la collaboration et de la communication bilatérale entre les CRV et la première ligne de soins, l'implication des PVVIH dans cette nouvelle approche.

Champ d'application de ce guide de pratique

Ce guide couvre :

- Le counseling post-test après un diagnostic positif confirmé du VIH, en première ligne de soins.
- Le suivi des PVVIH par le médecin généraliste.

Ce guide n'aborde pas :

- Le dépistage du VIH ou des infections sexuellement transmissibles (IST),
- Le VIH chez les enfants (<16 ans),
- Le counseling pré-test,
- Le counseling post-test après un diagnostic négatif du VIH,
- Le traitement post-exposition (TPE) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP),
- Les aspects juridiques liés au diagnostic et à la révélation du statut VIH,
- La protection des données (GDPR) dans le cadre du VIH,
- Les options de TAR,
- Le traitement des complications ou des co-infections,
- Le traitement des comorbidités.

Epidémiologie

VIH, un fardeau mondial

Le VIH est un problème de santé publique mondial majeur, avec près de 38 millions de PVVIH et ayant fait plus de 32 millions de victimes à ce jour. En 2021, 1,5 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH dans le monde. ONUSIDA fait état de près de 4 PVVIH sur 5 dans le monde connaissant leur statut sérologique, de près des deux tiers recevant un TAR et de plus de la moitié ayant une charge virale supprimée ou indétectable. On estime que 28,7 millions des 38,4 millions de PVVIH dans le monde ont accès à un traitement, soit plus de trois fois plus qu'en 2010.

L'intensification du traitement a permis de réduire le nombre de décès dus aux maladies liées au sida, de 1,7 million en 2004 à 650 000 en 2021. Le fait de proposer un TAR aux femmes enceintes vivant avec le VIH a permis de progresser vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ⁴.

⁴ Global AIDS Update 2019, UNAIDS: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf

Ces résultats sont le fruit d'efforts assidus déployés par les programmes nationaux de lutte contre le VIH, soutenus par les citoyens et des partenaires.

Malgré les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH, l'épidémie continue de représenter une grave menace pour la santé publique dans le monde entier ⁵. Les succès de la riposte mondiale au VIH sont répartis de manière inégale et inéquitable ⁶. Si l'incidence du VIH est en baisse dans le monde, elle augmente dans certains pays et régions. En Afrique subsaharienne, le taux d'infection des adolescentes et des jeunes femmes est deux fois plus élevé que celui des garçons et des hommes du même âge. Il existe des disparités importantes dans l'accès aux traitements et aux soins, les garçons et les hommes étant à la traîne dans de nombreux pays. Les populations clés ont souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH et réduit l'accès aux programmes de dépistage et de traitement. Le VIH progresse là où il y a des inégalités, des déséquilibres de pouvoir, de la violence, de la marginalisation, des tabous, de la stigmatisation et de la discrimination.

Avantages du TAR et Indétectable = Intransmissible

Il n'existe pas de traitement curatif de l'infection par le VIH, mais le TAR contribue à améliorer l'espérance de vie et réduit fortement la contamination des personnes les plus exposées.

En 2016, la Prevention Access Campaign ('Campagne d'accès à la prévention') ⁷, une initiative d'équité en matière de santé, a lancé l'initiative **Indétectable = Intransmissible ou I = I** ('Undetectable = Untransmittable' ou U = U). Cette campagne a pour objectif de mettre fin à la pandémie de VIH/sida ainsi qu'à la stigmatisation liée au VIH. I = I signifie que les PVVIH qui reçoivent un TAR et qui ont atteint et maintenu une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus par voie sexuelle à d'autres personnes. Ce concept, qui repose sur des preuves scientifiques solides, a d'importantes implications pour le traitement de l'infection par le VIH d'un point de vue scientifique et de santé publique, mais aussi pour l'estime de soi des individus en réduisant la stigmatisation associée au VIH et même pour certains aspects juridiques de la criminalisation du VIH.

⁵ http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18

⁶ Global AIDS Update 2019, UNAIDS: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf

⁷ <https://www.preventionaccess.org>

Le continuum de soins du VIH et les objectifs de l'ONUSIDA

Le continuum de soins du VIH ('HIV care continuum' ou HCC) est un modèle de santé publique qui décrit les étapes ou les stades que traversent les PVVIH depuis l'infection par le VIH jusqu'à l'obtention et le maintien de la suppression virale ⁸.

Les stades sont :

- le **diagnostic** de l'infection par le VIH ;
- le 'linkage to care' ou la **mise en lien avec des services de soins du VIH** (défini par le CDC comme étant avoir au moins une charge virale ou un dosage de CD4 documentés dans les 30 jours (1 mois) suivant le diagnostic du VIH) ;
- le 'receipt of care' ou **l'engagement dans les soins du VIH** (défini par le CDC comme le taux de PVVIH diagnostiquées et ayant eu au moins un test de charge virale ou de dosage de CD4, effectué par un professionnel de santé au cours d'une année donnée) et l'initiation du TAR ;
- le 'retention in care' ou **le maintien dans les soins du VIH** ;
- **l'obtention et le maintien de la suppression virale.**

ONUSIDA ⁹ a d'abord lancé les objectifs '90-90-90' en 2014, puis les objectifs plus ambitieux '95-95-95'. Pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, '95-95-95' propose que 95 % des PVVIH dans le monde connaissent leur diagnostic, que 95 % des PVVIH diagnostiquées soient sous TAR et que 95 % des PVVIH sous TAR soient en suppression virale d'ici 2030.

HCC en Belgique

Sur les 18 753 PVVIH estimées en Belgique en 2020, 92% étaient diagnostiquées et 8% ignoraient encore qu'elles étaient infectées par le VIH. Parmi les PVVIH diagnostiquées, 89% étaient sous TAR, et parmi elles, 94% avaient une charge virale supprimée. Ceci montre que la couverture du TAR est restée élevée en 2020 et s'avère très efficace pour contrôler la charge virale des patients séropositifs. La Belgique a confirmé avoir atteint l'objectif global 2020 de l'ONUSIDA avec au moins 73% des PVVIH ayant leur charge virale supprimée : en 2020, cette proportion était de 77%. Des efforts supplémentaires seront nécessaires, notamment en ce qui concerne le diagnostic précoce de

⁸ <https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/hiv-aids-care-continuum>

⁹ L'ONUSIDA est le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et recueille les infos concernant les efforts de 11 organisations des Nations Unies - UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, UN Women, ILO, UNESCO, WHO et la Banque mondiale

• https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

l'infection par le VIH et le maintien dans les soins du VIH ('retention in care') pour atteindre les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA d'ici 2030.

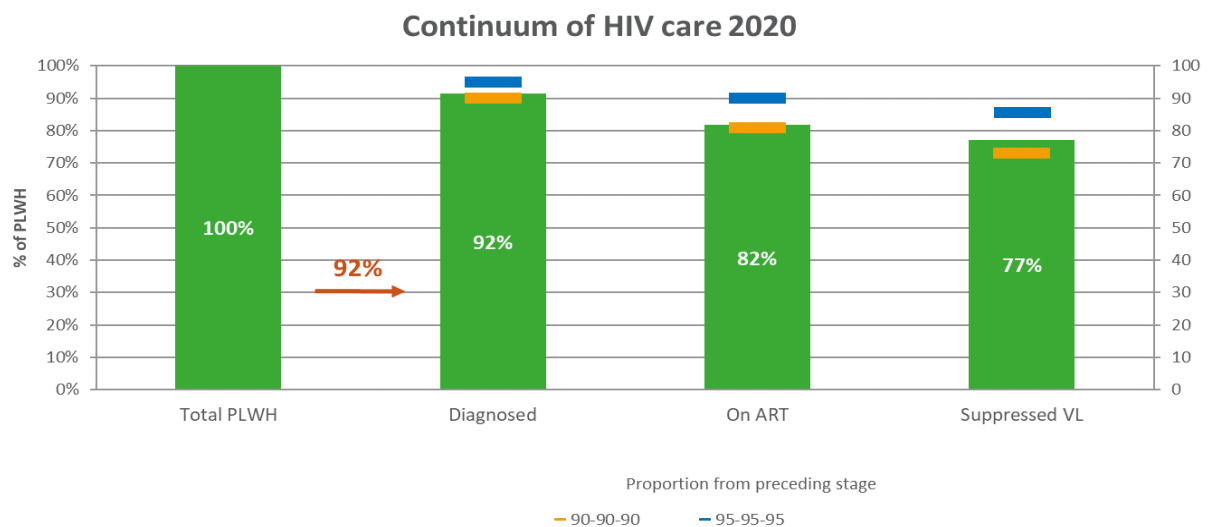


Figure 1 : Continuum de soins du VIH pour les PVVIH en Belgique en 2020 par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA.

Contexte épidémiologique belge

En 2020, Sciensano a enregistré 727 nouveaux diagnostics d'infections par le VIH ¹⁰. Depuis 2013, on observe une tendance à la baisse du nombre de diagnostics. En 2020, les diagnostics de VIH ont été fortement impactés par la COVID-19 et ses conséquences sanitaires, le nombre de diagnostics ayant diminué de 21% par rapport à 2019. En 2020, 47% des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH avec informations recensées sur le mode de transmission concernaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 49% la population hétérosexuelle. La consommation de drogues par voie intraveineuse et la transmission périnatale ont été rapportées dans 1% et 2% des diagnostics de VIH, respectivement.

En 2020, 244 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez les HSH, soit une diminution de 27 % par rapport à 2019. In 2020, on connaît le mode de transmission pour 71% (N=517) des nouveaux cas diagnostiqués. En 2020, 252 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez les personnes hétérosexuelles, soit une diminution de 31 % par rapport à 2019. En 2020, les femmes représentaient 70 % des diagnostics de VIH parmi les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne, et 32 % parmi les hétérosexuels de nationalité belge.

¹⁰ Deblonde J, et al. Épidémiologie du sida et de l'infection VIH en Belgique. Rapport 2021. Situation au 31 décembre 2020. Bruxelles : Sciensano, 2021. DOI : <https://doi.org/10.25608/zepg-vg62>

En 2020, 56 tests VIH pour 1 000 habitants ont été réalisés et la proportion de nouveaux diagnostics confirmés était de 1,1 pour 1 000 tests réalisés. En 2020, 36 % des infections par le VIH ont été diagnostiquées tardivement (CD4 <350/mm³ au moment du diagnostic). La proportion de diagnostics tardifs varie selon le mode de transmission : 47% pour les infections transmises par contact hétérosexuel et 22% parmi les HSH. Le diagnostic d'infection par le VIH a été réalisé par des médecins-généralistes dans 42% des cas, plus d'un tiers (34%) par des internistes et dans 7% par des gynécologues obstétriciens.e.s.

En 2020, 17 018 patients ont été suivis pour soins du VIH en Belgique. Le nombre de PVVIH augmente en raison de nouvelles infections et d'une faible mortalité, sauf en 2020, à cause de l'épidémie du COVID-19. La population des PVVIH est vieillissante : d'une part l'espérance de vie des PVVIH mis sous traitement s'accroît et il y a une augmentation de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les personnes de plus de 50 ans. En conséquence, les patients âgés de 50 ans et plus représentent 43% des personnes prises en charge. En conséquence, la durée d'infection et de traitement de nombreux patients est plus longue. Les PVVIH présentent donc un risque plus élevé de développer des (multi)comorbidités.

Plus de 80% des PVVIH prises en charge en Belgique ont un suivi médical dans l'un des 12 CRV reconnus. Les PVVIH qui ne sont pas prises en charge dans un CRV sont pour la très grande majorité suivies dans d'autres hôpitaux par des infectiologues. La surveillance actuelle ne permet pas de connaître le taux de PVVIH suivies régulièrement en médecine générale.

Les indicateurs de soins cliniques dans les CRV sont optimaux, avec 98% des PVVIH sous TAR en 2020, et une charge virale sous contrôle (< 200 copies/ml) atteinte pour 98% des PVVIH sous TAR pendant au moins 6 mois.

[Le HIV plan belge](#)

Depuis 2013, le Plan national de lutte contre le VIH fournit un cadre commun d'action contre le VIH/sida en Belgique et constitue l'élément fondamental d'une réponse efficace au VIH/sida ¹¹. Le HIV plan comprend 4 piliers stratégiques : la prévention, le dépistage et accès à la prise en charge, la prise en charge des PVVIH et la qualité de vie des PVVIH. Ce plan a pour objectif de :

- réduire le nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH tout en promouvant les conditions d'une sexualité saine et responsable,

¹¹ Le HIV plan 2014-2019 : https://hiv-plan.be/wp-content/uploads/2022/01/Plan-VIH_FR.pdf

- favoriser l'accès aux services et programmes spécialisés en matière de VIH dans le cadre de la prévention, du dépistage, des soins et d'un accompagnement de qualité, de l'accès universel aux soins,
- réduire toute forme de stigmatisation et de discrimination, notamment celle fondée sur le statut sérologique ou la santé.

Le plan prévoit des actions destinées spécifiquement à la médecine générale, notamment dans le pilier 'prise en charge' :

- Axe prioritaire 2 : garantir le maintien de la prise en charge du VIH pour toutes les PVVIH grâce à l'autonomisation des patients et à une démarche de collaboration avec les médecins généralistes et les organisations de patients.
 - **2.5** Améliorer les connaissances des médecins généralistes à l'égard de l'épidémie de VIH en Belgique, du traitement à des fins de prévention (TasP), du principe I = I, des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA et de la qualité de vie liée à la santé ;
 - **2.6** Assurer une communication claire entre les CRV et les médecins généralistes et les informer de l'offre de soins multidisciplinaires pour le VIH qui est proposée dans les CRV.

D'autres actions impliquent les médecins généralistes dans le dépistage et la qualité des soins. Vous trouverez les plans complets sur le site web suivant:

<https://hiv-plan.be/fr/>.

Depuis le tout début du HIV plan, plusieurs résultats ont été réalisés : le remboursement de la PrEP, la démedicalisation des tests rapides, la création d'un Conseil des PVVIH ou encore la vaccination non genrée contre le HPV. Une proposition de plan pour les 5 prochaines années (2020-2026) a été publiée ¹².

Dépistage du VIH et counseling

Le dépistage du VIH sort du cadre de ce guide. Néanmoins, nous l'abordons ici car le dépistage s'accompagne de conseils qui seront également donnés lors de la remise du résultat. Le **counseling** est un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant en vue de permettre au patient de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH et de gérer avec

¹² [HIV Plan Belgium - HIV Plan Belgium \(hiv-plan.be\)](https://hiv-plan.be/)

le patient les attitudes/comportements à risque ¹³. Il permet d'avoir une relation privilégiée et d'offrir un message de prévention adapté à son profil spécifique ¹⁴.

Counseling pré-test

Le counseling pré-test permet d'entamer une discussion pour évaluer les motivations, les inquiétudes et les questions des patients. Cela permet d'envisager les avantages et désavantages de la connaissance d'un statut séropositif pour le VIH.

Avantages :

- Encourager les comportements de prévention et de réduction du risque de transmission ;
- Aider les femmes à accéder à l'information pour prévenir la transmission verticale ;
- Aider les personnes à faire des plans pour le futur ;
- Favoriser l'accès précoce aux services de soins et aux traitements ;
- Aider à réduire le déni, la stigmatisation, et la discrimination en 'normalisant' le VIH/SIDA.

Désavantages :

- Anxiété et stress lié à la possibilité d'une positivité ;
- Peur de la stigmatisation dans la communauté ou dans la famille ¹⁵.

C'est un moment privilégié pour informer sur le VIH et des IST, et rectifier idées reçues et informations fausses. Cette consultation s'accompagne d'un conseil personnalisé de prévention adapté aux éventuelles situations à risque auxquelles la personne a pu être exposée et permet d'évaluer l'implication du résultat - positif ou négatif ^{16,17}.

¹³ Le conseil VIH/SIDA : un élément clé de la prise en charge. Guide conçu pour les décideurs, les planificateurs et les responsables de la mise en œuvre d'activités de conseil. Genève : OMS, 1995.

¹⁴ Pertinence et efficacité d'un dépistage anonyme et gratuit du VIH/SIDA. Rapport d'activités. Centre Elisa, 2003: 7.

¹⁵ Women, Children, and HIV. Resources for Prevention and treatment, july 2004: <https://wfp.tind.io/record/5336>

¹⁶ Pertinence et efficacité d'un dépistage anonyme et gratuit du VIH/SIDA. Rapport d'activités. Centre Elisa, 2003: 7.

¹⁷ Etat des lieux du dépistage du VIH/SIDA en Belgique et recommandations, réseaux-MSF, p 10.

En pratique, le counseling pré test consiste en une discussion avec le patient qui aborde :

- les risques éventuels, la gestion de ce risque dans l'avenir ;
- les avantages et désavantages à se faire dépister ;
- une information sur le VIH adaptée à la réalité du patient ;
- les aspects techniques du test ;
- la possibilité de résultat positif, et notamment l'information des partenaires sexuels ;
- la prévention de la transmission mère-enfant ;
- l'élargissement du test VIH à autres IST ;
- la fixation d'un rendez-vous pour la remise résultat.

Counseling post-test

La consultation post-test permet la remise du résultat lors d'une consultation programmée à cet effet. Le délai entre le test et la remise du résultat **doit permettre au patient de repenser au problème des comportements à risque et de la gestion de ce risque**. Elle est l'occasion de renforcer les attitudes préventives et la gestion du risque par des conseils personnalisés.

RÉSULTAT NÉGATIF

L'annonce du résultat de séronégativité à un test de dépistage est l'occasion de rappeler les conseils de prévention primaire. La séronégativité signifie que le patient n'est pas contaminé (pour autant qu'on soit en dehors de la période fenêtre). La vaccination contre les hépatites B et A peut être proposée.

Lors du post-counseling d'un résultat négatif, le médecin est d'abord à l'écoute du patient. Il ouvre ensuite la discussion sur le comportement à risque. Le constat de non-contamination peut amener au maintien de conduites à risque, faisant naître un sentiment (irrationnel) d' 'invulnérabilité' ¹⁸. L'abord des conduites sexuelles et le rappel des conseils de prévention primaire, notamment l'usage du préservatif, doit permettre au patient d'évaluer ses difficultés à adopter un comportement de protection, et d'élaborer sa propre stratégie de prévention ¹⁹.

¹⁸ Avis n°17 du 17 juin 2002 relatif aux « aspects éthiques des autotests de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) », Comité consultatif de bioéthique, p. 8. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_17_web.pdf

¹⁹ Pertinence et efficacité d'un dépistage anonyme et gratuit du VIH/SIDA. Rapport d'activités. Centre Elisa, 2003: 7.

RÉSULTAT POSITIF

Pour le counseling d'un résultat positif, voir les recommandations développées dans ce guide.

Abréviations utiles dans le domaine du VIH

Anglais		Français		Néerlandais	
ART	Antiretroviral treatment	TAR	Traitement antirétroviral	ART	Antiretrovirale therapie
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise	aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARL	Aids Reference laboratory	LRS	Laboratoire de référence SIDA	ARL	Aids Referentielaboratorium
HIV	Human immunodeficiency virus	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	hiv	Humaan immunodeficiëntievirus
HRC	HIV reference centre	CRV	Centre de référence VIH	HRC	Hiv-referentiecentrum
LTC	Linkage to care	LTC	Mise en lien avec les services de soins VIH	LTC	Koppeling aan de zorg
MSM	Men who have sex with men	HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	MSM	Mannen die seks hebben met mannen
PLWH/PLHIV	People living with HIV	PVVIH	Personne vivant avec le VIH	MMH	Mensen die leven met hiv
PET	Post-exposure treatment	TPE	Traitement post-exposition	PET	Post-expositie therapie
PrEP	Pre-exposure prophylaxis	PrEP	Prophylaxie pré-exposition	PrEP	Pre-expositie profylaxe
RIC	Retention in care		Maintien dans les soins du VIH		Retentie in de zorg
SAM	Sub-African Migrants		Migrants d'Afrique subsaharienne		Migranten uit Sub-Sahara-Afrika
STI	Sexually transmitted infection	IST	Infection sexuellement transmissibles	soi	Seksueel overdraagbare infectie
TasP	Treatment as Prevention	TasP	Treatment as Prevention (traitement à des fins de prévention)	TasP	Treatment as Prevention (behandeling als preventie)
VL	Viral load	CV	Charge virale	VL	Virale lading

Terminologie liée au VIH²⁰

- **Centre de référence VIH (CRV)** : la Belgique compte douze CRV répartis dans les différentes régions du pays. Les CRV sont des services de consultations externes proposant une prise en charge multidisciplinaire du VIH. La liste des CRV est disponible sur la page suivante site Internet de l'INAMI : [SIDA : intervention dans les coûts pour le suivi dans un centre spécialisé - INAMI \(fgov.be\)](#)
- **Dépistage du VIH** : processus au cours duquel (1) des échantillons sont prélevés, (2) un test de dépistage est réalisé sur ces échantillons, et (3) un test de confirmation est réalisé en cas de résultats réactifs.
- **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)** : hommes se livrant à des activités ou relations sexuelles avec d'autres hommes.
- **IST** : infections sexuellement transmissibles autres que le VIH, parmi lesquelles la chlamydia (notamment le lymphogranulome vénérien – LGV), la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite, le papillomavirus humain, l'herpès et la trichomonase. Plus de 30 pathogènes sont sexuellement transmissibles.
- **Laboratoire de référence SIDA (LRS)** : la Belgique compte sept LRS. Leurs missions consistent à confirmer ou exclure l'infection à VIH en cas de test de dépistage réactif, à recenser les nouvelles infections et ainsi permettre le suivi épidémiologique et des recherches scientifiques, et à effectuer des analyses de la charge virale et de la pharmacorésistance pour les personnes vivant avec le VIH.
- **Mise en lien avec des services de soins (linkage to care)** : première visite médicale dédiée au VIH le plus rapidement possible après le diagnostic d'infection à VIH.
- **Notification du partenaire** : ce concept fait référence à la notification de la ou des personnes avec lesquelles on a eu des relations sexuelles (non protégées) après avoir été diagnostiqué avec une ou plusieurs IST ou le VIH. La notification est volontaire et peut être soutenue par le médecin.
- **Populations clés** : groupes définis qui, en raison de comportements spécifiques à risque plus élevé et de vulnérabilités contextuelles, courent un risque accru d'exposition au VIH, indépendamment du type d'épidémie de VIH ou du contexte local. Par ailleurs, ces groupes ont souvent des problèmes juridiques et sociaux qui augmentent leur vulnérabilité au VIH et ne disposent généralement pas d'un accès adéquat aux services.
- **PrEP** : la prophylaxie pré-exposition (Pre-Exposure Prophylaxis) est une méthode de prévention du VIH pour les personnes séronégatives au VIH et exposées à un risque élevé d'infection à VIH. Cette méthode suppose de

²⁰ [Proposition-Plan-VIH-2020-2026_FR_epidemiolo.pdf \(hiv-plan.be\)](#)

prendre quotidiennement ou occasionnellement une combinaison spécifique de médicaments antirétroviraux.

- **Principe I = I** : « undetectable = untransmittable » (indétectable = intransmissible). Lorsqu'une personne vivant avec le VIH suit un traitement efficace, la quantité de VIH (charge virale) dans son sang diminue. Lorsque les niveaux sont faibles (en dessous de 200 copies/ml de sang = 20 à 50 copies/ml selon les mesures de détection), la charge virale est considérée comme étant indétectable. On parle également de « suppression de la charge virale ». À ce stade, le VIH n'est pas sexuellement transmissible.
- **Prise en charge du VIH** : prise en charge médicale du VIH, et notamment traitement antirétroviral, mais aussi prise en charge psychosociale conformément à la vision inclusive de la prise en charge du VIH.
- **Rapports sexuels sous influence chimique (chemsex)** : consommation de stimulants comme le GHB, le GBL, la méthamphétamine/méphédrone et la kétamine afin de se livrer à des activités sexuelles avec un ou plusieurs partenaires.
- **Test de confirmation** : tout test utilisé pour confirmer un test de dépistage réactif (immunodosage sur bandelettes, Western blot, etc.). Conformément à la « stratégie de dépistage de pointe du VIH », ce test de confirmation doit être réalisé par un LRS sur un échantillon de sang.
- **Traitement à des fins de prévention (TasP, Treatment as Prevention)** : ce concept se réfère à l'utilisation de médicaments antirétroviraux par les personnes vivant avec le VIH afin de réduire la quantité de virus dans leur sang à des niveaux indétectables et que, ainsi, il n'y ait aucun risque de transmission du VIH lors des contacts sexuels.
- **TPE** : le traitement post-exposition (anciennement prophylaxie post-exposition (PEP : Post-Exposure Prophylaxis) est un traitement à court terme pris dès que possible après un risque élevé d'exposition au VIH. L'objectif du traitement post-exposition (TPE) est de réduire le risque d'infection.

Questions cliniques

Ce guide de pratique clinique formule une réponse aux questions cliniques suivantes:

1. Que faut-il faire après un test VIH positif ?

- 1.A. Lors de la consultation de remise du résultat
 - 1.A.1. Counseling post test
 - 1.A.2. Mise en lien avec les services de soins ('linkage to care')
 - 1.A.3. Information et notification des partenaires sexuels
- 1.B. Lors des consultations suivantes
 - 1.B.1. Counseling post test
 - 1.B.2. Mise en lien avec les services de soins ('linkage to care')
 - 1.B.3. Information et notification des partenaires sexuels
 - 1.B.4. Prévention de la transmission du VIH
 - 1.B.5. Révélation du statut sérologique ('disclosure')

2. Quel est le suivi médical de la PVVIH en soins primaires ?

- 2.1. Observance au traitement et maintien dans les soins
- 2.2. Suivi de la santé globale
- 2.3. Suivi spécifique au VIH

Résumé des recommandations

Question clinique 1 : Que faut-il faire après un test VIH positif ?

1.A. Lors de la consultation de remise du résultat

1.A.1. COUNSELING POST-TEST

Recommandations

1.A.1.1. Le counseling post-test est (**GPP**) :

- basé sur une relation empathique et sans jugement où l'établissement de la confiance est une priorité ;
- donné en face à face, uniquement au patient et de manière confidentielle.

1.A.1.2. Informez la PVVIH de sa séropositivité dès que le diagnostic est confirmé (**GRADE 1C**).

1.A.1.3. Posez des questions par rapport aux idées, préoccupations et attentes de la PVVIH, ainsi que par rapport aux sources de soutien dont elle dispose (**GPP**).

1.A.1.4. Demandez si la PVVIH a informé quelqu'un qu'elle a été testée (**GPP**).

1.A.2. MISE EN LIEN AVEC LES SERVICES DE SOINS ('LINKAGE TO CARE'), MAINTIEN DANS LES SOINS ('RETENTION IN CARE'), OBSERVANCE DU TAR ('ART ADHERENCE')

Recommandations

1.A.2.1. Orientez les PVVIH dès que possible après le diagnostic du VIH vers le centre de référence VIH (CRV) pour initier rapidement un traitement antirétroviral (TAR), indépendamment du niveau immunitaire (taux de CD4) ou du stade clinique (**GRADE 1B**).

1.A.2.2. Orientez les PVVIH dès que possible après le diagnostic du VIH vers le centre de référence VIH (CRV) pour une prise en charge multidisciplinaire, indépendamment du niveau immunitaire (taux de CD4) ou du stade clinique (**GRADE 1B**).

1.A.2.3. Informez les PVVIH sur l'importance d'une mise en lien rapide avec et du maintien dans les services de soins VIH (première et deuxième ligne) et de prendre aussi rapidement que possible un TAR (**GPP**).

1.A.3. INFORMATION ET NOTIFICATION DES PARTENAIRES SEXUELS

Recommandations

1.A.3.1. Informez sur les méthodes de notification qui permettent aux personnes nouvellement diagnostiquées de demander à leurs partenaires sexuels de se faire tester pour le VIH (**GPP**).

1.B. Lors des consultations suivantes

1.B.1. COUNSELLING POST TEST

Recommandations

1.B.1.1. Posez des questions par rapport aux idées, préoccupations et attentes de la PVVIH, ainsi que par rapport aux sources de soutien dont elle dispose (**GPP**).

1.B.1.2. Demandez si la PVVIH a informé quelqu'un qu'elle a été testée (**GPP**).

1.B.2. MISE EN LIEN AVEC LES SERVICES DE SOINS ('LINKAGE TO CARE'), MAINTIEN DANS LES SOINS ('RETENTION IN CARE'), OBSERVANCE DU TAR ('ART ADHERENCE')

Recommandations

1.B.2.1. (Ré)informez la PVVIH sur l'importance d'une mise en lien rapide avec et du maintien dans les services de soins VIH, ainsi que sur l'importance d'une prise régulière et prolongée du traitement (**GPP**).

1.B.2.2. Soutenez la PVVIH dans la mise en lien avec les services de soins, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

1.B.2.3. Soutenez la PVVIH dans le maintien dans les soins, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

1.B.2.4. Soutenez la PVVIH dans l'observance de son traitement, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

1.B.3. INFORMATION ET NOTIFICATION DES PARTENAIRES SEXUELS

Recommandations

1.B.3.1. Informez sur les méthodes de notification qui permettent aux personnes nouvellement diagnostiquées de demander à leurs partenaires sexuels de se faire tester pour le VIH (**GPP**).

1.B.4. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH

Recommandations

1.B.4.1. Informez sur la transmission (sexuelle, sanguine et mère-enfant) et la prévention de la transmission (**GPP**).

1.B.4.2. Informez sur le principe "Indétectable" = " intransmissible" (I = I) ("Undetectable=Untransmittable" (U = U)) (**GPP**).

1.B.4.3. Évaluez les risques de transmission (sexuelle, sanguine et mère-enfant) du VIH (**GPP**).

1.B.5. REVELATION DU STATUT SEROLOGIQUE (« DISCLOSURE »)

Recommandations

1.B.5.1. Cherchez à identifier les obstacles à l'annonce du diagnostic à l'entourage (**GPP**).

1.B.5.2. Discutez avec la PVVIH de l'annonce du diagnostic aux professionnels de santé (**GPP**).

Question clinique 2 : Quel est le suivi médical de la PVVIH en première ligne de soins ?

2.1. Observance du traitement et maintien dans les soins

Recommandations

2.1.1. Évaluez (**GRADE 1C**) et soutenez (**GPP**) régulièrement les PVVIH par rapport à l'observance du traitement antirétroviral (TAR) et par rapport au maintien dans les soins.

2.2. Suivi de la santé globale

Recommandations

2.2.1. Prenez en charge la santé globale des PVVIH, y compris la vaccination de base, le dépistage des comorbidités non liées au VIH et le dépistage des cancers selon les programmes prévus (**GPP**).

2.2.2. Informez le CRV dès que vous détectez chez la PVVIH un nouveau problème de santé préoccupant (maladie cardiovasculaire, diabète, insuffisance rénale chronique, troubles hépatiques, troubles respiratoires, troubles psychiatriques, fractures vertébrales, fragilité et ostéoporose, etc.) (**GPP**).

2.2.3. Recherchez les interactions médicamenteuses chaque fois que vous prescrivez un nouveau médicament, et informez le PVVIH à propos des interactions (notamment pour les médicaments en vente libre) (**GPP**).

2.3. Suivi spécifique du VIH

Recommandations

2.3.1. Assurez-vous que la PVVIH est vaccinée contre (**GPP**) :

- le pneumocoque (vaccination complète);
- VHA/VHB;
- HPV;
- COVID19*;
- influenza.

2.3.2. Assurez-vous, en collaboration avec les CRV, que la PVVIH ait un suivi pour la santé sexuelle et reproductive (**GPP**).

2.3.3. Renvoyez les PVVIH chez le CRV et/ou les autres spécialistes (**GPP**) concernant :

- les effets secondaires du TAR ;
- les complications liées au TAR ;
- les infections opportunistes lorsque le taux de CD4 est en-dessous de 200/mm³ ;
- les co-infections ;
- les IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée, Monkeypox) ;
- la prise en charge des cancers viraux-induits ;
- les problèmes d'observance ;
- les problèmes de santé sexuelle ;
- les problèmes de dépendance et la consommation de drogues à usage festif (« chemsex »).

1. Question clinique : Que faut-il faire après un test VIH positif ?

1.A. Lors de la consultation de remise du résultat

1.A.1. Counseling post-test

Recommandations

1.A.1.1. Le counseling post-test est (**GPP**) :

- basé sur une relation empathique et sans jugement où l'établissement de la confiance est une priorité ;
- donné en face à face, uniquement au patient et de manière confidentielle.

1.A.1.2. Informez la PVVIH de sa séropositivité dès que le diagnostic est confirmé (**GRADE 1C**).

1.A.1.3. Posez des questions par rapport aux idées, préoccupations et attentes de la PVVIH, ainsi que par rapport aux sources de soutien dont elle dispose (**GPP**).

1.A.1.4. Demandez si la PVVIH a informé quelqu'un qu'elle a été testée (**GPP**).

Explications

LE COUNSELING POST-TEST : CRÉER L'ENVIRONNEMENT ADÉQUAT

Lors de la consultation de dépistage et du pré-counseling, il a été convenu avec le patient de revenir pour discuter le résultat du test.

- Si vous avez accepté de remettre le résultat par téléphone et que le résultat est positif, faites quand-même venir le patient pour annoncer le résultat. Par exemple, dites-lui de venir parce qu'il y a quelque chose à discuter dans la prise de sang. Un résultat positif ne peut en aucun cas être remis par téléphone. On ne sait pas comment va réagir le patient et cela rend nettement plus difficile la mise en lien avec les services de soins ('linkage to care').
- Au préalable, vous vous êtes assuré.e que les coordonnées du patient (au minimum un numéro de téléphone) sont complètes et à jour. Cela permet de reprendre contact avec le patient s'il.elle ne se présente pas pour la remise du résultat.

Il convient de vérifier à l'avance le résultat qui sera communiqué au patient. L'annonce d'une séropositivité au VIH est l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Certains professionnels de première ligne sont formés à l'annonce de mauvaises nouvelles. Si ce n'est pas votre cas ou que vous n'êtes pas à l'aise avec la situation, discutez-en avec des collègues. Dans certains centres, il est aussi possible de demander à être accompagné par un collègue (un autre médecin ou un psychologue par exemple) pour la remise du résultat. Dans tous les cas, ne vous laissez pas distraire et annoncez le résultat du VIH en priorité sur d'autres résultats (tels que les IST).

Le résultat est remis au patient seul. Le patient est informé que s'il vient avec un accompagnant, il sera vu d'abord seul. Les patients changent parfois d'avis durant la consultation de remise du résultat, et finalement ne font pas entrer l'accompagnant.

La remise du résultat est confidentielle. Vous n'informez que la personne du résultat de son test, personne d'autres, même en dehors de la consultation.

Créer un environnement de confiance et de respect mutuel est une priorité. Pour réduire l'anxiété du patient et construire la confiance durant la consultation :

- adoptez une attitude empathique et non moralisatrice ;
- rassurez le patient ;
- dites-lui qu'il peut poser des questions ;
- montrez-lui le résultat du labo et expliquez-lui ce que cela signifie ;
- évitez les expressions verbales et comportementales moralisatrices ;
- utilisez des mots simples ;
- encouragez le patient à poser des questions ;
- Insistez sur la confidentialité des échanges dans le cadre de la relation thérapeutique.

Vous pouvez également consulter l'espace pro du site de la plateforme prévention sida, notamment la « fiche 1 : accueil » : <https://preventionsida.org/fr/ressources/un-outil-interactif-daide-a-la-consultation-des-mg-fiche-1-accueil/>.

L'annonce du résultat d'un test positif peut avoir un impact psychologique variable d'une personne à l'autre. Cela peut être vécu comme l'annonce d'une maladie stigmatisante et/ou mettre en évidence un potentiel manque de support social.

Même si vous avez préparé le patient à un résultat positif lors de la consultation pré-counseling, la personne assise face à vous est souvent non préparée à entendre une mauvaise nouvelle. Laissez-lui le temps d'intégrer l'information.

Il se peut aussi que le patient ait déjà vu son résultat via la plateforme e-Health (Cozo, Mijgezondheid.be, Masante.be, ...). Si c'est le cas, invitez-le néanmoins à discuter le résultat, de préférence avec vous, en tout cas avec un professionnel de santé de confiance. Assurez-vous ensuite auprès des PVVIH que la mise en lien avec des services de soins s'est faite adéquatement.

INFORMATION AU PATIENT

Un patient avec un test HIV positif confirmé devrait être informé au plus vite de son résultat. Le fait de connaître son statut VIH est essentiel pour qu'il prenne en charge sa santé et recherche un soutien psycho-social.

Qu'est-ce qu'un test confirmé ?

Le diagnostic du VIH est posé sur le sérum du sang. Le laboratoire recherche des anticorps anti-VIH par une méthode Elisa. En Belgique, tous les laboratoires réalisent cette recherche avec un test Elisa de 4^e génération ou plus récent ²¹. Le test Elisa est très sensible. En cas de résultat positif ou douteux, l'échantillon est envoyé à un LRS qui réalise un test de confirmation par Western Blot. Le Western Blot permet aussi de distinguer le VIH-1 (le plus commun) du VIH-2. En cas de test positif par Western Blot, l'échantillon de sérum test est considéré comme positif pour le VIH.

Le résultat sera vérifié sur un deuxième échantillon, afin d'exclure une erreur de tube. Cette vérification est nécessaire lorsque les moyens de traçabilité sont faibles. Il arrive que la vérification ne soit pas effectuée lorsque les moyens de traçabilité sont très performants (le risque d'une inversion d'identification de tubes est pratiquement nul) et que la probabilité pré-test est élevée pour un test positif (par exemple pour un HSH avec de multiples partenaires).

Informé une personne d'un diagnostic VIH positif n'est pas aisé (*voir plus haut pour des conseils, page 23*). De nombreuses informations sont à délivrer suite à l'annonce du diagnostic. Plusieurs consultations seront nécessaires pour que la PVVIH nouvellement diagnostiquée enregistre toutes ces informations. Vous serez certainement amené à répéter à plusieurs reprises les éléments

²¹ <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Surveillance/Pages/ARL/Guidelines/ARL%20Guidelines/Serology.aspx>

principaux. Ce qui est retenu par la PVVIH lors de la première consultation et lors des suivantes peut différer d'une personne à l'autre.

EXPLORER LES IDÉES, PRÉOCCUPATIONS ET ATTENTES DE LA PVVIH ET LE SOUTIEN DONT ELLE DISPOSE

Comme pour toute autre consultation d'annonce de mauvaise nouvelle, explorez les idées, préoccupations et attentes de la PVVIH :

- Questionnez les idées de la PVVIH concernant la maladie, y compris les idées reçues ou les récits imaginaires.
- Demandez à la PVVIH si elle a des questions particulières concernant par exemple l'aspect physique, les conditions de travail, la notification des partenaires sexuels, la stigmatisation associée au VIH, etc. Les préoccupations principales lors de la remise du résultat peuvent être différentes d'une PVVIH à l'autre.
- Interrogez la PVVIH sur ses attentes par rapport au diagnostic, aux soins de santé, au traitement, à la santé sexuelle, à la peur de mourir, etc.

DEMANDER SI LA PVVIH A INFORMÉ QUELQU'UN QU'ELLE A ÉTÉ TESTÉE

Demander à la PVVIH si elle a informé quelqu'un qu'elle a été testée ou si quelqu'un est au courant de sa séropositivité, permet de se renseigner sur les personnes de son entourage en qui elle a suffisamment confiance que pour en parler. L'absence de soutien suffisant peut être une cause d'isolement et de comportement destructeur pour les PVVIH nouvellement diagnostiquées. Soyez donc attentif au risque d'auto-isolement et investiguez les sources de soutien dont la PVVIH dispose.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

RECOMMANDATION 1.A.1.1.: Post-test counselling should be (**GPP**):

- based on an empathic, non-judgmental relationship where building trust is a priority;
- given face-to-face, only to the patient and confidentially.

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** a systematic review and comparative content analysis of relevant international guidelines by Bell 2015 ²², with possible bias, about delivering HIV test results, post-test discussion and referral, found a

²² Bell SA, Delpech V, Casabona J, Tsereteli N, de Wit J. Delivery of HIV test results, post-test discussion and referral in health care settings: a review of guidance for European countries. HIV Med 2015;16(10):620-7. doi: 10.1111/hiv.12278. Epub 2015 Jun 24.

consensus statement that any test result should be confidential and delivered privately to a patient. Positive results should be delivered in person by a healthcare professional.

- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below). Two statements have been submitted to the Delphi:
 - There should be a confidential, empathic, non-judgemental patient – doctor relationship where building trust is a priority.
 - Every patient should have a face to face and one on one post test counselling.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinions:
 - *“There should be an empathic, non-judgmental patient – doctor relationship where building trust is a priority”*: the participants to the Delphi found this statement essential and the basis of good counselling. The health care professional (HCP) sometimes miss empathy in their restricted time during this consultation. Empathy and nonjudgement are crucial on that hard moment for the patient who maybe did not expect a positive result. The patient-doctor relationship is important for the follow up and to adherence to the treatment.
 - *“Every patient should have a face-to-face post-test counselling”*: the participants to the Delphi found this statement essential, not only for a (confirmed) positive test, but also for a negative one (you might want to give a prevention talk). As part of patient centered care, the face-to-face contact is found to be important to either being aware of the reaction of the patient, to ensure and to refer if necessary to another healthcare stakeholder, like a psychologist.
 - The experts of the GDG stated that the post-test counselling should be done with the patient alone and confidentially. This is essential, not only for a (confirmed) positive test, but also for a negative one (you might want to give a prevention talk). It guarantees the confidentiality of the results. Confidentiality is the basis of trust for patients in their HCP.
 - Post-test counselling could be done by the GP, but also by other primary healthcare professionals, depending on who performed the test on the patient.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Confidentiality is the basis of trust for patients in their HCP.

- The patient-doctor relationship is important for the follow-up and the treatment adherence.
 - It is important that the PLHIV feels supported.
 - As part of patient-centered care, the face-to-face contact is considered as important in being aware of the reaction of the patient.
 - HIV testing should be as personalised as much as possible, and a face-to-face/one-on-one counselling helps to achieve this goal.
 - Even if a test is negative, a prevention message should be given to the patient (but they often already know).
 - Harms:
 - A reaction may be inappropriate, and the HCP should be prepared for any reaction.
- Feasibility:
 - PLHIV sometimes miss empathy from the HCP side in the restricted time offered during this consultation.
 - The patient could be afraid of coming and afraid of the results if the HCP hasn't informed him/her before the test that the results will be given face-to-face.
 - It may be time consuming to bring bad news:
 - The patient should be informed during the pre-counselling consultation that the results will be given face-to-face and one-on-one, irrespective of the results.
 - If the PLHIV does not show up, there should be a plan to contact them, to ensure the linkage to HIV care (LTC).
- Value & preferences:
 - Professionals' preferences:
 - The face-to-face contact is important to be aware of the reaction of the patient and to refer him/her if necessary to another healthcare stakeholder, like a psychologist.
 - Face-to-face counselling is necessary both for patients with a positive test result and those with a negative test result.
 - A qualitative study ²³ on implementation of a provider-initiated testing and counselling tool among physicians in primary care in Belgium, reports that participants advocated for reduced counselling requirements. The tool proved to be feasible in primary care settings, but the up-scaling requires a reformulation of

²³ Loos J, Manirankunda L, Hendrickx K, Remmen R, Nöstlinger C. HIV testing in primary care: feasibility and acceptability of provider initiated HIV testing and counseling for sub-Saharan African migrants. *AIDS Educ Prev* 2014;26(1):81-93. doi: 10.1521/aeap.2014.26.1.81.

counselling guidelines, a policy stipulating the role of GPs in the prevention-care continuum, and an investment in (continuous) training.

- Patients' preferences:
 - A qualitative study of Dang et al. ²⁴ investigated which factors were fundamentally important for PLHIV who are new at a specific clinic, to build trust. During the first visit the clinicians' approach of building trust has the potential to mitigate patients' feelings of anxiety and vulnerability, thereby improving their overall health care experience. Patients described significant anxiety and vulnerability not just from HIV itself, but also in starting a relationship as a new patient to a new HCP. The analysis revealed 5 actions providers can take to reduce patients' anxiety and built trust in the first visit:
 - ✓ Provide reassurance to patients.
 - ✓ Tell patients it's okay to ask questions.
 - ✓ Show patients their lab results and explain what they mean.
 - ✓ Avoid language and behaviours that are judgmental of patients.
 - ✓ Ask patients what they want [i.e., treatment goals and preferences].
- Economic aspects:
 - Time consuming.
 - There is no reimbursement for difficult or longer consultations in primary care.

Conclusion: Based on low-quality research data and expert opinion, the guideline development group (GDG) formulated 2 statements that were submitted to a Delphi. There was full consensus. The statements have been reformulated to clarify the link between confidentiality and one-on-one and validated by the stakeholders and GDG. The advantages outweigh the disadvantages: the statements have been labelled as a good practice point (GPP).

²⁴ Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. BMC Med Educ 2017;17(1):32.

RECOMMENDATION 1.A.1.2.: INFORM THE PLHIV AS SOON AS POSSIBLE OF THE HIV POSITIVE DIAGNOSIS AS SOON AS THE DIAGNOSIS IS CONFIRMED (**GRADE 1C**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** this recommendation has been adapted from the IAPAC guidelines for Optimising the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents ²⁵. The IAPAC guideline states: “*Informing an adolescent of his/her HIV-positive diagnosis is recommended as soon after diagnosis as feasible. (B II)*”. Disclosing or informing the patient of their HIV diagnosis can open the dialogue about HIV, which often leads to better adherence to antiretroviral therapy (ART) programs. The original recommendation is based on:
 - the review with meta-analysis of 21 studies (in total 4104 participants) (Smith et al.) ²⁶ which showed that:
 - a positive, heterogeneous correlation between disclosure of one’s HIV positive status and social support;
 - a negative, heterogeneous correlation between stigma and social support;
 - a negative, homogenous correlation between stigma and disclosure.
 - the study of Bikaako-Kajura ²⁷ showed that to ensure adherence to life-extending medications, providers need to support caregivers to disclose, provide on-going support and maintain open communication with HIV-infected children taking cotrimoxazole prophylaxis and ART.
 - the study of Vreeman ²⁸ showed that caregivers believed that disclosure might have benefits such as improved ART adherence, especially for older children, and better engagement of a helping social network.
 - the study of Spiegel ²⁹ was not found.

²⁵ International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015;14 Suppl 1:S3-S34.

²⁶ Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one’s HIV-positive status, stigma and social support. AIDS Care 2008;20(10):1266-1275. 274.

²⁷ Bikaako-Kajura W, Luyirika E, Purcell DW, et al. Disclosure of HIV status and adherence to daily drug regimens among HIV-infected children in Uganda. AIDS Behav 2006;10(4 suppl): S85-S93.

²⁸ Vreeman RC, Nyandiko WM, Ayaya SO, Walumbe EG, Marrero DG, Inui TS. The perceived impact of disclosure of pediatric HIV status on pediatric antiretroviral therapy adherence, child well-being, and social relationships in a resource-limited setting. AIDS Patient Care STDs 2010;24(10):639-649.

²⁹ Spiegel HM. Nondisclosure of HIV status in adolescence. Adolesc Med State Art Rev 2011;22(2):277-282.

- the study of Medin ³⁰ showed that an earlier disclosure to children could favour a better psychological adjustment and a better treatment adherence.
- **Conclusion for consistency:** there is insufficient information to evaluate the consistency of the search. Although, we noticed that not only systematic reviews, RCT's and descriptive studies are included, but also qualitative studies. The interpretation of the various articles was done in a consistent way. The content of the synthesis does not 100% match with the recommendation. We cannot confirm that the interpretation of the review was done in a consistent manner.
- **Conclusion for currency:** no additional evidence was found.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - The original recommendation focused on adolescents. The experts of the GDG judged by consensus that the recommendation also can be applied to adults (and adolescents from 16+) and decided to extrapolate the recommendation.
- Benefits and harms:
 - The potential benefits for informing the patient as soon as possible are:
 - Increase in long-term survival due to ART and the concomitant reduction in social stigma
 - Better adherence to life-extending medications
 - Better psychological adjustment
 - Positive correlation with disclosure to others and social support
 - Early start of ART
 - Avoiding that the patient finds out the test result by consulting an online Health platform without professional guidance
 - There were no potential harms identified.
- Belgian context:
 - If a patient is aware of the result, it implies that an appointment should be made available with the HRC as soon as possible.
- Feasibility:
 - The results from the laboratory to the HCP and the general practitioner (GP) can be done more quickly by electronic way.

³⁰ Medin G, Garcia-Navarro C, Navarro Gomez M, et al. Disease disclosure, treatment adherence, and behavioural profile in a cohort of vertically acquired HIV-infected adolescents. NeuroCoRISpeS study. AIDS Care 2015:1-7.

- To ensure the shorter delay between the results and the information of the patient, the HCP should schedule the post-test counselling appointment at the pre-test counselling consultation.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Informing the PLHIV about his newly diagnose as soon as possible is important to refer him/her to the HRC and to start ART.
 - Informing the PLHIV about his newly diagnose as soon as possible is important to prevent HIV transmission.
 - Patients' preferences:
 - Being informed about a new HIV diagnosis is important to take responsibility of his/her health, to start ART and to take adequate preventive actions.
 - Newly diagnosed PLHIV could feel afraid of (knowing) the result.
- Economical aspects:
 - No direct economic aspects to informing a patient.
 - Indirect: time consuming, no specific nomenclature code for a longer consultation.

Conclusion: The original recommendation focused on adolescents. The GDG judged by consensus that the recommendation also applies to adults (and adolescents from 16+). An additional literature search could not identify new relevant studies. The advantages of informing the patient as soon as possible after a confirmed positive HIV diagnosis outweigh the disadvantages. It may increase social support and disclosure. Therefore, the GDG decided to formulate a strong recommendation. Because of inconsistency and indirectness (qualitative and indirect data), evidence quality has been downgraded to level C.

RECOMMENDATION 1.A.1.3.: ASK QUESTIONS ABOUT PLHIV'S IDEAS, CONCERNS AND EXPECTATIONS (ICE) AND WHERE THEY GET SUPPORT (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** we found only qualitative evidence, i.e., the qualitative study by Quinvilian et al.³¹ that came to the conclusion that the HCP can re-establish **autonomy of the patient** by providing support through listening,

³¹ Quinlivan EB, Messer LC, Adimora AA, Roytburd K, et al. Experiences with HIV testing, entry, and engagement in care by HIV-infected women of color, and the need for autonomy, competency, and relatedness. AIDS Patient Care STDS 2013;27(7):408-15.

accepting the patient, answering his questions, having open dialogues with patients, encouraging questions and participation in joint decision-making. Apathy and low levels of self-care autonomy occur in situations of powerlessness.

- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts on the recommendation to explore patients' ideas, concerns and expectation and to ask questions where the PLHIV gets support (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - During intake conversation asking about the patients' ideas, concerns and expectations is part of standard care.
 - Exploring how the PLHIV is going to handle the situation could help both the newly diagnosed person and the HCP to be aware of the PLHIV concerns following the announce of the result.
 - It is important to inform the PLHIV that the HCP acknowledges that the new medical situation could be difficult to manage by the patient.
 - "Asking where she/he gets support":
 - Support leads to better adherence.
 - Lack of support besides professional support can be one of the main causes of self-isolation and destructive behaviour for newly diagnosed PLHIV.
 - It is important to know where the person expects or gets support. If there is little support, you can propose professional support.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Asking for the main concern identifies the patient's current need.
 - ✓ It helps to discuss his/her needs and possible solutions.
 - ✓ It leads to optimal support and patient-centered care.
 - ✓ It identifies and reduces anxiety.
 - Asking about PLHIV's support:
 - ✓ It identifies vulnerabilities.
 - ✓ It is important to know by whom the patient is surrounded.
 - ✓ It is useful to identify who could support the PLHIV.
 - ✓ If there is little support, you can propose professional support.
 - Harms:
 - The main concern for the patient may differ from the main concern of the HCP.

- Feasibility:
 - Asking about ideas, concerns and expectations is common practice for any consultation in primary care.
 - It is feasible to ask where the PLHIV gets support.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Stakeholders state it is accepted as standard care during a first consultation in primary care.
 - Patients' preferences:
 - According to a qualitative study on communication between PLHIV and their providers ³², the patient-provider communication serves 3 broad goals: exchanging information, establishing a relationship and involving patients in treatment decisions. Patient preferences regarding all 3 goals together indicated that patients communicate strategically with their providers, thus aiming to increase their sense of control over the physical and social threat of having HIV. Matching information exchange preferences gave patients control by providing cognitive assurance, instrumental support, and emotional relief. Matching relationship establishment preferences resulted in patients trusting their provider, disclosing their problems, and thus further increasing their control over issues currently on their mind.
 - A qualitative study by Pourette ³³ analysed the characteristics of the doctor-patient relationships in HIV. The central role of this relationship is meeting the patient's expectations in relation to the management of their HIV. The doctor's objectives and the patient's expectations were more closely matched because personal, social, and administrative difficulties are integrated into HIV care.
- Economic aspects:
 - No direct economic aspects.
 - Indirect: time consuming, no specific code for a longer consultation.

Conclusion: Based on low-quality research data and expert opinion, the guideline development group (GDG) formulated 2 statements that were submitted to a Delphi panel. Both statements obtained full consensus. The stakeholders and the GDG nevertheless decided to extend 'concerns' to ideas, concerns and expectations which is common practice for any

³² Mulder BC, van Lelyveld MA, Vervoort SC, et al. Communication Between HIV Patients and Their Providers: A Qualitative Preference Match Analysis. *Health Commun* 2016;31(1):35-46. doi: 10.1080/10410236.2014.933017. Epub 2014 Nov 20. 5

³³ Pourette D. [Chronic hepatitis B and HIV care: the key role of the doctor-patient relationship]. *Sante Publique* 2013;25(5):561-70.

consultation in primary care. The first statement does not only apply to the GP and has been extended to all HCP. The advantages of exploring the ICE of the patient and asking the patient about his concerns and support outweigh the disadvantages. These statements have been merged into one recommendation and has been labelled as a good practice point (GPP).

RECOMMENDATION 1.A.1.4.: ASK IF THE PLHIV INFORMED SOMEONE SHE/HE HAS BEEN TESTED (GPP).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** no evidence found.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts on the statement that a GP should ask the patient who knows they were tested (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - To evaluate the social support the newly diagnosed PLHIV might have, it's important to know if he/she informed someone that he/she has been tested.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - It helps to evaluate the social support of the newly diagnosed PLHIV.
 - Harms:
 - Harm can be caused if the PLHIV is/feels pressurised to inform for example a partner, leading to a violent situation.
- Feasibility:
 - It's feasible for the primary HCP to ask if the newly diagnosed PLHIV has informed someone about his/her testing.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Asking if the PLHIV has informed someone he/she has been tested is a way to ask about social support.
 - Patients' preferences:
 - It could help to talk about social isolation.
 - It could be a very personal question.
- Economic aspects: NA

Conclusion: There was no consensus in the first Delphi round on the statement that a GP should ask the patient who knows they were tested. The statement was rephrased to focus on verifying if there is support and avoiding risk of self-isolation. The rephrased statement if he/she informed someone that he/she got tested obtained full consensus. The advantages of asking if the PLHIV has told someone that he/she has been tested outweigh the disadvantages. The stakeholders and the GDG decided to extend this recommendation to all HCP who give a positive test result. Based on experts' opinion and validated by consensus, the recommendation has been labelled as a GPP.

1.A.2. Mise en lien avec les services de soins ('linkage to care'), maintien dans les soins ('retention in care'), observance du TAR ('ART adherence')

Recommandations

1.A.2.1. Orientez les PVVIH dès que possible après le diagnostic du VIH vers le centre de référence VIH (CRV) pour initier rapidement un traitement antirétroviral (TAR), indépendamment du niveau immunitaire (taux de CD4) ou du stade clinique (**GRADE 1B**).

1.A.2.2. Orientez les PVVIH dès que possible après le diagnostic du VIH vers le centre de référence VIH (CRV) pour une prise en charge multidisciplinaire, indépendamment du niveau immunitaire (taux de CD4) ou du stade clinique (**GRADE 1B**).

1.A.2.3. Informez les PVVIH sur l'importance d'une mise en lien rapide avec et du maintien dans les services de soins VIH (première et deuxième ligne) et de prendre aussi rapidement que possible un TAR (**GPP**).

Explications

Le renvoi immédiat vers un centre de référence pour le VIH (CRV) est essentiel pour la mise en lien avec les services de soins de toute personne ayant un test VIH positif confirmé, ainsi que pour réduire le délai de mise sous TAR. L'accès au TAR est un élément essentiel du continuum de soins VIH et un pont crucial entre le diagnostic et le traitement.

Expliquez au patient :

- qu'il y a un traitement ;
- que le traitement actuel permet à la PVVIH :

- d'avoir une espérance de vie similaire aux personnes ne vivant pas avec le VIH, pour autant qu'elle soit prise aussi vite que possible et régulièrement tout au long de la vie ;
- d'atteindre une charge virale qui soit indétectable et donc intransmissible par les relations sexuelles (I = I) ;
- d'envisager une grossesse si la femme le souhaite.
- qu'il est donc important d'obtenir ce traitement rapidement ;
- que pour obtenir ce traitement, il faut se rendre dans un CRV ;
- que le traitement est pris en charge et gratuit quand la mutuelle est en ordre ; en l'absence de mutuelle, en cas de difficulté financière, de titre de séjour temporaire, en l'absence de titre de séjour régulier, ou toute autre situation socio-économique complexe, les CRV pourront aider la PVVIH dans les démarches sociales afin d'obtenir un accès aux ART, éventuellement par le biais d'une aide médicale du CPAS – ceci ne doit en aucun cas être un motif pour retarder l'initiation du TAR ;
- que le TAR est considéré aujourd'hui comme un traitement à vie, et devra donc être pris régulièrement. La prise régulière du TAR est essentielle :
 - pour contenir la réplication virale et donc la progression de la maladie ;
 - pour atteindre une charge virale indétectable. Lorsque la charge virale est indétectable, on considère aujourd'hui que le risque de transmission est nul (I = I), la PVVIH pouvant alors avoir une activité sexuelle non protégée sans risque de transmission ;
 - pour éviter l'apparition de résistance au TAR ;
- que la PVVIH devra être suivie de manière régulière tant par les CRV que par la première ligne de soins ;
- qu'elle devra consulter son médecin traitant au plus vite (si le test a été réalisé ailleurs que chez son médecin traitant).

Bénéfices et risques de l'initiation précoce d'un TAR

Bénéfices	Inconvénients
Probabilité plus élevée d'un retour immunologique à la normale	L'ambivalence par rapport au TAR à un moment de challenge émotionnel peut entraîner une moins bonne observance et le développement de résistance aux antirétroviraux.
Contrôle plus rapide de l'infection (bénéfices virologique et immunologique plus élevés)	État psychologique vulnérable et mauvaise préparation à la prise d'un traitement à long terme
Risqué réduit d'une transmission virale involontaire	Stigmatisation

Réduction/absence de progression de la maladie	Effets secondaires possibles
Bénéfice clinique de la prise du TAR quel que soit le niveau immunitaire (taux de CD4)	
Intervention précoce dans les 12 premières semaines suivant le diagnostic améliore la récupération immune.	
Limitation du réservoir viral	

Les CRV ont organisé des plages pour les nouvelles PVVIH afin de favoriser la mise en lien avec les services de soins ('linkage to care').

En Belgique, il y a 12 CRV qui offrent des soins spécialisés et multidisciplinaires pour les PVVIH, avec notamment des internistes, infectiologues, assistants sociaux, infirmier.ères, psychologues, la composition précise pouvant varier d'un CRV à l'autre. Les consultations médicales sont payantes et remboursées par la mutuelle ; les consultations paramédicales sont gratuites pour les patients.

Se rendre dans un nouveau lieu de soins et faire face à un nouveau problème de santé sont des moments fragiles de la trajectoire de soins de la PVVIH nouvellement diagnostiquée. Il est important de la soutenir dans cette étape qui est cruciale pour son espérance de vie et sa qualité de vie.

Portez une attention particulière aux personnes vulnérables et/ou présentant des troubles de santé mentale. Les troubles de santé mentale peuvent préexister à l'annonce du diagnostic (les troubles de santé mentale peuvent être associés à des comportements à risque à l'origine de la contamination) ou être déclenchés par l'annonce du diagnostic. Les PVVIH présentant des vulnérabilités et/ou des troubles de santé mentale sont plus à risque d'échapper à la mise en lien avec les services de soins et d'être prises en charge tardivement par ceux-ci, s'exposant ainsi à des complications plus sévères et à un décès plus précoce. Questionnez la nouvelle PVVIH présentant des vulnérabilités et/ou des troubles de santé mentale sur les barrières et difficultés à se prendre rendez-vous ou se rendre dans un CRV. Demandez-lui également de quel soutien elle bénéficie. Dans tous les cas, soutenez-la activement dans ces démarches.

Bases des recommandations (en anglais)

RECOMMENDATION 1.A.2.1. REFER AS SOON AS POSSIBLE TO HRC AFTER HIV DIAGNOSIS TO QUICKLY START THE ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART), IRRESPECTIVE OF CD4 COUNT OR CLINICAL STAGE (**GRADE 1B**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** this recommendation has been adapted from the IAPAC guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum (HCC) for Adults and Adolescents³⁴. The original recommendation of the IAPAC guideline states: *“The immediate offer of ART after HIV diagnosis, irrespective of CD4 count or clinical stage, is recommended. (A I)”* The IAPAC recommendation on immediate offer of ART is based on:
 - The trial of Danel (2015) showed that immediate ART and 6 months of IPT independently led to lower rates of severe illness than did deferred ART and no IPT, both overall and among patients with CD4+ counts of at least 500 cells per cubic millimeter.
 - The systematic review of Suthar (2012) showed that antiretroviral therapy is strongly associated with a reduction in the incidence of tuberculosis across all CD4 count strata. Earlier initiation of antiretroviral therapy may be a key component of global and national strategies to control the HIV-associated tuberculosis syndemic.
 - The guideline of the Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medical Association (2015) states that for the first time in decades, new drugs for tuberculosis are being developed. And that antiretroviral therapy initiation should not be delayed in individuals with acute opportunistic infections, including TB or Pneumocystis pneumonia, with the notable exception of cryptococcal meningitis and other opportunistic infections associated with increased intracranial pressure.
 - The open label RCT of Abdool Karim (2010) showed that initiating ART during tuberculosis treatment in AFB positive patients with HIV co-infection and CD4+ counts <500 cells/mm³ significantly improves survival and provides further impetus for the integration of tuberculosis and AIDS services.
 - The World Health Organization (2015) states that antiretroviral therapy should be provided as soon as possible after a diagnosis of HIV

³⁴ International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015;14 Suppl 1:S3-S34.

infection and no later than 8 weeks after initiating TB treatment. In resource limited settings, programmatic prioritization of vulnerable groups of people should be considered to ensure that they get access to treatment. CD4 count monitoring is optional for individuals who are on stable ART and who have been virologically suppressed for more than 2 years.

- The study of Gale (2013) showed that among patients infected with human immunodeficiency virus (HIV), those with HIV-1 RNA <200 copies/ml and CD4 counts ≥ 300 cells/ μ L had a 97.1% probability of maintaining durable CD4 ≥ 200 cells/ μ L for 4 years. When non-HIV causes of CD4 lymphopenia were excluded, the probability rose to 99.2%.
- The cohort study of Hyle (2013) shows that reduced frequency of routine CD4 monitoring improves the value of care for all stable, virologically suppressed patients with HIV.
- **Conclusion on consistency:** The interpretation of the various articles was done in a consistent manner. Data showed that:
 - the benefits of ART, such as prevention of illness, death, and transmission, extend to persons irrespective of CD4 count;
 - antiretroviral therapy initiation should not be delayed in individuals with acute opportunistic infections;
 - ART is the strongest TB prevention intervention for PLHIV and should be provided as soon as possible after a diagnosis of HIV infection;
 - vulnerable groups of people should be considered to ensure that they get access to treatment; assessment of CD4 count is recommended to direct prevention of opportunistic infections;
 - the initiation of ART for prophylaxis against opportunistic infections should not be denied or deferred if CD4 count testing is not available.The translation of the synthesis of the various articles was done in a consistent manner.
- **Conclusion for currency:** a systematic review ³⁵ with meta-analysis shows rapid ART was superior to standard/delayed treatment in continuing care for at least 8 months (RR = 1.13, 95%CI: 1.03~1.25, Z = 2.44, p = 0.015), and can reduce severe bacterial infection (RR = 0.42, 95%CI: 0.25~0.70, Z = 3.33, p = 0.001). In comparison to standard/delayed treatment, rapid ART can

³⁵ Bai R, Du J, Lv S, Hua W, Dai L, Wu H. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *Front Pharmacol* 2022;13:898449.

reduce the incidence of TB and severe bacterial infections in HIV patients. The quality of the study was evaluated as critical low.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Referral is needed for the patient firstly to get access to HIV treatment.
 - In Belgium, this treatment must be initiated by a physician working in a HRC to benefit from a reimbursement of INAMI/RIZIV.
 - “*Immediate start of ART*” is not possible on the same day as the post-counselling if the screening has been done in primary care. The experts changed “*immediate*” into “*as soon as possible*”.
- Benefits and harms:
 - The potential benefits of starting ART immediately are:
 - prevention of illness, death, and transmission (see U = U).
 - earlier U = U.
 - The potential harms of starting ART immediately are:
 - ART is a lifelong treatment and the PLHIV should potentially change their habits (taking pills, food, other medication, ...).
 - ART has interactions and side effects.
 - Advantages of initiation of ART in Primary HIV Infection (PHI):
 - Improvement of clinical symptoms of PHI, when present, especially severe general symptoms and/or neurological disease.
 - Demonstrated benefits of early therapy:
 - Virological: decrease of the HIV-VL set-point and size of the viral reservoir; reduction of viral genetic evolution.
 - Immunological: decrease of immune activation and inflammation; preservation of immune function and integrity of lymphoid tissue; possibly neurological and gut protection; possibly enhancement of post-treatment control and response to future eradication strategies.
 - Usually, short interval between identification of PHI and a CD4 count > 500 cells/ μ L.
 - Potential benefits of treatment for the community:
 - Reduced risk of transmission. Most infections are transmitted by persons who are unaware of their HIV status.
 - Enhanced probability of immunological recovery to normal.
 - Comforted by taking immediate control of their infection (enhanced immunological and virological benefits).
 - Reduced risk of onward viral transmission at a time of very high viral load and consequent high risk of transmission.

- Reduction in morbidity and more rapid disease progression associated with high viraemia.
- Clinical benefit from ART irrespective of CD4 count.
- Earlier intervention within the first 12 weeks of diagnosis enhances immune recovery.
- Limitation of viral reservoir.
- Belgian context:
 - Reimbursement must be requested by an infectiologist.
- Feasibility:
 - ART is always started at diagnosis in HRC.
 - There are specific appointment times in HRCs for new patients:
 - Starting ART is already done by HRC.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - HIV treatment is specialized and the role of the HRC.
 - Prescribing ART needs specialist expertise at HRC.
 - A contact between the GP and the HRC should be foreseen to check whether the patient did effectively reach the HRC.
 - Patients' preferences:
 - Even patients could need time to accept the diagnosis and the need for a chronic treatment, it's important to have already linked to HRC.
- Economical aspects:
 - HRC's can request for a permission for reimbursement, including a medical report ³⁶.
 - The ART is completely reimbursed if the patient has a Belgian insurance and by the mediprima insurance for undocumented people.
 - Access to ART reimbursement might be more complex or slower to obtain for patients not benefiting of a Belgian health insurance.

Conclusion : the recommendation on referral PLHIV to linkage to ART has been developed following an ADAPTE procedure and is based on the IAPAC guideline. The original recommendation was labelled as AI (= 1A). The GDG confirmed the need to refer newly diagnosed PLHIV to HRC to link to ART as soon as possible. In Belgium, only HRC can initiate ART and to fill in the documents to be reimbursed. The sooner linkage to ART is established, the sooner viral load is undetectable, improving quality of life, reducing transmission, morbidity and mortality on short and long term. New data show that rapid ART is superior to standard/delayed treatment in continuing care for at least 8 months, and can reduce severe bacterial infection. In comparison to

³⁶ [SIDA : intervention dans les coûts pour le suivi dans un centre spécialisé - INAMI \(fgov.be\)](#)

standard/delayed treatment, rapid ART can reduce the incidence of TB and severe bacterial infections in HIV patients. The advantages outweigh the disadvantages. Evidence is indirect and comes from a context where ART is not available everywhere, in contrast to Belgium. Therefore, a strong recommendation has been formulated as GRADE 1B.

RECOMMENDATION 1.A.2.2.: REFER AS SOON AS POSSIBLE TO HIV CARE AFTER HIV DIAGNOSIS FOR MULTIDISCIPLINARY CARE, IRRESPECTIVE OF CD4 COUNT OR CLINICAL STAGE (**GRADE 1B**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** this recommendation has been adapted from the IAPAC guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum (HCC) for Adults and Adolescents³⁷. The original recommendation of the IAPAC guideline states: “Immediate referral to HIV care is recommended following an HIV-positive diagnosis to improve linkage to ART (A I)”. The IAPAC recommendation on immediate referral for linkage to ART is based on:
 - One RCT conducted in Uganda: outpatients referred to HIV testing were more likely to attend an HIV clinic within 6 months compared to those receiving HIV testing and counselling on-site as inpatients³⁸.
 - Observational studies:
 - One observational study involving 1928 patients in New York City showed that initiation of HIV care was more likely to occur when HIV testing was conducted at a clinical site with access to HIV care³⁹.
 - Another retrospective observational study conducted in a hospital emergency department, found that on-site linkage teams were able to connect more than 90% of newly diagnosed and out-of-care HIV-infected patients to HIV care services⁴⁰.
 - A mixed observational cohort study combined with qualitative interviews found that in other hospital settings, suboptimal ART

³⁷ International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015;14 Suppl 1:S3-S34.

³⁸ Wanyenze RK, Hahn JA, Liechty CA, et al. Linkage to HIV care and survival following inpatient HIV counseling and testing. AIDS Behav 2011;15(4):751-760.

³⁹ Torian LV, Wiewel EW, Liu KL, Sackoff JE, Frieden TR. Risk factors for delayed initiation of medical care after diagnosis of human immunodeficiency virus. Arch Intern Med 2008; 168(11):1181-1187.

⁴⁰ Christopoulos KA, Kaplan B, Dowdy D, et al. Testing and linkage to care outcomes for a clinician-initiated rapid HIV testing program in an urban emergency department. AIDS Patient Care STDs 2011;25(7):439-444.

eligibility assessments and referral systems created unnecessary delays and attrition in the pre-ART clinical management period

⁴¹.

- **Conclusion for consistency:** there is insufficient information to evaluate the consistency of the search. The interpretation of the various articles was done in a consistent way. Data showed that:
 - the patients are more likely to attend the HRC if it's discussed with the PLHIV.
 - 'linkage to care' is easier with on-site linkage teams.
 - referral systems could create unnecessary delays to 'linkage to care.The translation of the synthesis of the various articles was done in a consistent way. Evidence is indirect and comes from context where ART is not available everywhere, in contrast to Belgium. Nevertheless, the expertise to choose what is the best ART for the PLHIV is a specialty of HRC.
- **Conclusion for currency:** a study ⁴² reported how the authors developed a prototype agent-based model (ABM) to simulate two interventions and their impact on an evidence-based LTC that serves newly diagnosed youth and young adults in Memphis, Tennessee. They show that the model of strengthening referral networks among HIV testing and LTC providers has a potential to reduce time from diagnosis to linkage to care. The study has many limitations.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Timely referral is a need for the PLHIV to get as soon as possible access to the multidisciplinary care.
 - In Belgium, this multidisciplinary specialised care is provided by the HRC.
 - The primary HCP should refer as soon as possible PLHIV to HRC to get access to multidisciplinary specialised care.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Building a therapeutic link and a relationship of trust with the newly diagnosed PLHIV.
 - Starting health education of the PLHIV:
 - ✓ Giving information about living with HIV ;
 - ✓ Giving information about ART ;

⁴¹ MacPherson P, Lalloo DG, Choko AT, et al. Suboptimal patterns of provider initiated HIV testing and counselling, antiretroviral therapy eligibility assessment and referral in primary health clinic attendees in Blantyre, Malawi. *Trop Med Int Health* 2012;17(4):507-517.

⁴² McKay VR, Cambey CL, Combs TB, et al. Using a modeling-based approach to assess and optimize HIV linkage to care services. *AIDS Behav* 2021;25(3):886-896.

- ✓ It can take time before the PLHIV learns how to adhere to a multidisciplinary care environment (social assistant, sexuologist, psychologist, etc.).
 - Harms:
 - Some patients may not believe their status and may have barriers to linkage to care.
 - Feasibility:
 - There should be no delay in referral, however, sometimes there will be some barriers, difficulties and vulnerabilities in referring newly diagnosed PLHIV.
 - Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - HIV should be managed multidisciplinary; at HRC there is a multidisciplinary team.
 - A multidisciplinary team should involve the patient's GP.
 - There should also be a (clear) collaboration between primary HCP and HRC.
 - A contact between the GP and the HRC should be foreseen to check whether the patient did effectively reach the HRC.
 - Patients' preferences:
 - Choice of HRC depends on personal choice (location, neighbourhood anonymity and/or administrative issues).
 - Economical aspects:
 - The indirect costs and time consumption for counselling.

Conclusion: the recommendation on referral the PLHIV for multidisciplinary care has been developed following an ADAPTE procedure and is based on the IAPAC guideline. The original recommendation was labelled as AI (= 1A) and has been extended from 'HIV care' to 'HIV multidisciplinary care'. Indeed, HIV should be managed multidisciplinary, and this can be provided by the HRC. In consequence, the GDG decided to recommend the GP to refer the PLHIV as soon as possible to the HRC, irrespective of the CD4 count. The advantages outweigh the disadvantages. Evidence is indirect and of lower quality (due to the many limitations of the McKay study). Therefore, a strong recommendation has been formulated, and the evidence quality has been downgraded to B.

RECOMMENDATION 1.A.2.3.: INFORM THE PATIENT ABOUT THE IMPORTANCE OF LINKAGE TO CARE AND RETENTION IN CARE (PRIMARY AND SECONDARY CARE) AND TAKING ART AS SOON AS POSSIBLE (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:**
 - Evidence was found on the importance of linkage to care (LTC):
 - A systematic review ⁴³ shows that the adequate LTC in USA is below 80% on average, and that vulnerable populations are especially at risk of poor linkage to care. Being black or male were the most observed determinants of delayed entry into care. Young people, IDU, people with low socio-economic status, or at a less advanced stage of disease also experienced lower proportions of timely linkage.
 - Another study ⁴⁴ evaluated an intervention to link persons never in HIV care (NIC) to care, in the USA. Among the persons who provided reasons for NIC, most reported were not believing one's HIV diagnosis (30%) and lacking medical insurance (18%).
 - A systematic literature review ⁴⁵ synthesized qualitative evidence on LTC interventions for PLHIV and highlights the importance of task-shifting, mobile outreach, and integrated HIV and primary services. Both community and individual level factors may increase the feasibility and acceptability of HIV LTC interventions.
 - Evidence was found on informing the patient:
 - Messer et al. ⁴⁶ identified the barriers and facilitators to HIV care at 3 points along the HIV continuum: HIV testing, entry/early care, and engagement. Data suggest that informing the patient about why it is important helps him to get into care and to take his ART.
- Because of the limited evidence found, we also conducted **a Delphi consensus procedure** to collect the opinions of the involved stakeholders

⁴³ Perelman J, Rosado R, Ferro A, Aguiar P. Linkage to HIV care and its determinants in the late HAART era: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care* 2018;30(6):672-687.

⁴⁴ Udeagu CN, Huang J, Misra K. Duration Since Never in HIV Care and Immediate Blood-Draw After HIV Diagnosis are Associated with Willingness to Link to Care Following Health Department Outreach, New York City. *AIDS Behav* 2019;23(2):386-394.

⁴⁵ Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, et al. Facilitators and barriers in HIV linkage to care interventions: a qualitative evidence review. *AIDS* 2016;30(10):1639-1653.

⁴⁶ Messer LC, Quinlivan EB, Parnell H, Roytburd K, et al. Barriers and facilitators to testing, treatment entry, and engagement in care by HIV-positive women of color. *AIDS Patient Care STDS* 2013 Jul;27(7):398-407.

and experts regarding the statement on informing PLHIV about how linkage to care and retention in HIV care are beneficial for their health (see *below*).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinions:
 - Every HCP should inform PLHIV about how linkage to care and retention in HIV care are beneficial for their health. By accessing ART, undetectable viral load will be reached more quickly, which leads to U = U (undetectable=untransmissible). To ensure LTC, the GP should inform the patient and assure that he/she can and knows how to reach the HRC, with special attention to vulnerable patients.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Undetectable viral load and untransmittable status will be reached more quickly by accessing ART.
 - Reassuring and encouraging the patient to remain in care/ on ART will lead to chronic state of U = U and almost a 'normal' life.
 - Less discrimination.
 - Harms:
 - None
- Belgian context
 - HIV Plan 2014-2019 states in action 41 that an integrated care model should be developed. Every patient should be referred to HRC, where all elements of care are already implemented.
- Feasibility:
 - Informing the patient about linkage to care is feasible.
 - Reassuring that the patient knows where and how to reach the HRC is feasible.
 - Linking people without insurance is important, but not always easy (administration and procedure).
- Value & preferences :
 - Professional's preferences:
 - The patient needs this information to be aware how linkage to and maintenance in HIV care is beneficial to the health of PLHIV.
 - Vulnerable groups need more attention.

- Patients' preferences ⁴⁷:
 - It's important for PLHIV to get information from the GPs about the importance of be linked to care and retained in care.
 - PLHIV could also seek for information on websites.
 - PLHIV could look for peers' experience in support groups and patients' associations.
- Economic aspects:
 - Reassuring and informing may take time.

Conclusion: based on limited evidence and expert opinion, the guideline development group (GDG) submitted one statement to a Delphi panel which obtained full consensus. Nevertheless, the stakeholders and the GDG decided to insist on the importance of informing the PLHIV about linkage to care, retention in care and ART adherence, both in primary and secondary care. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been formulated and labelled as a good practice point (GPP).

1.A.3. Information et notification des partenaires sexuels

Recommandations

1.A.3.1. Informez sur les méthodes de notification qui permettent aux personnes nouvellement diagnostiquées de demander à leurs partenaires sexuels de se faire tester pour le VIH (**GPP**).

Explications

Il est important de pouvoir dépister toutes les personnes ayant été exposées afin de pouvoir traiter aussi vite que possible les personnes contaminées et de limiter les futures possibles transmissions.

La notification des partenaires sexuels permet d'identifier les personnes qui ont eu des contacts à risque et de leur proposer un dépistage. Plusieurs méthodes existent :

- La PVVIH ou le professionnel contacte et informe les personnes exposées, et un dépistage leur est proposé. Des exemples de lettre type peuvent être trouvées sur le site web de Domus Medica

⁴⁷ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

(https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Brief%20partner%20notificatie%20SOI_0.pdf) ou de la SSMG (<https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Cellules-spec/IST/Lettre-notification-partenaire.pdf>)

- Certains centres ont un GSM dédié à la notification : un SMS est envoyé de manière anonyme informant que la personne a été exposée et devrait se faire dépistée pour toutes les IST dès que possible ;
- De manière anonyme : la PVVIH ou le professionnel renseigne les informations nécessaires sur un site en ligne, et les personnes exposées sont contactées sans que les coordonnées de la PVVIH ne soient communiquées. Il s'agit notamment des sites suivants :
 - En néerlandais : www.partneralert.be
 - En français : www.depistage.be

La personne exposée décide où elle se fera dépister (chez son médecin traitant, dans un centre de dépistage VIH, un CRV, etc.). Le dépistage devra se faire de manière médicalisée sur sérum, non par un test rapide.

[Bases de la recommandation \(en anglais\)](#)

RECOMMENDATION 1.A.3.1.: INFORM ABOUT NOTIFICATION¹ METHODS TO PROPOSE TO THE NEWLY DIAGNOSED INDIVIDUALS TO HAVE THEIR PARTNERS TESTED FOR HIV (**GPP**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** the IAPAC guideline for Optimizing the HIV Care Continuum (HCC) for Adults and Adolescents, and from the NICE guideline “HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV” give recommendations on partner testing:
 - The IAPAC guideline states “*The offer of HIV testing to partners of newly diagnosed individuals is recommended (A1)*”.
 - The NICE guideline states “*Partners of people who test positive should receive a prompt offer and recommendation of an HIV test through partner notification procedures.*”

IAPAC guideline: The main evidence base of the above mentioned IAPAC recommendation on testing partners is a systematic review that found a mean of 67% of identified partners that were notified of their potential exposure to HIV, and a mean of 63% of those notified were tested (previously known ‘positives’ were not tested). Of those tested, a mean of 20% were HIV positive. Therefore, even given that not all partners could be found and notified and that some who could be found did not accept testing, 1% to 8% of people named as potentially exposed and not previously known to

be HIV positive were identified as HIV positive through partner notification (although these people were not necessarily infected by the index case) ⁴⁸. Other studies underpinning the recommendations:

- The study of Brown ⁴⁹ found that provider notification was higher than self-notification (51% versus 24% for self-notification).
- The study of Creek ⁵⁰ showed that partner- or couple-based HIV testing and counseling can be more supportive and can facilitate safe disclosure, and it is therefore recommended that health care providers consider initiating such discussions with women and with men and their partners. Knowing that a partner has taken an HIV test and knowing a partner's HIV status are associated with HIV testing among pregnant women.
- The study of Panditrao ⁵¹ shows that HIV-positive pregnant women whose partners have an unknown HIV serostatus are more likely to be lost to follow-up.

NICE guideline: there were no studies underpinning the NICE recommendation.

- **Conclusion for consistency**: there is insufficient information to evaluate the consistency of the search. The interpretation of the various articles was done in a consistent manner. The translation of the synthesis of various article was also done in a consistent manner.
- **Conclusion for currency**: two relevant studies were identified:
 - A report of Oehler et al. ⁵² shows that offering PLHIV the opportunity to refer partners for HIV testing is an efficient way of identifying new HIV diagnoses.

⁴⁸ Hogben M, McNally T, McPheeters M, Hutchinson AB. The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals a systematic review. *Am J Prev Med* 2007;33(2 suppl):S89-S100.

⁴⁹ Brown LB, Miller WC, Kamanga G, et al. HIV partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunities for HIV treatment and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011;56(5):437-442.

⁵⁰ Creek T, Ntuny R, Mazhani L, et al. Factors associated with low early uptake of a national program to prevent mother to child transmission of HIV (PMTCT): results of a survey of mothers and providers, Botswana, 2003. *AIDS Behav* 2009;13(2): 356-364.

⁵¹ Panditrao M, Darak S, Kulkarni V, Kulkarni S, Parchure R. Socio-demographic factors associated with loss to follow-up of HIV-infected women attending a private sector PMTCT program in Maharashtra, India. *AIDS Care* 2011;23(5):593-600.

⁵² Oehler C, Rajagopal A, Songster T, et al. Partner notification services for patients with established and new HIV infection leads to diagnosis and linkage of HIV-positive partners. *AIDS and behavior* 2021;25(3):809-813. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03043-5>.

- The study of Chiou ⁵³ aimed to evaluate the effects of voluntary HIV counselling and testing referral by sexual partners through social networking platforms and the test results after elicited interviews with MSM. They conclude that partner-elicited interviews (motivational interviewing) can effectively promote referral for HIV testing and case identification via the Line app.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts on informing about sex partner notification (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - It is very important to explain to the PLHIV newly diagnosed how to notify.
 - Notification of the sex partners is important, and it must be discussed with the PLHIV.
 - It is important the possible partners to be tested, to know if they are infected too and for preventive actions.
 - Avoiding conflicts with partners is important.
 - This can be done by the primary HCP/GP, even if it has already been done by the HRC.
 - This is a delicate question, and it might be too early to ask this question during post-test counselling.
- Benefits & Harms:
 - Benefits:
 - It is essential.
 - It is an important element for prevention and risk reduction strategy with the non-Prep, screening of the partner(s).
 - When the partner is negative, he/she may be more cautious, and using protection (condom/ PrEP, ...).
 - The risk of onward transmission can be discussed.
 - It has a positive impact on transmission.
 - Informing and testing the sex partners of PLHIV has an impact on reducing onward transmission.
 - Harms:
 - This may be too early in the first post-test counselling: focus on the partner may not be a priority for the PLHIV in the first post-test counselling.

⁵³Chiou PY, Hung CC, Chen CY. Sexual partner referral for HIV testing through social networking platforms: cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill* 2022;8(4):e32156. <https://doi.org/10.2196/32156>

- Stigma, guilt and other negative feelings may occur.
 - The PLHIV may feel pressured.
 - HCP should be aware of partner conflicts or criminalization.
- Feasibility:
 - How to inform or notify partners is important to discuss.
 - The GP may have to repeat this information, because a lot is forgotten after the initial shock.
 - Notifying the diagnosis to the sex partner(s) can be stimulated by the GP (if he/she feels confident about it) and at the HRC.
 - You need to explain how sex partner(s) notification can be done, for instance using partneralert.be.
 - You need to explain why this is important for PLHIV, so newly diagnosed people might less get the feeling that the HCP is intruding on their intimate life.
 - You need to mention PET and PrEP and their practicalities.
 - The patient needs to fully understand the information.
 - There may be barriers to this, including time management and collegiality.
 - The patient may have a preference.
 - It may be time consuming.
 - Information about notification in Belgium can be found on the following websites:
 - In Dutch: <https://www.partneralert.be/N/>
 - In French: <https://depistage.be/>
 - Legal aspects:
 - The HCP should be aware of patient rights.
 - The HCP should be aware of confidentiality.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - It is a delicate question, but important, especially in the interest of the partners to know their diagnosis/status.
 - The manner to introduce testing should be discussed to avoid any conflict with a partner.
 - The HCP should feel confident about discussing partner notification.
 - Patients' preferences:
 - It's important to explain why.
 - It's important to explain how it works.
 - It's important to explain that notification could be anonymous.
- Economic aspects:
 - Sometimes a partner does not have any papers.
 - Preferably there is universal health coverage.

Conclusion: the GDG experts confirmed that GPs and other HCP should give information and discuss with PLHIV about notification methods and (sex)partners needs. It is important for the global prevention strategy. Based on the low-quality evidence from the IAPAC guideline and the studies identified through a complementary search, following statement has been formulated and submitted to a formal Delphi consensus procedure: *The GP should give information about sex partner notification and HIV transmission and prevention* and obtained full consensus. The GDG decided to focus here on the importance on partner notification; the recommendation on giving information on HIV transmission and prevention has been moved to a separate chapter (see page 65). The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

1.B. Lors des consultations suivantes

1.B.1. Counselling post test

Recommandations

1.B.1.1. Posez des questions par rapport aux idées, préoccupations et attentes de la PVVIH, ainsi que par rapport aux sources de soutien dont elle dispose **(GPP)**.

1.B.1.2. Demandez si la PVVIH a informé quelqu'un qu'elle a été testée **(GPP)**.

Explications

EXPLORER LES IDÉES, PRÉOCCUPATIONS ET ATTENTES DE LA PVVIH, ET LE SOUTIEN DONT ELLE DISPOSE

Suite à l'annonce de la séropositivité pour le VIH, il est souvent nécessaire de revenir à plusieurs reprises sur les idées, préoccupations et attentes de la PVVIH.

Lors des consultations suivant l'annonce, n'hésitez pas à réexplorer les idées, préoccupations et attentes de la PVVIH :

- Questionnez ses idées concernant la maladie, y compris les idées reçues ou les récits imaginaires.
- Demandez à la PVVIH si elle a des questions particulières concernant par exemple l'aspect physique, les conditions de travail, la notification des partenaires sexuels, la stigmatisation associée au VIH, etc. Les préoccupations principales peuvent être différentes d'une PVVIH à l'autre.

- Interrogez la PVVIH sur ses attentes par rapport au diagnostic, aux soins de santé, au traitement, à la santé sexuelle, à la peur de mourir, etc.

DEMANDER SI LA PVVIH A INFORMÉ QUELQU'UN QU'ELLE A ÉTÉ TESTÉE

Lors des consultations suivant l'annonce, redemander à la PVVIH si elle a informé quelqu'un qu'elle a été testée et si quelqu'un est au courant de sa séropositivité afin d'évaluer le soutien dont elle dispose. Un soutien psychosocial insuffisant peut être une cause d'isolement et de comportement destructeur pour les PVVIH nouvellement diagnostiquées. Soyez donc attentif au risque d'auto-isolement et investiguez les sources de soutien dont la PVVIH dispose.

Bases des recommandations (en anglais)

RECOMMENDATION 1.B.1.1.: ASK QUESTIONS ABOUT PLHIV'S IDEAS, CONCERNS AND EXPECTATIONS AND WHERE THEY GET SUPPORT (**GPP**).

RECOMMENDATION 1.B.1.2.: ASK IF THE PLHIV INFORMED SOMEONE SHE/HE HAS BEEN TESTED (**GPP**).

- **Evidence base:** see recommendations 1.A.1.3. (for the recommendation 1.B.1.1.) and 1.A.1.4. (for the recommendation 1.B.1.2).
- **Consensus among GDG experts:** these actions should be done not only at the first consultation, but regularly after a positive test.

Conclusion: stakeholders and the GDG made clear that this recommendation should be done not only at the post-counselling consultation but that this also should be done regularly during consultations following a positive test.

1.B.2. Mise en lien avec les services de soins ('linkage to care'), maintien dans les soins ('retention in care'), observance du TAR ('ART adherence')

Recommandations

1.B.2.1. (Ré)informez la PVVIH sur l'importance d'une mise en lien rapide avec et du maintien dans les services de soins VIH, ainsi que sur l'importance d'une prise régulière et prolongée du traitement (**GPP**).

1.B.2.2. Soutenez la PVVIH dans la mise en lien avec les services de soins, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

1.B.2.3. Soutenez la PVVIH dans le maintien dans les soins, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

1.B.2.4. Soutenez la PVVIH dans l'observance de son traitement, en particulier les personnes en situation de vulnérabilités et/ou présentant des troubles de santé mentale (**GPP**).

Explications

(RÉ)INFORMEZ LA PVVIH SUR L'IMPORTANCE D'UNE MISE EN LIEN RAPIDE AVEC ET DU MAINTIEN DANS LES SERVICES DE SOINS VIH, AINSI QUE SUR L'IMPORTANCE D'UNE PRISE RÉGULIÈRE ET PROLONGÉE DU TRAITEMENT

Lors des consultations qui suivent l'annonce du diagnostic, réexpliquez au patient :

- qu'il y a un traitement ;
- que le traitement actuel permet à la PVVIH :
 - d'avoir une espérance de vie similaire aux personnes ne vivant pas avec le VIH, pour autant qu'il soit pris aussi vite que possible et régulièrement tout au long de la vie ;
 - d'atteindre une charge virale qui soit indétectable et donc intransmissible par les relations sexuelles (I = I) ;
 - d'envisager une grossesse si la femme le souhaite.
- qu'il est donc important d'obtenir ce traitement rapidement ;
- que pour obtenir ce traitement, il faut se rendre dans un CRV ;
- que le traitement est pris en charge et gratuit quand la mutuelle est en ordre ; en l'absence de mutuelle, en cas de difficulté financière, de titre de séjour temporaire, en l'absence de titre de séjour régulier, ou toute autre situation socio-économique complexe, les CRV pourront aider la PVVIH dans les démarches sociales afin d'obtenir un accès aux ART, éventuellement par le biais d'une aide médicale du CPAS – ceci ne doit en aucun cas être un motif pour retarder l'initiation du TAR ;
- que le TAR est considéré aujourd'hui comme un traitement à vie, et devra donc être pris régulièrement. La prise régulière du TAR est essentielle :
 - pour contenir la réplication virale et donc la progression de la maladie ;
 - pour atteindre une charge virale indétectable. Lorsque la charge virale est indétectable, on considère aujourd'hui que le risque de transmission

- est nul ($I = I$), la PVVIH pouvant alors avoir une activité sexuelle non protégée sans risque de transmission ;
- pour éviter l'apparition de résistance au TAR ;
 - que la PVVIH devra être suivie de manière régulière tant par les CRV que par la première ligne de soins ;
 - qu'elle devra consulter son médecin traitant au plus vite (si le test a été réalisé ailleurs que chez son médecin traitant).

Bénéfices et risques de l'initiation précoce d'un TAR

Bénéfices	Inconvénients
Probabilité plus élevée d'un retour immunologique à la normale	L'ambivalence par rapport au TAR à un moment de challenge émotionnel peut entraîner une moins bonne observance et le développement de résistance aux drogues antirétrovirales
Contrôle rapide de l'infection (bénéfices virologique et immunologique plus élevés)	État psychologique vulnérable et mauvaise préparation à la prise d'un traitement à long terme
Risque réduit d'une transmission virale involontaire	Effets secondaires possibles
Absence/Réduction de la progression de la maladie	Stigmatisation
Bénéfice clinique de la prise du TAR quel que soit le niveau immunitaire (taux de CD4)	
Intervention précoce dans les 12 premières semaines suivant le diagnostic améliore la récupération immune	
Limitation du réservoir viral	

Vérifiez également que la PVVIH s'est effectivement rendue au CRV. Si nécessaire :

- explorez avec la PVVIH les raisons pour lesquelles elle n'a pas encore été au CRV et n'a pas encore été vu par un infectiologue (changement de rendez-vous, etc.) ;
- réadrezsez la PVVIH au CRV.

Se rendre dans un nouveau lieu de soins et faire face à un nouveau problème de santé sont des moments fragiles de la trajectoire de soins de la PVVIH nouvellement diagnostiquée. Il est important de la soutenir dans cette étape qui est cruciale pour son espérance de vie et sa qualité de vie.

Portez une attention particulière au public vulnérable et/ou présentant des troubles de santé mentale. Les troubles de santé mentale peuvent préexister à l'annonce du diagnostic (les troubles de santé mentale peuvent être associés à des comportements à risque à l'origine de la contamination) ou être déclenchés par l'annonce du diagnostic. Ces PVVIH présentant des vulnérabilités et/ou des troubles de santé mentale sont plus à risque d'entrer tardivement dans les soins, s'exposant ainsi à des complications plus sévères et à un décès plus précoce. Questionnez la nouvelle PVVIH présentant des vulnérabilités et/ou des troubles de santé mentale sur les barrières et difficultés à se prendre rendez-vous ou se rendre dans un CRV. Demandez-lui également de quel soutien elle bénéficie. Dans tous les cas, soutenez-la activement dans ces démarches.

MAINTIEN DANS LES SOINS ('RETENTION IN CARE') ET OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Pour soutenir la PVVIH dans l'observance du TAR et le maintien dans les soins, l'exploration des raisons pour lesquelles elle a oublié de prendre son TAR ou a raté des rendez-vous peut révéler des problèmes importants qui pourront être résolus par la suite :

- Identifiez les obstacles et les facilitateurs à une prise régulière du TAR.
 - Demandez à la PVVIH ce qui l'aide à prendre son traitement régulièrement, et ce qui rend la prise régulière du TAR difficile ;
 - Demandez à la PVVIH ce qui l'aide et/ou ce qui l'empêche de se rendre régulièrement aux rendez-vous et à faire les examens nécessaires.
- Rappelez les aspects positifs de l'observance thérapeutique (I = I) ;
- Soutenez les PVVIH dans leur propre capacité. Cela a un effet favorable sur la mise en lien avec les services de soins et le maintien dans les soins ;
- Informez la PVVIH sur la possibilité de rencontrer d'autres PVVIH dans des groupes d'entraide. Les contacts entre pairs peuvent être très favorables. A titre d'exemple :
 - Pour les PVVIH francophones :
 - <https://www.vivreaveclevih.org/>
 - <https://www.exaequo.be/fr/>
 - Pour les PVVIH néerlandophones :
 - <https://www.sensoa.be/>
- Affichez des posters et brochures dans la salle d'attente et/ou dans le cabinet de consultations avec des messages brefs de soutien ;
 - <https://preventionsida.org/fr/espace-pro/>
- L'utilisation d'outils de rappel de prise est associée à une meilleure observance du TAR et une charge virale indétectable chez les patients qui présentent des difficultés. Informez les PVVIH de l'existence de ces outils, incitez-les à trouver l'outil ou le « truc & astuces » qui leur convient le mieux :

- Pilulier ;
- Étiquettes à gratter permettant d'identifier les jours de prise ;
- Rappel de prise via une alarme sur le GSM ;
- Avoir toujours des médicaments sur soi ;
- Partir en voyage avec au moins 1,5 fois la quantité de médicaments par rapport à la durée de voyage prévue ;
- Avoir toujours une réserve de médicaments chez soi (pour éviter les interruptions lors du renouvellement d'ordonnance) ;
- Les nouvelles technologies et des applications peuvent également être utilisées pour soutenir la PVVIH dans l'observance au TAR ;
- Toute autre idée qui convient à la PVVIH.
- Les applications et les sites de rendez-vous médicaux en ligne, l'utilisation de rappels par courriel ou SMS sont utiles pour rappeler les rendez-vous (chez le médecin généraliste ou spécialiste) ;
- La télémédecine et certaines applications (telles que EmERGE-app⁵⁴) sont utilisées par les CRV pour suivre la PVVIH stable. Une consultation en présentiel reste nécessaire à intervalle régulier.

Les PVVIH en situation de vulnérabilité ou présentant des troubles de santé mentale nécessitent parfois une prise en charge multidisciplinaire plus complexe.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

RECOMMENDATION 1.B.2.1.: RE-INFORM THE PATIENT ABOUT THE IMPORTANCE OF LINKAGE TO CARE AND RETENTION IN CARE (PRIMARY AND SECONDARY CARE) AND TAKING ART AS SOON AS POSSIBLE (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** see recommendation 1.A.2.3.
- **Consensus among GDG experts:** These actions should be done not only at the first consultation, but regularly after a positive test.

Conclusion: stakeholders and the GDG made clear that this recommendation should be done not only at the post-counselling consultation but that this also should be done regularly during consultations following a positive test.

⁵⁴ Beck EJ, Mandalia S, Yfantopoulos P, et al. The efficiency of the EmERGE pathway of care for people living with HIV in England. *AIDS Care* 2022;1-10. doi: 10.1080/09540121.2022.2040723. Online ahead of print. PMID: 35348411.

RECOMMENDATION 1.B.2.2.: SUPPORT PLHIV IN LINKAGE TO CARE, ESPECIALLY THOSE IN VULNERABLE SITUATIONS AND/OR WITH MENTAL HEALTH ISSUES (**GPP**).

RECOMMENDATION 1.B.2.3.: SUPPORT PLHIV IN RETENTION IN CARE, ESPECIALLY THOSE IN VULNERABLE SITUATIONS AND/OR WITH MENTAL HEALTH ISSUES (**GPP**).

RECOMMENDATION 1.B.2.4.: SUPPORT PLHIV IN REGULAR TREATMENT MONITORING, ESPECIALLY THOSE IN VULNERABLE SITUATIONS AND/OR WITH MENTAL HEALTH ISSUES (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** systematic reviews and cohort studies:
 - A systematic review ⁵⁵ included 38 articles (N=2.406). The estimated global prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in PLHIV was 28% (95% CI 24% to 33%). Significant heterogeneity was detected in the proportion of PLHIV who reported PTSD across studies, which was partially explained by geographic area, population group, measurement and sampling method (p<0,05). PTSD among PLHIV is common worldwide. PTSD should be routinely screened for and that more effective prevention strategies and treatment packages targeting PTSD are needed in PLHIV.
 - A systematic review ⁵⁶ included 15 observational studies of which the majority were conducted in high-income countries (10 in the USA and 5 in South Africa) and suggests that potentially traumatic events (PTE) and stressful life events (SLE) exposure and/or PTSD are a significant risk factor for NCI (neurocognitive impairment) in adults living with HIV, with impairments in memory and executive functions being the most likely consequence. There is a need for trauma screening and for the integration of trauma-focused interventions in HIV care to improve outcomes.
 - A systematic review ⁵⁷ with meta-analysis included 7 studies and revealed that food insecurity significantly increased the risk of depression in PLHIV [RR 2,28 (95% I 1,56-3,32)]. This association remained significant

⁵⁵ Tang C, Goldsamt L, Meng J, et al. Global estimate of the prevalence of post-traumatic stress disorder among adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2020;10(4):e032435. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032435.

⁵⁶ Spies G, Mall S, Wieler H, Masilela L, et al. The relationship between potentially traumatic or stressful events, HIV infection and neurocognitive impairment (NCI): a systematic review of observational epidemiological studies. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11(1):1781432. doi: 10.1080/20008198.2020.1781432.

⁵⁷ Ayano G, Tsegay L, Solomon M. Food insecurity and the risk of depression in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Res Ther* 2020;17(1):36. doi: 10.1186/s12981-020-00291-2.

after adjusting for the confounding effects of drug use [RR 1,63 (95% CI 1,27-2,10)], social support [RR 2,21 (95%CI 1,18-4,16)] as well as ART drugs [RR 1,96 (95%CI 1,17-3,28)]. Early screening and management of food insecurity in PLHIV seem to be necessary.

- A multicentric cohort study ⁵⁸ in the US shows that the collaboration between community-based pharmacists and medical providers can improve retention in care and viral suppression among persons triply diagnosed with HIV, mental illness and substance use.
- A **Delphi consensus procedure** has been conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinions:
 - Every healthcare provider should support PLHIV in linkage to care, retention in care and ART adherence.
 - Since vulnerable groups and key populations have a correlation with poor disclosure, adherence, treatment failure and poor linkage to care, more risky behaviour and other challenges, supporting them and taking proactive steps may increase adherence and psychological wellbeing.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Supporting PLHIV to remain in care/on ART will lead to chronic state of U = U and almost a 'normal' life.
 - Less discrimination.
 - Vulnerability criteria should help the GP to optimise support in these populations.
 - Vulnerable groups and key affected populations could have very complex psychosocial problems that complicate adherence, linkage to care and retention to care.
 - Harms:
 - Be cautious to not stigmatise vulnerable populations.
 - Retention in care might also carry the risk of 'stigma'.
 - Lifelong treatment includes the risk of 'side effects of therapy'.

⁵⁸ Byrd KK, Hardnett F, Hou JG, et al. Improvements in retention in care and HIV viral Suppression among persons with HIV and comorbid mental health conditions: patient-centered HIV care model. *AIDS Behav* 2020;24(12):3522-3532. doi: 10.1007/s10461-020-02913-2.

- Belgian context:
 - Among MSM there is a higher reporting of depressive symptoms and other mental health problems, but there is also evidence of substance dependence and sexual compulsivity often occurring simultaneously ⁵⁹.
 - The following priority groups for HIV pandemic in Belgium ⁶⁰ are:
 - MSM
 - Migrant population (without papers) from high endemic countries
 - Transgender
 - Sex workers
 - PWID (People who inject drugs)
 - Incarcerated people
 - The following risk factors ⁶¹ were associated with less retention in care in Belgium:
 - Younger age
 - IV drug use
 - Recent diagnosis
 - Non- Belgian ethnicity
 - MSM had a higher rate of retention in care.
- Feasibility:
 - Supporting PLHIV about linkage to care, retention in care, ART adherence is feasible in primary care.
 - Supporting people without insurance is important, but not always easy (administration and procedure).
 - Vulnerable people may not always disclose their vulnerabilities or their sexual preferences or sex life to their HCP.
 - Some extra efforts are needed to take proactive steps in primary care for psychological wellbeing. There is no reimbursement for longer consultations.
 - It depends on the competences of the individual HCP.
- Value & Preferences:
 - Professional's preferences:
 - Supporting PLHIV in linkage to care, ART adherence and maintenance in care is beneficial to the health of PLHIV.
 - Vulnerable groups need more attention.

⁵⁹ Vanden Berghe W, Nöstlinger C, Laga M. Syndemic and other risk factors for unprotected anal intercourse among an online sample of Belgian HIV negative men who have sex with men. *AIDS Behav* 2014;18(1):50-8. doi: 10.1007/s10461-013-0516-y.

⁶⁰ [Plan VIH Belgique 2020-2026 \(hiv-plan.be\)](http://hiv-plan.be)

⁶¹ Van Beckhoven D, Florence E, De Wit S, et al.; Belgian Research on AIDS, HIV Consortium (BREACH). Incidence rate, predictors and outcomes of interruption of HIV care: nationwide results from the Belgian HIV cohort. *HIV Med* 2020;21(9):557-566. doi: 10.1111/hiv.12901. Epub 2020 Jul 5.

- Patients' Preferences :
 - Sensoa did a PLHIV's needs survey ⁶² in which they found that almost all participants (96%) were on ART. Adherence was also good, only 9% sometimes forgot their medication. In most patients (52%) this occurred a few times a year, only 4 people (13%) forgot their ART on a weekly basis. Long term survivors (LTS) significantly more frequently forgot taking a pill, but they were all on ART (100%).
 - In the same survey, Sensoa asked for any comorbidity, including anxiety disorder or depression and indirectly measured mental health in the last month using Mental Health Inventory (MHI-5). Participants were also asked for alcohol or substance use, including sexualized drug use. A high number of PLHIV reported to have ever had a depression (26%) or anxiety disorder (14%) or one of both (31%). This was a higher prevalence compared to the general population in the 'Gezondheidsenquête 2018' ⁶³, i.e., 11% for anxiety disorder and 9% for depression. Measured with the MHI-5 5 to 20% had high scores. One in 10 drank more than 2 units of alcohol per day and 25% of PLHIV never drank alcohol. PLHIV are more likely to never drink compared to the general population. More than one third (37%) used drugs in the last year and 7% weekly. MSM significantly used drugs more frequently (49%, and 27% on a regular basis) ($\text{Chi}^2=48,50$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$). The most used drugs are poppers (68% of the respondents used this drug in the last year). Almost 34% used drugs during sex. The use of drugs was higher compared to the general population.
 - From Belgian patient perspective ⁶⁴ there are more mental illnesses, such as depression and less social support among PLHIV compared to the general population. Vulnerable groups, such as SAM, experience less social support. PLHIV, and especially MSM, use more frequently (illicit) drugs compared to the general population, mostly used before or during a sexual activity.
- Economic aspects:
 - Reassuring and supporting PLHIV may take some time.
 - Psychological consultations are time consuming (indirect costs).

⁶² Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

⁶³ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale : Enquête de santé 2018. Bruxelles : Sciensano; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be.

⁶⁴ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

- There is no reimbursement for long psychological consultations in primary care. There is a reimbursement for primary care psychologists for 2 x 4 acute sessions for solely depression, anxiety or substance use problems. There is full reimbursement in HRC when a psychologist is available.
- Undocumented people living in Belgium or people who have no income will probably not come early to any consultation. This is a very vulnerable group. There should be universal coverage of health care to break this circle of vulnerability.

Conclusion: Depression, post-traumatic stress disorder and drug use are more common in PLHIV, as shown in several systematic reviews of observational studies of low, moderate to high quality. Timely recognizing mental health issues in PLHIV is important and may affect adherence and treatment (options). Interventions in clinical settings can be effective in addressing mental health disorders among PLHIV and improving health outcomes, as shown in one observational study of moderate quality. Because of this indirect evidence, the GP should be aware of these vulnerable PLHIV. Based on experts' opinion, following statement was submitted in a Delphi consensus procedure: *The GP should be aware of vulnerable groups and key affected populations (populations with a higher risk of being infected with HIV...)* and obtained full consensus. Nevertheless, the stakeholders and the GDG insisted on the importance of supporting the PLHIV in primary as well as in secondary care to ensure 1) linkage to care, 2) retention in care and 3) ART adherence. They therefore decided to formulate 3 different recommendations. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendations have been labelled as GPP.

1.B.3. Information et notification des partenaires sexuels

Recommandations

1.B.3.1. Informez sur les méthodes de notification qui permettent aux personnes nouvellement diagnostiquées de demander à leurs partenaires sexuels de se faire tester pour le VIH (**GPP**).

Explications

Il est important de pouvoir dépister toutes les personnes ayant été exposées afin de pouvoir traiter aussi vite que possible les personnes nouvellement contaminées et de limiter les futures transmissions.

La notification des partenaires sexuels permet d'identifier les personnes qui ont eu des contacts à risque et de leur proposer un dépistage. Plusieurs méthodes existent :

- La PVVIH ou le professionnel contacte et informe les personnes exposées et un dépistage leur est proposé. Des exemples de lettre type peuvent être trouvés sur le site web de Domus Medica (https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Brief%20partner%20notificatie%20SOI_0.pdf) ou de la SSMG (<https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Cellules-spec/IST/Lettre-notification-partenaire.pdf>)
- Certains centres ont un GSM dédié à la notification : un SMS est envoyé de manière anonyme informant que la personne a été exposée et devrait se faire dépister pour toutes les IST dès que possible.
- De manière anonyme : la PVVIH ou le professionnel renseigne les informations nécessaires sur un site en ligne et les personnes exposées sont contactées sans que les coordonnées de la PVVIH ne soient communiquées. Il s'agit notamment des sites suivants :
 - En néerlandais : www.partneralert.be
 - En français : www.depistage.be

La personne exposée décide où elle se fera dépister (son propre médecin traitant, un centre de dépistage VIH, un CRV, etc.). Le dépistage devra se faire de manière médicalisée sur sérum, pas par un test rapide.

Bases de la recommandation (en anglais)

RECOMMENDATION 1.B.3.1.: INFORM ABOUT NOTIFICATION¹ METHODS AND PROPOSE TO THE NEWLY DIAGNOSED INDIVIDUALS TO HAVE THEIR PARTNERS TESTED FOR HIV (**GPP**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** see recommendation 1.A.3.1.
- **Consensus among GDG experts:** these actions should be done not only at the first consultation, but regularly after a positive test.

Conclusion: stakeholders and the GDG made clear that this recommendation should be done not only at the post-counselling consultation but that this also should be done regularly during consultations following a positive test.

1.B.4. Prevention de la transmission du VIH

Recommandations

1.B.4.1. Informez sur la transmission (sexuelle, sanguine et mère-enfant) et la prévention de la transmission (**GPP**).

1.B.4.2. Informez sur le principe "Indétectable" = " intransmissible" (I = I) ("Undetectable=Untransmittable" (U = U)) (**GPP**).

1.B.4.3. Évaluez les risques de transmission (sexuelle, sanguine et mère-enfant) du VIH (**GPP**).

Explications

Informez la PVVIH nouvellement diagnostiquée sur les modes de transmission du VIH. Le VIH se transmet en l'absence d'un TAR de trois manières : par les contacts sexuels, par le sang ou de la mère à l'enfant. Sous TAR, la charge virale devient indétectable et on considère que le VIH n'est plus transmissible par voie sexuelle. La contagiosité par voie sanguine est nettement réduite (exclu néanmoins du don de sang). La prudence s'impose toujours pour la transmission par l'allaitement. La PVVIH sous TAR pris régulièrement peut tout à fait envisager une grossesse. Il sera nécessaire d'avoir un suivi spécifique, en plus du suivi habituel.

Tant que la charge virale n'est pas indétectable depuis plusieurs mois, les mesures habituelles de prévention de la transmission s'appliquent : préservatif, traitement préventif pré-exposition (PreP) ou traitement préventif post-exposition (TPE). Le PreP et le TPE sont également indiqués en cas d'accident de préservatif.

Pour plus d'information sur le PreP et TPE, veuillez consulter :

- Pour les patients :
 - <https://depistage.be/prevention/traitements/>;
 - <https://depistage.be/prise-de-risque/>
 - <https://myprep.be/>
 - <https://preventionsida.org/fr/protection/la-prep/>

- Pour les professionnels de santé :
 - <https://preventionsida.org/fr/espace-pro/les-outils-gratuits/affiches/>

Régulièrement, si possible à chaque consultation, évaluez avec la PVVIH les risques de transmission :

- Demandez si des méthodes barrières (préservatifs masculins, préservatifs féminins) et/ou le 'safe sex' sont utilisés pour prévenir les IST ou une grossesse non désirée ;
- Évaluez les comportements à risque tels que :
 - un ou plusieurs rapports sexuels non protégés avec des partenaires sexuels occasionnels alors que la charge virale est détectable ;
 - un ou plusieurs rapports sexuels sous influence de drogues ou d'alcool ;
 - un ou plusieurs rapports sexuels monnayés ou contraints.
- (Ré)informez-la sur la notion d'Indétectable = Intransmissible (I = I) et sur l'importance d'une prise régulière du TAR pour maintenir une charge virale indétectable.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

RECOMMENDATION 1.B.4.1.: GIVE INFORMATION ABOUT PREVENTION OF HIV (SEXUAL, BLOOD, MOTHER-TO-CHILD) TRANSMISSION (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base** : none
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Every PLHIV newly diagnosed should receive information on the prevention of transmission. This is essential to make the PLHIV aware of what he/she can do to prevent transmission.
 - Giving information about prevention of HIV transmission can be done by any HCP, in particular in primary care.
 - Only onward transmission should be 'briefly' discussed at first post-test consultation, other aspects might be for later consultations.

- The information will have to be repeated because a lot is forgotten just after the shock of a new diagnosis.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Being informed about prevention of HIV transmission has an impact on transmission.
 - Being informed about prevention of HIV transmission may positively impact adherence (U = U).
 - Harms:
 - Guilt and other negative feelings may occur.
- Feasibility:
 - By explaining why, it is important to focus on prevention, newly diagnosed people might less get the feeling that the HCP is intruding on their intimate life.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - The GP may have to repeat this information, because a lot is forgotten after the initial shock.
 - You need to mention PET and PreP and their practicalities.
 - The patient needs to fully understand the information.
 - You need to explain why this is important for PLHIV.
 - Patients' preferences:
 - It very important to be informed about how to prevent HIV transmission.
 - Websites and peer support groups are also very important to get informed.
- Economical aspects: none

Conclusion: due to the lack of evidence, the GDG formulated following statement and submitted it to a Delphi consensus procedure: *The GP should give information about sex partner notification and HIV transmission and prevention.* The statement obtained full consensus. The GDG decided to split the statement, focusing here on giving information on HIV transmission and prevention. The statement on giving information about sex partner notification has been moved to a separate chapter (see page 48). The GDG thinks it is important to give information about prevention of all types of HIV transmission: sexual, blood, mother-to-child and decided to specify this in the recommendation. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 1.B.4.2.: INFORM PLHIV ABOUT "UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE" (U = U) (GPP).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base** : none
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - There is international expert consensus about the U = U message.
 - U = U should be routine and a golden rule. At this moment there are still many patients who are not aware of U = U in depth. It is very important for the patient to be informed about U = U for his or her wellbeing and quality of life (QoL) and to know that when there is an undetectable status HIV is not transmittable. This also supports the principles of good adherence.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Could help to reduce stigma.
 - Improves the wellbeing and QoL.
 - Improves ART adherence.
 - No onward transmission through sexual contact with undetectable viral load.
 - Less criminalization ⁶⁵.
 - Harms: none
- Belgian context:
 - The Belgian Superior Health Council states that condom use is not more mandatory in serodiscordant couples when the PLHIV is on continuous ART, has a viral load undetectable and fully adhere to ART and medical follow-up (CSS 9517)⁶⁶.
- Feasibility:
 - It is feasible and acceptable.

⁶⁵ Barré-Sinoussi F, Abdool Karim SS, et al. Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law. J Int AIDS Soc 2018;21(7):e25161. doi: 10.1002/jia2.25161.

⁶⁶ Révision de l'avis 8902 du CSS concernant l'usage du préservatif en prévention de la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants dont la personne infectée suit un traitement antirétroviral. Bruxelles : Conseil Supérieur de la santé, 2019 : [Avis 9517 - HIV Condoms | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)

- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - It is necessary to check if the patient has fully understood what it means.
 - There is still room for improvement on information distribution in a simple manner.
 - Loss to follow up needs to be tackled, because VL measure is important.
 - Patients' preferences:
 - Sensoa did a survey and qualitative research ⁶⁷ about the patient's preferences and needs. Most PLHIV (70%) are aware what U =U means. This also means that 21% does not yet know this, even if they have frequent contact with an HCP. There is still room for improvement to inform the general population and PLHIV.
 - VL needs to be checked regularly.
 - Economical aspects: none

Conclusion: Undetectable = Untransmittable (U = U) has deeply transformed the PLHIV's quality of life. It's very important that PLHIV is aware of that. In Belgium, too many PLHIV are still not aware of U = U although it is a motor to ART adherence and prevention of transmission. Due to the lack of evidence, the GDG formulated following statement and submitted it to a Delphi consensus procedure: *The HRC as well as the GP should inform their patients about "Undetectable=Untransmittable" (U=U).* The statement obtained full consensus. It's feasible for every primary HCP to inform PLHIV about it. The advantages of informing far outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 1.B.4.3.: ASSESS THE RISK OF HIV (SEXUAL, BLOOD AND MOTHER-TO-CHILD) TRANSMISSION (**GPP**).

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base** : the recommendation on the assessment of the transmission risk has been adapted from the British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015 ⁶⁸. The

⁶⁷ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

⁶⁸ Churchill D, Waters L, Ahmed N, et al. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015. *HIV Med* 2016;17 Suppl 4:s2-s104. doi: 10.1111/hiv.12426. PMID: 27568911.

British HIV Association states that “An assessment of the risk of transmission to others should be made at diagnosis and subsequent visit (GPP).” The cited literature showed data on efficiency of ART as prevention of transmission, not on assessment of the risk. The recommendation shows indirect evidence (efficiency of ART as prevention of transmission among sero-discordant couples).

- **Conclusions on consistency:** There are no articles selected for this recommendation. This recommendation is based on expert opinion.
- **Conclusions on currency:** No relevant studies were identified.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Assessment of the risk of transmission, whether it be through risky behaviour, adherence problems or something else, is important and detecting problems may lead to timely acknowledging adherence problems and reduction in onward transmission.
 - HIV transmission risk decreases with sustained treatment.
- Benefits and harms:
 - The potential benefits of assessment of the transmission risk are:
 - Making the patient aware of this specific risk.
 - Reducing the risk of transmission of HIV before undetectable VL.
 - Reducing the risk of transmission of STI.
 - The potential disadvantages of assessment of the transmission risk are:
 - Time consuming during the consultation.
- Feasibility:
 - Risk assessment is feasible in Belgian primary care.
 - Time constraints during consultation: systematic assessment of all these problems may not be feasible in every consultation.
- Value and preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Is a part of the prevention task of the GP.
 - It may not be the first concern at diagnosis. At first visit the wellbeing of the patient is priority.
 - Patients' preferences:
 - The Sensoa survey on PLHIV needs ⁶⁹ points out that there are already sensibilisation programmes (also outreach) on primary prevention of

⁶⁹ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

HIV transmission, with spreading of prevention materials (such as condoms), in MSM and SAM. In the prevention of transmission, partneralert.be and PreP in specific groups have been major evolutions.

- Economical aspects:
 - No economic obstacles.
 - Less transmission leads to less costs and less DALY's.

Conclusion: The evidence base of the original recommendation was rated as a GPP, i.e., recommendations based on the clinical judgement and experience of the working group. The limited information was merely consensus based. The additional search did not identify relevant studies. Therefore, the GDG decided to submit the original recommendation as a statement in a formal Delphi consensus procedure. The statement obtained full consensus. Nevertheless, the GDG and the stakeholders decided to specify the different types of transmission and to delete the notion of 'onwards': all transmission risks should be regularly assessed. The advantages of assessing the risks of transmission outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

1.B.5. Révélation du statut sérologique (« disclosure »)

Recommandations

1.B.5.1. Cherchez à identifier les obstacles à l'annonce du diagnostic à l'entourage (**GPP**).

1.B.5.2. Discutez avec la PVVIH de l'annonce du diagnostic aux professionnels de santé (**GPP**).

Explications

Les obstacles à la révélation du statut sérologique peuvent être liés à différents éléments :

- la personne à qui on annonce le diagnostic :
 - Les proches, la famille, les amis proches et les conséquences sur le soutien social et la prévention de la transmission ;
 - Les professionnels de santé selon le type de prise en charge et d'interventions thérapeutiques (voir plus bas).

- les idées et préoccupations du PVVIH : l'annonce du diagnostic peut générer peur, anxiété, tristesse, doute, honte, stigmata associés au diagnostic et/ou aux circonstances de la contamination (consommation de drogues ou comportements sexuels par exemple) ;
- Les attitudes et comportements inappropriés de certains professionnels de santé vis-à-vis des PVVIH. Aujourd'hui encore, des PVVIH font face à du refus de soins de la part de certains professionnels de santé lorsqu'ils révèlent leur statut VIH. Pourtant, le professionnel de santé :
 - est censé prendre toutes les mesures de prévention nécessaires, quel que soit le statut connu du patient ;
 - est censé être connaître le « I = I ».

La révélation peut donc porter sur :

- le diagnostic ;
- le traitement : le fait d'être sous ART et le type d'ART ;
- le niveau immunitaire (taux de CD4), surtout s'il est bas ;
- la charge virale.

Cherchez à identifier les obstacles à l'annonce aux non-professionnels. La révélation de son statut par la PVVIH à ses proches et son entourage peut contribuer à trouver du soutien psycho-social et à soulager la charge psychologique du secret, mais peut aussi entraîner du rejet et de l'isolement. Néanmoins, l'annonce du diagnostic est un processus. Certaines PVVIH ont besoin de temps pour s'approprier d'abord leur propre diagnostic avant d'être en mesure d'en informer leur entourage. Par ailleurs, la PVVIH doit faire la balance entre les avantages et désavantages de la révélation aux proches.

- Vous pouvez conseiller aux PVVIH de consulter les sites suivants pour avoir plus d'informations et des conseils :
 - En néerlandais :
 - <https://www.allesoverseks.be/ik-heb-hiv-wat-nu>
 - <https://www.allesoverseks.be/verhalen/ik-zeg-meteen-dat-ik-hiv-heb>
 - En français :
 - <https://www.exaequo.be/fr/s%C3%A9ropositif/punissabilit%C3%A9>
- Si les PVVIH ne peuvent trouver du soutien parmi leurs proches, vous pouvez les orienter vers les groupes de soutien ou l'aide sociale proposée par les CRV par exemple.

La PVVIH nouvellement diagnostiquée peut vouloir informer un.e partenaire personnellement. En cas d'exposition récente (<72 h), l'annonce devra avoir lieu dans l'urgence afin de pouvoir proposer le traitement post-exposition (TPE).

Discutez avec la PVVIH de l'annonce de son statut VIH aux professionnels de santé tenant compte des éléments suivants :

- La prise d'ART et les interactions médicamenteuses ou leurs effets indésirables ;
- La charge virale détectable/indétectable en cas d'actes invasifs : évaluation des risques de piqure lors de l'intervention ; impact sur la cicatrisation, etc. ;
- L'annonce du niveau immunitaire (taux de CD4) et la prise en compte du risque de maladies opportunistes ;

Discutez également avec la PVVIH de la mise sur la plateforme e-Health du diagnostic, qui sera alors accessible à toute personne en relation thérapeutique avec lui et laissez-lui décider de la manière dont il souhaite révéler son statut aux professionnels de santé.

Informez la PVVIH que ce n'est pas le cas pour les pharmaciens. En effet, tous les pharmaciens ont accès à tous les médicaments prescrits de manière électronique (et à tous les médicaments délivrés). Dès lors, quelle que soit la pharmacie où la PVVIH se rendra, le pharmacien aura connaissance de son TAR.

Il est important de (ré)-expliquer au PVVIH que les professionnels de la santé et du social sont soumis au secret médical et qu'ils ne peuvent dévoiler le diagnostic sans la permission du patient, sauf en cas d'urgence vitale.

Donc toutes les options devraient être discutées et pesées. Parfois la révélation fait plus de tort que de bien au patient, en particulier chez les PVVIH les plus vulnérables renforçant l'exclusion et la stigmatisation.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

RECOMMANDATION 1.B.5.1.: SEARCH TO IDENTIFY BARRIERS TO DISCLOSURE TO CLOSE PEOPLE (GPP).
--

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base** : 1 observational study and 1 qualitative study:

- An observational study ⁷⁰ found that 93,6% of women LHIV disclosed their status to 1 or more people different from the healthcare setting. They had more trust in their partners (96%), brothers/sisters (63%), friends (63% and their own children (41%). Almost 25% of the participants disclosed their HIV diagnosis to fewer than 3 people. Reactions to disclosure were mainly positive and associated with secondary positive gains. They concluded HCP should initiate a dialogue regarding stigma and disclosure with women living with HIV with a view to increasing disclosure and minimising stigmatisation.
- The qualitative study of Arrey et al. ⁷¹ illustrates that there is a tension between a call for disclosure as a prevention measure, and understanding women feel potentially threatened by such disclosure, physically and socially. Therefore, HCP should be aware of both the benefits and the potential risks of disclosing the positive status. Women need to be prepared and supported during the whole process of disclosure. The caregivers' role is vital and therefore HIV disclosure should be systematically incorporated into HIV post-test counselling and primary care services. This study was specifically for migrants of sub-Saharan Africa.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Identifying barriers to disclosure to close people is important, as disclosure leads to a better QoL and social support.
 - Keeping a heavy secret alone could lead to isolation.
 - An advantage of disclosure is psychological relief and getting social support besides the professional (medical or psychosocial) support.
 - Disclosure may also lead to discrimination and rejection.
 - Disclosure may not be the priority at the first post-test counselling consultation.
- Benefits and harms:
 - Benefits:

⁷⁰ Wessman M, Thorsteinsson K, Storgaard M, Rönsholt FF et al. HIV disclosure and stigma among women living with HIV in Denmark. J Virus Erad 2017;3(3):140-144.

⁷¹ Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. "It's my secret": fear of disclosure among sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium. PLoS One 2015;10(3):e0119653.

- Identifying barriers could lead to more (social) support, outside medical and psychosocial professionals.
- Disclosure leads to psychological relief.
- Keeping a heavy secret may lead to isolation (less weight of this secret).
- Harms:
 - Questions about disclosure are related to very personal aspects.
- Belgian context:
 - When a PLHIV refuses to take preventive measures (ART, condom use, ...) an HCP should inform the PLHIV that he/she needs to inform the sex partner him-/herself, otherwise there might be some civil and criminal liability.
 - Legal aspects:
 - The patient has the right to non disclose ⁷².
 - When nondisclosure leads to direct threat or harm (no protection against transmission) of a sex partner for instance, HCP should say to the PLHIV they may have to break their confidentiality ⁷³ when they do not want to disclose to the sex partner themselves or take appropriate precautions. This may be seen as a legal state of emergency, which is defined by art. 458 of the Criminal Code ⁷⁴. This should preferably not be used and multiple and repeated demands for measures for reduction of transmission (condom use, ART, ...) should be documented in the medical record. Inappropriate breaking the confidentiality code may have criminal consequences: imprisonment for 8 days to 6 months and/ or a fine ranging from 100 - 500 euro.
- Feasibility:
 - Disclosure is a very complex process. GPs might need some training in this field to be open and discuss or explain the advantages of (selected disclosure).
 - PLHIV can feel potentially threatened by such disclosure, physically and socially.

72

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi

73

- [Ordomecic | Secret professionnel et sida – Information du partenaire](#)
- https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi

74

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1867060801&table_name=loi

- HCP should be prepared to help PLHIV who feels threatened by the disclosure.
- It might not always be easy to understand why people do not want to disclose.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Identifying barriers to disclosure may not be a priority at the first post-test counselling but should be done routinely.
 - Disclosure is a big issue for PLHIV, because of discrimination and rejection.
 - Disclosure is the choice of the patient, and the individual benefits and risks should be outweighed.
 - Patients' preferences:
 - From Belgian patient perspective ⁷⁵ most (86%) of PLHIV have told their status to others (non- medical profession). Of all the participants there was 18% that did not know another person living with HIV. The most important reasons why some do not disclose to others are:
 - ✓ it is private (47%)
 - ✓ fear to be rejected or excluded (43%)
 - ✓ they do not want to hurt others or they don't want others to be concerned/ worry about them (41%)
 - ✓ they fear not to get accepted by others (37%)
 - ✓ they fear to lose valuable things (family, friends, work) (32%)
 - ✓ they do not want special attention (29%)
- Economic aspects:
 - Disclosure is a very complex process. Discussing or explaining the advantages may take time (Indirect costs).

Conclusion: Disclosing their status leads PLHIV to get social support, but in specific situations it could expose PLHIV to potential social and/or physical threat. The HCP could need specific training. The evidence was scarce and mainly based on experts' opinion. Following statement has been submitted in a formal Delphi consensus procedure and obtained full consensus: *"The GP should aim to identify barriers to disclosure"*. Nevertheless, the GDG and the stakeholders decided to specify that this recommendation specifically applies to the closest people to the PLHIV (not professionals). The advantages of searching for obstacles to disclosure outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

⁷⁵ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

RECOMMENDATION 1.B.5.2.: DISCUSS DISCLOSURE OF THE DIAGNOSIS TO HEALTHCARE PROFESSIONALS (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base** : none
- A **Delphi consensus procedure** has been conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts. Three statements on disclosure to HCP have been submitted to a Delphi consensus procedure:
 - Disclosure to health care professionals should be discussed and suggested to the patient.
 - Disclosure to health care professionals with a therapeutic relationship should be discussed and suggested to the patient.
 - Disclosure to health care providers with a therapeutic relationship is recommended to provide the best (medical) care.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Disclosing to HCP is important for follow-up and to avoid drug interactions. ART may interact with many other medications. It is therefore important to provide the best medical care.
 - The experts judge that with the electronic health record (HER) being available (Sumerh), disclosure will follow more easily, and privacy-concerns will probably decrease with time.
 - Disclosure is a very fragile topic, which includes aspects on trust, taboo, stigma, ... and this should be an individual choice of the PLHIV.
 - From the public health care's point of view, disclosure should be done when there is a detectable viral load, when there is blood contact and possible transmission and when prescribing medication has possible dangerous effects (interactions, contra-indications, ...). To encourage disclosing to the HCP, efforts should be made to reduce HIV related stigma among HCP.
 - People who have a detectable viral load in Belgium are, among others, those who don't know their hiv-positive status.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - When HCPs and PLHIV can speak openly about disclosure, it leads to less taboo and less stigma.
 - Discussing with the PLHIV about disclosure to other HCP may help the PLHIV to discuss with other HCP about his status.

- Discussing with the PLHIV about disclosure to other HCP may help the PLHIV decide when it's necessary to disclose.
- Discussing with the PLHIV about disclosure to other HCP can help the PLHIV to react after disclosure depending on the reactions of the HCP.
- Disclosure to other HCP may avoid reactions of rejection by HCP that were not informed of the status of the patient before making invasive acts.
- Harms:
 - Disclosure to HCP may expose to (unwilling) stigma from HCP.
 - Disclosing may cause harm to the PLHIV when HCP decide to refuse care after disclosure.
- Belgian context:
 - The Belgian Superior Health Council has issued recommendations on preventive measures for HCP ⁷⁶.
 - Detection of HIV is voluntary in Belgium.
 - Medical professional secrecy ^{77,78} is for every patient the same, also for PLHIV.
 - Legal aspects: the patient has the right to non disclose ⁷⁹.
- Feasibility:
 - The HCPs who discuss nondisclosure with the newly diagnosed PLHIV should be comfortable with the fact that, even all HCPs have the right to know, the PLHIV has also the right to non-disclose to HCP.
 - All HCP should take standard infection-preventive measures for all patients when doing invasive acts.
 - Disclosure to the HPC is feasible but it can lead to stigmatization of the PLHIV and can have a negative impact on the quality of the HIV care.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - This should be routinely done.

⁷⁶

- <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9344-hygiene-des-mains>
- <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8279-cabinet>
- <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8363-maitrise-des-infections-en-medecine-dentaire>

⁷⁷ [Ordomedic | Secret professionnel et sida – Information du partenaire](#)

⁷⁸

- [Le secret professionnel | Belgium.be](#)
- https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi
- [Ordomedic | Sida](#)

⁷⁹

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi

- Some HCPs think they have the right to know. For other HCPs, only those involved in the follow up of the person should be informed to insure the best possible medical care.
- It should go along with efforts to decrease HIV related stigma among HCPs.
- Patients' preferences :
 - Disclosing is not easy, and the PLHIVs may feel threatened or insecure about revealing their status. PLHIVs frequently perceive discrimination by HCP who stigmatize PLHIV and fear transmission.
 - The PLHIV may find disclosure not always necessary, especially when there is an undetectable viral load and transmission is almost impossible.
 - In a study on benefits, risks and costs of privacy, PLHIV were very willing to share medical information with their providers. They were able to see the importance of sharing medical information to provide the best possible care. They were unwilling to hide information from providers if there was increased medical risk. Patients were willing to spend additional time for privacy, but most were unwilling to spend extra money ⁸⁰.
- Economic aspects: none.

Conclusion: The topic 'disclosure to HCP' has been discussed several times. Three statements on disclosure to HCP have been submitted to a Delphi consensus procedure and all obtained full consensus. After the consensus procedure, the GDG and the stakeholders decided to reformulate the statements into one recommendation: "*Advantages and disadvantages of disclosure to HCP should be discussed with the PLHIV*" because the PLHIV still face stigma from HCP when disclosing their HIV status. Indeed, the discussion put into light the fears of the HCP about being infected during the care to PLHIV. This underlines the lack of (knowledge of) the measures that should be applied by every HCP doing invasive acts. Therefore, also the stigma faced by PLHIV from HCP after disclosure must be considered. Every PLHIV should have enough confidence in the HCP to feel free to disclose. Finally, the panel decided to reformulate the recommendation and not to recommend disclosing to HCP but to discuss it with the PLHIV. The advantages of discussing disclosure to the HCP outweigh the disadvantages. The recommendation as been labelled as a GPP.

⁸⁰ Trachtenbarg DE, Asche C, Ramsahai S, Duling J, Ren J. The benefits, risks and costs of privacy: patient preferences and willingness to pay. *Curr Med Res Opin* 2017;33(5):845-851. doi: 10.1080/03007995.2017.1292229. Epub 2017 Mar 12.

2. Question clinique 2 : Quel est le suivi médical de la PVVIH en première ligne de soins ?

2.1. Observance du traitement et maintien dans les soins

Recommandations

2.1.1. Évaluez (**GRADE 1C**) et soutenez (**GPP**) régulièrement les PVVIH par rapport à l'observance du traitement antirétroviral (TAR) et par rapport au maintien dans les soins.

Explications

Tous les professionnels de santé qui suivent des PVVIH devraient régulièrement évaluer et soutenir les PVVIH tant par rapport à l'observance du TAR que par rapport au maintien dans les soins. Même si ce suivi de l'observance est réalisé au CRV, il est important que le médecin généraliste évalue et soutienne les PVVIH dans l'observance du TAR et dans le suivi de santé.

L'observance au TAR et le maintien dans les soins sont des conditions indispensables pour garantir le « I = I », pour assurer la survie, la qualité de vie du PVVIH, ainsi que la réduction du risque de transmission du VIH.

Il est donc essentiel de vérifier régulièrement que la PVVIH est **observant à son TAR**, c'est-à-dire qu'elle prend effectivement son traitement régulièrement, et à son **maintien dans les soins**, c'est-à-dire qu'elle continue à se rendre régulièrement aux rendez-vous de suivi tant chez le médecin généraliste que les spécialistes (en lien avec le VIH, mais également pour les problèmes de santé non liés au VIH), qu'elle laisse faire ses prises de sang régulièrement et systématiquement avant ses rendez-vous de suivi au CRV.

Le soutien des professionnels de santé est important pour la PVVIH : des conseils ciblés amènent à une observance optimale et à la suppression virologique (I = I). Éduquer les PVVIH sur l'importance de respecter les rendez-vous médicaux (en première et en deuxième ligne, tant pour le VIH que pour les autres problèmes de santé) a des effets positifs sur le maintien dans les soins et sur l'observance du TAR.

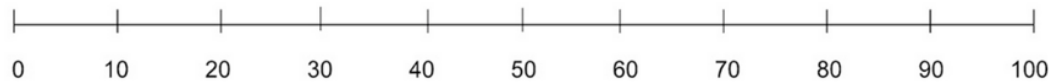
Pour **évaluer l'observance au TAR** :

- Demandez à la PVVIH si elle prend son traitement quotidiennement.

- Faites confiance à ce que dit la PVVIH (plus qu'à votre impression).
- Utilisez par exemple une échelle d'auto-rapportage ⁸¹ et posez les questions suivantes :
 - Avez-vous oublié ou au contraire pris deux fois certaines doses de TAR ?
 - Si oui, combien de fois par semaine ou par mois ?
 - ou
 - Si oui, combien de doses ?
 - Vous pouvez par exemple utiliser une échelle d'auto-rapportage et demander quelle proportion de doses a été oubliée.

[^] Put a mark on the line below at the point that shows your best guess about how much of your prescribed HIV medication you have taken in the last month. We would be surprised if this were 100% for most people.

Examples: 0% means you have taken no medication
 50% means you have taken half your medication
 100% means you have taken every single dose of your medication



(0% : j'ai pris toutes les doses prévues, 50% J'ai raté la moitié des doses prévues, 100% : je n'ai pris aucune des doses prévues)

- Avez-vous des difficultés à prendre votre traitement régulièrement ?
 - Lesquelles ? Que s'est-il passé ?
 - Vous arrive-t-il de ne pas prendre votre TAR lorsque vous ne vous sentez pas bien ?
 - Le traitement est-il bien toléré ?
 - Qu'est-ce qui rend difficile la prise régulière et continue du TAR ?
 - ✓ Les comprimés sont-ils trop difficiles à avaler ?
 - ✓ Est-ce un problème de taille de comprimés ?
 - ✓ Est-ce que la prise du TAR est associée à un mauvais souvenir (par exemple aux circonstances de la contamination ?)
 - ✓ Etc.
- Avez-vous rencontré des difficultés à obtenir votre traitement ?
 - Problèmes liés à la prescription ?
 - Problèmes liés à la délivrance en pharmacie ?
 - Problèmes de remboursement ?
- Vérifiez les résultats de la charge virale ⁸²:
 - La charge virale diminue progressivement dès la prise du TAR et devient indétectable dans les mois qui suivent.

⁸¹ Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: A review with recommendations for HIV research and clinical management. AIDS Behav 2006;10(3):227-45. doi: 10.1007/s10461-006-9078-6. PMID: 16783535; PMCID: PMC4083461.

⁸² La mesure de la charge virale n'est réalisée que dans les laboratoires de référence (ARL). Le prélèvement peut être fait partout. Les laboratoires périphériques se chargent d'envoyer les tubes pour ces analyses aux ARL.

- Une charge virale indétectable est l'indicateur principal d'une observance au TAR.
- Si la charge virale remonte ou ne baisse pas :
 - **Informez rapidement l'infectiologue et renvoyez la PVVIH vers le CRV.**
 - Dans la grande majorité des cas, le TAR a été interrompu ou mal pris.
 - Dans de rares cas, il peut s'agir d'un problème de résistance au TAR ou de malabsorption).
- Vérifiez les résultats des CD4 :
 - Les CD4 remontent progressivement dès la prise du TAR ;
 - Le niveau immunitaire (taux de CD4) peut varier pour de nombreuses raisons, mais doivent rester au-dessus de 350/mm³.
 - En dessous de 200 CD4/mm³, la PVVIH est à risque de développer des malignités et infections opportunistes et sévères elle peut se voir prescrire, en plus de son TAR, une prévention pour les infections opportunistes.
 - Si le taux de CD4 reste en dessous de 200 CD4/mm³, la PVVIH est plus à risque de développer des infections sévères et des infections et malignités opportunistes. **En présence de signes ou symptômes infectieux, référez rapidement au CRV.**

Les résultats de la charge virale et du taux de CD4 sont disponibles sur la plateforme E-Health (**pour le professionnel de santé** : COZO, abrumet, le **Réseau Santé Wallon (RSW)**; **pour la PVVIH** : mijngezondheid.be, masante.be) **si la PVVIH y a consenti**. Si ce n'est pas le cas, assurez-vous d'être en copie des résultats, par exemple en apposant votre cachet sur la prescription fournie par l'infectiologue du CRV. Les PVVIH peuvent également demander une copie-patient des résultats de leur prise de sang, soit en le mentionnant sur la prescription-papier, soit directement au laboratoire.

Pour **évaluer le maintien dans les soins** :

- Vérifiez que la PVVIH a réalisé son bilan sanguin avant son rendez-vous avec l'infectiologue ;
- Vérifiez que la PVVIH a vu l'infectiologue et a eu un bilan sanguin avec une charge virale au moins une fois dans les 6 derniers mois ;
- Vérifiez que la PVVIH s'est rendu aux rendez-vous prévus dans le cadre de son suivi global

Pour soutenir la PVVIH dans l'observance au TAR et le maintien dans les soins, l'exploration des raisons pour lesquelles elle a oublié de prendre son TAR ou a raté des rendez-vous peut révéler des problèmes importants qui pourront être résolus par la suite :

- Identifiez les obstacles et les facilitateurs à une prise régulière du TAR.

- Demandez à la PVVIH ce qui l'aide à prendre son traitement régulièrement, et ce qui rend la prise régulière du TAR difficile ;
- Demandez à la PVVIH ce qui l'aide et/ou ce qui l'empêche de se rendre régulièrement aux rendez-vous et à faire les examens nécessaires.
- Rappelez les aspects positifs de l'observance thérapeutique (I = I) ;
- Soutenez les PVVIH dans leur propre capacité. Cela a un effet favorable sur la mise en lien avec les services de soins et le maintien dans les soins ;
- Informez la PVVIH sur la possibilité de rencontrer d'autres PVVIH dans des groupes d'entraide. Les contacts entre pairs peuvent être très favorables. A titre d'exemple :
 - Pour les PVVIH francophones :
 - <https://www.vivreaveclevih.org/>
 - <https://www.exaequo.be/fr/>
 - Pour les PVVIH néerlandophones :
 - <https://www.sensoa.be/>
- Affichez des posters et brochures dans la salle d'attente et/ou dans le cabinet de consultations avec des messages brefs de soutien ;
 - <https://preventionsida.org/fr/espace-pro/>
- L'utilisation d'outils de rappel de prise est associée avec une meilleure observance du TAR et une charge virale indétectable chez les patients qui présentent des difficultés. Informez les PVVIH de l'existence de ces outils, incitez-le à trouver l'outil ou le « truc & astuces » qui lui convient le mieux :
 - Pilulier ;
 - Étiquettes à gratter permettant d'identifier les jours de prise ;
 - Rappel de prise via une alarme sur le GSM ;
 - Avoir toujours des médicaments sur soi ;
 - Partir en voyage avec au moins 1,5 fois la quantité de médicaments par rapport à la durée de voyage prévue ;
 - Avoir toujours une réserve de médicaments chez soi (pour éviter les interruptions lors du renouvellement d'ordonnance),
 - Les nouvelles technologies et des applications peuvent également être utilisées pour soutenir la PVVIH dans l'observance au TAR ;
 - Toute autre idée qui convient à la PVVIH.
- Les applications et sites de rendez-vous médicaux en ligne, l'utilisation de rappels par courriel ou SMS sont utiles pour rappeler les rendez-vous (chez le médecin généraliste ou spécialiste) ;
- La télémédecine et certaines applications (telles que EmERGE-app) sont utilisées par les CRV pour suivre la PVVIH stable. Une consultation en présentiel reste nécessaire à intervalle régulier.

Les PVVIH en situation de vulnérabilité ou présentant des troubles de santé mentale nécessitent parfois une prise en charge multidisciplinaire plus complexe.

Bases des recommandations (en anglais)

RECOMMENDATION 2.1.1.: MONITOR/ASSESS (**GRADE 1C**) AND SUPPORT REGULARLY (**GPP**) ALL PLHIV WITH REGARD TO ART ADHERENCE.

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** the recommendation on regular assessment and support PLHIV regarding ART adherence has been adapted from the IAPAC guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents ⁸³ *'Routine ART adherence monitoring is recommended in all patients (A II).'* The IAPAC recommendation is based on 1 longitudinal and cross-sectional study, 2 literature reviews, 1 cross-sectional study and 2 prospective cohort studies. The studies however are prone to bias, mostly small and sometimes aspecific:
 - Viral load suppression as indicator of ART adherence:
 - The longitudinal and cross-sectional analysis conducted by Hu et al. ⁸⁴, using viral load (VL) results from HIV laboratory surveillance data, demonstrates the value of using VL surveillance data to monitor engagement in care among PLWH, and its potential to improve linkage and retention efforts where disparities in care are observed.
 - Patients' self-report as indicator of ART adherence:
 - The literature review of Simoni et al. ⁸⁵ on self-report measures of ART adherence identified 77 articles based on data from hospital-based clinic samples of predominantly men from the US and Europe. There is a robust pattern of association between self-reported adherence and VL. Exploring the reasons why patients "forget" to take their medications may uncover

⁸³ International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015;14 Suppl 1:S3-S34.

⁸⁴ Hu YW, Kinsler JJ, Sheng Z, Kang T, Bingham T, Frye DM. Using laboratory surveillance data to estimate engagement in care among persons living with HIV in Los Angeles County, 2009. AIDS Patient Care STDs 2012;26(8):471-478.

⁸⁵ Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-Report measures of antiretroviral therapy adherence: a review with recommendations for HIV research and clinical management. AIDS Behav 2006;10(3):227-245.

important issues that can be addressed with subsequent potential problem-solving.

- The cross-sectional study of Walshe et al.⁸⁶ compared physician estimates of their patients' ART adherence with participant's self-reported adherence to determine patient-provider agreement and identify correlates of discordance. Providers should avoid using their own assessment of patient ART adherence (most of time their assessment underestimates the patient adherence, sometimes it overestimates). Instead, providers should rely on effective and validated measures, especially when viral load or drug level monitoring are not readily available. The study had some limitations and risk of bias.
- In the prospective, multicenter, cohort study in Italy, Murri et al.⁸⁷ patients were asked to fill out a 16-item self-administered questionnaire on adherence to HAART. At the same time, physicians estimated the current HAART adherence of their patient. On multivariable analysis, low education level, unemployment, absence of a social worker in the clinical center, and unavailability of afternoon visits were significantly correlated with patient-physician discordance on adherence to antiretrovirals. Interventions to enhance adherence should include strategies addressed to improve patient-physician relationship.
- The prospective cohort study of Miller et al.⁸⁸ shows that clinicians tend to overestimate medication adherence, inadequately detect poor adherence, and may therefore miss important opportunities to intervene to improve antiretroviral adherence.
- Pharmacy refill data as indicator of ART adherence:
 - The literature review conducted by McMahon et al.⁸⁹ evaluated pharmacy adherence measures (PAMs), including

⁸⁶ Walshe L, Saple DG, Mehta SH, Shah B, Bollinger RC, Gupta A. Physician estimate of antiretroviral adherence in India: poor correlation with patient self-report and viral load. *AIDS Patient Care STDs* 2010;24(3):189–195.

⁸⁷ Murri R, Ammassari A, Trotta MP, et al. Patient-reported and physician-estimated adherence to HAART: social and clinic center-related factors are associated with discordance. *J Gen Intern Med* 2004;19(11):1104–1110.

⁸⁸ Miller LG, Liu H, Hays RD, et al. How well do clinicians estimate patients' adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med* 2002;17(1):1–11.

⁸⁹ McMahon JH, Jordan MR, Kelley K, et al. Pharmacy adherence measures to assess adherence to antiretroviral therapy: review of the literature and implications for treatment monitoring. *Clin Infect Dis* 2011;52(4):493–506.

their association with virological and other clinical outcomes, their efficacy compared with other adherence measures, and factors to consider when selecting a PAM to monitor adherence. PAMs which incorporate the number of days for which ART was prescribed without the counting of remnant pills, are reasonable minimum-resource methods to assess adherence to ART.

- **Conclusions on consistency:** The evidence base of the original recommendation was rated as All: strength of recommendation “strong” (A), and quality of the body of evidence “high” (II) (=1A). Evidence is related to how to monitor and to the efficiency of the monitoring. There is insufficient information to evaluate the consistency of the search. The overall interpretation of the various articles was done in a consistent manner. The translation of the synthesis of the various articles was done in a consistent manner.
- **Conclusions on currency:** The additional literature search identified a literature review⁹⁰ of critical low methodological quality suggesting that involving CPs (clinical pharmacist) has a well-known benefit in ART initiation and patient's adherence to ART. Improvements in adherence are likely derived from the ability for pharmacists to have more time to focus on conversations pertaining to individual patient's perceived barriers to adherence and strategies to overcome these barriers.
- **Consensus among GDG experts:** these actions should be done not only at the first consultation, but regularly after a positive test.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Treatment is important for the patient to stay in good health, to reach undetectable viral load, and to reduce transmission. Being alert for adherence fall outs or demotivation to adhere, is important.
 - Every HCP should systematically assess every PLHIV regarding ART adherence.
 - HCP should support PLHIV to adhere to their treatment, especially among vulnerable groups. Supporting PLHIV can give them extra motivation to take responsibility to adhere to treatment.
 - HCP can support PLHIV to seek help, to take responsibility to adhere to ART.

⁹⁰ Hill LA, Ballard C, Cachay ER. The role of the clinical pharmacist in the management of people living with HIV in the modern antiretroviral era. *AIDS Rev* 2019;21(4):195-210. doi: 10.24875/AIDSRev.19000089. PMID: 31834321.

- This is very important, and it might be more difficult and take more time with vulnerable groups who face multiple non-HIV related problems (unstable housing, financial problems, legal problems, partner violence, etc.)
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Quick identification of patients at risk for « loss to follow up » ;
 - Improving adherence leads to a stable U = U status;
 - Empowering PLHIV may give them the extra motivation they may sometimes need to adhere;
 - Supporting PLHIV motivates and emancipates PLHIV: it empowers PLHIV;
 - Patient's self-reporting: patients can self-report, and it is more accurate than physicians' interpretation;
 - Can be seen as a proof of trust between the patient and his/her physician;
 - Patient Activation Measure (PAM):
 - ✓ Social support, peer groups, other evidence-based information systems may help to adhere ;
 - ✓ Studies show that physicians should avoid using their own assessment of patient ART adherence (they underestimate or overestimate the ART adherence).
 - Harms:
 - Disclosing nonadherence may be difficult for PLHIV;
 - HCP need to be aware and invest time to encouraging and supporting PLHIV
 - Measuring VL
 - ✓ The patient may feel 'controlled'
 - Patient Activation Measure (PAM):
 - ✓ What about the trust between the patients and their physicians?
 - ✓ Not everything that is bought is being used: could overestimate the adherence
 - ✓ It is a statistical measure, but may have flaws.
- Belgian context:
 - The HIV plan states that adherence should be assessed regularly, because the treatment needs to be followed very strictly. This should be done at every consultation by any treating doctor.
- Feasibility:
 - Asking for self-report of adherence is feasible in primary care;

- With the online prescription, difference between the prescription and the pickup can now be usually easy calculated by the pharmacists;
- Pill boxes and mobile phone alarms are available;
- Might take some preparation in advance or time to check and ask for adherence self-reporting;
- Supporting and motivational counselling techniques might be needed, and any judgment has no place; HCP must be aware of their judgements;
- If the PLHIV is in denial with his HIV status, it could be more difficult to adhere to treatment and to motivate them ;
- VL suppression: already implemented in Belgium
- Patients' self-reporting: it is feasible to ask for self-report, to use tools;
- Patient Activation Measure (PAM):
 - Probably technologically possible
 - How to involve pharmacists in the follow up?
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Treatment is important for the PLHIV to stay in good health, to reach undetectable viral load and reduce transmission.
 - Being alert for adherence fall outs or demotivation to adhere, is important.
 - Especially among vulnerable populations this should be an important point of attention.
 - It is essential, given the dangers of interruption of HIV treatment. Here collaboration between different caregivers is indispensable.
 - Treatment is so important, and all barriers must be known by the physician to avoid treatment interruption or stopping.
 - Patients' preferences ⁹¹:
 - GPs are local HCPs. They are more accessible than specialists and can be touched when PLHIV feel it necessary;
 - Asking and talking about ART with the GP is important:
 - Getting information from the GPs about ART is important: it help PLHIV to feel allowed to speak about everyday life and about possible ART adherence problems; it allows also PLHIV to ask for information.
- Economical aspects:
 - Time consuming
 - motivational communication techniques may be time consuming

⁹¹ Ostermann J, Mühlbacher A, Brown DS, et al. Heterogeneous Patient Preferences for Modern Antiretroviral Therapy: Results of a Discrete Choice Experiment. *Value Health* 2020; 23(7):851-861. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.03.007>

Conclusion: the recommendation on assessment of ART adherence has been developed via an ADAPTE procedure. The original recommendation stated that 'routine ART adherence monitoring is recommended in all patients' and was graded as All (strength of recommendation "strong" (A), and quality of the body of evidence "high" (II)) (=1A). The studies however are prone to bias, mostly small and sometimes aspecific. A recent literature search identified a literature review of critical low methodological quality that showed that pharmacists could have an added value in monitoring/assessing the PLHIV regarding ART adherence. This recommendation has been labelled as a strong recommendation with level of evidence C.

The GDG and the stakeholders found it also very important not only to monitor/assess the ART adherence but also to support PLHIV in ART adherence. Therefore, following statement "*The role of the HRC is to support PLHIV to adhere to their treatment and regular care*" has been submitted to a Delphi consensus procedure and obtained full consensus. The GDG decided to extend the recommendation to all HCP. The balance between benefits and harms are in favour of the recommendation. This part of the recommendation has been labelled as a GPP. As recommendation 2.1.1. is very similar to recommendation 2.1.2. in wording, the GDG decided to merge them into one recommendation.

RECOMMENDATION 2.1.2.: MONITOR/ASSESS (**GRADE 1C**) AND SUPPORT REGULARLY (**GPP**) ALL PLHIV WITH REGARD TO RETENTION IN CARE.

ADAPTE PROCEDURE

- **Evidence base:** the recommendation on monitoring retention in HIV care at each visit, has been adapted from the IAPAC guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents ⁹². The IAPAC guideline recommends: "*Systematic monitoring of retention in HIV care is recommended for all patients. (A II)*". The original recommendation is based on mostly observational studies: 1 longitudinal and cross-sectional study, 1 literature review, 2 multicentre studies, 3 retrospective cohort studies and 1 prospective cohort study. The evidence base was merely based on observational studies with limitations. This research highlights:
 - *Tools to measure retention in care (RIC) rate:*
 - The longitudinal and cross-sectional analysis conducted by Hu et al ⁹³ in Los Angeles, using viral load (VL) results from HIV laboratory

⁹²International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015;14 Suppl 1:S3-S34.

surveillance data demonstrates the value of using VL surveillance data to monitor engagement in care among PLHIV, and its potential to improve linkage and retention efforts where disparities in care are observed.

- The aim of the study performed by Naar-King et al.⁹⁴ was to contribute to the limited literature on newly diagnosed PLHIV by describing their retention in HIV primary care and changes in barriers to care over 12 months of follow-up after enrolling in outreach interventions. Almost all newly diagnosed PLHIV (92%) had an HIV care appointment in the 6 months post-enrolment. Newly diagnosed persons were more likely to have undetectable viral loads at 6 and 12-month follow-up compared to baseline with 45% undetectable by 12 months.
- The literature review of Mugavero et al.⁹⁵ provides a synthesis of the most used measures of retention in HIV care (missed visits, appointment adherence, visit constancy, gaps in care, and suggests situations in which certain measures may be preferred over others. As has been noted for ART adherence, there is no gold standard to measure retention in care. Consideration of the advantages and limitations of each measure, particularly in the context of the desired application, should guide selection of a retention measure.
- The comparative multicentre study of Yehai et al.⁹⁶ compared three measures of retention for each patient:
 - ✓ proportion of time not spent in a gap of more than 6 months between successive outpatients visits;
 - ✓ proportion of 91-day quarters in which at least one visit occurred;
 - ✓ proportion of years in which two or more visits separated by at least 90 days occurred.

Associations among measures and effects of sociodemographic and clinical characteristics were examined. The three measures of retention were moderately to strongly correlated. For all measures, retention was significantly higher for women, whites, older individuals,

⁹³ Hu YW, Kinsler JJ, Sheng Z, Kang T, Bingham T, Frye DM. Using laboratory surveillance data to estimate engagement in care among persons living with HIV in Los Angeles County, 2009. *AIDS Patient Care STDs* 2012;26(8):471–478.

⁹⁴ Naar-King S, Bradford J, Coleman S, Green-Jones M, Cabral H, Tobias C. Retention in care of persons newly diagnosed with HIV: outcomes of the Outreach Initiative. *AIDS Patient Care STDs* 2007;21(suppl 1):S40–S48.

⁹⁵ Mugavero MJ, Davila JA, Nevin CR, Giordano TP. From access to engagement: measuring retention in outpatient HIV clinical care. *AIDS Patient Care STDs* 2010;24(10):607–613.

⁹⁶ Yehia BR, Fleishman JA, Metlay JP, et al. Comparing different measures of retention in outpatient HIV care. *AIDS* 2012;26(9):1131–1139.

MSM-related HIV transmission, and initial CD4 cell counts 50 cell/ μ l or less. Future studies are needed to assess how well different measures predict clinical outcomes and establish acceptable target levels for retention.

- *Link between monitoring and undetectable viral load (and survival):*
 - The multicentre study of Mugavero et al.⁹⁷ (2012) used clinic-wide patient-level data from six academic HIV clinics for 12-months preceding implementation of the CDC/HRSA Retention in Care intervention. Among 10,053 patients, 8,235 (82%) had 12-month VL measures, with 6,304 (77%) achieving suppression (VL<400 c/ml). Measures incorporating “no show” visits were highly correlated (Spearman coefficient=0.83–0.85), as were measures based solely upon kept visits (Spearman coefficient=0.72–0.77). Correlation coefficients were lower across these two groups of measures (Range=0.16–0.57).
 - Ahonkhai et al⁹⁸ conducted a retrospective cohort study (N= 11,397 PLHIV, adults initiating ART) in 71 Southern African Catholic Bishops Conference/Catholic Relief Services HIV treatment clinics between January 2004 and December 2008. After 12 months on ART, patients with ILM had a 30% increase in detectable viremia compared to those who remained in care. Risk of LTFU decreased with increasing enrolment year and was lowest for patients who enrolled in 2008 compared to 2004 [OR 0.49, 95%CI 0.39–0.62]. As ART availability increases, interruptions in care may become more common, and should be accounted for in addressing program LTFU.
 - The prospective cohort study of Khatib et al⁹⁹ analysed a cohort of 154 women initiating non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)-based ART at a single site in Johannesburg, South Africa. Incomplete adherence to ART was defined as returning >5% of medications, estimated by pill counts at scheduled visits. Incomplete adherence was associated with less education (p = 0.01) and lack of financial support from a partner (p = 0.02) after adjustment for confounders. The main reasons for incomplete adherence were

⁹⁷ Mugavero MJ, Westfall AO, Zinski A, et al. Measuring retention in HIV care: the elusive gold standard. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012;61(5):574–580.

⁹⁸ Ahonkhai AA, Noubary F, Munro A, et al. Not all are lost: interrupted laboratory monitoring, early death, and loss to follow-up (LTFU) in a large South African treatment program. *PLoS One* 2012;7(3):e32993.

⁹⁹ El-Khatib Z, Ekstrom AM, Coovadia A, et al. Adherence and virologic suppression during the first 24 weeks on antiretroviral therapy among women in Johannesburg, South Africa—a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2011;11:88.

being away from home, busy with other things and forgetting to take their medication.

- *Tools to detect lost to follow up (LTF) or HIV Care Interruption (HCI).*
 - The article of Herwehe et al.¹⁰⁰ describes the opportunities and challenges of an innovative, integrated electronic medical record (EMR) and public health information exchange for HIV/AIDS. The Louisiana Public Health Information Exchange demonstrates that real-time, bidirectional electronic information exchange can bridge public health and healthcare delivery, effectively leveraging EMR-based public health alerts, and linking patients into care.
 - This retrospective cross-sectional study performed by Nglazi et al.¹⁰¹ of a community-based ART cohort in Cape Town, South Africa, used iDART to identify groups of patients that were true loss to follow-up (LTFU), which was confirmed as failure to pick up medication for 3 months since last attendance. iDART is an open-source electronic pharmacy system that generates lists of patients who have failed to pick-up medication. The iDART electronic pharmacy system can be used to detect patients potentially LTFU and who require recall. Using a short cut-off period was too non-specific for LTFU and would require the tracing of very large numbers of patients. Of the periods assessed, a ≥ 12 weeks delay appeared optimal. This system requires prospective evaluation to further refine its utility.
 - This retrospective cohort study by Palombi et al.¹⁰² analysed a cohort of 3749 adults who initiated a standard first-line antiretroviral treatment at 5 public sector sites in 3 African countries. Dropouts (which accrued at a rate of 2.1 dropouts per 100 person-years) were predicted by a lower body mass index, more missed visits and missed drug pickup appointments, and later calendar year.
- **Conclusion on consistency:** there is insufficient information to evaluate the consistency of the search. The interpretation of the various articles was done in a consistent way. The translation of the synthesis of the various articles was done in a consistent way.

¹⁰⁰ Herwehe J, Wilbright W, Abrams A, et al. Implementation of an innovative, integrated electronic medical record (EMR) and public health information exchange for HIV/AIDS. *J Am Med Inform Assoc* 2012;19(3):448-452. doi:10.1136/amiajnl-2011-000412.

¹⁰¹ Nglazi MD, Kaplan R, Wood R, Bekker L-G, Lawn SD. Identification of losses to follow-up in a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa using a computerized pharmacy tracking system. *BMC Infect Dis* 2010; 10:329.

¹⁰² Palombi L, Marazzi MC, Guidotti G, et al. Incidence and predictors of death, retention, and switch to second-line regimens in antiretroviral-treated patients in sub-Saharan African sites with comprehensive monitoring availability. *Clin Infect Dis* 2009;48(1):115-122.

- **Conclusion on currency:** an additional literature search identified a multicentric cohort study ¹⁰³ in the US with moderate level of evidence showing that the collaboration between community-based pharmacists and HCP can improve retention in care and viral suppression among persons triply diagnosed with HIV, mental illness and substance use.
- **Consensus among GDG experts:** these actions should be done not only at the first consultation, but regularly after a positive test.

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - Health care professionals should assess and support PLHIV to adhere to regular care, especially among vulnerable groups.
 - Maintenance in care and linkage to ART is important to reduce transmission. When PLHIV are lost to follow up, this may affect the epidemic. This may be important, especially in vulnerable populations. These latter populations may need specific support.
 - Alertness is needed to keep the PLHIV retained in care and relink them to care when they are, for whatever reason, lost to follow-up. This is a matter of collective responsibility.
 - Frequent follow up is also important to investigate other health related problems, prevention, coinfections and comorbidities.
 - Supporting PLHIV can give them extra motivation to take responsibility to follow regular care.
- Benefits and harms:
 - The potential benefits are:
 - Quick identification of patients prone to be lost to follow up;
 - Rapid reaction to keep patients into HIV care;
 - Relinking people who were loss to follow up, affects the epidemic positively;
 - Identification of the causes of the HIV care interruption;
 - Guarantee to undetectable viral load;
 - Reduction in mortality;
 - Empowering PLHIV may give them the extra motivation they may sometimes need to adhere;
 - Supporting PLHIV motivates and empowers PLHIV.
 - The potential harms are:
 - The HCP need to invest time to encouraging and supporting PLHIV;

¹⁰³ Byrd KK, Hardnett F, Hou JG, et al.; Patient-Centered HIV Care Model Team. Improvements in retention in care and HIV viral suppression among persons with HIV and comorbid mental health conditions: patient-centered HIV care model. *AIDS Behav* 2020;24(12):3522-3532. doi: 10.1007/s10461-020-02913-2. PMID: 32415615; PMCID: PMC766642.

- The PLHIV may feel controlled, and this may lead to a break in trust and in the patient-HCP relationship.
- Belgian context:
 - Belgium recorded every VL testing that is already a monitoring criterion of RIC at the national level.
- Feasibility:
 - Feasibility of assessment depends on how to monitor:
 - information to be transmitted by the HRC to the GP and the use of COZO/Abrumet/RSW;
 - phone numbers of the patient needed;
 - contact with pharmacy;
 - Supporting and motivational counselling techniques might be needed, and any judgment has no place; HCP must be aware of their judgements;
 - If the PLHIV is in denial with his HIV status, it could be more difficult to adhere to care and to motivate them;
 - time spending to contact the patient “no shows”;
 - if the patient changes his appointment: how will the GP be informed?
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Especially among vulnerable populations this should be an important point of attention (Delphi).
 - It is essential, given the dangers of interruption of HIV treatment. Here collaboration between different caregivers is indispensable (Delphi).
 - HCP must be aware of their judgements.
 - There needs to be an underlying relationship of trust and understanding so a HCP can motivate the PLHIV who was loss to follow up, in a non-judgmental way.
 - Patients' preferences:
 - It's important for PLHIV to get information from the GPs about the importance of being linked to care and retained in care.
 - Within an underlying relationship of trust and understanding, PLHIV expect from their GPs that they motivate them for further follow-up.
- Economical aspects:
 - Depending on the way to monitor;
 - Costs of time spending to assess and support the PLHIV in regard with RIC, in balance with cost of life saving, resistance reduction, less comorbidities, due to less loss-to-follow-up.

Conclusion: the recommendation on monitoring retention in HIV care has been developed via an ADAPTE procedure. The original recommendation stated

that 'Systematic monitoring of retention in HIV care is recommended for all patients' and was graded as All (strength of recommendation "strong" (A), and quality of the body of evidence "high" (II) (=1A). Consistency check revealed that the evidence was merely based on observational studies with limitations. Combined with the limited additional literature found, this recommendation has been labelled as a strong recommendation with level of evidence C.

The GDG and the stakeholders found it also very important not only to monitor retention in HIV care, but retention in all care. Therefore, the term 'HIV' has been removed in the recommendation. Moreover, the stakeholders and the GDG found it very important not only to monitor retention in care, but also to retain the PLHIV in care. Therefore, following statement "All caregivers and health care professionals should be alert and ascertain to keep the PLHIV retained in care and relink them to care when they are, for whatever reason, lost to follow-up" has been submitted to a Delphi and obtained full consensus. The GDG decided to extend the recommendation to all HCP and simplify the recommendation focusing on supporting of PLHIV regarding retention in care. The balance between benefits and harms are in favour of the recommendation. This part of the recommendation has been labelled as a GPP. As recommendation 2.1.2. is very similar to recommendation 2.1.1. in wording, the GDG decided to merge them into one recommendation.

2.2. Suivi de la santé globale

Recommandations

2.2.1. Prenez en charge la santé globale des PVVIH, y compris la vaccination de base, le dépistage des comorbidités non liées au VIH et le dépistage des cancers selon les programmes prévus (**GPP**).

2.2.2. Informez le CRV dès que vous détectez chez la PVVIH un nouveau problème de santé préoccupant (maladie cardiovasculaire, diabète, insuffisance rénale chronique, troubles hépatiques, troubles respiratoires, troubles psychiatriques, fractures vertébrales, fragilité et ostéoporose, etc.) (**GPP**).

2.2.3. Recherchez les interactions médicamenteuses chaque fois que vous prescrivez un nouveau médicament, et informez le PVVIH à propos des interactions (notamment pour les médicaments en vente libre) (**GPP**).

Explications

SUIVI DE LA SANTÉ GLOBALE

Toutes les PVVIH devraient avoir un médecin traitant.

Le VIH est devenu une maladie chronique. L'espérance de vie des PVVIH sous TAR bien contrôlé est similaire à celle de la population générale. Comme pour les autres patients, le médecin généraliste prend en charge la santé globale de la PVVIH, tenant compte du contexte biopsychosocial et sexuel. Il vérifie la vaccination de base, le dépistage et le suivi des comorbidités et facteurs de risque, et le dépistage des cancers selon les programmes prévus. En cas de comorbidités, il demande les examens complémentaires utiles et réfère si nécessaire le patient vers le spécialiste. Il collabore avec les autres disciplines pour offrir les meilleurs soins possibles et tout le soutien nécessaire. Le médecin généraliste garde la 'vue d'ensemble' dans un contexte de soins multidisciplinaire.

Vérification du statut vaccinal

Vérifier le **statut vaccinal** du PVVIH :

- Référez-vous aux recommandations du Conseil supérieur de la santé pour les indications vaccinales (<https://www.health.belgium.be/fr/avis-9606-calendrier-vaccinal-de-base>).
- Proposez de compléter la vaccination si nécessaire. La PVVIH peut préférer se faire vacciner au CRV.
- Informez le CRV si vous vaccinez la PVVIH, par exemple via la plateforme e-Health. Pour rappel : tous les vaccins inactivés sont sécurés pour la PVVIH, et les vaccins vivants atténués ne peuvent être administrés chez le PVVIH avec moins de 200 CD4.

Dépistage et suivi des facteurs de risque et comorbidités

La PVVIH présente des risques augmentés pour de nombreuses maladies. L'infection à VIH entraîne un phénomène d'inflammation chronique qui est en soi un facteur de risque pour de nombreuses maladies. De plus, la prise d'un TAR est en soi un facteur de risque de surpoids, d'insuffisance rénale chronique, de dyslipidémie, de l'ostéoporose ou de maladies cardiovasculaires. Ces deux facteurs de risque s'ajoutent aux facteurs individuels.

Il faut dépister et suivre régulièrement les PVVIH pour les comorbidités et leurs facteurs de risque telles que **l'insuffisance rénale, le diabète, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires, les dyslipidémies, la surcharge pondérale et l'obésité, l'ostéoporose.**

Dans la mesure où les PVVIH deviennent plus vieux, ils présentent également des **comorbidités liées à l'âge**. Par ailleurs, certaines PVVIH présentent des signes de **vieillesse prématuré (ageing)**, conséquence du processus inflammatoire chronique. Il s'agit principalement de PVVIH infectées depuis longtemps, qui ont été mis sous TAR tardivement et/ou de manière suboptimale, ou qui ont présenté beaucoup d'effets indésirables. Chez ces PVVIH, les comorbidités liées à l'âge peuvent apparaître plus précocement. Il convient donc de les dépister et les suivre régulièrement.

Le dépistage suit les standards proposés. Référez-vous aux recommandations belges à consulter sur le site d'ebpracticenet: <https://www.ebpnet.be/>

Dépistage pour le cancer

Assurez-vous que la PVVIH adhère aux programmes de dépistage pour le cancer. Les programmes de dépistage du cancer du sein du colon, de la prostate ou du poumon s'appliquent de la même manière aux PVVIH que pour la population générale, en fonction de facteurs de risque spécifique individuels. Référez-vous aux recommandations belges à consulter sur d'ebpracticenet: <https://www.ebpnet.be/>

INFORMATIONS AUX CRV

Signalez dès que possible toute évolution de la santé des PVVIH à l'infectiologue du CRV afin qu'il puisse évaluer les conséquences sur le TAR, et la nécessité d'adapter le TAR :

- **Informez le CRV si vous dépistez une comorbidité ;**
- **Informez le CRV de l'évolution des comorbidités.**

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TAR

Le TAR comporte 3 à 4 molécules réparties en un ou plusieurs comprimés (ou gélules), à prendre une à plusieurs fois par jour. De nouvelles modalités d'administration du TAR sont en cours de développement, comme par exemple la possibilité de bénéficier de traitement injectable à longue durée d'action. Certains PVVIH en bénéficient déjà en Belgique.

Certaines molécules antirétrovirales sont métabolisées par le foie et interagissent au niveau des cytochromes, entraînant des interactions avec d'autres médicaments :

- Le CYP450 est notamment fort sollicité et des médicaments courants peuvent interagir tels que les contraceptifs et certaines statines (simvastatine par exemple), mais également par certains aliments tels que le jus de pamplemousse.
- Par ailleurs les inhibiteurs des pompes à protons (IPP) réduisant l'acidité gastrique diminuent la biodisponibilité de certaines molécules ;
- Les PVVIH âgées de plus de 50 ans sont plus à risque de prendre plusieurs médicaments (en plus du TAR), et donc plus à risque de développer des interactions médicamenteuses. Vérifiez régulièrement les médicaments pris par les PVVIH ;
- Les dérivés de l'ergot de seigle (cafergot® par exemple) sont contre-indiqués avec certaines molécules ;
- De nombreux traitements antidépresseurs et antipsychotiques interagissent également avec le TAR ;
- Les molécules connues pour leur effet tératogène ne sont plus prescrites chez les femmes en âge de procréer.

Pour des informations détaillées sur les molécules des TAR, veuillez consulter le site Internet du CBIP (www.cbip.be). Pour les interactions médicamenteuses, veuillez consulter www.hiv-druginteractions.org.

Recherchez un risque d'interactions médicamenteuses lorsque vous prescrivez un nouveau médicament, y compris les traitements administrés par inhalation, sprays nasaux ou injections. Consultez www.hiv-druginteractions.org ou contactez si nécessaire un spécialiste des CRV pour avis.

Informez également les PVVIH du risque d'interactions, en particulier avec des médicaments que les PVVIH se procureraient à la pharmacie sans ordonnance, tels que le calcium, le magnésium. Informez les PVVIH que le calcium ou le magnésium doivent être considérés comme des traitements et que des interactions sont possibles.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

<p>RECOMMENDATION 2.2.1.: TAKE IN CHARGE THE GLOBAL HEALTH OF PLHIV (INCLUDING BASIC VACCINATIONS, SCREENING FOR NON-HIV CO-MORBIDITIES AND CANCER SCREENING ACCORDING TO THE SCREENING PROGRAMMES) (GPP)</p>

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** we found no relevant evidence from the selected guidelines for Adapte on comorbidities. We therefore performed a de novo literature search. We identified no relevant studies on general follow-up in primary care.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - The general role of a GP is to look in a holistic manner at the global and general health of any person, including PLHIV.
 - Since HIV has become a chronic disease and PLHIV are getting older, HIV should be labelled as a chronic disease where a care pathway could increase the knowledge of (medication) interactions, co-morbidities and chronic HIV care.
 - There was an agreement among GDG members about the issue that PLHIV should not be seen as being completely different from other patients.
 - Most of the time the psychosocial and sexual context of the patient is well known by the GP, especially when the patient has a long-time record.
 - Since HIV is associated with higher risk of metabolic abnormalities, the GP should screen for and follow metabolic abnormalities, according to the screening programmes.
 - As part of the global care, the GP should actively screen PLHIV for cancer as foreseen by the screening program and based on assessment of individuals risk factors. There are national screening programmes which should be followed. The GDG refers to these programmes.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - It would increase the involvement of GP in the care of PLHIV.
 - It may reduce stigma associated with HIV.
 - GPs are trained to recognize (non) HIV related comorbidities.
 - Being aware of comorbidities in PLHIV may help prevent diseases or illnesses to become worse.
 - Actions for comorbidities are the same for PLHIV and those without HIV: that may also reduce stigma.
 - Better quality control in screening programmes.

- Integrated care means the GP needs to have an overview of all things concerning the health of PLHIV.
 - Harms:
 - There should be a coordination to avoid double or too frequent screening.
 - There should be a good communication about who will do the follow up of all comorbidities.
- Belgian context :
 - There is no need for additional or different guidelines for PLHIV for these comorbidities, but the influence of ART on treatment should be considered.
- Feasibility:
 - Some GPs may not feel comfortable at first.
 - GPs should get relevant training to be able to deal with defined HIV-related health issues and HIV specialists deal with very specific issues, as is the case with other medical specialties.
 - It is part of standard care to screen for cardiovascular risks, lipids, hypertension, diabetes, chronic kidney disease from the age of 50.
 - It is feasible to screen for several comorbidities in primary care.
 - It is regularly promoted in primary care.
 - It is not different from the care for other patients' follow up.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - As with other patients, the GP should take care of all comorbidities in PLHIV.
 - The GP is supposed to take care of the general health issues of all patients, including those with HIV: general healthcare for PLHIV can hardly exclude HIV related health issues, especially for older PLHIV or those with comorbidities.
 - When there is a stable status and the patient is doing well, the GP can take over the basic follow up.
 - Follow up of HIV at HRC is still needed.
 - Psychosocial care should also be provided in collaboration with other psychosocial caregivers outside HRCs, for example HIV organizations and well-trained peers living with HIV.
 - GPs are usually the patient's first contact.
 - HIV specialists will be more familiar with specific aspects of comorbidities in PLHIV.
 - Depending on the situation, referral to a specialist, HRC or other, will be more adequate.

- Patient preferences:
 - Sensoa did a needs survey and qualitative research ¹⁰⁴ about PLHIV's perspectives. Almost all GP's (99%) know the HIV status of the PLHIV that were included in the survey and 2/3 were involved in their follow up or treatment. Most of them (83%) were pleased and 48% said they did not have any further needs.
 - A systematic review shows that a good HCP-patient relationship, HIV specialist knowledge, continuity of care, ease of access to services, access to high quality information and support, effective co-ordination between HIV specialists and other healthcare professionals, and involvement in decisions about treatment and care are valued aspects of care among people living with HIV ¹⁰⁵.
- Economic aspects: at primary care level there is no full reimbursement.

Conclusion: both experts and stakeholders insist on the need for GP to be involved in the PLHIV's follow-up. The care of the global health of a PLHIV under ART is identical as for every patient, and includes vaccination, screening for comorbidities, cancers, mental health and addiction, etc. Different statements on aspects of the global health care (non-HIV related comorbidities, preventive actions such as vaccinations, cardiovascular risks, screening programmes) have been submitted to a formal Delphi consensus procedure and obtained consensus. The guideline panel nevertheless decided to rephrase the statements to one statement supporting the GP's involvement in taking care of the global and general health of PLHIV. The advantages outweigh the disadvantages. The statement was labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 2.2.2.: INFORM AS SOON AS POSSIBLE THE HRC WHEN DETECTING A NEW HEALTH ISSUE OF CONCERN FOR PLHIV (CVD, DIABETES, CHRONIC KIDNEY DISEASE, LIVER DISORDERS, RESPIRATORY DISORDERS, PSYCHIATRIC DISORDERS, VERTEBRAL FRACTURES, FRAILTY AND OSTEOPOROSIS) **(GPP)**

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** We found no relevant evidence from the selected guidelines for Adapte on informing HRC from the GP about newly detection of health issue of concern for PLHIV and therefore performed a de novo

¹⁰⁴ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

¹⁰⁵ Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. BMC Health Serv Res 2016;16(1):677. doi: 10.1186/s12913-016-1914-4. PMID: 27899106; PMCID: PMC5129660

literature search. This search did not identify any studies relevant to this recommendation.

- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - When detecting a new health issue of concern for PLHIV, the GP should inform as soon as possible the HRC referent in order to manage the consequence of these newly diagnosed health issue. First, cardiovascular disease, diabetes, kidney disease could interfere with the ART treatment and need a specialized evaluation. Second, all these issues could also be the consequences of the ART and be considered for the ART prescription. Last, the medical management of these issues could interfere with the ART treatment, that's a third reason to inform the HRC.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Enabling HRC and other specialists to manage the consequences of the newly diagnosed health issue.
 - Cardiovascular disease, diabetes, kidney disease could interfere with the ART treatment and need a specialized evaluation.
 - All these issues could also be the consequence of the ART and must be considered when ART is prescribed.
 - The pharmacological management of these issues could interfere with the ART treatment.
 - Improving the health of PLHIV.
 - Harms: none
- Feasibility:
 - It's feasible in Belgium. GPs already inform as soon as possible specialists when detecting new health issue of concern.
- Preferences & values:
 - Professionals' preferences:
 - GP's find important to inform, but also to be informed by the HRC when detecting a new health issue of concern for PLHIV; or when the treatment has been changed.
 - Patients' preferences:
 - PLHIV could appreciate exchange of information between GP and HRC when it's medically appropriate.
- Economical aspects: none

Conclusion: Both experts and stakeholders insist on the need of collaboration and communication between GPs and HRC or other specialists. The following statement was validated during a formal consensus procedure: “*The role of the GP is to collaborate with HRC/other specialists concerning the HIV related comorbidities in PLHIV.*” Afterwards, the GDG decided to precise that GPs should inform as soon as possible the HRC and/or other specialists when detecting an important issue (non) related to HIV that could have an impact on the ART in order to manage the consequence of these newly diagnosed health issues. This modification has been approved by the stakeholders. The advantages outweigh the disadvantages. The approved statement has been formulated as a strong recommendation and labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 2.2.3.: SEARCH FOR MEDICATION INTERACTIONS WHEN PRESCRIBING ANY NEW MEDICATION AND INFORM PLHIV FOR INTERACTIONS (MEDICATIONS OVER THE COUNTER) **(GPP)**

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** we found no relevant evidence from the selected guidelines for Adapte on medication interactions. A de novo literature search did not identify other studies on this aspect.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - The success of ART depends on reducing pill burden and dosing frequency, reducing side effects and addressing drug interactions.
 - Polypharmacy is common in PLHIV and leads to drug related problems, including drug-drug interactions and non-adherence.
 - The GP should actively search for interaction when prescribing any medication to PLHIV on ART.
 - ART are metabolized in the liver and could interfere with many drugs.
 - Since HIV has become a chronic disease and PLHIV are getting older, there is a higher risk of polypharmacy.
 - When a GP is not aware of his patient receiving ART, it may lead to unexpected side effects and interactions. It is in the best interest for both patient and HCP that the GP knows his patient is on ART.
 - The GP should know where to find information about adverse effects and interactions, including over-the-counter medication such as for example calcium, magnesium.

- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Reducing the risk of side effects and interactions.
 - Improving the PLHIV awareness.
 - Is part of patient education.
 - GPs learn to always check for interactions when prescribing new medication.
 - Harms:
 - GPs may need some extra time to check for interactions.
- Feasibility:
 - Checking for interactions may need some extra training, especially in treatment which is not daily used by primary care.
 - An international website is available to find interactions and is free: www.hiv-druginteractions.org.
 - Medication interactions may not yet be included in the electronic medical record.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - GPs may not (yet) feel comfortable with ART and its interactions.
 - The GP should know where to find information about medication interactions.
 - Is it feasible to check every time for interactions?
 - Communication with HRC is needed.
 - Collaboration with HRC is necessary.
 - Patients' preferences:
 - It's important that the GP searches for drug interactions and informs the PLHIV on that.
- Economic aspects:
 - Costs of time spending to check for interactions.

Conclusion: Polypharmacy is common in PLHIV and leads to drug related problems, including drug-drug interactions and risk of non-adherence. With ageing populations on ART, polypharmacy and interactions are getting more important whenever prescribing a new medication. The GP should be aware and should search for possible interactions whenever new medications are prescribed. A statement on this aspect has been submitted in a formal Delphi consensus procedure and obtained consensus. The advantages outweigh the disadvantages. The statement has been labelled as a GPP.

2.3. Suivi spécifique du VIH

Recommandations

2.3.1. Assurez-vous que la PVVIH est vaccinée contre (**GPP**) :

- le pneumocoque (vaccination complète);
- VHA/VHB;
- HPV;
- COVID19;
- influenza.

2.3.2. Assurez-vous, en collaboration avec les CRV, que la PVVIH ait un suivi pour la santé sexuelle et reproductive (**GPP**).

2.3.3. Renvoyez les PVVIH chez le CRV et/ou les autres spécialistes (**GPP**) concernant :

- les effets secondaires du TAR ;
- les complications liées au TAR ;
- les infections opportunistes lorsque le taux de CD4 est en-dessous de 200/mm³ ;
- les co-infections ;
- les IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée, Monkeypox) ;
- la prise en charge des cancers viraux-induits ;
- les problèmes d'observance ;
- les problèmes de santé sexuelle ;
- les problèmes de dépendance et la consommation de drogues à usage festif (« chemsex »).

Explications

VACCINATION SPÉCIFIQUE DE LA PVVIH

En plus de la vaccination de base, le médecin traitant **vérifie le statut vaccinal spécifique à la PVVIH**. La vaccination spécifique vise à protéger contre le risque de co-infections (virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B) et prévenir des infections pour lesquelles le PLHIV est à plus haut risque de complications (pneumococcus, influenza, COVID-19, HPV). Tous les vaccins inactivés sont sûres pour les PVVIH.

Référez-vous aux recommandations du Conseil supérieur de la santé pour les indications vaccinales spécifiques (<https://www.health.belgium.be/fr/avis->

[9158-patients-id-et-vaccination](#)). Proposez de compléter la vaccination si nécessaire. La PVVIH peut préférer se faire vacciner au CRV.

Informez le CRV si vous vaccinez la PVVIH, par exemple via la plateforme e-Health. Pour rappel, tous les vaccins inactivés sont sécurés pour la PVVIH, et les vaccins vivants atténués ne peuvent être administrés chez le PVVIH avec moins de 200 CD4.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En tant que médecin traitant, assurez-vous que la PVVIH est suivie au niveau de sa santé sexuelle et reproductive, que ce soit par la première ligne ou par la deuxième ligne de soins, selon les préférences du PVVIH.

Discutez avec la PVVIH de **santé sexuelle** :

- Faites la promotion de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST);
- Favorisez le dépistage des IST chez les personnes ayant des rapports non protégés avec des partenaires multiples ;
- Expliquez la possibilité de TPE pour les partenaires de la PVVIH dans les 72h en cas de rapports non protégés lorsque sa charge virale est détectable ;
- Discutez avec la PVVIH de comportements sexuels à risque ;
 - Prise de drogues festives;
 - Rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool ou de drogue (« chemsex »).

Discutez avec la PVVIH de **contraception** :

- Certaines méthodes anti-contraceptives peuvent interagir avec le TAR ;
- Expliquez à la PVVIH les méthodes de contraception, y compris les méthodes de contraception d'urgence.

Discutez avec la PVVIH de **désir de grossesse** :

- La grossesse d'une PVVIH n'est pas en soi une grossesse à risque pour la mère, mais la PVVIH enceinte doit avoir un suivi spécifique (maintien d'un bon contrôle viral) dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :
 - La PVVIH devrait être sous TAR tout au long de la grossesse, mais certains TAR sont déconseillés : un suivi par un infectiologue du CRV est nécessaire ;
 - Le suivi sera donc assuré par un gynécologue spécialisé en collaboration avec un infectiologue du CRV, avec au minimum une charge virale au 3^e trimestre (36 semaines) ;

- L'allaitement maternel est pour l'instant généralement déconseillé en Belgique ;
 - Assurez-vous qu'une charge virale soit réalisée au 3^e trimestre (36^e semaine) ;
 - Le nourrisson bénéficie d'un suivi spécialisé.
- Informez le CRV en cas de désir de grossesse.

SUIVI SPÉCIFIQUE ET COLLABORATION AVEC LES CRV

Le suivi de la PVVIH nécessite l'intervention à la fois de la première et de la deuxième ligne de soins. Il est essentiel que la PVVIH soit vue régulièrement au CRV, au moins par l'infectiologue, si nécessaire par d'autres spécialistes. Tous les CRV offrent une prise en charge psychomédicosociale et multidisciplinaire.

Néanmoins, l'équipe multidisciplinaire peut varier d'un CRV à l'autre. Renseignez-vous sur l'offre spécialisée du (des) CRV avec le(s)quel(s) vous serez amenés à collaborer.

- De manière générale, la PVVIH sera **vue au moins deux fois par an par l'infectiologue du CRV** après avoir réalisé une **prise de sang avec charge virale**.
- De manière spécifique, **référez dès que possible la PVVIH au CRV** :
 - si elle n'a pas été vue au CRV depuis plus de 6 mois ;
 - si elle n'a pas réalisée de prises de sang avec charge virale depuis plus de 6 mois ;
 - si la charge virale remonte (ou ne baisse pas à l'initiation du TAR) ;
 - dès la détection d'un nouveau problème de santé pouvant impacter le TAR et éventuellement nécessiter une adaptation du TAR ;
 - dès qu'une intervention du spécialiste est nécessaire.
- En ce qui concerne l'**observance thérapeutique et maintien dans les soins**, référez la PVVIH au CRV :
 - pour le renouvellement du TAR ;
 - en cas d'oubli répété de doses de TAR ;
 - si la PVVIH vous signale ou que vous identifiez une observance insuffisante au TAR associée au nombre de prises ou à la taille des comprimés de TAR.
- En ce qui concerne le **TAR**, référez la PVVIH au CRV
 - en cas d'effets indésirables et de complications associées au TAR ;
 - en cas de détection d'un problème de santé pouvant nécessiter une adaptation du TAR. Par exemple :
 - apparition d'un problème cardiovasculaire :

- ✓ hypertension artérielle (HTA) ;
 - ✓ modification du traitement antihypertenseur ;
 - ✓ insuffisance cardiaque, etc.
- diabète ;
 - augmentation de la créatinine ;
 - altération de la biologie hépatique ;
 - fractures vertébrales ;
 - nécessité d'un traitement contre l'ostéoporose ;
 - mise sous traitement antidépresseur et antipsychotique.
- En ce qui concerne **la santé sexuelle et reproductive**, référez la PVVIH au CRV :
 - selon ses préférences;
 - en cas de problème d'interaction médicamenteuse par rapport à la contraception orale ;
 - pour le suivi de la grossesse au premier trimestre.
- En ce qui concerne les **infections sexuellement transmissibles** :
 - Au moment du diagnostic du VIH, mais également tout au long du suivi, il convient de rechercher régulièrement la présence d'infections sexuellement transmissibles, telles que la syphilis, la chlamydia, la gonorrhée ou le Monkeypox.
 - Évaluez régulièrement chez la PVVIH le risque d'infections sexuellement transmises. Vous pouvez utiliser l'outil développé par le KCE à cet effet : www.soa.kce.be ;
 - Informez le CRV en cas de diagnostic d'une IST ;
 - Traitez les IST selon les recommandations belges disponibles sur les sites suivants :
 - Ebpracticenet: <https://www.ebpnet.be/>
 - [Outil KCE Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation](#)
 - N'hésitez pas à contacter le CRV si nécessaire ;
 - Référez si nécessaire les IST compliquées (pas de réponses ou mauvaises réponses au traitement, suspicion de neurosyphilis).
- En ce qui concerne les **problèmes de dépendance et consommation de drogue à usage festif**, référez la PVVIH au CRV ou au centre de santé mentale (type info-drogues) en cas d'utilisation répétée de drogues à usage festif ou de rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool ou de drogue (« chemsex »).
- En ce qui concerne les **co-infections** :
 - Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) sont les principales causes de co-infections des PVVIH. En cas de co-infection chronique à VHB, le CRV initiera un suivi spécialisé dans les co-infections. En cas de co-infection à VHC, la prise en charge est plus complexe

(choix des molécules) et se fera en milieu spécialisé par un hépatologue spécialisé en co-infection. Le risque de développer un hépatocarcinome est augmenté en cas de fibrose ou de cirrhose associée au VHC.

- Assurez-vous que la PVVIH s'est bien rendue au CRV et chez l'hépatologue pour le suivi de la co-infection.
- En ce qui concerne **les condylomes et les cancers associés au VIH** :
 - L'infection à VIH entraîne un risque augmenté de persistance virale. Or, certains virus favorisent le développement de certains cancers et d'autres lésions. Il s'agit notamment :
 - du syndrome de Kaposi induit par le HHV8,
 - des condylomes, le cancer du col utérin et le cancer anal induits par le HPV ;
 - de l'hépatocarcinome induit par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, par exemple.
 - Chez les PVVIH, il y a une incidence et une prévalence plus élevées de ces lésions et cancers viraux induits que dans la population générale.
 - Référez en cas de doute ou de suspicion de cancers viraux induits :
 - Condylomes et cancers associés au HPV :
 - ✓ Il n'y a pas de recommandations spécifiques sur la fréquence du dépistage du HPV chez les PVVIH et actuellement la fréquence de remboursement est la même que celle de la population générale.
 - ✓ Le suivi des PVVIH doit néanmoins tenir compte de ce facteur de risque.
 - ✓ **Assurez-vous que les PVVIH soient dépistés régulièrement pour le HPV (anal et cervical). Si nécessaire, renvoyez la PVVIH au CRV pour le dépistage et le suivi.**
 - ✓ **Renvoyez les PVVIH MSM au CRV pour dépistage de lésions précancéreuses.**
 - Hépatocarcinome associé à la co-infection VIH + VHB/VHC
 - ✓ Les hépatites C et B exposent à un risque augmenté d'hépatocarcinome en cas de fibrose ou de cirrhose.
 - ✓ Renvoyez les PVVIH au CRV pour le suivi de la co-infection VIH + VHB/VHC.
 - ✓ Assurez-vous que les PVVIH présentant une co-infection VIH + VHB/VHC soient régulièrement suivies par un hépatologue et par le CRV.

- En ce qui concerne les **infections opportunistes** :
 - Les infections opportunistes se développent lorsque le niveau immunitaire (taux de CD4) est bas. Elles varient selon l'ampleur du déficit immunitaire. En cas d'immunosuppression prolongée, les manifestations cliniques peuvent être atténuées. La tuberculose est l'infection la plus fréquente des PVVIH, quel que soit le taux de CD4. L'observance du TAR permet de préserver le système immunitaire de sorte que le risque d'infections opportunistes soit le plus faible possible.
 - **En présence de signes ou symptômes infectieux, lorsque les CD4 sont < 200/mm³ :**
 - Soyez conscient que le risque d'infections opportunistes est plus important.
 - En l'absence d'un diagnostic clair de première ligne (pharyngite, pneumonie, infection urinaire), n'hésitez pas à référer au CRV.

[Bases des recommandations \(en anglais\)](#)

RECOMMENDATION 2.3.1.: MAKE SURE THE PLHIV IS VACCINATED AGAINST (GPP):

- PNEUMOCOCCUS (FULL VACCINATION),
- HAV/HBV,
- HPV,
- COVID-19,
- INFLUENZA.

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** the literature search didn't identify any studies relevant to this recommendation.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (*see below*).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinions:
 - PLHIV are at risk of infections that could be prevent by vaccination.
 - Vaccination is a usual preventive action that could be taken by GPs, but also by the HRC.
 - The PLHIV can choose where they want to be vaccinated.

- Inactivated vaccines against HBV, influenza, pneumococcus vaccines and covid-19 could be safely given to PLHIV, irrespective of the CD4 count.
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - To ensure that PLHIV are vaccinated against HBV, pneumococcus, Covid19, influenza;
 - To increase vaccination coverage
 - Potential harms:
 - Adverse effects (local, anaphylaxis) and interactions are possible.
- Belgian context:
 - The Belgian High Council for Health ¹⁰⁶ also recommends for vaccination in PLHIV for HBV, pneumococcus, influenzas and covid19.
 - HIV plan 2020 – 2026 ¹⁰⁷ wants to improve availability, accessibility and the use of PET, Prep and vaccination programs for HBV and HPV.
- Feasibility:
 - It is feasible to verify the vaccination
 - Vaccination is common preventive practice in primary care and it's feasible to vaccinate PLHIV at primary care if needed;
 - These vaccines are available in primary care.
- Value and preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Both GP and HRC should ensure that the PLHIV is properly vaccinated.
 - The regional web platforms of vaccinal data are very helpful for sharing information between HCP.
 - Patients' preferences:
 - Vaccination is generally accepted as a preventive measure.
- Economical aspects:
 - Cost effectiveness: vaccination against influenza, pneumococcus, hepatitis B is cost-effective for vulnerable groups such as PLHIV.

Conclusion: HIV is mostly seen as a condition which may benefit from specific preventive vaccinations. The GP should verify if the PLHIV is protected and propose to complete the vaccination if necessary. PLHIV can choose where they want to be vaccinated, in the HRC or in primary care. Based on experts' opinion, the recommendation has been validated during a formal Delphi consensus. The GDG decided to make a distinction between the basic

¹⁰⁶

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20200212_shc_91_58_ic_and_vaccination_vweb_2.pdf

¹⁰⁷ [HIV Plan Belgium - HIV Plan Belgium \(hiv-plan.be\)](http://hiv-plan.be)

vaccination (see *recommendation 2.2.1.*) and the specific vaccination associated to HIV to highlight the specific needs of the PLHIV and encourage the GP to be involved into the PLHIV specific follow-up. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 2.3.2.: MAKE SURE, IN COLLABORATION WITH THE HRCs, THAT THE PLHIV HAS A FOLLOW-UP FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH (**GPP**).

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** We found no relevant evidence from the selected guidelines for Adapte on this topic. Therefore, we conducted a de novo literature search. This search didn't identify any studies relevant to this recommendation.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

EVIDENCE TO DECISION

- Experts' opinion:
 - The follow-up of sexual health is commonly performed at primary care level. GP's may already know the sexual risk behaviours of their patients.
 - Antenatal care and reproductive health are also very common in general practice. This may be a bit different in PLHIV.
 - Women who are pregnant should be on ART and have specialist led follow up.
 - ART may have interactions with the treatment options.
 - Some ART have congenital effects on the unborn child,
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - Improving sexual and reproductive health of the PLHIV.
 - Avoiding stigma.
 - Detection of drug-drug interactions.
 - Ensuring PLHIV who wants to get pregnant to be on ART and to have a specific follow-up during the pregnancy.
 - Harms:
 - GP's may feel uncomfortable with these topics.
- Feasibility:
 - When a GP doesn't feel comfortable, he can always refer to specialised care (HRC and gynaecologist) if necessary.

- It depends on the relationship between PLHIV and GP.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - Sexual life must become part of the issues discussed between GPs and their patients occasionally.
 - Patients' preferences:
 - PLHIV choose where they prefer to be followed.
 - It's easier to ask the GP to follow PLHIV's sexual and reproductive health, when GP first discuss it with PLHIV.
- Economic aspects: none

Conclusion: Based on experts' opinion, different statements related to the role of the GP in taking care of the sexual and reproductive health of the PLHIV have been submitted in a formal Delphi consensus procedure; all obtained consensus. The GDG agreed that every PLHIV should be followed for the sexual and reproductive health, at least by the HRC. When PLHIV are pregnant they need specific follow up in collaboration with an infectiologist and a gynecologist. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

RECOMMENDATION 2.3.3.: REFER PLHIV TO THE HRC AND/OR OTHER SPECIALISTS REGARDING (GPP):

- ART SIDE EFFECTS,
- ART-RELATED COMPLICATIONS,
- OPPORTUNISTIC INFECTIONS WHEN CD4 COUNT IS BELOW 200/MM³
- CO-INFECTIONS,
- STIS (SYPHILIS, CHLAMYDIA, GONORRHEA, MONKEYPOX)
- CANCERS,
- COMPLIANCE PROBLEMS,
- SEXUAL HEALTH PROBLEMS,
- ADDICTION PROBLEMS AND RECREATIONAL DRUG USE.

DE NOVO PROCEDURE

- **Evidence base:** we found no relevant evidence from the selected guidelines for Adapte on the management of coinfections in PLHIV. We therefore performed a de novo literature search. This search didn't identify any studies relevant to this recommendation.
- A **Delphi consensus procedure** was conducted to collect the opinions of the involved stakeholders and experts (see below).

- Experts' opinion:
 - Referring to the specific specialists as needed, is important.
 - The GP knows how to collaborate with other specialists when it comes to chronic illnesses, like diabetes, cardiovascular disease, chronic kidney failure, ... so it may not be very different when it comes to HRC's and other HIV specific organizations.
 - As with other chronic conditions, the follow up at HRC's should be kept. When a patient is doing well for a certain amount of time, the GP may ensure the basic follow up, but as soon as action is required (virological failure, medication, ...), the HRC offer better and specialized care. HIV treatment needs specialized expertise.
 - Patients with a drug addiction could be less adherent. Therefore, collaboration is necessary to retain in care these patients. Depending on the care delivered by HRC, psychosocial, sexual and other aspects may be given at HRC-level. There may be a collaboration between HRC and other psychosocial caregivers outside HRC's, for example HIV organizations and well-trained peers living with HIV.
 - PLHIV should be referred to HRC and other specialists for specific follow up as: ART side effects; Adherence problems; Opportunistic infections when CD4 are under 200; Management of coinfections; Treatment of STI; Management of viral-induced cancers; Sexual health related problems; Addictions problems and sexualized drug use in PLHIV:
 - Side effects associated with ART:
 - ✓ ART have multiple general as well as specific side effects. As for all medicines, the GP should actively screen for these side effects.
 - ✓ The GP should know where to find information about adverse effects.
 - ✓ PLHIV are at higher risk for osteoporosis and kidney tubulopathy; both are classical side effects of ART.
 - Adherence problems:
 - ✓ Forgotten medication ?
 - ✓ Side effects of ART ?
 - ✓ Psychological problems associated with intake of medication?
 - ✓ Spontaneous interruption of ART (on his own initiative and without medical reason)?

- Opportunistic infections when CD4 are under 200/mm³:
 - ✓ When CD4 falls under 200, the risk of developing opportunistic infections become real. If the PLHIV presents signs and/symptoms of infections and has under than 200 CD4/mm³, The GP should refer the PLHIV to the HRC, even the PLHIV are under ART. To provide the best treatment possible to PLHIV, it's important to detect as early as possible the presence of the opportunistic microbials.
 - ✓ PLHIV under ART could also have CD4 between 200 and 500 without being at higher risk of developing opportunistic infections. The GPS should refer to HRC those PLHIV only if they don't find an explanation.
- Management of co-infections with HBV or HCV:
 - ✓ Coinfections with HBV or HCV involve specific specialized treatments. PLHIV with coinfections should be follow by HRC and hepatologists.
 - ✓ It's important to refer the PLHIV with co-infections to specialised care for regular follow up.
 - ✓ The screening of HBV and HCV could be done in primary care.
- Treatment of STI:
 - ✓ PLHIV are at more risk for STI (chlamydia trachomatis, gonorrhoea, syphilis, MonkeyPox), mainly for chlamydia.
 - ✓ PLHIV should be actively and regularly tested for STI: that could be done in primary care.
 - ✓ The PLHIV can choose where they will be tested.
 - ✓ The GP should monitor that PLHIV has regular screening.
 - ✓ ART may have interactions with the treatment options.
- Management of viral-induced cancers:
 - ✓ PLHIV have a higher risk of developing virus-induced cancers, such as HPV related cancer (cervical, anal, oropharyngeal), HBV/HCV coinfection associated hepatocarcinoma, HHV8-associated Kaposi' Syndrome, EBV-induced lymphoma.
 - ✓ The GP should check that PLHIV are regularly screened for these cancers.
 - ✓ Screening for HPV-related cancer could be done by GP's, gynaecologists or proctologists. PLHIV choose where they want to be tested.

- ✓ When the PLHIV has been diagnosed with viral-induced cancer, GPs should refer PLHIV to HRC for management and specific follow-up.
 - ✓ GPs should monitor that PLHIV with viral-induced cancer is regularly follow by the HRC and relink to HRC if it's necessary.
 - Sexual health related problems:
 - ✓ Loss of libido (ART, post diagnostics trauma, etc.)?
 - ✓ Contraceptive issues (interaction with ART for example)?
 - ✓ Sequelae of STIs (anal fistula, urethral fibrosis, etc.)?
 - ✓ High prevalence of female genital mutilation (SSA women)?
 - ✓ Couple problems (serodiscordant couple)?
 - Addiction problems and sexual-used drugs use:
 - ✓ Chemsex?
 - ✓ Ethylism?
 - ✓ Sexual risk behaviour, sexual intercourse under the influence of drugs?
 - ✓ Sex addiction?
 - ✓ Mental health issues in general?
- Benefits and harms:
 - Benefits:
 - GPs are the first contact of the patient.
 - Part of the general care.
 - Improving the PLHIV health, quality of life, reducing morbidity.
 - Improving retention in care, ART adherence.
 - To reduce risks associated with ART.
 - To detect as early as possible ART side-effects and to provide as soon as possible preventive actions.
 - Reduce risks associated with opportunistic infections
 - Sexual health and STI: no stigma.
 - Early detection allows a quicker specialized management.
 - Harms:
 - Risk of overscreening?
- Belgian context
 - The HIV Plan of 2014- 2019 states that the relationship between HRC and GPs should be organized, and that care which can be done by a GP, should be performed at this level, unless the PLHIV does not have a GP. HIV specific knowledge and problems should be consulted by experts at an accredited center. A structural and precise division between the tasks is difficult, however. There should be flexibility in the shared responsibility between GP and HRC. There may be a shift, depending on the health status of the PLHIV.

- Feasibility:
 - GPs know how to refer to specialized care.
 - Psychosocial aspects can be included in care at HRC.
 - Communication channels are needed in both directions: the communication needs to be transparent and accessible (eHealth? Cozo?)
 - Risk assessment should be done before screening. In high-risk populations other screening methods, shorter screening intervals or surveillance may be more cost effective and efficient.
- Value & Preferences:
 - Professionals' preferences:
 - The GP is supposed to take care of the general health issues of all patients, including those with HIV. Follow up of HIV at HRC is still needed. Depending on the situation, referral to a specialist, HRC or other, will be more adequate. Collaboration with specialized care and HRC is needed:
 - ✓ to manage ART: HIV treatment is specialized and HRC's role;
 - ✓ to treat coinfections: coinfections are usually managed by HIV specialists, sometimes in collaboration with the hepatologist;
 - ✓ to manage cancers;
 - ✓ to treat STIs if the GPs don't feel comfortable
 - ✓ if it's the PLHIV's preference;
 - Psychosocial care should also be in collaboration with other psychosocial caregivers outside HRCs, for example HIV organizations and well-trained peers living with HIV.
 - Asking about drug use (including festive use) is a delicate but very important aspect to be dealt.
 - Sexual life must become part of the issues discussed between GPs and their patients occasionally.
 - All HRC have a core composition defined by the INAMI/RIZIV with nurse, psychologist, social worker and dietetic. Each HRC can also have other medical specialties.
 - Is part of general health promotion in terms of having good treatment (adherence) outcomes of any sort of treatment (Delphi).
 - Patient preferences:
 - A systematic review ¹⁰⁸ showed that a good health care professional-patient relationship, HIV specialist knowledge, continuity of care, ease of access to services, access to high quality information and support,

¹⁰⁸ Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):677. doi: 10.1186/s12913-016-1914-4. PMID: 27899106; PMCID: PMC5129660

effective co-ordination between HIV specialists and other healthcare professionals, and involvement in decisions about treatment and care are valued aspects of care among people living with HIV.

- Economic aspects:
 - The care at HRC : the consultation with the multidisciplinary team is free of charge, financed by the convention; the medical consultations and blood samples are refunded by the Belgian medical insurance and by the mediprima insurance for undocumented people; the doctors are under convention (conventionné).
 - At primary care level there is no full reimbursement.

Consensus and conclusion: PLHIV face specific health risks. The GP should collaborate with the HRC and other specialist regarding ART sides effects, ART-related complications, opportunistic infections when CD4 count is low, coinfections (HBV, HCV) management of STI and viral-induced cancers, sexual health and addiction problems. There were many discussions about 'collaboration between HRC and GPs, and what should be done by the GPs related to specific HIV care. The stakeholders and the GDG agreed upon the recommendations on collaboration and insisted on the importance of a bilateral collaboration. How to collaborate may depend on the HRC as well as the GP. There is a shared responsibility, and the patients may have some preferences on where they want to receive certain health care aspects.

Several statements on collaboration between GP or other specialists and the GP related to HIV-related cancer, coinfections, adherence problems, psychosocial aspects/problems, addiction and sexualized drug use have been submitted in a formal Delphi consensus procedure. All statements obtained full consensus.

Based on the comments and discussions, the GDG panel decided to reformulate HIV related-cancer into 'viral induced cancer', and 'sexualized drug-use' into 'festive drug-use', and to specify 'coinfections when CD4 are under 200/mm³' because it's not relevant above 200/CD4 when PLHIV are under ART. Then, the panel found it not necessary to explicit 'psychosocial aspects/problems' in PLHIV as this is included in the whole follow-up. The GDG also decided to reformulate into 'refer to the HRC' in specific situations, which implies collaboration between HRC and GPs, active screening by GPs, monitoring of RIC and ART adherence, and the PLHIV's choice for some care. This recommendation is based on experts' opinion, has been validated in a formal Delphi consensus procedure, followed by an informal consensus procedure through discussion. The advantages outweigh the disadvantages. The recommendation has been labelled as a GPP.

Conditions préalables à la mise en œuvre du guide

- Sensibilisation via les associations professionnelles de médecins généralistes.
- Le plan VIH 2020-2026 devrait être finalisé, diffusé et implémenté.
- La communication bidirectionnelle entre les médecins généralistes et les CRV devrait être améliorée (plan VIH 2014-2019). C'est une nécessité pour améliorer la collaboration entre les MG et les CRV.
- Pour accompagner et soutenir les PVVIH, les professionnels de santé, y compris les médecins généralistes, devraient être formés aux méthodes d'entretien motivationnel. Les médecins en exercice devraient également y avoir accès.

Éléments d'évaluation

Les experts s'accordent à dire que les recommandations concernant la mise en lien avec les soins de santé, l'observance du TAR et le maintien dans les soins de santé constituent l'implication minimale de tout professionnel de santé dans le suivi des PVVIH. Elles devraient faire l'objet d'une évaluation régulière comme un indicateur de l'implication notamment des médecins dans le suivi des PVVIH.

Agenda de recherche

- Besoin de mener une recherche concernant les données cout-efficacité de la prise en charge des PVVIH en première ligne de soins.
- Besoin de mener une recherche pour pouvoir aller plus loin dans les recommandations du suivi général et spécifique.
- Besoin de mener une recherche sur les effets d'une approche intégrée (première/seconde ligne) des patients atteints du VIH/SIDA sur des résultats tels que la morbidité et la mortalité.

Élaboration

Toutes les étapes méthodologiques de l'élaboration de ce guide de pratique clinique sont décrites en détail dans un rapport méthodologique disponible sur demande.

Auteurs

Les auteurs de ce guide de pratique clinique sont :

Nom	Discipline/affiliation	Rôle au sein du groupe d'auteurs
Saphia Mokrane	Médecin généraliste, collaboratrice scientifique au Département de Médecine Générale (DMG) de l'ULB et membre de la cellule d'experts du WOREL	Coordinatrice, expert en méthodologie (étude et analyse de la littérature) et auteur (<i>a repris la coordination à partir du 1/1/2022</i>)
Nicole Dekker	Médecin généraliste à Hoboken (Anvers) et membre de la cellule d'experts du WOREL	Coordinatrice, expert en méthodologie (étude et analyse de la littérature) et auteur (<i>jusque 31/12/2021</i>)
Paul Van Royen	Médecin généraliste à Anvers, professeur de médecine générale à l'université d'Anvers et président du WOREL	Coordinateur, expert en méthodologie (lecture critique; avalisation du guide) et auteur
Jorien Laermans	Membre de la cellule d'experts du WOREL	Experte en méthodologie (étude et analyse de la littérature)
Vere Borra	Membre de la cellule d'experts du WOREL	Experte en méthodologie (étude et analyse de la littérature)
Leen De Coninck	Membre de la cellule d'experts du WOREL	Experte en méthodologie (étude et analyse de la littérature et rédaction du rapport méthodologique)
Sam Cordyn	Membre de la cellule d'experts du WOREL	Expert en méthodologie (étude et analyse de la littérature)
Martine Goossens	Coordinatrice, membre de la cellule d'experts du WOREL	Rédaction et lecture critique, suivi du processus
Dominique Van Beckhoven	Coordinatrice de la surveillance VIH-IST-Hépatites B&C à Sciensano	Experte du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide)
Ria Koeck	Collaboratrice VIH et soins – Sensoa (Centre d'expertise flamand pour la santé sexuelle)	Experte du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide)

Sarah Swannet	Médecin généraliste à Anderlecht (Wijkgezondheidscentrum Medikuregem) et experte Santé sexuelle (Domus Medica)	Experte du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide)
Eric Florence	Chef de clinique VIH/MST à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et médecin spécialiste des maladies infectieuses et de la médecine tropicale, hôpital universitaire d'Anvers (UZA)	Expert du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide)
Tine Cornelissen	Médecin généraliste avec expertise particulière dans le domaine de la santé sexuelle, travaillant actuellement comme médecin conseiller à l'Agence « Opgroeien » (Grandir)	Experte du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide) – jusqu'en 2020
Charlotte Martin	Cheffe de service Maladies infectieuses au CHU Saint-Pierre à Bruxelles	Experte du groupe d'auteurs (lecture critique, commentaires et avalisation du guide)

Les résultats intermédiaires des travaux ont été examinés conjointement lors de plusieurs réunions du groupe d'auteurs. Tous les commentaires ont été pris en compte pour affiner davantage les recommandations, leur explication et leurs bases. Les auteurs ont également participé aux réunions des parties prenantes en début et à la fin du trajet de développement.

Méthodologie

Questions cliniques

Les questions cliniques finales ont été élaborées en concertation avec les parties prenantes et les auteurs et ont été avalisées par WOREL.

Élaboration et étude de la littérature

Ce guide de pratique clinique (GPC) a été élaboré à la demande du groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL) et conformément

au manuel pour le développement de GPC rédigé par le WOREL ¹⁰⁹. Ce manuel décrit toutes les démarches méthodologiques à parcourir et est disponible sur : <http://www.ebp-guidelines.be/home>

Pour développer ce guide, la méthode Adapte a été utilisée ¹¹⁰. L'adaptation comprend un certain nombre d'étapes spécifiques :

- La recherche systématique de guides de pratique clinique et l'évaluation de leur qualité méthodologique ;
- La vérification que le contenu (recommandations) de ces guides de pratique clinique correspond aux questions cliniques formulées ;
- L'évaluation de la cohérence méthodologique et clinique entre les recommandations et les données probantes scientifiques des guides de pratique clinique qui les étayent ;
- L'évaluation de l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations dans le contexte de soins belge ;
- L'adaptation sélective des recommandations pertinentes des guides de pratique clinique.

Les autres étapes (la formulation des questions cliniques, les mises à jour de la littérature, l'évaluation par les experts et les utilisateurs cibles et patients, mise en œuvre) se sont déroulées conformément au développement des nouveaux guides de pratique clinique.

Pour certaines recommandations, une procédure de novo a été utilisée.

Les informations sur la recherche, la sélection et l'évaluation critique des données probantes sont reprises dans le rapport méthodologique disponible sur demande.

Projet de texte

Sur la base des étapes précédentes, les recommandations ont été soit adaptées, soit formulées de novo, et une première version du guide a été rédigée.

¹⁰⁹ Dekker N, Goossens M, et al. Leidraad richtlijnontwikkeling. Antwerpen: WOREL, 2019.

¹¹⁰ <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>

Procédure de consensus

Les recommandations considérées comme 'good clinical practice', ainsi que celles pour lesquelles on n'a pas trouvé suffisamment de données probantes scientifiques et/ou les aspects pour lesquels il n'y avait pas d'uniformité au sein du groupe d'auteurs ont été présentés sous forme de propositions à un panel de parties prenantes lors d'une procédure Delphi (méthode Delphi modifiée) en deux tours. Lors cette procédure, il était demandé aux répondants d'évaluer les propositions sur une échelle de 9 points : 1 (pas d'accord) et 9 (d'accord). Le consensus a été défini comme une médiane > 8 et 70% des scores 7-9. Une proposition ne peut conduire à la formulation d'un point de bonne pratique (« good practice points » ou GPP) que s'il y a consensus.

Panel Delphi (parties prenantes) :

Nom	Profession/affiliation	Langue
A. Barthélémy	Psychologue, CRV, CHU Saint-Pierre, Bruxelles	FR
A. Van Raemdonck	Médecin généraliste à Leuven	NL
C. Dungu	Institut de Médecine Tropicale (Anvers), patient support (projet HIV-SAM)	NL
G. N.*	Réprésentant des patients	NL
J. Loos	Collaboratrice scientifique UAntwerpen, ancienne chercheuse à l'Institut de Médecine Tropicale (Anvers) dans le domaine de la promotion de la santé sexuelle parmi les groupes vulnérables	NL
K. Stoffels	Laboratoire de référence SIDA, lab manager/chercheuse, Bruxelles	NL
P. Barlow	Gynécologue, CRV, CHU Saint-Pierre, Bruxelles	FR
P. Lacor	Infectiologue, UZ Brussel	NL
P. Semaille	Médecin généraliste à Saint-Gilles, Bruxelles et CHU Saint-Pierre, Bruxelles	FR
R. Demeester	Infectiologue/interniste CRV, CHU Charleroi	FR

* nom anonymisé dans le cadre de la RGPD.

Les résultats de la procédure Delphi sont disponibles sur demande.

Évaluation externe

Après révision du projet de guide de pratique clinique, entre autres sur la base des résultats de la procédure Delphi, la nouvelle version a ensuite été soumise à un panel de parties prenantes pour évaluation externe (commentaires écrits et réunion finale) après approbation interne au sein du WOREL (évaluation critique de la méthodologie). L'accent de l'évaluation externe est mis principalement sur l'identification d'éventuels obstacles à l'application des recommandations. Le panel était composé de parties prenantes, tant néerlandophones que francophones.

Panel évaluation externe :

Nom	Discipline/affiliation	Langue
P. Lacor	Infectiologue, UZ Brussel	NL
A. Hatzfeld	Médecin généraliste à Bruxelles	FR
I. Dagneaux	Médecin généraliste à Ottignies	FR
R. Demeester	Infectiologue/interniste CRV, CHU Charleroi	FR
I. Henz	Médecin généraliste à Namur	FR
H. Van Mieghem	Médecin généraliste/chercheuse à l'Institut de Médecine Tropicale (Anvers) dans le domaine 'Sexual Health including HIV', et collaboratrice Promise PrEP	NL
A. Vincent	Médecin généraliste, Centre de prise en charge HIV, UCL	FR
K. Stoffels	Laboratoire de référence SIDA, lab manager/chercheuse, Bruxelles	NL
V. Jaspers	Chercheuse-experte au KCE dans le domaine des IST	NL
P. Semaille	Médecin généraliste à Saint-Gilles, Bruxelles et CHU Saint-Pierre, Bruxelles	FR
A. Torsin	Médecin généraliste à Jette	NL
C. Boncire	Médecin généraliste à Estinnes (Hainaut)	FR
P. Barlow	Gynécologue, CRV, CHU Saint-Pierre, Bruxelles	FR

Les résultats de l'évaluation externe sont repris dans le rapport méthodologique disponible sur demande.

Implication des patients

Ce guide de pratique clinique a été élaboré avec implication directe d'une représentation de patients. Lors de l'utilisation du cadre permettant de traduire les données probantes en une décision servant à la formulation d'une recommandation (Evidence to Decision Framework), les préférences du patient ont été prises en compte à chaque fois, sur la base des éléments suivants :

- Les commentaires des (représentants des) patients ;
- Les résultats de l'enquête sur les besoins entreprise par Sensoa ¹¹¹;
- Les résultats d'une recherche dans la littérature.

Classification GRADE

Dans ce texte est utilisée la classification GRADE (¹¹², cf tableau infra). GRADE est une méthode développée par le GRADE Working Group afin de visualiser à l'aide d'une codification uniforme la certitude des données probantes à l'appui des recommandations ainsi que la force des recommandations. Les critères pour appliquer la méthode GRADE ont été revus en 2016 ¹¹³.

L'approche GRADE comprend deux démarches :

1. Une évaluation de la certitude des données probantes (pour tous les critères de jugement qui ont été décisifs pour la formulation de la recommandation), exprimée par un niveau de certitude (élevé = A, modéré = B ou faible = C).
2. Une évaluation ou gradation ('grading') de la force de la recommandation, traduite par un chiffre (forte = 1 ou faible = 2).

En guise d'exemple :

- 1A signifie que les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques et que la recommandation est étayée par de bonnes études

¹¹¹ Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. Nodenbevraging mensen met hiv. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa, 2020.

¹¹²

- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-926.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al, for GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ 2008;336:995-958.

¹¹³ Criteria for using GRADE 2016

http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf

cliniques randomisées ou par des preuves très convaincantes issues d'études observationnelles.

- 2C signifie qu'il y a un doute par rapport à l'équilibre entre les avantages et les inconvénients et que la recommandation ne repose que sur de simples études observationnelles ou des études de cas.

À part les GRADE, il y a aussi ce qu'on appelle les "good practice points" ou GPP. Il s'agit de recommandations fortes qui sont basées sur l'opinion d'experts et sur une procédure de consensus formelle (Delphi). On formule un GPP quand il n'existe que des données probantes indirectes, lorsque la recommandation est nécessaire pour offrir les meilleurs soins et lorsque les avantages ne peuvent pas être mis en doute. Un GPP est donc toujours une recommandation forte, mais sans données probantes directes à l'appui.

Tableau : Classification GRADE, signification des codes.

GRADE		Avantages par rapport aux inconvénients ou aux risques	Signification de la certitude des données probantes	Implications
1A	Forte recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Notre confiance quant au fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé est forte.	Forte recommandation, peut être appliquée chez la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1B	Forte recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Cet effet peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
1C	Forte recommandation, faible niveau de certitude des données probantes		Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent de l'effet estimé.	Forte recommandation, mais cela peut changer si des données probantes de meilleure qualité deviennent disponibles.
2A	Faible recommandation, niveau élevé de certitude des	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques	Nous sommes bien convaincus que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Faible recommandation, la meilleure action peut différer selon

	données probantes			les circonstances, les patients ou les valeurs sociales.
2B	Faible recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Celui-ci peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
2C	Faible recommandation, faible niveau de certitude des données probantes	Incertitude sur les avantages ou les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent.	Recommandation très faible, les alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées
« good practice point » (GPP)	Recommandation forte sans données probantes directes à l'appui (sans mention d'un GRADE).			

Conflit d'intérêts et financement

Le groupe des auteurs a pu travailler en toute indépendance. Ce guide de pratique clinique n'a pas été influencé par les opinions ou les intérêts de l'agence de financement, l'INAMI.

Tous les auteurs et les parties prenantes consultées ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du WOREL.

Les auteurs et parties prenantes consultées n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Les éventuels conflits d'intérêts ont été examinés au sein du groupe des auteurs et n'ont pas donné lieu à des conflits sur le fond.

Aucun auteur n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Cela n'affectait pas le contenu de ce guide de pratique clinique.

Mise à jour

Pour ce guide de pratique clinique, une recherche dans la littérature a été effectuée jusqu'en juin 2022.

Le WOREL détermine qu'un guide de pratique clinique est revu après cinq ans. La littérature récente est alors passée à la loupe ; on cherche à savoir dans quelle mesure les recommandations du guide de pratique clinique sont encore valables.

Les termes de recherche utilisés pour la mise à jour sont les mêmes que pour le développement de ce guide de pratique clinique. La mise à jour se déroule sur la base d'une recherche systématique dans la littérature (guides de pratique clinique, revues systématiques et méta-analyses et, au besoin, des études randomisées contrôlées supplémentaires et des études diagnostiques) pour toutes les recommandations. Si nécessaire, les recommandations sont ajustées pour chaque question clinique.

Validation

Le guide de pratique clinique a été soumis en janvier 2023 au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam) pour validation. Une version finale du guide de pratique clinique, élaborée sur la base des commentaires du comité de validation, a de nouveau été soumise au Cebam pour approbation. Le guide de pratique clinique a reçu le label de qualité Cebam le 2 mai 2023.