

UNE ANALYSE COMMUNE POUR L'ACTION



Cadre de référence 2019-2023
pour la promotion de la santé sexuelle
et la prévention des IST/VIH/hépatites
chez les hommes ayant des rapports sexuels
avec des hommes en Wallonie

COORDINATION

Observatoire du sida et des sexualités (Dongmo Christian)

POINTS-FOCAUX

Ex Æquo (Barris Stephen)

SidaSol Liège (Englebert Simon)

S.A.S.E.R Namur (Fastré Vinciane et Bénédicte Rusingizandekwe)

SIDA-IST Charleroi-Mons (Gooris Rudy)

**AVEC LE SOUTIEN
DE LA WALLONIE**



RÉDACTION

Dongmo Christian, Detandt Sandrine et Pezeril Charlotte,
Observatoire du sida et des sexualités

ÉDITION ÉLECTRONIQUE

<http://www.strategiesconcertees.be>

**OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS**



UCLouvain
SAINT-LOUIS BRUXELLES

exæquo.be
NOUS SOMMES TOUS #SÉROCONCERNÉS



**PROVINCE
de NAMUR**
Médecine préventive et promotion santé



STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



ONT CONTRIBUÉ À CE CAHIER

Nous remercions tous les HSH qui ont anonymement participé aux ateliers à Liège, Charleroi et Namur ; les patrons et travailleurs de bars/saunas qui ont donné de leur temps lors d'entretiens individuels ; ainsi que tous les participant·e·s aux ateliers du 14 septembre 2016, du 04 juillet 2018 et celui du 19 décembre 2018, et celles et ceux ayant pu envoyer leurs commentaires :

Participant·e·s en 2016

Fonction en 2016

Nathalie	Annez	Coordinateur, PROJET HAINAUT
Arnaud	Arseni	Chargé de projet, ARC-EN-CIEL WALLONIE
Cibely	Ayres-Silva	Psychologue
Emmanuel	Bailleux	Agent de terrain, EX ÆQUO
Catherine	Balancier	Psychologue, PLANNING FAMILIAL ESTELLE MAZY
Caroline	Blicq	Médecin généraliste
Marie-Laure	Boulangé	Médecin généraliste, ALIAS
Jonathan	Bovy	Président, MAC VERVIERS - ENSEMBLE AUTREMENT asbl
Géraldine	Byloo	Coordinatrice, ESPACE P... MONS
Marta	Chylinski	Chargée de communication, PROSPECTIVE JEUNESSE
Pierre	Clobus	Infirmier, ICAR WALLONIE
Fanny	Colard	Chargée de mission, FCPF-FPS
Laurianne	Cornet	Coordinatrice, COLLECTIF SANTÉ
Laure	De Myttenaere	Coordinatrice -projet jeunes, SASER, NAMUR
Anne	De Vleeschouwer	Infirmière/sexologue, HÔPITAL ERASME
Patricia	Dellot	Infirmière, Centre de Référence Sida du CHU de Liège
Thibaut	Delsemme	Coordinateur, ARC-EN-CIEL WALLONIE
Vinciane	Fastré	Coordinatrice du projet LGTBQI, SASER, NAMUR
Cédric	Fievet	Bénévole, EX ÆQUO
Deborah	Fievez	Psychologue, MAC VERVIERS - ENSEMBLE AUTREMENT asbl
Nathalie	Fontaine	Animatrice EVRAS
Jean-Pierre	Frisée	Coordinateur, MAC LIÈGE - ALLIAGE asbl
Frédéric	Froidbise	Bénévole, EX ÆQUO
Rudy	Gooris	Directeur, SIDA IST-Charleroi-Mons
Rémi	Gueuning	SIPS PLANNING FAMILIAL DES JEUNES LIÈGE
Virginie	Hatzigiannakis	Conseillère conjugale et familiale, SASER
Chrystel	Hottias	Responsable de centre, CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ESTELLE MAZY
Françoise	Jullien	Psychologue

Corneille	kalawu	DISADISA HIV/AIDS PROJECT
Marie	lambert	Conseillère conjugale et familiale, SASER, NAMUR
Céline	Langendries	Formatrice, PROSPECTIVE JEUNESSE
Jonas	Lecharlier	Administrateur CHEFF, Président CHEN
Véronique	Léonard	Travailleuse sociale, ESPACE P... NAMUR
Delphine	Leroy	Coordinatrice du projet dépistage, SASER, NAMUR
Guillaume	Limbourg	Stagiaire, ESPACE P... MONS
Guédel	Loum	PAIR ÉDUCATEUR / Relais Communautaire
Vincent	Mahaut	HORS ORGANISATION
Charles	Manise	Bénévole, EX ÆQUO
Hélène	Meurisse	Infirmière, CENTRE DE RÉFÉRENCE CHU Dinant Godinne
Jean-Daniel	Ndikumana	Animateur, CAL/Luxembourg
Julien	Nève	Rédacteur en chef, PROSECTIVE JEUNESSE
Willy Herman	Ngoti Patat	Volontaire, CAL/Luxembourg
Tharcisse	Niyongira	Educateur, SIDA-IST CHARLEROI-MONS
Agnès	Nyirababiligi	Coordinatrice projet migrant, SASER, NAMUR
Maxence	Ouafik	Administrateur, CHEN
Marylène	Pierrard	Assistante sociale, CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ESTELLE MAZY
Paul	Pietquin	Président, MAC NAMUR
Bénédicte	Rusingizandekwe	Responsable du SASER, NAMUR
Illia	Sarkissiane	Responsable de projet, MODUS VIVENDI
Norine	Stenico	Assistante sociale, PLANNING DE NAMUR / RÉSEAU SOLIDARIS
Juliette	Teicher	Accueillante, MAISON MÉDICALE SAINT LÉONARD
Didier	Van Baellen	
Dorothy	Vandermeuse	Psychologue, SASER, NAMUR
Marie	Vanoverberghe	Chargée de projets de Promotion de la Santé en milieu carcéral
Isabeau	Wyème	Chargée de projets
Carla	Zaire	Chercheuse, UNIVERSITÉ PARIS 13

Participant·e·s en 2018-2019**Fonction**

Stephen	Barris	Coordinateur, EX ÆQUO
Christophe	Bedin	Stagiaire, Maison Arc-en-Ciel Charleroi
Mélissa	Boetman	Coordonnatrice, Collectif Santé Mons-Borinage
Maud	Borremans	Assistante sociale, Cliniques Universitaires St-Luc
Géraldine	Byloo	Coordonnatrice, Espace P Mons
Cailean	Dangreau	Assistante sociale, Maison Arc-en-Ciel Charleroi
Xavier	D'Artois	Agent de terrain pour la Wallonie, Ex æquo
Laurane	De Graux	Animatrice socio culturelle, Tels Quels Bruxelles
Simon	Englebert	Responsable de projets, Sida Sol
Vinciane	Fastré	Coordonnatrice de projets, SASER
Océane	Faucon	Stagiaire, Maison Arc-en-Ciel Charleroi
Rudy	Gooris	Directeur, SIDA IST-Charleroi-Mons
Maïté	Haddad	Chargée de projets Wallonie, EX ÆQUO
Géraldine	Hardy	Psychologue, CPF Willy Peers à Namur
Nicolas	Jocky	Responsable de projets, Plate-forme Prévention Sida
Gaël Kévin	Kaneza	Etudiant, Master en Santé Publique
Sylvestre	Karhahunga	Médecin, Hors associations
Antoine	Leux	Chargé de projets Wallonie, EX ÆQUO
Jules	Loubris	Stagiaire, Sida-IST Charleroi Mons
Cindy	Maréchal	Chargée de projets, Service Education pour la Santé
Thierry	Martin	Directeur, Plate-forme Prévention Sida
Tharcisse	Niyongira	Responsable de projets, Sida-IST Charleroi Mons
Thomas	Pieyns	Employé Administratif, Maison Arc-en-Ciel Liège
Camelia	Rossi	Chef de Service Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Ambroise Paré/Mons
Vinciane	Saliez	Directrice, I Care
Sabine	Scruel	Directrice, Service Education pour la Santé
Kateline	Terwagne	Assistante sociale, Maison Arc-en-Ciel Namur
Emmanuelle	Zimmer	Assistante sociale, CPF Willy Peers à Namur

LISTE DES ACRONYMES

ARV	(Traitement) antirétroviral
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CPAM	Comité de pilotage et d'appui méthodologique
CPF	Centre de planning familial
CRS	Centre de référence SIDA
CVI	Charge virale indétectable
EVRAS	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FLCPF	Fédération Laïque de Centres de Planning Familial
HPV	Human papillomavirus (papillomavirus humain)
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
HSH VIH	HSH vivant avec le VIH
ISP	Institut scientifique de santé publique
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQI+	Lesbienne, gay, bisexuel, trans*, queer, intersexe (et +)
MG	Médecin généraliste
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PO	Partenaire (sexuel) occasionnel
PR	Partenaire (sexuel) régulier
PrEP	Pre-exposure prophylaxis (Prophylaxie pré-exposition)
PVIH	Personne(s) vivant avec le VIH
RBC	Région de Bruxelles-Capitale
RdRs	Réduction des risques
SASER	Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des Risques
TasP	Treatment as prevention (Traitement comme prévention)
TARV	Traitement antirétroviral
TDS	Travailleurs du sexe
TPE	Traitement post-exposition
UDI	Usager de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

1. AVANT-PROPOS	8
2. PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE	10
2.1. LA GESTION DE CYCLE DE PROJET	10
2.2. LE MODELE DE PLANIFICATION PRECEDE-PROCEED DE GREEN ET KREUTER.....	11
2.3. ANALYSE DE SITUATION ET PLAN OPÉRATIONNEL	11
2.4. LA MISE A JOUR DU CADRE DE RÉFÉRENCE (2016-2019)	12
3. ANALYSE DE SITUATION	16
3.1. PUBLIC CIBLE	16
3.1.1. Les déterminants de santé	16
3.1.1.1. Les HSH et l'intersectionnalité	17
3.2. SOUS-PUBLICS SPÉCIFIQUES	18
3.2.1. Les HSH migrants	19
3.2.2. Les HSH vivant avec le VIH ci-inclus les plus de 50 ans	20
3.2.3. Les jeunes HSH	21
3.2.4. Les HSH usagers de psychotropes	22
3.3. DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL	24
3.3.1. Présentation	24
3.3.2. Principaux éléments	24
4. PROBLÉMATIQUE ET PLAN OPERATIONNEL	31
4.1. PROBLÉMATIQUE	31
4.2. ACTEUR·RICE·S CONCERNÉ·E·S PAR LA PROBLÉMATIQUE	34
4.3. PLAN OPERATIONNEL	35
5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50

1. AVANT-PROPOS

Ce cadre de référence 2019-2023 vise à définir des actions prioritaires, à partir des données scientifiques disponibles, afin de promouvoir la santé sexuelle et la prévention des IST, du VIH et des hépatites chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en Wallonie.

Il est le fruit d'un travail participatif au sein des Stratégies Concertées des acteurs et actrices de prévention des IST/VIH qui réunissent un réseau d'associations de promotion de la santé sexuelle en Région wallonne et en Région bruxelloise¹. L'objectif du réseau est d'améliorer la qualité des actions de prévention et de réduction des risques, en définissant de manière collaborative un cadre de référence commun tenant compte des évolutions tant scientifiques et politiques que des réalités de terrain.

Dans un contexte de régionalisation de la promotion de la santé, le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des Stratégies Concertées a souhaité développer un cadre de référence spécifique à la Wallonie. Le Plan wallon de prévention et promotion de la santé- Horizon 2030 constitue une opportunité pour rénover le cadre d'action et renforcer les acteurs de terrain spécialisés, reconnus et forts d'une expertise accumulée depuis de nombreuses années. Pour cette mise à jour, quatre partenaires ont été particulièrement actifs aux côtés de l'Observatoire du sida et des sexualités, compte tenu de leurs actions à destination des HSH sur le territoire wallon: Ex Æquo, SidaSol, SIDA-IST Charleroi-Mons et le Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des Risques de la province de Namur (SASER).

Les recommandations belges, à travers le premier Plan national VIH (2014-2019), et wallones² identifiaient en effet les gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) comme un public prioritaire³. Selon les dernières données de Sciensano, 49% des nouveaux diagnostics du VIH pour lesquels le mode de transmission est connu concernaient les HSH en Belgique en 2017. Si le nombre de nouvelles infections par le VIH baisse depuis 2013 au sein de ce public⁴, les HSH restent les premiers touchés. En outre, les autres IST connaissent une augmentation, principalement la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis en Wallonie⁵. Enfin, les disparités socioéconomiques y sont importantes et les besoins en matière de prévention d'autant plus accrus.

Dans un contexte d'évolution des approches préventives, en particulier la mise en œuvre de la prévention combinée validée par le Plan VIH 2014-2019 ainsi que l'objectif « 90-90-90 » promotionné par l'ONUSIDA⁶, il était primordial de faciliter la mise en œuvre effective de la prévention combinée. Cette dernière tend à articuler de façon conjointe prévention primaire, dépistage et traitements et met en avant l'alliance entre stratégies de prévention comportementales, structurelles et biomédicales afin de proposer un plus grand nombre d'outils efficaces dans la lutte contre le VIH et les autres IST. Ces outils ne se substituent toutefois pas les uns aux autres. Il s'agit bien d'envisager leur utilisation combinée, faisant se chevaucher les différentes stratégies de prévention au gré des situations individuelles et des pratiques sexuelles. Viennent

.....
1 Pour plus d'informations, voir : <http://www.strategiesconcertees.be>.

2 Note stratégique du CPAM pour la prévention du VIH et des autres IST en Région wallonne 2015-2020 <http://www.strategiesconcertees.be/CPAM%20note%20sida%20RW%202015-2020.pdf>

3 Au côté des « migrants », principalement d'Afrique subsaharienne, dont le cadre de référence actualisé pour la Wallonie est prévu pour 2020.

4 « Le nombre d'infections rapportées en 2017 chez les HSH est de 34 % inférieur à celui de l'année 2013, qui correspondait au sommet de la courbe. » (Sasse, Deblonde, Jamine, Van Beckhoven, 2018 : 7)

5 Sans disposer de données régionalisées par public, nous savons que les cas déclarés de chlamydia passent de 163 cas en 2002 à 1 088 cas en 2016, ceux de gonorrhée passent de 29 cas en 2002 à 240 en 2016 et la syphilis de 11 cas en 2002 à 111.

6 ONUSIDA (2014), 90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf.

donc s'ajouter à l'utilisation du préservatif et du gel lubrifiant : le traitement comme prévention (TasP), le dépistage communautaire décentralisé/délocalisé et/ou démedicalisé, le traitement post-exposition (TPE) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ⁷. Si certaines critiques concernant la médicalisation de la prévention doivent être prises en compte (e.g. problème d'accessibilité et inégalités sociales face à cet accès, financements publics, messages complexes, rapport médecin-patient), elle ouvre cependant de nouvelles perspectives dans le contrôle de l'épidémie de VIH.

Malgré ces avancées thérapeutiques et médicales, le VIH/sida ne se normalise toujours pas d'un point de vue social. En premier lieu, l'annonce du diagnostic peut encore être vécue comme un « choc », une rupture dans la biographie, et reste dans l'imaginaire collectif associée à la mort et parfois à la honte, du fait de son histoire et de son association avec la sexualité. La dicibilité du VIH reste difficile, d'autant que l'annonce peut entraîner des ruptures de relation affective et/ou sexuelle (près d'un quart des PVVIH et un tiers de celles déclarant une orientation homosexuelle l'ont vécu, selon une enquête de 2012⁸). En second lieu, les discriminations n'ont pas disparu, même si elles prennent des formes détournées et moins visibles. L'analyse des cas de discrimination liés au VIH/sida et dénoncés à Unia (Pezeril, 2017) souligne par ailleurs l'imbrication forte entre sérophobie, homophobie, racisme et sexisme et la nécessité de penser leur intersectionnalité.

Enfin, la complexification des messages préventifs autour du VIH, tout autant que la prise de conscience de l'importance des autres IST (surtout quand elles s'ajoutent au VIH) ont mis l'accent sur la nécessité de les penser ensemble. Le concept de santé sexuelle propose une approche holistique de la santé en soulignant la nécessité de faire figurer le VIH parmi d'autres affections, en premier lieu les IST et les hépatites, mais aussi la santé mentale, le bien-être psychologique, et ce sans oublier la notion de plaisir. Plus avant, l'analyse globale des déterminants des inégalités sociales de santé et le développement d'une approche dite de « santé, genre et sexualités » correspond à la persistance des inégalités et des discriminations relatives au statut sérologique (qu'il soit connu, dit ou révélé à l'insu), à l'orientation sexuelle, au genre, à la nationalité, à la « race » ou à la couleur de peau. Une approche globale et positive des enjeux de santé sexuelle doit donc intégrer la prise en compte du bien-être sexuel, de la lutte contre les violences sexuelles et de la lutte contre les discriminations liées au VIH, aux IST et envers les minorités sexuelles.

Ce cadre de référence espère donc proposer aux acteurs et actrices concernées un cadre d'action efficace et inclusif pour les HSH afin de penser ensemble enjeux de santé publique et enjeux d'égalité et de droits humains en Wallonie.

7 La prophylaxie pré-exposition est dispensée légalement en Belgique depuis le 01.01.2017 (Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU) était un des premiers hôpitaux ouvrant des consultations PrEP) et est remboursée depuis le 01.06.2017.

8 Pezeril Charlotte (2012), Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone », Observatoire du sida et des sexualités/ Plate-forme Prévention Sida/ Centre d'Etudes Sociologiques, Bruxelles. En ligne : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf>

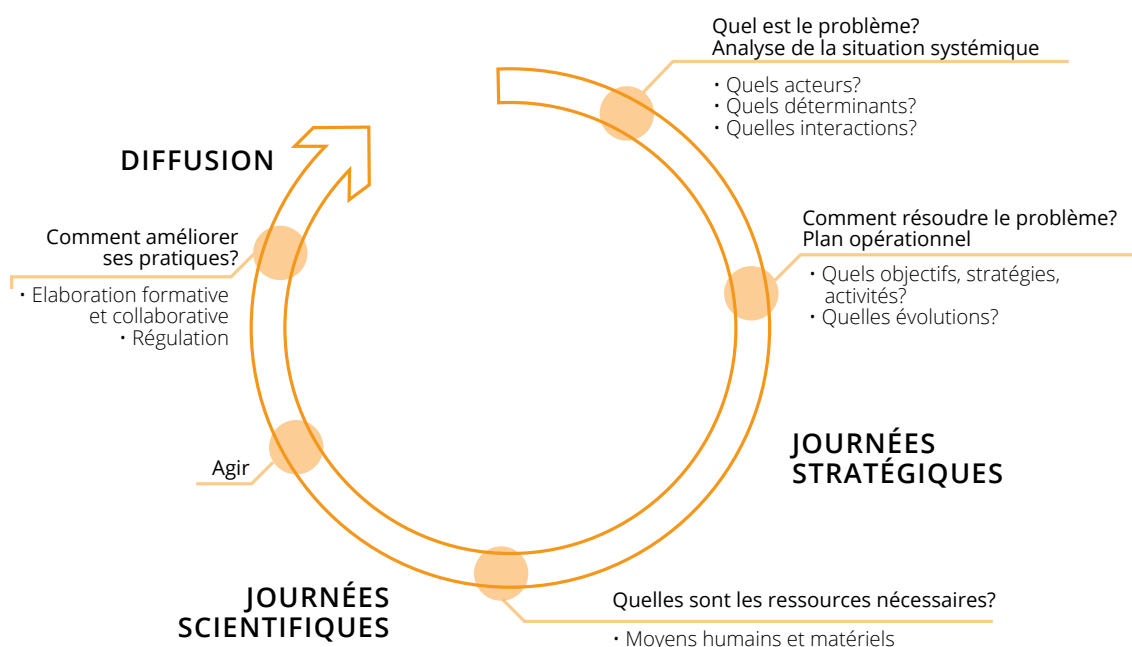
2. PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE

L'élaboration des cadres de références s'est effectuée suivant une approche méthodologique de gestion de cycle de projets⁹. Ce modèle systémique a été adapté depuis le premier cycle des Stratégies Concertées en 2004. Le modèle de planification de Green et Kreuter (2005) qui garantit une cohérence certaine entre l'analyse des besoins et la planification opérationnelle a également été mobilisé. Ces deux modèles n'étant pas étrangers aux acteurs de promotion de la santé, nous en rappellerons ici quelques grands principes, mais mettrons davantage l'accent sur le processus de construction mis en place.

2.1 LA GESTION DE CYCLE DE PROJET

La gestion de cycle de projet est une méthode de planification, c'est-à-dire «une méthode rationnelle et logique de concevoir et de réaliser des activités et des services de santé en mobilisant de façon organisée des ressources appropriées» (Pineault & Daveluy, 1995). Chacune des étapes présentées sur la figure 1 s'est déroulée selon un processus participatif associant les acteur·rice·s concerné·es par la mise en œuvre des activités. L'équipe en charge du processus des Stratégies Concertées (SC) a en effet tenu à respecter les étapes fondamentales de cet outil méthodologique (analyse de la situation, élaboration du plan opérationnel, identification des moyens, mise en œuvre), tout en y incluant des ateliers participatifs (regroupant les acteur·rice·s concerné·e·s par la problématique), étape indispensable à la planification collective des activités.

Figure 1 : La gestion participative et systémique de cycle de projet



9 Une explication détaillée de cette démarche pourrait être consultée dans les différents cahiers constituant les précédents cycles des Stratégies concertées.

2.2 LE MODELE DE PLANIFICATION PRECEDE-PROCEED DE GREEN ET KREUTER.

Le modèle de planification proposé et adapté (Parent, 2006) à la problématique est le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (op.cit). Celui-ci permet d'analyser une problématique de santé (phase PRECEDE¹⁰) en tenant compte de sa nature multifactorielle et en classant les déterminants qui contribuent à cette problématique en catégories : les comportements (les pratiques), l'éducation, l'environnement, le domaine politique et administratif, et les variables sociodémographiques.

La phase de planification (PROCEED) consiste quant à elle à construire – grâce aux outils du cadre logique et à partir de l'analyse de situation – un plan opérationnel qui définit les stratégies d'intervention privilégiées, les objectifs visés et les activités à mettre en œuvre.

- **L'objectif spécifique** est défini à partir de la problématique et constitue le cadre global et la finalité générale du plan opérationnel.
- **La description des comportements et des pratiques** des acteurs permet de formuler des objectifs opérationnels. Ceux-ci répondent donc à un ou à des problèmes identifiés dans le diagnostic comportemental.
- **Les activités de type éducationnelles, environnementales et institutionnelles** sont définies à partir des facteurs correspondants dans l'analyse de situation et visent à modifier les déterminants, et donc in fine les comportements pour atteindre les objectifs opérationnels. Les activités constituent la part la plus concrète du plan opérationnel puisqu'elles sont destinées à être mises en œuvre avec des moyens adéquats.

2.3. ANALYSE DE SITUATION ET PLAN OPÉRATIONNEL

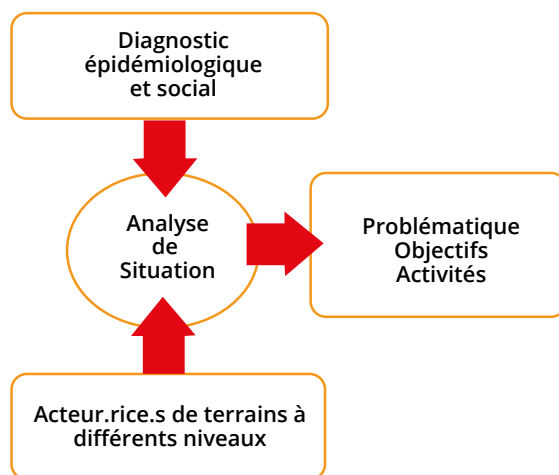
Eclairée par les données scientifiques les plus récentes sur la Wallonie en particulier et la Belgique le cas échéant, l'analyse de situation dans ce travail a par ailleurs pris ancrage sur les observations des acteur·rice·s de prévention, mais également sur les leçons du « terrain ». Cette analyse de situation dont la présentation détaillée fait l'objet de la troisième partie de ce travail se base ainsi sur trois grands moments :

- **La collecte et la synthèse des données scientifiques actualisées,**
- **La collecte et l'analyse des données qualitatives (ateliers participatifs avec le public concerné et entretiens individuels avec les acteur·rice·s du milieu festif),**
- **La planification collective en ateliers**

10 ²L'acronyme PRECEDE signifie « Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Environment Diagnosis and Evaluation », soit en français « facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et évaluation de ce diagnostic ».

L'élaboration de ce travail a ainsi respecté les étapes et les démarches recensées dans la figure ci-dessous :

Figure 2 : Synthèse de la démarche méthodologique des stratégies concertées IST/VIH



Les problématiques prises en considération dans l'analyse de situation proposée dans ce travail ont été analysées selon une approche systémique. Notre compréhension des déterminants des inégalités de santé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Wallonie a ainsi pris ancrage tant sur les facteurs individuels, environnementaux que structurels. Les principaux constats issus de cette analyse de situation ont par la suite servi de support à l'élaboration du plan opérationnel. Cette phase d'opérationnalisation (en vert sur la figure) consistait à définir la problématique, les principaux objectifs et activités pertinentes pour répondre aux problèmes de santé constatés. Les réponses proposées ont été formulées selon une programmation ascendante lors d'ateliers dont le déroulement sera décrit dans la section suivante (2.4).

Pour chaque comportement identifié lors du diagnostic épidémiologique et social, un objectif opérationnel a été formulé, de même que les activités jugées pertinentes et prioritaires.

2.4 LA MISE A JOUR DU CADRE DE RÉFÉRENCE (2016-2019)

La mise à jour du cadre de référence concernant les HSH (la précédente version date de 2009) a été réalisée de 2016 à 2019. La durée relativement longue de ce travail s'explique par les changements de l'équipe en charge du processus des stratégies concertées. Le chargé de projet et la chercheuse recrutés respectivement en mars 2018 et en juin 2017 ont en effet hérité d'un travail¹¹ devant être actualisé, vu les évolutions tant des stratégies de préventions que des évidences scientifiques.

1. Collecte et synthèse de données actualisées pour le diagnostic épidémiologique et social portant spécifiquement sur la Wallonie :

Un document de travail préparatoire a été réalisé par l'Observatoire du sida et des sexualités (OSS). Il

.....
¹¹ Les étapes 2 à 4 ont été effectuées par nos collègues Myriam Dieleman et Thomas Ronti, que nous remercions.

reprend des données scientifiques issues de plusieurs sources et des données émanant des acteur·rice·s de terrain (Liège, Namur, Hainaut). Les principales données ont été discutées avec le public concerné et avec les intervenant·e·s professionnel·le·s (voir ci-dessous).

2. Organisation de quatre ateliers participatifs avec le public concerné avec un objectif triple :

- transmettre au public des éléments scientifiques et informatifs récents issus du diagnostic épidémiologique et social ;
- récolter des données au sujet de leurs expériences, vécus et points de vue en regard du diagnostic épidémiologique et social ;
- diffuser des messages de prévention combinée en particulier concernant comme le TasP, le TPE, la PrEP.

Au total, 49 hommes à Liège, Charleroi et Namur ont partagé (en mars, avril et juin 2016) des discussions autour des six thématiques développées lors de l'animation :

- sérophobie, discriminations et vécu des PVVIH ;
- comportements de dépistage ;
- comportements de prévention/protection et recours aux stratégies de RdR;
- consommations diverses.

3. Mise en place d'entretiens individuels avec les acteurs du milieu festif

Cette deuxième partie de la consultation communautaire visait à développer des connaissances sur la clientèle des lieux de sociabilité à l'attention du public HSH dans les villes de Charleroi et Liège. Il n'y a pas d'endroits spécifiquement réservés à ce public dans les provinces de Namur et dans le reste de la province du Hainaut. Dès lors, les données présentées ne se rapportent qu'aux deux villes mentionnées ci-dessus.

Lors de cette étape, tous les patrons et travailleurs des bars, saunas, sex shop réservés aux HSH ont été contactés à Charleroi et Liège afin de leur proposer un entretien semi-directif d'une durée moyenne de 30 minutes. Huit personnes ont été interrogées (entre mars et avril 2016) sur les thématiques suivantes :

- le profil sociodémographique du public fréquentant leur établissement ;
- la qualité et la pertinence des campagnes/outils de prévention ;
- l'organisation générale des interventions de prévention dans leur établissement (distribution de préservatifs, dépistage en outreach) ;
- le niveau de connaissance et les recours aux outils de prévention au sein du public cible ;
- les pratiques sexuelles du public des gays, bisexuel et HSH wallons ;
- la consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes (il-) licites ;
- l'homophobie et la sérophobie.

En fin d'entretien, chaque personne a été interrogée sur ses besoins et ses souhaits en matière de formation sur les nouveaux outils et les nouvelles stratégies de prévention. De même que pour le public cible, un compte-rendu des entretiens a été réalisé et les principaux constats ont ensuite été utilisés lors de la journée stratégique.

Un rapport de consultation communautaire a été rédigé, reprenant les principaux constats des ateliers et entretiens individuels. Le rapport de cette consultation communautaire est disponible en ligne (voir Ronti, 2017)

4. Organisation d'une journée stratégique intitulée « Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les HSH en Wallonie »

Cet atelier participatif organisé le 14 septembre 2016 avait pour objectif de mettre à jour collectivement l'analyse de situation et, sur cette base, de formuler des pistes concrètes pour améliorer, renouveler et transformer collectivement les approches et les projets de prévention pour la population précitée (planification opérationnelle).

5. Atelier d'actualisation des constats issus du terrain et du diagnostic épidémiologique et social

Tenu le 04 juillet 2018 à Liège, cet atelier regroupait l'équipe de l'OSS (Directrice, chercheuse en charge de l'axe HSH et chargé de projet des Stratégies Concertées) et les points focaux (Sida Sol, Ex Aequo et Sida IST-Charleroi-Mons). Les modifications majeures du diagnostic épidémiologique et social ont été soumises pour validation aux participant-e-s qui ont, dans un second moment, revu la problématique. La journée s'est achevée par l'analyse des 4 thématiques (prévention combinée, santé gay, dépistage et sérophobie) ainsi que de la matrice du cadre logique du document.

Les trois thématiques suivantes ont été retenues à l'issue des échanges : « Prévention combinée/diversifiée », « Santé globale », « Discriminations et sérophobie ». Il semblait en effet pertinent d'inclure les activités liées au dépistage dans la thématique « prévention combinée ». Par ailleurs, les questions de santé gay incluant autant la santé sexuelle que mentale, il paraissait approprié de formuler cette thématique « santé globale ». Pour les participant-e-s enfin, la 3^e thématique ne saurait être limitée aux enjeux de sérophobie mais devrait inclure l'ensemble des discriminations, qu'elles soient basées sur le statut sérologique, l'orientation sexuelle, l'origine nationale ou d'autres critères.

Une analyse de la matrice de planification a mis en relief le fait que l'outil utilisé lors des cycles précédents devait être adapté pour deux principales raisons :

- Plusieurs activités au sein d'une thématique semblaient transversales et mobilisaient ipso facto plusieurs acteurs. Pour faciliter l'exploitation de la grille, il a été décidé que les activités seraient identifiées par acteurs et non par type de déterminant.
- Le but de la planification opérationnelle étant d'identifier les activités prioritaires et pertinentes, lister celles qui ne seraient pas mises en œuvre ne présentait en effet que peu d'intérêt.

C'est fort de ces constats que les participant-e-s ont proposé d'organiser un autre atelier stratégique, qui réunirait davantage d'acteur-ric-e-s, favorisant ainsi une concertation plus riche.

6. Organisation d'une journée stratégique d'actualisation « Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les HSH en Wallonie »

L'organisation de ce second atelier stratégique visait comme énoncé dans la section précédente à mobiliser et faire participer des profils variés d'acteur-ric-e-s de prévention intervenant en Wallonie durant une journée entière consacrée à la planification des activités. Cette journée a eu lieu le 19/12/2018 à Charleroi.

La journée s'est déroulée en deux temps :

- en plénière : présentation et discussion autour du diagnostic épidémiologique et social ; validation des éléments de la problématique.

Un bref rappel du processus des stratégies concertées et de la méthodologie a précédé la présentation des données justifiant les interventions. Cette étape a suscité quelques clarifications des participant-e-s qui ont modifié et précisé certains éléments de la problématique et validé les trois thématiques proposées.

Les contenus de ces thématiques ont été revus en fonction des enjeux actuels de la prévention des IST et du VIH.

- en ateliers : planification opérationnelle en trois groupes séparés.

Les points focaux et l'équipe de l'OSS avaient souhaité, lors des travaux préparatoires à cet atelier, faire tourner les participant·e·s dans les différents ateliers. Cette technique présentait un double avantage : non seulement elle rendait la participation moins lourde et contraignante, mais permettait en outre que chacun·e contribue à toutes les thématiques retenues. Cette proposition a obtenu l'aval de l'assemblée qui s'est alors répartie en trois groupes.

Le premier groupe santé a commencé par travailler la thématique « Prévention combinée/diversifiée », le second celui sur « Santé globale ». Le troisième groupe a, quant à lui, abordé dans un premier moment la thématique « discriminations et sérophobie ». L'animation s'est faite en binôme, un membre d'un point focal et un membre de l'équipe de l'Observatoire du sida et des sexualités.

Vingt huit acteur·rice·s diversifié·e·s et représentatif·ve·s¹² se sont mobilisé·e·s lors de cette journée de travail afin de créer du consensus autour d'une stratégie commune pour les années à venir.

7. Rédaction du cahier stratégique

Tous les documents actualisés lors des journées stratégiques ont ensuite été compilés par l'Observatoire du sida et des sexualités.

8. Relecture et validation du cahier stratégique

Le document rédigé a ensuite été soumis à tous les participant·e·s aux ateliers, ainsi qu'à des expert·e·s¹³ qui ont eu trois semaines pour compléter/réagir. Après cette étape, un comité de relecture restreint¹⁴ a été constitué et a analysé les propositions/suggestions reçues tant des participant·e·s que des expert·e·s externes. La validation finale a donc été faite conjointement par l'équipe de l'Observatoire et les points focaux.

9. Publication et diffusion

La publication du cahier a respecté la même démarche que les étapes précédentes : celle de concertation entre points focaux et l'équipe de l'Observatoire. Une journée de lancement est par ailleurs prévue afin d'assurer la publicité du cadre de référence HSH pour les 5 prochaines années.

.....

12 Voir la liste des participants dans le colophon.

13 SARAH VANDERWAEREN du Réseau Hépatite C Bruxellois, Thierry MARTIN (Directeur Plateforme Prévention Sida), Vinciane SALIEZ (Directrice I Care)

14 Constitué d'acteurs internes au processus: Points focaux (Stephen BARRIS, Rudy GOORIS, Simon ENGLEBERT, Vinciane FASTER, Maité HADDAD, Antoine LEUX, Bénédicte RUSINGIZANDEKWE) et les 3 responsables de la recherche à l'OSS (Charlotte PEZERIL, Christian DONGMO et Sandrine DETANDT)

3. ANALYSE DE SITUATION

3.1 PUBLIC CIBLE

En matière de surveillance des épidémies IST/VIH/hépatites, **la catégorie épidémiologique « HSH »** désigne les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, de manière régulière ou occasionnelle, exclusivement ou non, que ceux-ci se définissent comme homosexuels/gays ou non. Cette catégorie ne désigne donc pas **l'identité personnelle** des hommes concernés mais caractérise les pratiques sexuelles d'une population en regard des voies de transmission des IST/VIH/hépatites.

De plus, il faut souligner que les pratiques et préférences sexuelles des individus ne sont pas figées dans le temps et qu'une certaine fluidité existe au sein de la catégorie HSH. Pour cette raison, **l'estimation de la taille de la population est particulièrement compliquée** et n'a d'ailleurs fait l'objet d'aucune étude récente en Belgique.

L'enquête EMIS¹⁵ et les observations de terrain ont toutefois permis d'approcher certaines composantes sociodémographiques de cette population en Wallonie.

- Une population très hétérogène aux niveaux de l'âge, de la nationalité et du statut socio-économique.
- Une population majoritairement composée d'hommes s'identifiant comme gays/homosexuels.
- 80,5 % des HSH interrogés par EMIS en Wallonie s'identifient en tant que homosexuels/gays alors que 15,6 % s'identifient comme bisexuels, ce qui représente un peu moins du double par rapport à la Région de Bruxelles-Capitale. Il est à noter que ces chiffres sont similaires à ceux obtenus par l'enquête menée en région namuroise par le SASER¹⁶. Ainsi, parmi eux, 88% s'identifient comme gays et 9 % comme bisexuels.
- 84,9 % des HSH recrutés dans EMIS déclarent n'être attirés que par des hommes.

Comme nous le constatons, la majorité des hommes belges composant cette population s'auto-définissent massivement comme gays/homosexuels et moins de 18 % d'entre eux ne se reconnaissent pas comme tels. Sans les supprimer de l'analyse, nous opterons cependant pour l'acronyme HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) dans le reste du document afin d'en faciliter sa lecture.

3.1.1 LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les inégalités de santé concernant les HSH (et plus généralement les populations LGBTI) sont les conséquences d'une interaction complexe de facteurs environnementaux, sociaux, culturels et politiques. Il est donc essentiel d'appréhender la problématique dans une perspective systémique. A cet effet, la plupart des recherches actuelles expliquent les taux plus élevés de (psycho) pathologies grâce au minority stress model (Gustafsson

15 The European MSM Internet Survey (EMIS) est une large enquête quantitative européenne coordonnée par Axel Schmidt (London School of Hygiene and Tropical Medicine) portant sur les hommes homosexuels, bisexuels et les autres hommes attirés par les hommes. Le rapport EMIS Belge des données de 2017-2018 est actuellement en cours de rédaction par l'Observatoire du sida et des sexualités et Sciensano. Il est cependant à noter que l'échantillon de population de l'enquête EMIS présente des biais de recrutement puisque l'étude a été **réalisée en ligne via des sites de rencontres majoritairement adressés aux gays et a été promotionnée dans les lieux de sociabilité gay**.

16 Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur, État des lieux en vue de la mise en place d'un dépistage délocalisé du VIH à l'attention des Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH) dans la province de Namur, Namur, 2018.

et al., 2017) de Meyer (2003). En effet, les personnes non hétérosexuelles doivent faire face à une variété de stressors qui leur sont propres en plus des stressors habituellement rencontrés par tout individu. Ces stressors chroniques incluent la victimisation, les préjugés et la discrimination. Meyer positionne ainsi les stressors des plus éloignés aux plus proximaux : a) les stressors objectifs et externes, incluant les discriminations institutionnelles et structurelles et les interactions directes de victimisation ou de préjudice ; b) l'anticipation de la part de l'individu que ces rejets ou victimisation vont avoir lieu et le degré de vigilance avec lequel l'individu se positionne ; c) l'internalisation des attitudes sociales négatives. Ces différents déterminants influencent ainsi le paysage social et privé des gays (et LGBTI plus largement) qui ont ainsi tendance à vivre leur vie affective et sexuelle de façon compartimentée. Ce cloisonnement les expose à plus de vulnérabilités aussi bien psychiques qu'en termes de prises de risques, comme nous exposerons plus en détails ci-après.

A l'échelle de la Belgique, malgré des progrès notables au cours des dernières décennies, entre autres législatifs et sociétaux (Sabin et al., 2015), la société belge reste elle aussi encore très hétéronormée et parfois homophobe. En 2016, Unia a par exemple traité 104 dossiers liés à des discriminations sur base de l'orientation sexuelle. Parmi les situations les plus fréquemment rapportées comme ayant un impact sur la santé mentale des HSH, nous pouvons relever les points suivants :

- Vécu(s) d'agressions et violences homophobes.
- Peur permanente du jugement, du rejet, liés à son orientation ou pratiques sexuelles, dans différents domaines de la vie quotidienne, contraignant à cacher ses pratiques sexuelles de manière plus ou moins importante, allant parfois jusqu'à une "double vie".
- Homophobie intériorisée: les images négatives de l'homosexualité prédominantes dans notre société sont intégrées dès un très jeune âge par certains HSH, qui perçoivent leurs préférences et pratiques négativement et intègrent certaines représentations négatives et fausses de l'homosexualité, altérant l'estime de soi (et pouvant favoriser certaines prises de risques).
- Isolement, solitude.

Plus généralement, une large méta-analyse conduite par la Commission européenne (2017) montre que les hommes gays et bisexuels rapportent un état de santé général nettement inférieur à celui des hommes hétérosexuels. Les problèmes de santé à long terme sont également supérieurs avec des invalidités qui restreignent leurs activités et leur aptitude au travail, notamment des problèmes d'ordre musculo-squelettique (arthrose, problèmes vertébraux...), mais également des cancers, et des problèmes du foie et des reins. Ils ont deux fois plus de risques de développer un cancer anal. Les problèmes d'obésité, troubles de l'alimentation, dépression et anxiété, risque de suicide, consommation d'alcool, de tabac, usage et dépendance aux drogues sont également plus élevés que chez les hommes hétérosexuels.

Enfin, les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles rapportent 1,5 fois plus que la population générale des expériences négatives concernant les soins et l'accès aux soins.

Comme exposé à travers le minority stress model, il est essentiel de lire le diagnostic et les chiffres s'y rapportant à la lumière de ce cadre théorique. En outre, les données concernant la Belgique (et plus spécifiquement la Wallonie) étant souvent parcellaires voire absentes, les chiffres donnés pour les autres pays ne seront qu'illustratifs et ne permettront en aucun cas de faire des inférences sur la situation wallonne, celle-ci ayant ses spécificités institutionnelles, structurelles et sociales.

— 3.1.1.1 LES HSH ET L'INTERSECTIONNALITÉ —

L'intersectionnalité peut être définie par le croisement des différents rapports de domination et la prise en compte de ces spécificités.

L'intersection entre une multitude de dimensions varie selon les contextes social et culturel. Des indicateurs tels que le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre, les caractéristiques sexuelles, l'âge, l'origine ethnique, la race, le lieu de résidence, le handicap et la classe sociale sont susceptibles de différencier et hiérarchiser les individus. Ces indicateurs étant en interdépendance, nous voyons donc qu'une attention particulière doit être portée quant à la résidence en zone rurale ou éloignée, à l'âge des personnes, aux réfugié·e·s, demandeur·euse·s d'asile, migrant·e·s, personnes en situation de handicap, ou vivant dans des situations précaires et désavantagé·e·s économiquement et socialement.

Parmi les données disponibles (European Commission, Op. cit), à titre illustratif, on observe plus de dépressions, de consommation de tabac et d'alcool chez les personnes LGBTI résidant en zone rurale.

Les migrant·e·s, réfugié·e·s, et demandeur·euse·s d'asile ayant eu des expériences d'abus par des parents ou autres ont quant à eux une santé mentale plus fragilisée. Quand ils ont fait leur coming-out, ou ont une relation avec une personne du même sexe, les conséquences peuvent avoir été importantes dans leur pays d'origine : humiliations, rejet, pression pour se « faire soigner » et impactent fortement l'état de santé mentale. Quoique trop peu investigué, il apparaît que le groupe des réfugié·e·s et demandeur·euse·s d'asile jouit d'un état de santé nettement moins bon que les autres HSH.

De plus, les personnes ayant un bas niveau de revenu voient également leur état de santé diminuer. Quand les personnes sont en situation de précarité socio-économique, le stress est généralement plus important ainsi que la consommation de tabac, d'alcool, les dépressions, et l'exposition aux persécutions.

On observe aussi des différences selon la génération. En effet, l'usage de substances, telles que le cannabis, la cocaïne et l'ecstasy, et d'alcool, de tabac est davantage élevé chez les personnes LGBTI, jeunes comme plus âgées, que dans la population générale. Cette consommation semble néanmoins d'autant plus élevée chez les jeunes (multipliée quasiment par trois par rapport à la population générale). Les conséquences de cette surconsommation sur la santé sont davantage visibles chez les plus âgés : obésité, dépression, invalidités. Il y a un fort sentiment d'isolement et de solitude en particulier lorsque les personnes n'ont pas fait leur coming-out à l'entourage, notamment quand ils ne vivent pas en zone urbaine.

On note toutefois, aussi bien à l'échelle internationale que nationale, un manque de recherches traitant du croisement et de l'intersection en matière de santé de ces différents marqueurs.

3.2 SOUS-PUBLICS SPÉCIFIQUES

Si l'analyse de situation est généralisable à toute la population des HSH, il faut souligner l'importance de quatre sous-publics (les migrants, les personnes vivant avec le VIH (ci-inclus les plus de 50 ans), les jeunes, les usagers de psychotropes) pour lesquels il est nécessaire d'identifier plus finement les comportements et les déterminants spécifiques afin d'adapter la mise en œuvre des stratégies, objectifs et activités sur le terrain.

Des données scientifiques solides concernant la mobilité des HSH en Wallonie manquent. Les acteurs de terrain témoignent cependant d'une forte mobilité vers la capitale et Liège, que ce soit pour s'y installer, ou pour sortir. Les efforts de prévention à l'adresse de ce public sont donc à promouvoir sur l'ensemble du territoire. A titre illustratif, l'enquête du SASER (2018) menée en région namuroise met en exergue la grande circulation des résidents wallons en Belgique.

Enfin, deux autres sous-publics n'ont pas fait l'objet d'une attention spécifique lors de cette mise à jour du cadre de référence. Il s'agit des travailleurs du sexe (TDS) et des personnes trans* pour lesquels des

travaux spécifiques et/ou cadres de références doivent être produits et/ou mis à jour¹⁷. Nous proposerons cependant certaines activités spécifiques à ces publics dans la partie opérationnelle.

3.2.1 LES HSH MIGRANTS

Les personnes sans statut de séjour légal, toutes nationalités confondues, ne sont pas incluses dans les statistiques officielles. Selon certaines estimations, elles représenteraient environ 10% de la population de nationalité étrangère (Triandafyllidou et al., 2009) soit environ 125.000 personnes en Belgique en 2015, en incluant les personnes originaires de l'UE28 (Myria, 2016). Parmi les personnes d'origine étrangère, un grand nombre d'entre elles ne peut bénéficier des conditions préalables à la santé (se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable).

Le public des HSH migrants correspond pour sa part déjà à une catégorie cumulant deux indicateurs porteurs indépendamment l'un de l'autre de difficultés et stigmatisations potentielles mais aussi de vulnérabilités spécifiques au croisement de l'orientation sexuelle et de la race. Ainsi, certains demandeurs d'asile s'enfuient, victimes de discrimination dans leur pays d'origine et/ou poursuivis à cause de leur orientation sexuelle ou identité de genre. La découverte de comportements homosexuels dans certaines régions du monde est punissable de mort. Dans d'autres situations si l'orientation sexuelle est découverte, ils sont rejetés par la communauté, et parfois même par leur propre famille. Ils subissent des humiliations publiques, des peines d'emprisonnement et sont victimes de violence extrême (menaces de mort).

Comme le rapportent diverses recherches et les constats de terrain de la Plate-forme Prévention Sida, après des parcours migratoires souvent complexes, l'arrivée des migrants, et a fortiori encore plus des HSH migrants, dans les pays d'accueil est caractérisée par une forte pression psychologique, un contrôle social sévère, une grande souffrance, de fréquents rackets, des chantages, une angoisse, un silence, un isolement, une auto stigmatisation, des violences, des rejets, des dénis de justice, une stigmatisation dans les structures de santé, une exclusion au sein des familles et de la communauté (Desgrée Du Lou et al., 2017 ; OMS, 2019). A titre illustratif, Demart et al. (2016) montrent que 80% des personnes d'ascendance africaine font état de discriminations, principalement dans le domaine de l'emploi et du logement.

Ces différentes difficultés s'ajoutant au manque de connaissance et d'accès aux services d'accueil et de soins. Les freins au dépistage et au suivi parmi les migrants originaires d'Afrique Subsaharienne sont la crainte d'un résultat positif, le manque d'information sur le VIH, une faible attitude préventive en matière de santé, la faible perception du risque et les opportunités manquées. Pour les jeunes, les demandeurs d'asile et les primo- arrivants, il convient aussi de souligner les barrières financières (Lion, Dieleman et Dongmo, 2018). Ces caractéristiques contribuent à rendre difficile l'accès aux campagnes de prévention ainsi qu'aux soins et à la prise en charge adéquate.

17 Il existe un cadre de référence pour les prostitués masculins de 2009: <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

3.2.2 LES HSH VIVANT AVEC LE VIH CI-INCLUS LES PLUS DE 50 ANS

Ces dernières années, l'évolution des dispositifs de dépistage, de traitements et de suivis médicaux ont permis de voir évoluer de façon majeure la prise en charge du VIH. Que ce soit en termes de qualité de vie (individuelle, sociale et sexuelle), de projets (de couple, de vie de famille, de formation, de travail), de nouvelles possibilités s'offrent aux personnes vivant avec le VIH (PVIH) et génèrent, dans le même temps, de nouveaux défis pour une prise en charge médicale globale (prenant en compte les comorbidités), d'accès aux soins et d'évolution des pratiques des professionnel·le·s, de lutte contre les discriminations.

Aujourd'hui, il est scientifiquement démontré que la mise sous traitement des personnes vivant avec le VIH (PVIH) et le maintien de leur charge virale à un niveau indétectable empêche la transmission du VIH par voie sexuelle aux partenaires séronégatifs¹⁸. La mise sous traitement précoce assure quant à elle une meilleure qualité de vie des PVIH et évite le développement de maladies opportunistes¹⁹. L'importance d'une communication autour de I=I (Indétectable = Intransmissible), est essentiel pour faire changer le regard que la société et les professionnel·le·s de la santé peuvent avoir à l'égard des PVIH. De trop nombreuses discriminations et stigmatisations impactent encore aujourd'hui divers secteurs de la vie sociale (santé, emploi/formation, assurances), affective et sexuelle^{20, 21}. Ces discriminations liées à leur statut sérologique se cumulent parfois à d'autres discriminations ou stigmatisations liées à leur orientation sexuelle, leur parcours migratoire, leur consommation de drogues ou leur activité comme travailleur du sexe. Il existe donc un écart significatif entre les avancées thérapeutiques et une vulnérabilité sociale persistante qu'il s'agit de prendre en considération pour l'accompagnement de cette population.

L'évolution des traitements a par ailleurs fait évoluer l'infection au VIH vers une maladie chronique avec une augmentation de l'espérance de vie. Depuis l'apparition des nouveaux traitements antirétroviraux (ARV) à la fin des années 1990, la majorité des PVIH bénéficie d'une espérance de vie croissante et d'une qualité de vie améliorée.

En Belgique, en 11 ans, la proportion de patients âgés de 50 ans et plus est passée de 19 % en 2006 à 39 % en 2017²², soit environ 6.267 personnes sur les 16.070 en suivi médical. Toujours selon Sciensano, 49% (n=308) des 890 nouveaux diagnostics en 2017 concernaient les HSH. La prise en charge des patients infectés par le VIH évolue alors vers une prise en charge globale prenant en compte les comorbidités, surtout pour les patients prenant un traitement antirétroviral depuis plus de 20 ans.

De nouveaux secteurs de la santé sont ainsi amenés à accueillir des personnes vivant avec le VIH. C'est le cas des lieux d'accueil des personnes âgées qui verront la demande augmenter dans les années à venir. Ces demandes vont amener le secteur à réfléchir aux mesures particulières à prendre pour suivre au mieux ce public. Les demandes de la part des institutions dans ce domaine commencent à se faire ressentir de plus en plus comme en témoignent les acteurs et actrices de terrain. En effet, bien que les personnes vivant avec le VIH soient des patients comme les autres, ils sont touchés plus tôt par les maladies liées à l'âge

18 Rodger A.J., et al. (2016). Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 316, n° 2, p. 171-181.

19 Lundgren J.-D., et al. for The INSIGHT START Study Group (2015). Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection, *New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 9, p. 795-807.

20 Pezeril C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone »*, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques, Bruxelles.

21 Pezeril C. (2017). *La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH/sida déposés chez Unia (2003-2014)*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, ISBN: 978-2-930958-00-2. En ligne: <http://observatoire-sidasexualites.be/rapport-serophobie-2017/>

22 Sasse A., Deblonde J., Jamine D., Van Beckhoven D. (2018). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2017*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.

et demandent une attention particulière dans la prise en charge des interactions médicamenteuses. De plus, les méconnaissances liées au VIH peuvent entraîner de la peur et de la discrimination de la part du personnel, mais également des autres résidents. Enfin, de façon générale, les personnes LGBT, et encore plus les gays (European Commission, Op. cit), sont plus susceptibles de vivre seules après 50 ans. L'isolement et la solitude sont relevés chez ces populations âgées, notamment celles vivant en milieu rural, ou éloignées des villes ou n'ayant pas fait leur coming-out. Le soutien et l'acceptation de l'entourage sont des facteurs particulièrement importants en ce qui concerne le vieillissement des personnes LGBTI.

Finalement, un risque de criminalisation de la transmission du VIH existe en Belgique et a un impact sur les attitudes face au risque, au dépistage et à la prévention qui doit être pris en compte²³. Un procès récent (2015) a d'ailleurs accusé un travailleur du sexe brésilien de « tentative d'administration d'une substance pouvant engendrer la mort » par un client ayant exigé une relation sadomasochiste - la question de l'information sur la séropositivité et le port du préservatif ayant fait l'objet de débats lors du procès - s'est soldé par un verdict de dix-huit mois d'emprisonnement à l'encontre du travailleur sexuel, qui n'avait pas transmis le VIH à son client, et ce au nom de la nécessité d'enrayer une « maladie grave et dangereuse ».

3.2.3 LES JEUNES HSH

La tranche d'âge des 15 à 26 ans fait référence au découpage utilisé dans les enquêtes disponibles sur les HSH. Les jeunes partagent les mêmes comportements et déterminants que le reste de cette population. Toutefois, ils présentent des spécificités en lien avec les milieux de vie (familles, pairs, milieu scolaire et extra-scolaire, milieu carcéral) et les trajectoires (adolescence, premiers rapports sexuels, construction de l'identité).

Ainsi, les études internationales (les données à l'échelle belge n'existant pas) démontrent systématiquement que les jeunes LGBT ont des taux plus élevés de détresse émotionnelle, troubles de l'anxiété, auto-mutilation, idéations suicidaires et suicides que la population de jeunes hétérosexuels (Russel & Fish, 2016). Ces différents facteurs relatifs à la santé mentale étant par ailleurs prédictifs des disparités de santé et de comportements à risques chez les jeunes LGBT (ci-inclus l'abus de substance).

En outre, plus largement, les jeunes ont tendance à méconnaître les modes de transmissions des IST. Le rapport HBSC de 2014 met en évidence que certaines situations à risque sont encore mésestimées telles que le risque lié à un rapport sexuel non protégé avec une personne asymptomatique et le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant. A contrario, environ un jeune sur trois identifie à tort un risque de transmission du VIH lors d'une transfusion de sang et un sur sept lors d'un don de sang ou en embrassant sur la bouche une personne atteinte du sida.

Concernant l'épidémie du VIH, ses dynamiques et ses déterminants, ils sont encore mal connus pour le public des jeunes HSH. A cet égard, plusieurs facteurs environnementaux ou comportementaux caractéristiques de cette population peuvent être mis en avant :

- Insuffisance d'actions de prévention ciblant spécifiquement les jeunes HSH, résultant notamment de la faiblesse de la mise en œuvre de l'EVRAS en Belgique francophone.
- Manque de connaissances sur les modes de transmission du VIH, des hépatites et des autres IST, sur les outils de prévention et sur les stratégies de protection et de RdRs. Manque de connaissance sur les effets des produits psychotropes et des différents moyens de réduction des risques existants

23 Pezeril C. (2016). Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH, *Genre, sexualité & société*, n° 15.

- Environnements de sociabilité et structures de la vie sociale gay différentes de celles des HSH plus âgés, entraînant un manque de liens intergénérationnels notamment sur les questions relatives à la sexualité.
- Discriminations liées à l'orientation sexuelle, sentiment de rejet familial et/ou social, isolement, harcèlement à l'école. Tous ces éléments peuvent avoir un impact sur la santé mentale des jeunes et les éloigner d'une conscientisation de leurs prises de risques.
- Consommation fréquente d'alcool et de substances psychoactives selon des modes de consommations à risques variables de transmission des IST/Hépatites/VIH (injection, sniff, fumette, per os).

Enfin, il est à noter qu'un centre d'accueil pour jeunes LGBT a ouvert ses portes à l'été 2018. « Le refuge » s'adresse aux 18-25 ans expulsés du domicile familial par leurs parents, en raison de leur orientation sexuelle. Le projet, porté et coordonné par l'ASBL Midnimo a reçu le soutien de la Ville de Bruxelles ainsi que de plusieurs CPAS bruxellois.

3.2.4 LES HSH USAGERS DE PSYCHOTROPES

Plusieurs études internationales (Gonzales et al., 2016 ; Hunter et al., 2014 ; Mercer et al., 2016) mettent en évidence que les HSH (mais particulièrement les gays) consomment en général plus de substances psychotropes que la population générale. Cet usage se décline aussi bien sur les substances légales (alcool, tabac) que pour les substances illicites et a, depuis longtemps, fait partie des pratiques sexuelles et sociales à travers lesquelles les liens sociaux homosexuels et la communauté ont été forgés (Race, 2011).

Ceux arrivant en tête de liste sont l'alcool et le tabac (à titre informatif, l'étude américaine National Health Interview Survey de 2016 citée par Medley et al. (2016) montre que les hommes bisexuels sont les plus touchés par l'alcoolisme (10, 9%) et le tabagisme (9,3%) par rapport aux gays (5,1% d'alcoolisme et 6,2% de tabagisme) et aux hétérosexuels (5,7% d'alcoolisme et 6% de tabagisme).

Ces dernières années, l'association entre drogues et sexualités s'est retrouvée sous le feu des projecteurs dans le monde occidental pour au moins trois raisons : 1) l'apparition de pratiques d'injection (le SLAM) dans des réseaux où elles étaient rares; 2) la circulation de certains produits (Crystal, Méphédronne, 3MMC) en lien avec des pratiques sexuelles intenses; et 3) ces produits sont régulièrement associés à des problèmes de santé/santé mentale/dépendance sévères, débouchant malheureusement dans certains cas sur des overdoses et des suicides, que les réseaux sociaux contribuent à médiatiser.

Certaines substances sont utilisées spécifiquement comme stimulants sexuels et/ou comme désinhibants notamment lors de soirées de sexe (dans les lieux de consommation sexuelle, à domicile, lors de pratique du sexe en groupe). L'expression « **chemsex** » (acronyme de chemical sex) est alors utilisée pour décrire des rapports sexuels entre hommes sous l'influence de drogues (plus spécifiquement les nouveaux produits de synthèse) prises avant et/ou pendant les rapports sexuels.

Du point de vue de la santé publique, les enjeux relatifs au chemsex se situent d'abord au regard des contaminations du VIH, du VHC et des autres IST. Les hypothèses actuelles, bien que non vérifiées empiriquement jusqu'ici, imputent à ces pratiques sexuelles une part de la recrudescence des IST et des hépatites virales ces dernières années. En outre, des études²⁴ mettent en évidence que ces pratiques impliquent de nombreux autres problèmes de santé, tels qu'addictions multiples (sexe et drogues), troubles de l'humeur, dépression, suicide, désocialisation, problèmes physiques tels que les fissures anales, overdoses,... Semble en outre émerger une forme de marchandisation entre des hommes plus âgés et aisés, qui se considèrent moins attractifs, et des jeunes éphèbes pour qui la drogue est offerte.

24 Notamment Bourne A. *et al.* (2014); Stuart D., Weymann J. (2015).

Bien que le phénomène soit encore mal documenté et circonscrit pour la Belgique, et encore plus pour la Wallonie, SidaSol et le CRS de Liège incluent les questions liées aux pratiques de chemsex dans leurs screenings. Ils y définissent cette pratique comme suit : consommation d'amphétamines, cocaïne, GHB/GBL, MDMA, kétamine et/ou cathinones dans les 12 derniers mois avant ou pendant un rapport sexuel (chemsex/slam). Les chiffres liés à cette pratique sont élevés et en augmentation depuis 2017. Ainsi, 30 % des personnes venant en première consultation PrEP en 2018 déclarent avoir une pratique de chemsex (contre 25.8% en 2017). Ces chiffres sont cependant plus faibles pour les populations rencontrées lors des testing VIH/IST (en testing IN en 2017 12.2 % contre 12.6 % en 2018 et en testing OUT 8.28% en 2017 contre 5.26% en 2018). A titre illustratif, les données du Centre de dépistage anonyme ELISA au CHU Saint-Pierre à Bruxelles sur la population tout-venant mettent en évidence que 21% des homosexuels (N=768) rapportent avoir eu un rapport sexuel non protégé parce qu'ils étaient sous influence d'une ou plusieurs substances psychotropes. Ce chiffre tombe à 9,8 % si nous excluons l'alcool et le cannabis et 4,6% si nous retenons uniquement les drogues spécifiques au chemsex (GHB/GBL, kétamines, crystal meth, méphédron et cocaïne). Sidasol nous informe quant à lui que parmi les 815 HSH dépistés à SidaSol et au CHU de Liège en 2018, 8% (N=65) déclarent pratiquer le chemsex.

L'Observatoire a pour sa part mené une première étude quantitative exploratoire (Van Acker, 2017) qui a permis de mettre en évidence certains profils types de consommateurs. Très synthétiquement, nous pouvons retenir que le public de chemsexers est très hétérogène, la particularité de Bruxelles comme plaque tournante de la scène festive européenne participant probablement à cette pluralité. Ils ont en moyenne entre 30 et 39 ans et sont célibataires avec un niveau socio-économique relativement élevé (60% ont obtenu un diplôme d'études supérieures et près de 80% d'entre eux exercent une activité professionnelle). Les produits consommés ne diffèrent pas de ceux retrouvés dans la littérature internationale (le viagra, le GHB/GBL, la méphédron, la kétamine et le crystal meth). Au regard des contextes et lieux de rencontre, ceux-ci sont largement conditionnés par les réseaux et les applications de rencontre sur lesquels s'organisent les soirées se déroulant généralement dans des lieux privés. Cependant, fait intéressant à relever, cette étude mettait en évidence que 69,8% des répondants déclaraient que leurs plans chem se déroulaient à la maison avec un unique partenaire, qu'il soit régulier ou occasionnel. Les motifs qui ont poussé les répondants à pratiquer le chemsex la première fois sont nombreux. Toutefois, bien souvent, la sexualité constitue la première porte d'entrée. Une grande majorité déclare rechercher de nouvelles sensations à travers le chemsex. Certains évoquent la possibilité de réaliser des fantasmes sexuels ou de se (re)donner confiance. Plus de la moitié des répondants confient par ailleurs avoir eu des problèmes suite à leurs plans chem : ils sont d'ordre psychologique (dépression, sautes d'humeur, pensées suicidaires), physique (trouble du sommeil, de fatigue, perte de conscience, fissure anale), sexuels (problèmes d'érection, perte de libido), relationnels (problèmes avec ses amis, sa famille) ou économiques (endettement, difficultés à terminer les fins de mois). Les problèmes judiciaires semblent quant à eux beaucoup plus marginaux ; très peu de chemsexers semblent s'inquiéter de la légalité des produits consommés. Quant aux comportements préventifs, plus de la moitié des participants affirment avoir effectué un dépistage du VIH au cours des 3 derniers mois. Enfin, cette enquête a souligné le besoin, confirmé tant du côté des professionnel.le.s que des usagers, d'affiner la connaissance du phénomène par une démarche qualitative. A cet égard, une enquête à méthodologie mixte (qualitative et quantitative) a débuté en 2019 tant à Bruxelles qu'en Wallonie afin d'investiguer plus finement les types d'usages, les enjeux individuels et sociaux, la vulnérabilité, le rapport au plaisir et à l'identité que soulèvent ces pratiques et de favoriser l'accompagnement dans une perspective non stigmatisante.

3.3 DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL

3.3.1 PRÉSENTATION

Comme mentionné dans la section méthodologique de cette publication, le diagnostic épidémiologique et social constitue la première phase de l'analyse de situation (PRECEDE).

Lors de la mise à jour, ce diagnostic a été élaboré en deux temps :

- L'Observatoire du sida et des sexualités a réalisé un document préparatoire en collectant les données existantes pour la Wallonie, qu'elles soient issues d'enquêtes scientifiques récentes ou qu'elles émanent des indicateurs d'activité ou de résultat des différents acteurs de lutte contre le VIH et les autres IST en Wallonie. Les enquêtes internationales ont été utilisées lorsque certaines thématiques – par exemple la consommation de drogues injectables – n'étaient pas suffisamment couvertes par des enquêtes locales. Ce diagnostic offre un aperçu précis et actualisé de la situation en privilégiant les données de moins de 5 ans.
- Le diagnostic a été envoyé aux participants – essentiellement des professionnel-le-s et des acteur-ric-e-s relais – pour une relecture préalable à une journée d'atelier organisée le 19 décembre 2018 et intitulée « Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les HSH en Région Wallonne ».

Malheureusement, il n'existe pas d'étude épidémiologique belge récente dans le système carcéral, et ce malgré des prévalences des maladies transmissibles significativement plus élevées que dans la population générale. Des études spécifiques doivent alors être produites concernant l'état de santé des détenu-e-s belges afin de garantir un diagnostic épidémiologique complet.

3.3.2 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS

Cette section présente une synthèse du diagnostic épidémiologique et social, dont les modalités d'élaboration ont été détaillées ci-dessus.

1. Données épidémiologiques pour les cas d'infections liées au VIH

Concernant l'incidence, en 2017, Sciensano a attribué 49% (N=155) des nouveaux diagnostics d'infection au VIH en Belgique pour lesquels le mode de contamination est connu à un contact entre HSH. Ce chiffre est à la baisse depuis 2014 (N=173) et est de 34 % inférieur à celui de l'année 2013 (N=222), qui correspondait au sommet de la courbe (Sasse et al., 2018).

Les données par lieu de résidence ont largement augmenté entre 2015 et 2017 ce qui permet de donner une image plus représentative des différences territoriales mais qui ne permettent pas de vision longitudinale, de par le manque de données par le passé. Entre 2012 et 2017, le nombre d'infections VIH diagnostiquées a diminué principalement en Flandre (-19 %) et semble être plus modérée dans les deux autres régions. Cependant cette diminution à Bruxelles et en Wallonie est masquée par la disponibilité croissante des données de résidence en 2017. Pour la Wallonie, 172 nouveaux cas ont été répertoriés en 2017 (contre 192 en 2011) parmi lesquels 55 (43 belges, 1 européen et 8 d'une autre nationalité) cas sont par contact homosexuel, lorsque cette information est connue.

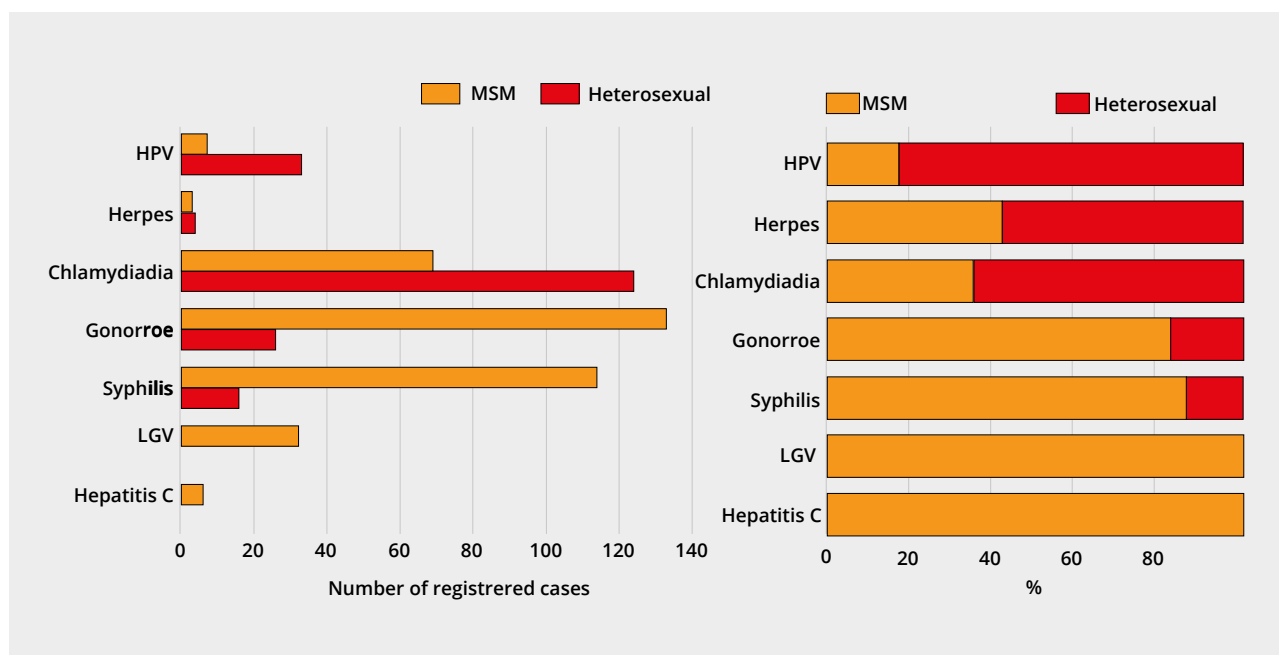
À partir des données de l'enquête EMIS, la prévalence du VIH auprès de cette population peut être estimée à 8,5 % pour la Wallonie (EMIS, 2017). Ce taux ne prend pas en compte l'épidémie cachée, estimée en 2017 à 10,9 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Belgique ce qui est en nette diminution depuis 2008 (23,3 %).

De plus, même si les études nationales n'incluent que trop peu la population carcérale, il a plusieurs fois été démontré que les taux d'infection au VIH dans les prisons européennes étaient significativement plus élevés que dans la population générale. Les comportements pouvant être associés à un risque infectieux pour la transmission du VIH, les injections de drogues par voie intraveineuse notamment, sont à prendre en considération en prison. Il convient donc de déployer des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées en milieu carcéral comme le rappelle l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2010).

2. Données épidémiologiques pour les autres IST

Les données concernant les IST en Wallonie ne sont plus disponibles en fonction du mode de transmission depuis 2013 mais selon le sexe. Nous pouvons cependant nous appuyer sur les données existantes à ce moment-là pour évaluer les tendances. En 2013, Les préférences sexuelles étaient connues pour 93% des patients (N= 940 ; hommes N= 516 dont 318, soit 62% sont HSH). La Figure ci-dessous illustre la répartition des IST chez les hommes en fonction de l'orientation sexuelle. Chez les HSH atteints d'une IST, pratiquement tous les types d'IST ont été enregistrés, essentiellement la syphilis, le Chlamydia et la gonorrhée. Le LGV et l'hépatite C touchaient exclusivement les HSH.

Figure 3 : Répartition des hommes souffrant d'IST en fonction de l'orientation sexuelle, en nombre d'enregistrements et en pourcentage, 2013 (Source : Verbrugge, R.; et al., 2013)



En 2015, le nombre de nouveaux diagnostics d'IST a augmenté dans les trois régions belges. L'augmentation est constatée depuis 2002 pour les trois IST suivantes : chlamydia, gonorrhée et syphilis (Maes et al., 2016)

Concernant la prévalence des hépatites, elle est estimée à 0,7% pour l'hépatite B chronique dans la population générale et à 6,8% parmi les migrants originaires de pays endémiques qui, estime-t-on, contribuent à hauteur de 54% à la totalité des cas d'hépatite B chronique en Belgique. (ECDC, 2016a). Pour l'hépatite C, la prévalence de l'anticorps anti-VHC en Belgique est estimée à 0,9 % dans la population adulte. On estime que les migrants originaires de pays endémiques contribuent à hauteur de 32% au nombre total d'hépatites C chroniques. (ECDC, 2016a)

3. HSH vivant avec le VIH (PVVIH)

Peu de données régionalisées sont à disposition concernant les HSH vivant avec le VIH. Dès lors, ce diagnostic présente principalement les données d'enquêtes et de terrain pour la Belgique entière, qui comptait en 2017 18 908 personnes vivant avec le VIH.

Entre le début de l'épidémie et 2011, **la proportion de HSH diagnostiqués séropositifs et entrés dans le système de soins est de 95%** ; parmi eux, le taux de HSH prenant des ARV est de 81,8% ; enfin, la part de HSH sous ARV et avec une charge virale indétectable (en dessous 50 copies du virus par ml de sang) est de 84,8% (Van Beckhoven et al., 2015).

En 2017, Sciensano rapporte, pour l'ensemble de la population, que 99 % des patients en suivi dans les centres de référence sida recevaient un traitement antirétroviral. Parmi ces derniers 97% ont une charge virale contrôlée.

Cependant ces chiffres sont à revoir à la baisse lorsque les résultats sont ajustés en fonction de l'âge au moment du diagnostic, de la nationalité et du mode de transmission. Les populations non-belges ont alors une moins bonne entrée dans le système de soin, les non-belges et les UDI une moins bonne rétention dans le système de soin et une meilleure rétention pour les HSH et les personnes sous ARV35.

D'un autre côté, la consultation communautaire met en lumière un rejet important des HSH vivant avec le VIH en Wallonie. La notion de sérophobie recouvre des réalités différentes, allant de la mise à l'écart à l'exclusion systématique ou à la violence verbale. Enfin, les témoignages recueillis lors des ateliers montrent que la sérophobie est importante chez les participants HSH, rendant notamment difficile voire impossible la dicibilité du statut sérologique.

4. Dépistage de l'infection au VIH

Dans l'enquête EMIS, 59% des répondants belges avaient réalisé **un test de dépistage du VIH dans les 6 mois** précédant l'enquête, alors que 19,5% en avait effectué un dans les 12 mois précédents. Il faut noter que 4,9 % des répondants d'EMIS déclarent n'avoir pas été dépistés pour le VIH depuis plus de 5 ans (EMIS, 2017). Sidasol nous rapporte également que 11,5 % (N=93) des HSH dépistés à SidaSol et au CHU de Liège en 2018 (N= 815) déclarent ne s'être jamais fait dépister auparavant. Quant à l'enquête menée en région namuroise, celle-ci rapporte que plus de la moitié des personnes interrogées (57,3 % ; N=51) déclarent avoir réalisé au moins un test de dépistage classique par prise de sang au cours des douze derniers mois précédant l'enquête et 22,5 % (N=20) ont réalisé un TROD.

En 2017, 36% des infections à VIH ont été diagnostiquées tardivement mais cette proportion diminue à 27 % si nous investiguons uniquement les HSH. Le nombre d'infections diagnostiquées tardivement a largement chuté entre 2000 (54% des cas) et 2017 (27% des cas) chez les HSH. La diminution significative n'a eu lieu que jusqu'en 2010 et, depuis lors, cette tendance s'est inversée et une augmentation modérée de la proportion des diagnostics tardifs est observée entre 2010 et 2017 chez les HSH. Notons cependant qu'une augmentation de la proportion de diagnostics tardifs peut être consécutive à une diminution récente de l'incidence, ou encore à un dépistage accru de personnes infectées de longue date (Sasse et al., 2018 :25-27).

L'épidémie cachée est évaluée par Sciensano sur la base de l'outil « HIVModellingTool », développé par l'ECDC. En 2017, en Belgique, il y aurait 2059 personnes non diagnostiquées vivant avec le VIH. Parmi elles, la population de gays, bisexuels ou HSH serait la plus représentée. De cette proportion, les wallons sont environ 500, contre 633 IC à 95% [469-860] en 2015 (Sasse et al., 2017 : 69).

La répartition par région montre que 46 % de tous les tests VIH ont été effectués en Flandre, 33 % en Wallonie et 18 % à Bruxelles. Le nombre de tests par 1000 habitants est le plus élevé à Bruxelles (110 tests/1000 habitants), suivie par la Wallonie (68/1000) et la Flandre (51/1000) □ il faut cependant prendre en

considération que les personnes testées ne résident pas nécessairement dans la région où le test VIH a été effectué.

Il est à noter qu'en Belgique, la grande majorité des tests est encore réalisée dans un cadre médicalisé et centralisé avec un résultat différé. Bien que ce modèle offre une très grande fiabilité, il ne permet pas d'atteindre toutes les populations. Ainsi, la consultation communautaire a mis en avant **un nombre important de freins au dépistage du VIH** pour les HSH rencontrés (mauvaise perception du risque, peur de la stigmatisation, peur de la divulgation du statut sérologique,...) lors des ateliers²⁵. De plus, la plupart d'entre eux semblent y avoir recours de manière trop tardive et/ou à une fréquence insuffisante. Les participants semblent ne pas recevoir suffisamment d'informations sur les recommandations en termes de fréquence ou de période fenêtre et sur les différents dispositifs existants (Ronti, 2017). A titre indicatif, pour 2017, Ex Aequo relève les chiffres suivants pour l'ensemble de ses dépistages décentralisés et démedicalisés : une prévalence 1,9% pour le VIH, 4% pour la syphilis, soit largement supérieur au taux de découverte dans le système médicalisé, démontrant ainsi la force de la mobilisation communautaire pour cibler et accueillir les HSH ayant besoin de dépistage.

5. Dépistage des autres IST

Dans EMIS, 75,3 % des répondants belges déclarent avoir déjà été dépistés pour les autres IST et 76,8 % d'entre eux l'ont été **dans les 12 mois** précédant l'enquête. Par contre, 24,7 % des répondants n'ont **jamais été dépistés** pour les autres IST (EMIS, 2017).

En 2018, sur les 815 HSH dépistés à SidaSol et au CHU de Liège, 29,8 % (n=242) déclarent avoir déjà présenté un épisode d'IST antérieur à la consultation, ce taux restant stable de 2014 à 2017 (28,2%). Le taux de réactivité des tests est également important : 8,79 % pour la chlamydia, 8,66 % pour la syphilis, 9,68 % pour la gonorrhée (CHU Liège et SidaSol, 2018).

Il ressort également de la consultation communautaire que les participants ne se dépistent pas ou peu et que les freins sont multiples et incluent **une méconnaissance des IST chez les acteur·actrice·s psycho-médico-sociaux**.

6. Santé sexuelle et psychologique

Parmi les HSH belges recrutés par EMIS, 70 % s'estiment **satisfaits de leur vie sexuelle**, 22 % ne considèrent pas leurs relations sexuelles toujours aussi sûres qu'ils le voudraient et 17,6 % ne trouvent pas facile de dire non à une relation sexuelle dont ils n'ont pas envie (EMIS, 2017).

Il est à noter que l'enquête EMIS met en évidence que près de la moitié des répondants sont célibataires (49 % sur un total de 2746 personnes). Ces chiffres sont proches des résultats du SASER puisque 52 répondants (54 %) se déclarent seuls (sur un échantillon de 96 personnes).

L'enquête EMIS a proposé deux échelles mesurant le support social (scindé en intégration sociale et l'alliance sociale). Les HSH obtiennent respectivement un score de 13,4 (le score maximum étant de 16) pour l'intégration sociale et 12,5 pour l'alliance. Plus le score est élevé plus celui-ci indique un bon support social, ce qui est la tendance des répondants.

Malgré l'avènement des nouveaux modes de rencontre en ligne, il faut noter qu'aucune recherche n'est actuellement en cours en Wallonie concernant les modifications des structures de la vie sociale gay et leurs impacts sur les stratégies de prévention.

.....

25 Parmi ceux-ci nous pouvons citer la peur d'un résultat positif, la relation au médecin traitant, les couvertures horaire et géographique des dispositifs de dépistage ou encore l'accès difficile et trop peu centralisé à l'information.

7. Prévention, protection, réduction des risques

88,5% des répondants belges d'EMIS déclarent avoir vu ou entendu des informations spécialisées pour les HSH concernant le VIH ou d'autres IST durant les 12 mois précédant l'enquête.

De plus, **les connaissances concernant le VIH sont élevées**, plus de 96% affirment être au courant des trois propositions suivantes: « virus causant le sida », « l'apparence du partenaire n'est pas suffisante pour s'assurer de son statut sérologique », « cette infection peut être contrôlée par médication pour que son impact sur la santé soit moindre ».

Cependant, concernant les hépatites 18,5% des répondants ne savent pas s'ils sont vaccinés contre l'hépatite A et 18,4% affirment ne pas l'être et ne pas savoir s'ils sont naturellement immunisés. Concernant l'hépatite B, 17% ne savent pas s'ils sont vaccinés et 16,4% déclarent ne pas l'être sans connaissance de leur immunité. Un peu plus de 40 % des répondants déclarent ne pas savoir ou ne pas être certains de savoir où se faire vacciner pour les hépatites.

Toujours dans l'enquête EMIS (2017), plus de 30 % (n=121) des répondants wallons déclarent ne pas avoir **utilisé le préservatif de manière systématique** avec leur(s) partenaire(s) masculin(s) occasionnel(s) lors des pénétrations anales dans les douze derniers mois. Par ailleurs, dans l'enquête EMIS²⁶ de 2010, plus de 40% des répondants wallons déclarent la même chose. Ceci semble indiquer une légère augmentation de l'utilisation du préservatif. Il est cependant à noter que ce chiffre chute drastiquement lorsqu'il s'agit de rapport bucco-génitaux ou bucco-anaux (88% ne l'utilisent pas dans l'enquête du SASER).

Une **augmentation du nombre de dépistage** est également observée en comparant les enquêtes EMIS de 2010 et de 2017. 30% de répondants ont fait un dépistage du VIH durant les 12 mois précédant l'enquête en 2017 contre 19,4 % pour les répondants de 2010. Cette augmentation est plus flagrante encore concernant le nombre de participants ayant réalisé, au moins une fois dans leur vie, un dépistage des autres IST, ce chiffre passant de 48% en 2010 à 75,3% en 2017, parmi lesquels 76,8% ont été réalisés durant les 12 derniers mois.

D'autres **stratégies de réduction des risques** que le préservatif sont mobilisées par les HSH concernant le VIH, comme le traitement comme prévention (TasP), la prophylaxie pré-exposition (PrEP), la prophylaxie post-exposition (PEP) aussi appelée traitement post-exposition (TPE), le retrait avant éjaculation, l'adaptation des pratiques sexuelles (notamment le « séro-positionning » qui consiste à préférer pratiquer la pénétration insertive, moins à risque), le sérotriage (le choix de partenaire(s) sur la base du statut sérologique présumé et donc de la concordance sérologique présumée), etc.

Il n'existe cependant aucune donnée sur l'utilisation de ces autres stratégies, en combinaison ou en l'absence de l'utilisation du préservatif. Nous ne pouvons dès lors pas déduire que les chiffres présentés dans le diagnostic représentent le taux de gays, bisexuels et autre HSH ne se protégeant pas du tout avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s) masculin(s). Ils reflètent uniquement le taux d'utilisation du préservatif parmi cette population.

Il est cependant à noter que l'enquête EMIS nous rapporte que parmi les répondants belges 39,3% présentent des lacunes dans leurs connaissances du TasP ne sachant pas, n'étant pas sûrs ou ne croyant pas que ce traitement entraîne l'impossibilité de la transmission du virus par les personnes porteuses du VIH sous traitement effectif.

.....

26 The European MSM Internet Survey (EMIS) est une large enquête quantitative européenne coordonnée par Axel Schmidt (London School of Hygiene and Tropical Medicine) portant sur les hommes homosexuels, bisexuels et les autres hommes attirés par les hommes. Pour consulter le rapport en français : Martens, V. (2010). Enquête européenne 2010 sur la sexualité entre hommes (EMIS) : rapport pour le public LGBT no 1, Récupéré sur : http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/emis_community2_french.pdf. Il est cependant à noter que l'échantillon de population de l'enquête EMIS présente des biais de recrutement puisque l'étude a été réalisée en ligne via des sites de rencontres majoritairement adressés aux gays et a été promotionnée dans les lieux de sociabilité gay.

Concernant la PEP/ le TPE, 40,6% ne savaient pas, n'étaient pas sûr ou ne croyaient pas en son action, à savoir tenter d'arrêter l'infection au VIH après qu'une personne ait été exposée au virus et 22,2 % n'en avaient jamais entendu parler. A propos de son accessibilité, 6,8 % des HSH interrogés ont tenté d'avoir accès à la PEP avant d'être diagnostiqués séropositifs.

La PrEP est un traitement disponible depuis peu en Belgique (dispensée légalement depuis le 01.01.2017 dans les hôpitaux Saint-Pierre, Erasme et le CHU de Liège comme premiers hôpitaux ouvrant des consultations PrEP et est remboursée depuis le 01.06.2017), et est l'administration d'un traitement basé sur une combinaison d'antirétroviraux à base de tenofovir disoproxil fumarate (TDF) et emtricitabine (FTC), commercialisé en Belgique jusqu'en décembre 2018 inclus uniquement sous le nom de TRUVADA jusqu'à l'ouverture du marché à d'autres génériques et la baisse subconséquente du prix du traitement²⁷. Son remboursement, pour les HSH, dépend de la présence de l'un de ces facteurs de risque: avoir eu des pratiques sexuelles anales non protégées avec au moins deux partenaires lors des 6 derniers mois, avoir eu plusieurs IST (syphilis, Chlamydia, gonorrhée ou une primo-infection de l'hépatite B ou C) durant l'année écoulée, avoir eu recours à la PEP plusieurs fois par an et utiliser des substances psycho-actives lors de leurs activités sexuelles. Seul.e un.e médecin spécialiste rattaché.e à un Centre de Référence SIDA (CRS) peut autoriser ce remboursement après une évaluation et pour une période d'un an. Cependant, des initiatives sont prises localement comme à Mons où une procédure d'accès à la PrEP pour les personnes précarisées ou n'ayant pas accès à un CRS a été mise en place.

Ce traitement se prend soit de façon continue (un comprimé par jour) soit intermittente (appelée aussi « on demand » ou « event-driven »). L'efficacité de ces deux modèles a été validée scientifiquement par les essais internationaux PROUD (McCormack, 2015) menés au Royaume-Uni et l'ANRS-IPERGAY (Molina et al., 2015) en France qui cherchaient à prouver l'efficacité de la PrEP chez les gays, bisexuels et autres HSH. En Belgique, l'ITG mène encore actuellement une étude longitudinale Be-PrEPared²⁸ sur plus de 200 hommes gays.

Dans l'enquête EMIS, 27 % des répondants belges n'avaient jamais entendu parler de la PrEP et 41,1% ne savaient pas, n'étaient pas sûrs ou ne croyaient pas qu'il s'agisse d'une pilule à prendre aussi bien avant qu'après une relation sexuelle pour les empêcher de contracter le VIH.

Cependant, les chiffres de Sidasol attestent que, depuis sa légalisation et son remboursement, la PrEP suscite un engouement important bien que très différencié en fonction des régions auprès de la population gay. Du 01.06.2017 (date de son remboursement) à septembre 2018, 142 HSH ont commencé le traitement à Liège, 52 à Charleroi et 32 à Mont Godinne. Le CHU de Liège et Sidasol (Depres et Darcis, 2018) nous informent également que parmi les 2118 personnes ayant commencé ce traitement durant cette période, 99% étaient des HSH et 44% ont opté pour un traitement ☐ à la demande ☐. Vuylsteke et al. (2018) ajoutent que dans la période du 1er juin au 30 novembre 2017 l'âge moyen des utilisateurs de la PrEP était de 38 ans, 67% d'entre eux se situant dans une fourchette allant de 30 à 50 ans.

La consultation communautaire²⁹ et les données de l'enquête EMIS mettent en lumière le manque de connaissances des participants wallons sur l'existence des différents outils de prévention, entraînant une sous-utilisation de ceux-ci pour réduire le risque d'acquisition du VIH, alors même que l'efficacité d'une stratégie combinée/diversifiée est prouvée et soutenue scientifiquement depuis plusieurs années. Les raisons de ce manque de connaissances sont multiples : accès difficile à de l'information actualisée et vulgarisée autour de messages de prévention complexes, manque de communication sur la prévention combinée/diversifiée adaptée au public, contradictions dans les messages de prévention combinée/diversifiée, etc.

.....
27 Tout au plus 12,10 euros pour une boîte de 30 pilules et 15 euros pour 90 pilules. Les bénéficiaires de l'AMU ou des centres d'accueil des demandeurs d'asile y ont également droit

28 <https://www.be-prep-ared.be/fr/acceuil/>

29 Il est à noter, qu'au moment de la consultation communautaire, la PrEP n'était pas encore légalisée, ni remboursée, en Belgique.

Ce **déficit de connaissances** amène ce public à identifier le préservatif comme l'unique pilier de la prévention, ne lui permettant dès lors pas d'opérer un choix adéquat et adapté dans l'offre de prévention, en fonction des situations et des pratiques. Cette représentation du préservatif dénote d'une mauvaise communication de la part des acteurs de prévention autour du paradigme de réduction des risques et de l'efficacité en vie réelle des différents outils de protection. Enfin, ce manque de connaissances de la part du public se traduit par une forte incrédulité, voire une défiance, ainsi qu'une confusion au sujet **du modèle de prévention combinée/diversifiée**.

8. Travail du sexe

Dans l'enquête EMIS, 4,5% des répondants belges déclarent avoir été payés pour des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête et 15,4 % d'entre eux affirment avoir payé pour des rapports sexuels au cours de la même période (EMIS, 2017). Sidasol rapporte, quant à lui, que 2 % (N=815) des HSH ayant réalisé un dépistage pour le VIH à Liège en 2018 ont déclarés avoir un antécédent de prostitution.

Le public des hommes prostitués / travailleurs du sexe (TDS) forme un groupe hétérogène, mobile, difficilement dénombrable et mal connu³⁰. Les profils des TDS peuvent différer selon les villes et les lieux de prostitution. De plus, il n'existe pas d'enquête récente sur ce public en Région wallonne.

30 Voir : <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

4. PROBLEMATIQUE ET PLAN OPERATIONNEL

4.1 PROBLÉMATIQUE

La problématique synthétise les indicateurs les plus saillants du diagnostic épidémiologique et social et résume les défis auxquels le plan d'action devra répondre. Cette formulation de la problématique a été discutée et validée lors des ateliers du 04 juillet et du 19 décembre 2018 par les acteur·rice·s professionnel·le·s et les relais qui y ont participé.

Les inégalités de santé concernant les HSH (et plus généralement les populations LGBTQI) se produisent en raison des conséquences d'une interaction complexe de facteurs environnementaux, sociaux, culturels et politiques.

La population des HSH en Wallonie, comme ailleurs, présente des inégalités de santé (physique et psychique) et des vulnérabilités sociales résultant d'une interaction complexe de facteurs environnementaux, sociaux, culturels et politiques.

- Les normes culturelles et sociales hétéronormatives voire discriminantes peuvent conduire les HSH, en particulier les plus jeunes, à (se) construire et vivre leur vie affective et sexuelle de façon compartimentée, cloisonnée voire isolée, ce qui les expose à plus de vulnérabilités telles que des problèmes psychiques, des addictions voire au suicide.
- L'accueil ou la présomption d'hétérosexualité par les professionnels et la non-dicibilité produisent des difficultés d'accès aux soins ou prise en charge holistique
- La peur de contracter le VIH ou d'autres IST ainsi que la crainte de la réaction sociale (dicibilité) peut conduire les HSH à plus d'isolement et à une sexualité moins épanouie.
- La sexualité est parfois limitée à certains lieux cloisonnés qu'ils soient ouverts (parkings, parcs) ou fermés (lieux de sociabilité gay, applications,...) où l'usage de produits psychostimulants est renforcé et où la capacité de réduire les risques peut être moindre.
- Les HSH consomment plus de drogues que la population générale et le chemsex renforce les risques associés aux consommations.

Une partie des personnes ayant des pratiques homosexuelles ne s'identifie pas à la nomination GAY ou HSH et/ou ne fréquente pas les lieux gays et ne bénéficie dès lors pas des actions mises en place à l'adresse de ce public.

- Le public est hétérogène et donc difficile à atteindre par des actions spécifiquement mises en place dans les lieux ou espaces (réels et virtuels dans une moindre mesure) fréquentés par les gays ; particulièrement en Wallonie.
- La terminologie HSH n'est pas adaptée aux personnes trans et/ou ne s'identifiant pas aux dimensions plus communautaires ou politiques des gays.

- La terminologie « gay » n'inclut pas les personnes bisexuelles ou celles s'identifiant comme hétérosexuelles mais ayant des pratiques homosexuelles (notamment les partenaires de personnes travesties ou des personnes trans, ou les travailleur·euse·s du sexe et les bisexuels qui ne s'identifient pas comme gays ou homosexuels).

La population des HSH en Wallonie présente une incidence élevée des IST/VIH/hépatites résultant de la conjugaison de facteurs environnementaux, socio-économiques, comportementaux et biologiques.

- Facteurs environnementaux : la prévalence élevée du VIH, des hépatites et des autres IST au sein d'une population restreinte dont les réseaux sexuels sont très actifs augmente la probabilité d'être infecté par le VIH et le VHC. Ces réseaux sont d'autant plus restreints en milieux collectifs, fermés et/ou ouverts (milieu carcéral, centres fermés pour étrangers, internats, etc.).
- Facteurs comportementaux : le recours au dépistage et l'utilisation des moyens/stratégies de protection et de réduction des risques adéquats restent insuffisants en regard de la prévalence des IST/VIH/hépatites, des pratiques sexuelles et des nouveaux modes de consommation de drogues.
- Facteurs biologiques : le risque de transmission du VIH et du VHC est plus élevé lors des pénétrations anales, ce risque étant augmenté par la versatilité des partenaires.
- Facteurs socio-économiques : la précarité et l'accessibilité des soins, le statut de séjour et l'accès à l'AMU, l'isolement de certaines zones rurales impactent les possibilités de se faire dépister et soigner.

Le recours au dépistage des IST/VIH/hépatites est insuffisant chez les HSH en Wallonie, même s'il est plus important qu'en population générale.

- Les couvertures géographiques et horaires ne permettent pas facilement un dépistage (primo-dépistage ou en routine) pour les publics ciblés.
- La mise en œuvre du dépistage communautaire décentralisé/délocalisé et démedicalisé du VIH ainsi que l'accès aux nouveaux outils de dépistage, dont l'autotest, restent insuffisants.
- La non-démédicalisation des dépistages rapides du VHC et des autres IST empêche un élargissement optimal des possibilités de dépistages pour les publics à hauts risques.
- Le ciblage inadéquat des populations dans les actions de dépistage se traduit par un faible taux de nouveaux diagnostics de séropositivité.
- Les recommandations internationales concernant la fréquence et les types de dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST ne sont pas atteintes.
- Les opportunités manquées ou incomplètes, à la fois par des professionnel·le·s de la santé et du public vis-à-vis de la dicibilité des pratiques sexuelles et/ou de consommations.

Le recours aux différents moyens de protection combinée et de réduction des risques disponibles en Wallonie est plus important chez les HSH qu'en population générale mais reste insuffisant.

- Utilisation du préservatif : le recours au préservatif avec les partenaires occasionnels lors des pénétrations anales est insuffisant. Lorsqu'il est utilisé, il est rarement combiné à d'autres stratégies de réduction des risques en fonction des situations.
- TasP : les HSH (vivant avec le VIH ou non) méconnaissent ou mettent en doute l'efficacité du traitement comme prévention. Dès lors, ils ne peuvent pas adapter leur(s) pratique(s) de protection en fonction de cette stratégie.
- Le traitement de l'hépatite C est utilisé notamment comme prévention à la contamination d'autrui et à la sur-contamination des personnes déjà porteuses du virus. Mais le taux de réinfection après traitement chez les HSH est élevé, environ de 15%³¹. Ce qui démontre une utilisation insuffisante des différents moyens de RdRs.
- PrEP : la PrEP est un outil relativement récent dont l'accessibilité et la connaissance ne sont pas encore optimales, privant les populations concernées d'un outil de prévention efficace.
- TPE : le recours au TPE pour la population ciblée est encore faible, notamment en raison de limitations d'accès (ou de leurs interprétations), et trop peu documenté, nécessitant une récolte de données systématisée.
- Autres stratégies de réduction des risques sexuels : les autres stratégies de RdRs ne sont pas connues ou pas suffisamment utilisées.
- Stratégies de réduction des risques liés à la consommation de drogues : les stratégies de RdRs liés à la consommation ne sont pas connues, pas suffisamment accessibles ou pas suffisamment utilisées.

La ruralité de la région Wallonne, le peu de lieux de convivialité et communautaires et l'évolution des NTIC entraînent une fragmentation de la vie sociale et une forte présence en ligne et sur les réseaux sociaux du public cible.

Cet indicateur condense trois constats principaux :

- Une forte présence en ligne (qui exclut une partie des HSH, plus âgés et/ou plus précarisés) et de nombreuses rencontres en plein air ou lors de soirées privées.
- Une très faible mobilisation communautaire, notamment autour des questions relatives à la santé sexuelle.
- Une mobilité importante vers les lieux de sociabilité et de rencontre en Région de Bruxelles-Capitale, vers Liège ou en dehors de la Belgique.

Les discriminations multiples auxquelles sont exposés les HSH influencent l'accès aux soins, leur santé, et leurs droits de façon plus générale, particulièrement ceux vivant avec le VIH.

- Les HSH sont confrontés à de la stigmatisation et des discriminations ou à des difficultés d'intégration dans divers secteurs de la vie sociale (santé, emploi/formation, etc.)

31 https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/experts-vih_co-infections.pdf

- Les HSH cumulent parfois des discriminations liées à leur statut sérologique, leur parcours migratoire, leur consommation de drogues, leur statut socio-économique, leur âge, leur identité et expression de genre ou leur activité comme travailleur du sexe.
- La peur d'être jugé et l'anticipation des discriminations compliquent la dicibilité et impactent la prise en compte des besoins spécifiques de santé.

4.2 ACTEUR·RICE·S CONCERNÉ·E·S PAR LA PROBLÉMATIQUE

Le cadre de référence développé en 2009 recense tous les acteur·rice·s concerné·e·s par la problématique. Lors de la mise à jour en 2016, en plus du public cible, seuls trois acteur·rice·s ont été retenu·es en raison de la priorité à mobiliser les acteur·rice·s les plus proches et les plus concerné·e·s par la prévention des IST/VIH/hépatites parmi les HSH. De fait, ces trois acteur·rice·s ont un impact fort et direct sur les déterminants des épidémies d'IST/VIH/hépatites. Cette section caractérise de manière synthétique ces trois acteur·rice·s

LES ACTEUR·RICE·S DE PRÉVENTION DES IST/VIH/HÉPATITES

Ces organismes conduisent des activités de prévention des IST/VIH/hépatites et de réduction des risques à destination spécifique des HSH. Certains organismes visant la population générale peuvent également intégrer la question de l'orientation sexuelle.

La lutte contre les discriminations subies par les HSH, en raison de leur orientation sexuelle ou de leur statut sérologique, constitue également un objectif important pour ces organisations, car la marginalisation provoquée par l'homophobie et la sérophobie exacerbe les prises de risque et éloigne le public cible d'un accompagnement adéquat.

LES ACTEUR·RICE·S DE SANTÉ / PSYCHO-MÉDICO-SOCIAUX

Ces acteurs offrent un accompagnement médical, paramédical, psychologique ou social, travaillant en cabinet privé ou dans des organismes divers (cabinets privés, hôpitaux et cliniques, Centres de référence SIDA, Centres de planning familial, organisations de promotion de la santé, Maisons médicales, Service médical du milieu carcéral, CPAS).

Différentes professions sont incluses dans cette catégorie : médecins généralistes et spécialistes, psychologues, psychothérapeutes, sexologues, assistants sociaux, infirmiers, aides soignants, intervenants en promotion de la santé.

LES ACTEUR·RICE·S FESTIFS ET COMMUNAUTAIRES

Les acteur·rice·s festifs sont composé·e·s des établissements commerciaux visant une clientèle homosexuelle. Le type de commerce est très variable : il s'agit des bars, boîtes de nuit, saunas, sex-clubs, boutiques. La plupart d'entre eux sont réservés à une clientèle exclusivement gay ou bisexuelle, d'autres sont mixtes (homos et hétéros). Certains établissements sont réservés aux hommes comme les saunas. Certains permettent la consommation sexuelle sur place (les saunas, certaines boîtes de nuit, les sex-clubs). Les patrons et le personnel de ces commerces sont en proximité avec les clients gays, bisexuels et HSH et ils ont souvent une relation de confiance avec eux. Ils constituent donc des acteurs relais de première importance.

En dehors des établissements commerciaux, les organisateurs d'événements festifs à l'attention du public cible (festivals de films, marches des fiertés, soirées mensuelles) sont également des relais d'importance auxquels s'ajoutent les responsables de sites et d'applications de rencontres en ligne. Ceux-ci sont pour la plupart établis à l'étranger mais ils représentent un moyen de sociabilité gay majeur à l'heure actuelle.

Les acteur·rice·s associatif·ve·s LGBTQI+ sont réparties sur le territoire wallon. Ces associations sont essentiellement gérées par des bénévoles et ont pour objet social : l'organisation d'activités conviviales (sportives ou socio-culturelles), la défense des droits des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres, l'accueil et le soutien individuel ou en groupe de parole, l'action politique ou la religion. Ces associations jouent, ou pourraient jouer un rôle important comme relais en matière de prévention, étant donné leur proximité avec le public cible.

4.3 PLAN OPERATIONNEL

Le plan opérationnel constitue l'objectif majeur du cadre de référence. Il recense tel que mentionné lors des considérations méthodologiques (section 2) :

- Un objectif général;
- Des objectifs spécifiques formulés à partir de la problématique, qui cadre l'ensemble des stratégies ;
- Des objectifs opérationnels définis à partir des comportements et des pratiques des acteurs;
- Pour chaque objectif opérationnel, une série d'activités concrètes visant à atteindre les objectifs et à influencer les déterminants des comportements. Les acteurs devant réaliser ces activités ont systématiquement été identifiés.

OBJECTIF GENERAL:

L'objectif général de ce travail est d'**améliorer la santé globale des gays, bisexuels et autres HSH sur le territoire de la Wallonie, et en particulier contribuer à la diminution de l'incidence et de la prévalence du VIH, des hépatites et des autres IST de ce public.**

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les trois objectifs spécifiques qui se dégagent de la problématique sont les suivants :

— PROMOUVOIR LA PRÉVENTION COMBINÉE —

Les stratégies de diversification et d'accessibilité des différents moyens de prévention/RdRs doivent s'adapter à :

- la diversité des trajectoires, des pratiques et des identités sexuelles ;
- l'évolution des environnements de rencontre et des usages de drogues ;
- la situation sociale de vulnérabilité d'une partie du public HSH.

Cet objectif est porté par divers moyens opérationnels qui ont été organisés comme suit :

- Traitement VIH comme Prévention (TasP)
- Traitement des IST et orientation vers les soins
- Traitement Post Exposition (TPE)
- Dépistages VIH et autres IST
- Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)

- Recours au préservatif et au lubrifiant
- Vaccination
- Réduction des risques
- Transversalités

— AMÉLIORER LA SANTÉ GLOBALE DES HSH —

Les inégalités de santé sont suffisamment documentées chez les HSH. Des actions spécifiques devraient être menées en vue d'améliorer leur mieux-être, leur santé sexuelle et mentale mais également réduire les risques liés à l'usage des drogues chez cette population. Ces actions concernent notamment :

- Santé mentale et mieux-être
- Santé sexuelle
- Santé globale
- Usage de drogues et chemsex

— LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS ENVERS LES HSH ET MOBILISER LA COMMUNAUTÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA SÉROPHOBIE —

Les discriminations et la stigmatisation de genre et sexuelles constituent des déterminants de santé particulièrement importants pour les gays, bisexuels et autres HSH. La mobilisation communautaire, considérée sous l'angle de l'incitation des publics concernés à s'investir dans les actions qui les concernent, permettrait par ailleurs de réduire considérablement les discriminations. L'on recense au niveau de cet objectif les sous thématiques suivantes :

- Sérophobie
- Homophobie
- Croisement des discriminations
- Mobilisation communautaire

ACTIVITÉS PAR OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Cette étape du processus d'élaboration du cadre de référence recense les différents objectifs opérationnels et les activités pour chacun des trois objectifs spécifiques mentionnés précédemment. Afin d'en faciliter l'exploitation, nous présentons les activités devant prioritairement être mises en œuvre.

— 2.1 PROMOUVOIR LA PRÉVENTION COMBINÉE —

Cette thématique détaille les activités répondant à huit objectifs opérationnels:

1. Traitement comme Prévention (TasP)

Objectif 1 : Les HSH connaissent, recourent et adhèrent au TasP

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
-----------	----------------------------

Fournir une information actualisée et vulgarisée autour des messages de prévention complexes : promouvoir le slogan Indétectable=Intransmissible (I=I)	Acteur·rice·s de prévention
Faire la promotion de l'avis du Conseil supérieur de la santé (I=I)	Tous les acteur·rice·s
Informar les HSH sur la confidentialité des données médicales et sur les bénéfices du TasP	Tous les acteur·rice·s
Former les acteur·rice·s et futurs acteur·rice·s PMS sur le TasP tant pour le VIH que pour le VHC et les autres IST (insister sur la notion de CVI, modes de transmissions du VIH, fonctionnement et suivi du TARV).	Acteur·rice·s de prévention, PMS et autres acteur·rice·s
Encourager la réalisation d'études sur la connaissance et les effets du TasP (tant en termes de pratiques sexuelles, de représentations des IST/VIH et d'impact sur les dynamiques des épidémies de VIH, VHC et autres IST)	Autres acteur·rice·s (centres de recherches)

2. Traitement des IST et orientation vers les soins

Objectif 2 : L'incidence des IST chez les HSH est réduite	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
2.1. Rendre accessible, au public HSH et aux professionnels de la santé, et diffuser largement les outils d'information disponibles sur toutes les IST	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS, CPF
2.2. Améliorer l'orientation adéquate vers les services spécialisés (infectiologue, hépatologue, proctologue) pour le suivi/contrôle de certaines IST (gonorrhée, syphilis, hépatites)	
2.3. Former les acteurs de terrain à étendre leur prévention de RDR à toutes les IST et à l'importance de réorienter vers un dépistage médicalisé global/complet (frottis buccal, anal, vaginal et échantillon d'urine)	
2.4. Former les professionnels de la santé aux spécificités des pratiques sexuelles/consommations du public HSH et des prévalences de contaminations à certaines IST (Syphilis, VHC, Gonorrhée, ...) afin qu'ils adaptent leur offre de dépistage /	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS, CLPS, CPF
2.5. Former les médecins généraliste et autres acteur·rice·s de prévention au danger des traitements antibiotiques non appropriés provoquant l'émergence de résistances (ex : gonorrhée).	

2.6. Réaliser un travail de recherche et une collecte de données plus approfondie et actualisée sur la prévalence des IST chez les HSH (PrEPeurs) inclus, prenant en compte les pratiques et prises de risque, ainsi que le taux de réinfection et en le mettant en parallèle avec l'évolution du nombre de dépistages réalisés	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS, et autres acteur·rice·s
2.7. Profiter de l'opportunité du dépistage pour favoriser la notification aux partenaires et les inciter à faire un dépistage	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS,
2.8. Fournir une information actualisée et vulgarisée autour des différents traitements appropriés contre les IST	

3. Traitement Post Exposition (TPE)

Objectif 3 : Les HSH recourent suffisamment et adéquatement au TPE	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
3.1. Informer le public sur les conditions d'accès au TPE, le coût, le déroulement, les effets secondaires, l'importance du délai, etc.	Tou·te·s les acteur·rice·s
3.2. Sensibiliser et former les acteurs qui délivrent le TPE au respect des guidelines	Acteur·rice·s PMS
3.3. Développer un plaidoyer politique autour de l'accessibilité du TPE (obligation pour tous les services d'urgences et services médicaux du milieu carcéral d'avoir le kit de démarrage)	Acteur·rice·s de prévention
3.4. Promouvoir l'utilisation d'un protocole uniformisé d'évaluation des modalités de délivrance du TPE	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et PMS

4. Dépistages

Objectif 4 : Le recours au dépistage des HSH est précoce et régulier, en fonction de leurs besoins et de leurs expositions au risque

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
4.1. Faire la promotion du dépistage, notamment délocalisé et démedicalisé à l'adresse des HSH	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
4.2. Améliorer l'information du public sur les bénéfices d'un dépistage précoce et régulier	
4.3. Faire le plaidoyer pour renforcer le financement des activités de dépistage, qu'elles soient démedicalisées, en CDAG ou par la gratuité de l'autotest	
4.4. Faire le plaidoyer pour légiférer sur la démedicalisation des tests rapides VHC et autres IST	
4.5. Mettre sur pieds un système de rappel des RDV (SMS, Mail, applications et sites de rencontres, etc.)	
4.6. Former les médecins et autres professionnels de la santé concernés au dépistage complet des hépatites et des autres IST selon les pratiques et les populations clés (notamment gonorrhée/ chlamydia sur les 3 sites : pharyngé, anal et urétral)	Acteur·rice·s de prévention et acteur·rice·s PMS
4.7. Accroître l'offre de dépistage des IST/VIH/VHC dans les lieux de rencontres gays (sauna, bars, clubs, parkings ou parcs, etc.)	
4.8. Lutter contre la moralisation et la stigmatisation du dépistage précoce et régulier (slut-shaming)	
4.9. Informer le public sur la distribution gratuite d'auto-tests et accroître le remboursement du dépistage des IST	Acteur·rice·s communautaires
4.10. Orienter/proposer un dépistage régulier aux patients HSH en fonction des besoins	Acteur·rice·s PMS
4.11. Faire un plaidoyer pour l'intégration, dans le cursus des futurs médecins et autres professionnel·le·s de la santé, d'un module sur le dépistage des IST/VIH/VHC	Acteur·rice·s politiques et administratif·ve·s, Enseignant·e·s écoles de médecine

5. Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)

Objectif 5 : Les HSH ont un bon niveau d'information et d'accès à la PrEP

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
5.1. Mener des campagnes d'information sur la PrEP, son accessibilité, son coût, le suivi, les effets secondaires, et son efficacité	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et PMS
5.2. Diffuser et faire connaître le guide PrEP	
5.3. Informer la communauté des « modèles positifs » d'utilisateurs de la PrEP	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
5.4. Faire un plaidoyer pour une étendue de la PrEP à d'autres publics (élargir l'offre de délivrance)	Acteur·rice·s de prévention
5.5. Déconstruire les préjugés sur les utilisateurs de la PrEP (slut-shaming)	
5.6. Financer l'accompagnement communautaire des PrEPeurs	Acteur·rice·s politiques et administratif·ve·s

6. Recours au préservatif et au lubrifiant

Objectif 6 : Les HSH ont recours de façon adéquate au préservatif et au lubrifiant, selon leurs besoins et les autres stratégies de RdR qu'ils adoptent

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
6.1 Rendre les préservatifs disponibles dans les différents milieux de vie et de sociabilité/de consommation sexuelle	Acteur·rice·s communautaires
6.2. Accroître les séances de sensibilisation au port correct du préservatif	
6.3. Augmenter l'offre gratuite de préservatifs et de lubrifiants de qualité	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS et autres acteur·rice·s
6.4. Informer le public sur les différents types de préservatifs disponibles (taille, matière, interne)	

7. Vaccination

Objectif 7 : La couverture vaccinale chez les HSH est augmentée

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
7.1. Plaidoyer pour un remboursement du vaccin HPV pour tous les HSH (>26 ans), en priorité pour ceux VVIH	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et PMS
7.2. Vérifier chez le public l'immunité VHA/B et vacciner si besoin	Acteur·rice·s PMS
7.3. Sensibiliser les HSH sur l'importance de la vaccination (VHA/VHB/HPV)	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et PMS

8. Réduction des Risques (RdR)

Objectif 8 : Les stratégies de réduction de risques (sexuels et liés aux consommations) sont comprises et adoptées par les HSH

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
8.1. Informer les HSH sur les stratégies de RdR efficaces ce inclus les modes de prévention et de transmission de chaque IST	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
8.2. Créer et mettre à disposition du public le matériel de prévention dans les milieux de vie des HSH	
8.3. Fournir une information actualisée et vulgarisée autour des différents moyens/outils de prévention comme le préservatif, la vaccination, etc.	
8.4. Lutter contre le sérotriage	
8.5. Renforcer la coordination des stratégies et priorités d'action liées à la RdR pour les HSH	
8.6. Rendre accessible le matériel de RDR adapté, en complément aux préservatifs (Gants, digues dentaires/carrés de latex, kit de safe drug - pailles à usage unique, seringues stériles, ...)	
8.7. Diversifier les campagne de prévention par rapport aux sous-publics	

9. Transversalités

Objectif 9 : Le niveau d'information et d'accès du public à la prévention combinée est amélioré

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
9.1. Sensibiliser le grand public à l'importance de la prévention combinée	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et PMS
9.2 Traduire plus systématiquement les outils et campagnes de prévention en d'autres langues	
9.3. Réaliser des actions et outils de sensibilisation en ligne	
9.4. Mettre en place des ateliers d'échanges de bonnes pratiques	
9.5. Systématiser et uniformiser la récolte des données sur les pratiques sexuelles, modes de vies, recours au préservatif, etc.	
9.6 Développer des recherches sur les connaissances, représentations et pratiques des HSH sur la prévention combinée	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS et autres acteur·rice·s
9.7. Publier et valoriser les expériences internationales à succès en lien avec la prévention combinée	
9.8. Sensibiliser les acteurs qui délivrent les outils de prévention au respect des guidelines	
9.10. Promouvoir la ligne d'écoute en ligne (AIS)	
9.11. Mobiliser des bénévoles et relais pour le travail de proximité avec les HSH	HSH, acteur·rice·s de prévention et communautaires
9.12. Réaliser et diffuser des témoignages d'utilisateurs d'outils de prévention	

— 2.2 AMÉLIORER LA SANTÉ GLOBALE DES HSH —

Quatre objectifs majeurs en lien avec la santé globale des HSH ont été retenus lors des ateliers stratégiques :

1. Santé mentale et mieux-être

Objectif 1 : La santé affective et mentale des HSH est améliorée	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
1.1. Accorder une attention aux besoins spécifiques des HSH en termes de soutien affectif et psychologique	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
1.2. Augmenter l'implication des acteurs relais dans l'accompagnement psychologique et social des HSH	
1.3. Réaliser des activités de counseling en ligne	
1.4. Promouvoir des groupes de paroles autour du mieux-être (couple, parentalité, vieillissement, deuil, etc.)	
1.5. Former les acteurs PMS sur la thématique santé mentale des gays	Tous les acteur·rice·s
1.6. Améliorer l'accueil des HSH de +50 ans (seul et en couple) dans les maisons de retraite/ repos	
1.7. Réduire l'isolement social des HSH de + 50 ans à travers la création des activités de sociabilisation pour le public vieillissant	

2. Santé sexuelle

Objectif 2 : La santé sexuelle des HSH est promue et améliorée	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
2.1. Favoriser le travail en réseau et les rencontres entre les publics et tous les acteurs du secteur (prévention, communautaire, PMS) par l'intermédiaire des formations qui se déclinent localement	Acteur·rice·s de prévention et communautaires et autres acteur·rice·s
2.2. Former les acteurs de prévention et communautaires aux stéréotypes associés aux genre et aux sexualités (ci inclus l'hétéronormativité)	
2.3. Faire inscrire la formation Plan LGBTQI+ de la FLCPPF dans les catalogues officiels de formation des professionnel.le.s de santé	

2.4. Constituer un réseau unique de professionnel.le.s LGBTQI+ friendly et non par sous population	Acteur·rice·s communautaires
2.5. Rendre les lieux d'accueil plus intimes afin de garantir la confidentialité	
2.6. Fournir des guidelines en matière de santé sexuelle pour les HSH	Acteur·rice·s de prévention
2.7. Création d'une base de données sur l'offre existante des services de santé sexuelle à destination des HSH	

3. Santé globale

Objectif 3.a : L'offre de soins adaptée aux HSH est disponible et accessible	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
3.1. Former les (futur.e.s) professionnel.le.s de santé aux spécificités et transversalités des LGBTQI+, dans une perspective de santé globale, assuétudes, bien-être et VIH, vieillissement	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et autres acteurs
3.2. Plaidoyer sur la perspective d'une approche de santé globale permettant aux acteurs.rices spécifiques IST/VIH de proposer un accompagnement et sensibilisation plus large que les IST/VIH	
3.3. Constituer des outils sur la sensibilisation aux enjeux spécifiques de santé des HSH	Acteur·rice·s de prévention, Communautaires, et PMS
3.4. Sensibiliser la population aux spécificités de santé de la population HSH (y compris) sur le long terme	
3.5. Sensibiliser le grand public à la bienveillance et aux besoins et spécificités des jeunes HSH	
3.6. Améliorer l'accueil des HSH migrants dans les services psycho-médico-sociaux et dans les associations communautaires	
3.7. Plaidoyer pour lier les subsides au temps passé par le professionnel.le de la santé avec le patient (afin d'augmenter le temps de consultation)	Acteur·rice·s de prévention, Communautaires, PMS et centre de recherches
3.8. Evaluer la pertinence de la mise en place d'un système de collecte et d'analyse des plaintes pour décrire les refus, discriminations et obstacles à l'accès aux soins, y compris TPE	

Objectif 3b : L'offre de soins adaptée aux HSH VVIH est disponible et accessible

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
3.9. Accroître l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance des ARV chez les HSH vivant avec le VIH	Acteur·rice·s communautaires
3.10. Documenter les conditions de vie et besoins des PVVIH de +50 ans	Autres acteur·rice·s (centres de recherches)
3.11. Améliorer la prise en charge des HSH vivant avec le VIH dans les maisons de repos, de retraite, ci-inclus de formation	Acteur·rice·s de prévention, PMS, HSH et communautaires
3.12. Faciliter l'accès à la PrEP pour les partenaires sans statut de séjour ou précaires des HSH VVIH détectables	Acteur·rice·s PMS, de prévention et communautaires
3.13. Constituer un outil synthétique des comorbidités PVVIH et gériatrie	
3.14. Plaidoyer pour assurer un accès (et sa facilité) au traitement ARV pour toute personne nécessitant un traitement, y compris celles sans statut de séjour ou avec un statut précaire	Acteur·rice·s de prévention, communautaires, PMS et HSH
3.15. Plaidoyer pour le remboursement des frais de déplacement des personnes se rendant à des groupes de paroles, d'auto-support	

4. Usage de drogues et chemsex

Objectif 4 : Les stratégies de RdRs liées à l'usage de drogues sont mieux connues, adoptées et promues par les HSH

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
4.1. Développer des outils adaptés et des dispositifs d'accompagnement des chemsexers	Acteur·rice·s de prévention et PMS
4.2. Informer les HSH sur les stratégies de RdRs efficaces ; Augmenter l'utilisation des stratégies et des outils de RdRs et améliorer la disponibilité du matériel de RdRs	Acteur·rice·s communautaires, de prévention et PMS
4.3. Faire connaître les outils de prévention existants : réseau chemsex, site internet, groupes de paroles	
4.4. Fournir l'information sur les interactions entre ARV et drogues	Acteur·rice·s PMS
4.5. Développer des recherches sur le chemsex chez les gays	Autres acteur·rice·s (centres de recherches)

— 2.3 LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS ENVERS LES HSH ET MOBILISER LA COMMUNAUTÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA SÉROPHOBIE —

Ce dernier objectif regroupe 35 activités recensées comme réponses aux comportements liés aux discriminations envers les HSH, qui sont organisées en 4 thématiques:

1. Sérophobie

Objectif 1 : La stigmatisation et les discriminations fondées sur le statut sérologique sont diminuées	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
1.1. Informer les PVVIH sur leurs droits face aux discriminations liées au statut sérologique	Autres acteur·rice·s (éducateurs, enseignants, Rainbow Cops, administration)
1.2. Former les acteurs de 1 ^{ère} ligne à la question des droits et de l'accompagnement des PVVIH	Tous les acteur·rice·s
1.3. Développer des campagnes de sensibilisation à la sérophobie pour le grand public et le public HSH	
1.4. Concevoir et diffuser des témoignages vidéo sur l'intransmissibilité du VIH (incluant les témoignages d'acteurs médicaux) et faire le lien avec la peur de la transmission	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et HSH
1.5. Sensibiliser les acteurs PMS généralistes à l'accueil des PVVIH	Acteur·rice·s PMS
1.6. Intégrer dans la formation (de base et continue) des acteurs PMS un module sur les droits des PVVIH	
1.7. Lutter contre la criminalisation au travers d'un plaidoyer / sensibilisation des association de droits, des acteurs juridiques et associations de prévention	Tous les acteurs
1.8. Poursuivre et développer des recherches sur les discriminations et la criminalisation de la transmission	Autres acteur·rice·s (centres de recherche, enseignants)

2. Homophobie

Objectif 2 : Des actions de lutte contre l'homophobie sont développées et promues	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
2.1. Sensibiliser et former les acteurs PMS à l'accueil des LGBTQI+ et à la lutte contre l'homophobie	Acteur·rice·s PMS
2.2. Inclure dans les formations de base des professionnel·le·s de la santé un module LGBTQI+	
2.3. Développer les ateliers d'autodéfense pour les HSH (notamment pour TDS et à adapter par sous-public) et la formation par les pairs	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et HSH
2.4. Lutter contre la biphobie et l'homonormativité par des campagnes de sensibilisation et d'information, des soirées et activités inclusives pour l'ensemble des LGBTQI+	
2.5. Développer des guides de bonnes pratiques sur comment réagir face à une agression homophobe	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
2.6. Sensibiliser les communautés migrantes sur les discriminations intra-communautaires envers les HSH	
2.7. Développer l'EVRAS et les GRIS (Groupe d'Intervention Scolaire) en incluant un module de lutte contre l'homophobie et une sensibilisation à l'hétéronormativité et au genre	Acteur·rice·s de prévention et autres acteurs
2.8. Former et sensibiliser les mouvements de jeunesse et autres acteur·rice·s associatif·ve·s à la diversité sexuelle	
2.9. Sensibiliser la police à l'accueil et au traitement des plaintes pour homophobie	Autres acteur·rice·s (Rainbow Cops, Unia)

3. Discriminations croisées

Objectif 3 : La lutte contre les discriminations croisées et l'intersectionnalité (intra et hors communauté) sont promues	
Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
3.1. Former le personnel éducatif dans les écoles à la lutte contre les discriminations (homophobie, sexisme, racisme, etc.) dès le plus jeune âge	Tou·te·s les acteur·rice·s
3.2. Développer un plaidoyer pour intégrer la lutte contre les discriminations croisées dans les programmes scolaires obligatoires et/ou l'EVRAS	
3.3. Développer un plaidoyer contre les politiques répressives afin de garantir les droits à l'accès aux soins et à la prévention des HSH migrants	Acteur·rice·s de prévention, communautaires et HSH
3.4. Sensibiliser aux discriminations croisées sur les réseaux sociaux (dialogue en live, campagnes de sensibilisation)	
3.5. Organiser des rencontres inter-associatives (HSH, TDS, etc.) et développer l'intersectorialité et les partenariats	Acteur·rice·s de prévention et communautaires
3.6. Proposer des stages d'immersion des professionnel·le·s de prévention dans d'autres associations thématiques	
3.7. Développer les permanences et l'accompagnement par les pairs pour les demandeur·se·s d'asile LGBTQI+	Acteur·rice·s communautaires
3.8. Développer un guide d'accompagnement pour demandeur·se·s d'asile sur base d'orientation sexuelle	Acteur·rice·s de prévention
3.9. Développer des actions ciblées vers les lieux d'accueil des personnes LGBTQI+ précarisées (abris de nuit, centres fermés, etc.)	
3.10. Former le personnel d'accompagnement et les interprètes (Office des étrangers, centres d'accueil fermés ou ouverts) aux questions de l'orientation sexuelle	Autres acteur·rice·s (CIRE, etc.)
3.11. Sensibiliser les résidents des centres collectifs sur les questions d'orientation sexuelle	
3.12. Organiser des soirées friendly inclusives	Acteur·rice·s de prévention et communautaires

4. Mobilisation communautaire

Objectif 4 : Les acteurs festifs, communautaires et les HSH se mobilisent sur les questions liées à la santé sexuelle et aux IST/VIH/VHC

Activités	Acteur·rice·s concerné·e·s
4.1. Mettre sur pieds une stratégie de mobilisation autour de la santé sexuelle des LGBTQI+	Acteur·rice·s communautaires
4.2. Développer des actions de RdR à proximité des soirées et rendre le matériel accessible (prix et facilité d'approvisionnement)	
4.3. Créer un label «espace safe» pour lieux de sortie ou de consommation faisant de la prévention et RdR	
4.4. Erotiser la prévention des IST/VIH/VHC (au travers des ateliers de bonnes pratiques, la démonstration de sex-toys, la conception/ diffusion de vidéos drôles pour parler de santé sexuelle, l'organisation d'événements festifs de prévention)	Acteur·rice·s de prévention
4.5. Sensibiliser le milieu libertin à la RdR et la prévention (distribution, visibilité et communication sur l'usage des préservatifs)	Acteur·rice·s de prévention et communautaires

REFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bourne, A., et al. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham, London, Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Disponible sur : <https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf> (consulté le 16/08/2016).

Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur (2018). *État des lieux en vue de la mise en place d'un dépistage délocalisé du VIH à l'attention des Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH) dans la province de Namur, Namur.*

Centre pour l'Egalité des chances et la lutte contre le racisme (2013). *Discrimination-Diversité. Rapport 2013*, Bruxelles. Disponible sur : http://unia.be/files/legacy/cgkr_00668_01_jvs_discdv_fr.pdf (consulté le 16/08/2016).

Desgrées Du Loû, A., et al. (2017). *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, 360 p.

Demart, S., Schoumaker, B., Adam, I., Godin, M. (2017). *Belgo-Congolais, Belgo-Rwandais, Belgo-Burundais : portrait de nos concitoyens aux racines africaines*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 223 p., https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20171121_CF.

Depres, E., et Darcis, G. (2018). *Update on PrEP in Belgium*, CHU Liège Symposium.

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2014). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013*, Stockholm. Disponible sur : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf> (consulté le 16/08/2016).

European Commission (2017). *Health 4 LGBTI : TASK 1: State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people*. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf

Ex Aequo (2014). *Rapport d'activités 2014 (Janvier – Décembre 2014). Projet TEST OUT, Dépistage démedicalisé et délocalisé en Communauté française auprès des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes*, Bruxelles. Disponible sur : [\[Rapport_final_INAMI_2014.pdf\]\(#\) \(consulté le 16/08/2016\).](http://www.exaequo.be/pdf/289-</p></div><div data-bbox=)

Gonzales, G., Przedworski, J., Henning-Smith, C. (2016). *Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. Results From the National Health Interview Survey*. JAMA Intern Med. 176(9):1344-1351. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3432.

Green, L.W., Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach*, 4th Ed., New-York, Mc Graw Hill, <http://www.lgreen.net>.

Gustafsson, P. E., Linander, I., & Mosquera, P. A. (2017). *Embodying pervasive discrimination: a decomposition of sexual orientation inequalities in health in a population-based cross-sectional study in Northern Sweden*.

Hunter, L. J., Dargan, P. I., Benzie, A., White, J. A., & Wood, D. M. (2014). *Recreational drug use in men who have sex with men (MSM) attending UK sexual health services is significantly higher than in non-MSM*.

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

Lundgren, J.-D., et al. for The INSIGHT START Study Group (2015). *Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection*, New England Journal of Medicine, vol. 373, n° 9, p. 795-807. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192873> (consulté le 16/08/2016).

Maes, V., Crombé, F., Crucitti, T. (2016). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2002-2015. Données nationales et régionales issues du réseau de laboratoires de microbiologie et du Centre National de Référence. Rapport partiel*. Institut Scientifique de Santé Publique.

Martens, V., Huynen, P. (2006). *Connaissances et comportements des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'égard du VIH/Sida en Communauté française de Belgique*, Archive of Public Health, n° 64, p. 13-26.

Martens, V. (2010). *Enquête européenne 2010 sur la*

sexualité entre hommes (EMIS) : rapport pour le public LGBT no 1, Disponible sur : http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/emis_community2_french.pdf.

McCormack, S. (2015). *Pragmatic open-label randomised trial of pre-exposure prophylaxis: the PROUD STUDY*. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); Abstract 22LB, Seattle, WA; 38.

McCormack, S., et al. (2016). *Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial*, The Lancet, vol 387, n°10013, p. 53-60. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26364263> (consulté le 16/08/2016).

Mercer, C. H., Prah, P., Field, N., Tanton, C., Macdowall, W., Clifton, S., Sonnenberg, P. (2016). *The health and well-being of men who have sex with men (MSM) in Britain: Evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)*. BMC Public Health, 16, 525. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3149-z>.

Medley, G., Lipari, R., Bose, J., Cribb, D., Kroutil, L., McHenry, G. (2016). *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Data Review. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015.htm>

Meyer, I.H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 129:674-97

Molina, J-M., et al. for the ANRS IPERGAY Study Group (2015). *On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection*, New England Journal of Medicine, vol. 373, n° 23, p. 2237-2246. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1506273> (consulté le 16/08/2016).

Molina, J-M., Capitant, C., Spire, B., et al. (2015). *On demand PrEP with oral TDF-FTC in MSM: results of the ANRS Ipergay trial*. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); Abstract 23LB; Seattle, WA.

Moreau, N., Lebacqz, T., Dujieu, M., de Smet, P., Godin, I., Castetbon, K. (2017). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, 320

pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be/>

Myria, (2016). *La migration en chiffres et en droits*, Bruxelles, 249 p.

Nöstlinger, C., Ronti, T., Vanden Berghe, W. (2014). *Résultats de l'enquête EMIS 2010, Données belges. Enquête Internet européenne sur la sexualité des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (EMIS)*, Belgique, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) et Institut de médecine tropicale d'Anvers. Disponible sur : <http://www.emis-project.eu/national-reports.html> (consulté le 16/08/2016).

OMS, (2019). *Migration et santé: les principaux enjeux*. : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115> (consulté le 14/05/2019).

ONUSIDA (2014). *90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf (consulté le 16/08/2016).

Parent, F. (2006). *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnel-le-s de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*, Thèse de doctorat, Bruxelles, Ecole de Santé Publique de l'ULB.

Pezeril, C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête sur « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone »*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques. Disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf> (consulté le 16/08/2016).

Pezeril, C. (2016). *Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, Genre, sexualité & société, n° 15. Disponible sur : <http://gss.revues.org/3763> (consulté le 16/08/2016).

Pezeril, C. (2017). *La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH/sida déposés chez Unia (2003-2014)*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, ISBN: 978-2-930958-00-2. En ligne: <http://observatoire-sidasexualites.be/rapport-serophobie-2017/>

Pineault, R., Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies*. Québec, Éditions Nouvelles.

Plan national VIH 2014-2019. Disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/NationalPlanFrench.pdf>.

Poelman, M., Smits, D. (2007). *Un instantané des agressions de tous types envers les LGBT à Bruxelles-Ville*, Bruxelles, EHSAL/Centre pour l'égalité des Chances.

Race, K. (2011). *Party Animals: The significance of drug practices in the materialization of urban gay identity*. In Suzanne Fraser and David Moore (Eds.), *The Drug Effect: Health, Crime and Society*, (pp. 35-56). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.

Rodger, A.J., et al. (2016). *Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy*, The Journal of the American Medicine Association, vol. 316, n° 2, p. 171-181. Disponible sur : <http://jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533066> (consulté le 16/08/2016).

Ronti, T. (2016). *Diagnostic épidémiologique et social : Les HSH en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

Ronti, T. (2017). *Rapport de consultation communautaire auprès des HSH et des travailleurs du festif en Wallonie*, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

Russel, S.T., & Fish, J. (2016). *Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth*. Annual Review of Clinical Psychology 12:1, 465-487.

Sabin, J.A., Riskind, R.G., & Nosek, B.A. (2015). *Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men*. American Journal of Public Health, 105(9), 1831-1841. doi: 10.2105/AJPH.2015.302631.

Sasse, A., Deblonde, J., Jamine, D., Van Beckhoven, D. (2019). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2017*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.

Sasse, A., Deblonde, J., Jamine, D., Van Beckhoven, D. (2018). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2016*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.

Seinpost Adviesbureau, BV-Erasmus Hogeschool Brussel en collaboration avec la Katholieke Universiteit Leuven (2008). *Prostitution : Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*, Arnhem. Disponible sur : http://www.alias-bru.be/wp-content/uploads/2010/04/Prostitution-Bruxelles-en-image_2008-fr.pdf (consulté le 16/08/2016).

Sirota, T. (2013). *Attitudes among nurse educators toward homosexuality*. Journal of Nursing Education, 52(4), 219-227.

Stuart, D., Weymann, J. (2015). *ChemSex and care-planning : One year in practice*, HIV Nursing, vol. 15, p. 24-28.

Triandafyllidou, A., et al. (2009). *Clandestino project - Final Report*, Sofia, Hellenic Foundation for European and Foreign Policy (ELIAMEP), 190 p.

United Nations Office on Drugs and Crime, (2010). *HIV in prisons : situation and needs assessment toolkit*. Vienna.

Van Acker, J. (2017). *Plan chem ? Plan slam ? Les plans sous prod. Une recherche exploratoire parmi les HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles.

Van Beckhoven, D., et al. for the BREACH (Belgian Research on AIDS and HIV Consortium) (2015), *Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants*, BMC Infectious Diseases. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26530500> (consulté le 16/08/2016).

Verbrugge, R.; et al., 2014 *Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale; données de 2013 pour la Belgique et les 3 régions*, ISP, Bruxelles, 108 p.

Vuylsteke, B., Reyniers, T., Lucet, C., et al. (2018). *High uptake of pre-exposure prophylaxis (PrEP) during early roll-out in Belgium: results from surveillance reports*. Sexual Health, 16(1), 80-83. <https://doi.org/10.1071/SH18071>.

Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). *Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations*. PLoS ONE, 11(1), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0146139.

Williams, S. L., Mann, A. K., & Frederick, E. G. (2017). *Proximal Minority Stress, Psychosocial Resources, and Health in Sexual Minorities*. Journal of Social Issues, 73(3), 529-544. doi: 10.1111/josi.12230.