



PRÉSENTATION ET TRANSVERSALITÉS

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- une introduction 3
- une présentation succincte des objectifs et de la méthodologie des Stratégies concertées..... 4
- une explication du processus de mise à jour des analyses de situations présentées dans les cahiers 1 à 10 6
- une présentation de la structuration de ces cahiers..... 6
- une synthèse des analyses de situations et une analyse de leurs transversalités..... 8
- des éléments de conclusions et quelques mots sur les perspectives des Stratégies concertées..... 12
- un lexique 13
- une liste de sources bibliographiques 15

Ce cahier 0 constitue à la fois une introduction, un guide de lecture et une synthèse des cahiers 1 à 10 qui abordent chacun un public cible de la prévention des IST/Sida :

- Cahier ① La population générale
- Cahier ② Les enfants et les jeunes
- Cahier ③ Les personnes séropositives
- Cahier ④ Les migrants
- Cahier ⑤ Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier ⑥ Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier ⑦ Les prostituées féminines
- Cahier ⑧ Les prostitués masculins
- Cahier ⑨ Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier ⑩ Le public festif

* Les termes et expressions marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique commun se trouvant dans le cahier 0 et sur le site www.strategiesconcertees.be

Coordination du processus et appui méthodologique

Vladimir Martens (Observatoire du sida et des sexualités - FUSL)
Florence Parent (SIPES - ULB)
Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique

Rédaction

Vladimir Martens

Comité de lecture

Frédéric Arends
Cécile Béduvé
Alain Cherbonnier
Cécile Cheront
Jacqueline Colin
Ann Defraye
Geneviève Georges
Marielle Houbiers
Fabien Jacques
Maureen Louhenapessy
Thierry Martin
Florence Parent
Bénédicte Rusingizandekwe
Mary Stevens
André Sasse
Françoise Uurlings
Catherine Van Huyck

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.

Contact

Vladimir Martens
Observatoire du sida et des sexualités
martens@fusl.ac.be
02/ 211 79 10

Site

www.strategiesconcertees.be

INTRODUCTION

Ce document constitué d'un dossier contenant onze cahiers présente une synthèse du travail collectif effectué par les intervenants concernés par la prévention des IST/Sida en Communauté française au cours des années 2008 et 2009. Ce travail a consisté dans la mise à jour des analyses de situations pour les différents publics cibles de la prévention. Ces analyses de situations ont été initialement réalisées au cours des années 2004 et 2005 dans le cadre des travaux préparatoires au Plan communautaire opérationnel (PCO) puis des Stratégies concertées mises en place à la suite de ces travaux préparatoires¹.

Cette publication est la troisième depuis la mise en place du processus. Les deux premières, parues respectivement en avril 2005 et en décembre 2006, étaient principalement des documents de planification : elles synthétisaient les objectifs, stratégies ainsi que (pour la version de 2006) les activités définies par les intervenants du secteur dans le cadre d'ateliers participatifs.

En 2008, quatre ans après le début du processus des Stratégies concertées, le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) a souhaité approfondir, préciser, compléter et actualiser les analyses de situations existantes en mobilisant un panel élargi d'intervenants. Pour la majorité des publics cibles, un «point focal» s'est constitué pour coordonner ce travail collectif avec son réseau d'intervenants, sur la base

d'un protocole commun proposé par le CPAM. C'est ce travail de mise à jour qui est présenté dans ces cahiers.

L'ordre de publication de ces documents peut paraître surprenant : pourquoi en effet présenter dans un premier temps des logiques d'intervention et seulement ensuite des analyses de situations qui ont été réalisées une première fois en début de processus ? Les intervenants ont jugé urgent de diffuser d'abord le cadre de référence de leurs interventions à une époque où la priorité en Communauté française était de construire le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé (Ministère de la Communauté française, 2005 et 2008). Plus récemment, ils ont jugé pertinent de mieux analyser, puis de faire connaître largement les problématiques complexes auxquelles ils sont confrontés dans leur travail de terrain.

L'objectif de ce document est donc de partager ces constats et analyses qui fondent l'action des intervenants dans le domaine de la prévention des IST/Sida. Il s'adresse à toutes les personnes et organismes qui, de près ou de loin, sont concernés par ce sujet : les organismes qui mettent en place des actions spécifiquement orientées vers la prévention des IST/Sida et la promotion de la santé ainsi que ceux qui, dans divers secteurs sanitaires ou non sanitaires, sont concernés par les thématiques abordées dans ces analyses.

.....
¹ Pour un historique détaillé du processus, voir le site www.strategiesconcertees.be

1. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DES STRATÉGIES CONCERTÉES

Dans cette partie, nous présentons brièvement les objectifs et quelques éléments méthodologiques qui permettent d'une part de mieux situer cette publication dans le cycle des Stratégies concertées et d'autre part de comprendre comment les mises à jour ont été réalisées. Pour une présentation plus détaillée de la méthodologie, on se reportera au site www.strategiesconcertees.be.

OBJECTIFS

La finalité des Stratégies concertées est de contribuer à diminuer l'incidence* du VIH et des autres IST en Communauté française et en Belgique en renforçant l'adéquation entre les problématiques rencontrées sur le terrain et les stratégies à mettre en œuvre, tout en respectant les principes de la promotion de la santé².

MÉTHODOLOGIE

Deux outils méthodologiques principaux sont mobilisés dans le cadre des Stratégies concertées et adaptés au processus : la Gestion de cycle de projet (Office de Coopération EuropeAid, 2004) et la méthode PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter³ (2005).

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). Elle définit les étapes d'un programme (voir figure 1), à savoir l'analyse de la situation, l'élaboration d'un plan opérationnel, l'identification des moyens humains et matériels, la mise en œuvre et l'évaluation. Des étapes supplémentaires (journées stratégique et scientifique) ont été ajoutées dans le cycle des Stratégies concertées.

Le travail de mise à jour réalisé en 2008-2009 et présenté dans ce document correspond au début du second cycle, le premier s'étant déroulé entre les années 2004 et 2008.

Chacune des étapes présentées sur la figure 1 se déroule selon un processus participatif associant les acteurs concernés par la mise en œuvre des activités.

Figure 1 : Cycle des Stratégies concertées : Gestion de cycle de projet participative et systémique

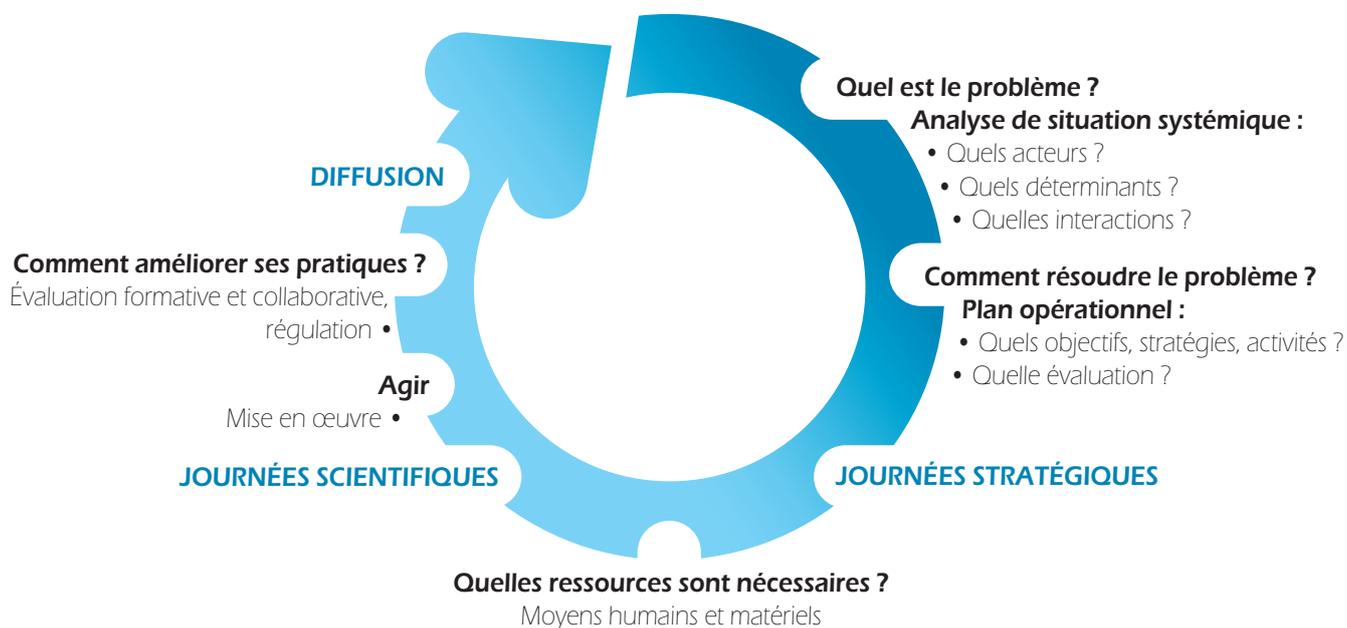
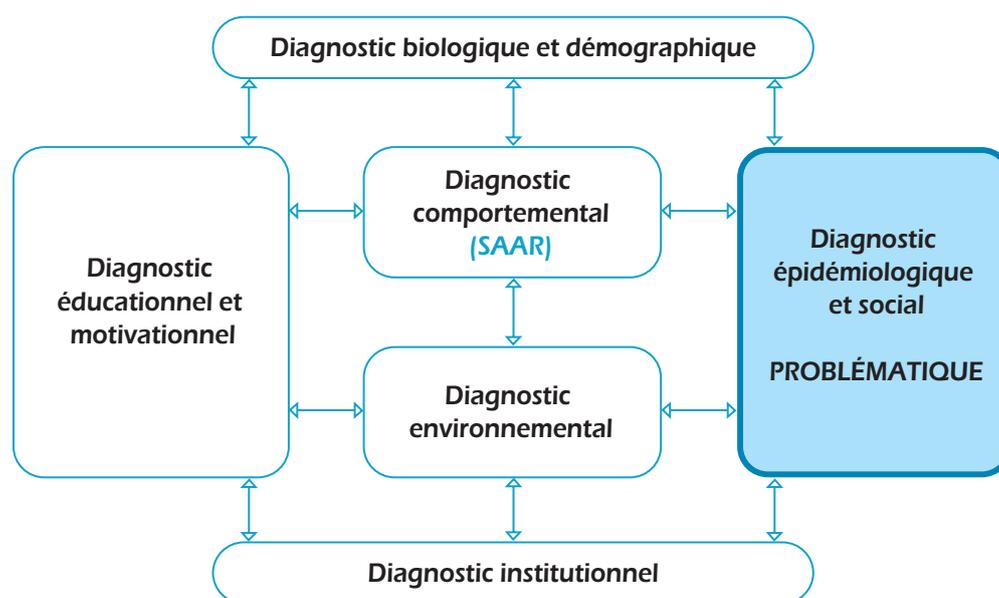


Figure 2 : Analyse de situation selon le modèle PRECEDE



La méthode PRECEDE-PROCEED

La méthode PRECEDE-PROCEED permet d'analyser les problématiques en tenant compte de leur nature multifactorielle. Les comportements, l'éducation, l'environnement, le cadre institutionnel, les variables sociodémographiques et biologiques sont autant de types de déterminants d'une problématique que cet outil permet de catégoriser.

Pour chaque public cible, l'analyse de situation (phase PRECEDE) est réalisée en étapes successives. A chaque étape correspond la construction d'un diagnostic (voir figure 2) :

- Le diagnostic épidémiologique et social, qui permet de définir les contours spécifiques de la problématique pour chaque public en recherchant des données épidémiologiques concernant les IST/Sida d'une part et des données et constats relatifs aux conditions de vie du public, d'autre part.
- Le diagnostic comportemental qui consiste à identifier les comportements du public cible et des divers acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes en lien avec ce public qui contribuent à la problématique. Il aboutit à un système d'acteurs et d'action régulé ou SAAR (Parent, 2006).
- Les diagnostics démographique, éducationnel, environnemental et institutionnel qui permettent de mettre en relation des déterminants de ces trois catégories avec les comportements des différents acteurs.

Les données utilisées pour construire les diagnostics sont issues de travaux de recherche quantitative et qualitative d'une part et de constats de terrain dressés par les acteurs, d'autre part.

À partir de l'analyse de situation, la phase de planification (phase PROCEED) consiste à identifier les objectifs, stratégies et activités pertinents pour agir sur ces déterminants. Ces activités sont donc nécessairement multidimensionnelles et multisectorielles.

La démarche est **participative** en ce qu'elle mobilise, de la phase d'analyse de situation jusqu'à la mise en œuvre, des panels représentatifs d'acteurs en lien avec la problématique. Elle adopte une vision **systemique** dans l'analyse et l'action dans la mesure où elle prend en compte l'ensemble des composantes des problématiques (acteurs, comportements, déterminants) et leurs interactions, dans toute leur complexité. Ces deux éléments ont conduit à la construction d'un cadre conceptuel et méthodologique innovant de Gestion de cycle de projet participative et systemique (GCPPS).

2 Ces principes sont définis dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et repris dans le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française (Ministère de la Communauté française, 2004).

3 L'acronyme PRECEDE signifie «Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation» ou «facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et évaluation de ce diagnostic». L'acronyme PROCEED signifie «Policy, Regulatory and Organizational Contracts in Educational and Environmental Development» ou «Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental».

2. PROCESSUS DE MISE À JOUR

Des points focaux ont été constitués pour coordonner les mises à jour des analyses de situations de chacun des publics cibles. Un point focal a été défini comme un organisme spécialisé dans le travail de terrain avec un public cible particulier. La liste des points focaux et de leurs publics cibles respectifs se trouve sur la couverture arrière de chaque cahier.

Le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) a accompagné le processus des mises à jour. Il a défini les étapes de ce processus dans un protocole commun et chaque réunion a été l'occasion pour les points focaux de faire état de l'avancement de leur travail et de trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

ACTUALISATION DES ANALYSES DE SITUATIONS

A partir des analyses de situation existantes, réalisées pour la plupart en 2004-2005 lors du premier cycle des Stratégies concertées, des mises à jour ont été réalisées entre les mois de juin 2008 et mars 2009 comme suit :

- recherche de données complémentaires pour le diagnostic épidémiologique et social ;
- organisation de deux journées d'ateliers rassemblant des intervenants travaillant avec le public cible considéré, au cours desquelles l'identification de nouveaux acteurs, comportements et déterminants a été assurée ;

3. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURATION DES CAHIERS 1 À 10

Sur la couverture de chaque cahier figure le nom du public cible qui y est traité, le point focal en charge de ce public cible et en regard, les autres publics cibles avec lesquels l'analyse de situation présentée comporte des points communs ou points d'intersection. La problématique telle qu'elle a été résumée en consensus par les personnes qui ont collaboré à l'analyse de situation est également mentionnée : il s'agit de résumer en quelques phrases le diagnostic épidémiologique et social pour fixer le cadre de toute l'analyse de situation qui suit.

Ensuite, sont présentés successivement :

- 1. les principales données épidémiologiques et sociales ;**
- 2. la synthèse de l'analyse de situation ;**
- 3. un «focus» sur les acteurs**, c'est-à-dire un tableau descriptif des acteurs inclus dans l'analyse de situation ;
- 4. les objectifs opérationnels définis pour chaque public cible dans le cadre des Stratégies concertées 2007-2008 ;**
- 5. les sources** bibliographiques.

- mise au propre des productions des journées d'atelier, relectures et réalisation d'un poster de synthèse en vue du travail de la «journée stratégique».

Pour le public «personnes séropositives», en l'absence de point focal, l'Observatoire du sida et des sexualités s'est chargé de la coordination de l'atelier. Par ailleurs, un atelier supplémentaire réunissant des personnes migrantes séropositives a été organisé, en collaboration avec le Siréas, selon une méthodologie adaptée.

VALIDATION DES PRODUCTIONS

Une «journée stratégique» visant à valider avec un plus grand nombre d'acteurs les analyses de situation actualisées par chacun des points focaux a été organisée par l'Observatoire, encadré par le CPAM. Elle s'est divisée en deux temps :

1. validation croisée de chaque analyse de situation ;
2. analyse des acteurs généralistes transversaux.

RÉDACTION DE LA SYNTHÈSE

L'Observatoire du sida et des sexualités a rédigé les synthèses des analyses de situations à partir des documents actualisés et validés lors de la journée stratégique, en concertation avec les points focaux et avec la collaboration d'un comité de lecture.

NB : la structuration présentée est celle de la majorité des cahiers (1 à 5, 7 et 9). Les autres cahiers (6, 8 et 10) sont plus courts et ne comportent pas de point 3 (focus sur les acteurs). Cela s'explique par le fait que pour les trois publics cibles concernés («usagers de drogues injecteurs», «prostitués masculins» et «public festif»), une mise à jour collective et approfondie n'a pu être réalisée pour des raisons de contraintes de temps. Des versions actualisées de ces cahiers seront disponibles sur le site www.strategiesconcertees.be lorsqu'ils auront pu faire l'objet de mises à jour complètes.

1. Données épidémiologiques et sociales

Pour chaque cahier, cette partie présente les principales données qui ont permis de construire la première étape de l'analyse de situation, c'est-à-dire le diagnostic épidémiologique et social.

Ces données concernent :

- La situation épidémiologique du public cible en ce qui concerne le VIH/Sida et les autres IST : incidence*, prévalence*, modes de transmission principaux. Les données sont présentées dans les limites de leur disponibilité pour chaque public considéré. Pour certains publics, des données sanitaires plus larges existent et sont dans ce cas également présentées.
- Les conditions de vie du public cible au sens large, sa situation « sociale » en ce qui concerne le bien-être et le mal-être, c'est-à-dire la santé globale au-delà des éléments épidémiologiques. Ici encore, la disponibilité des données peut varier fortement d'un public à l'autre.

2. Synthèse de l'analyse de situation

Pour chacun des publics cibles, le texte de synthèse tente de mettre en évidence en quoi chaque diagnostic construit au cours de l'analyse de situation contribue de manière systémique à la problématique. Une sélection a été opérée pour ne pas alourdir la lecture : la synthèse reprend ainsi de manière non exhaustive quelques comportements d'acteurs et certains déterminants (éducationnels, environnementaux, institutionnels) de ces comportements. Il faut donc aborder cette partie en ayant à l'esprit qu'elle ne reflète pas toute la complexité de l'analyse de situation mais tente de mettre en évidence dans les grandes lignes les liens entre ses principales composantes.

L'analyse de situation complète existe en deux versions : une version longue et une version au format poster qui sert de document de travail notamment lors des ateliers de mise à jour. Les versions longue et poster sont disponibles sous format électronique à l'adresse www.strategiesconcertees.be moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe.

3. Focus sur les acteurs

Dans chacun des cahiers, un tableau reprend de manière exhaustive l'ensemble des acteurs qui ont été identifiés au cours de l'analyse de situation comme ayant un lien avec la problématique.

Sont inclus dans cette liste d'acteurs :

- le public cible dans son ensemble et, dans certaines analyses, des catégories de ce public (catégories d'âge ou de sexe par exemple) ;
- les acteurs, services et milieux de vie spécifiques qui concernent ou s'adressent à un public cible particulier et non à l'ensemble de la population ;

- les acteurs, services et milieux de vie généralistes, qui concernent ou s'adressent à l'ensemble de la population et donc aussi au public cible.

NB : La distinction entre acteurs généralistes et spécifiques peut être variable selon les analyses de situations.

Afin de bien identifier de qui l'on parle, une description est proposée pour chaque groupe d'acteurs. Cette description peut varier d'un cahier à l'autre pour un groupe d'acteurs semblable puisqu'elle est étroitement liée à chaque problématique et à chaque public cible.

Pour chaque groupe d'acteurs est également expliqué le lien qu'il entretient avec la problématique et le rôle qu'il peut jouer en matière de prévention et de promotion de la santé. Cette explication est particulièrement utile en ce qui concerne les acteurs qui n'appartiennent pas au champ sanitaire et dont le rôle vis-à-vis de la problématique est indirect et donc pas facile à cerner. Pour un petit nombre d'acteurs, leur rôle était insuffisamment connu lors de la mise à jour et devra être analysé et précisé ultérieurement.

4. Objectifs opérationnels définis pour chaque public cible dans les cadre des Stratégies concertées 2007-2008

Chaque cahier présente également, de façon succincte, les objectifs qui ont été définis au cours de l'année 2006 et synthétisés dans une publication (Martens, Parent et al., 2006). Ils n'ont pas été actualisés à ce jour, la priorité étant la mise à jour des analyses de situations présentées dans les différents cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés à titre de rappel. En cohérence avec la Gestion de cycle de projet, ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

5. Sources

Seules les références qui ont servi à la rédaction de chaque cahier sont reprises à la fin de celui-ci. La liste exhaustive des références qui ont permis la construction de chaque analyse de situation se trouve dans les versions longues de ces analyses. Le nombre de références peut être variable d'un public à l'autre, en fonction des recherches et des dispositifs de recueils de données en Communauté française notamment. Rappelons à ce sujet que la méthode utilisée pour les analyses se caractérise par la mise en commun de données de recherche d'une part et de constats de terrain validés en consensus d'autre part. Certaines variables ne possèdent donc d'autres références que ces constats de terrain, dont une partie seulement peut être confrontée à des résultats de recherche. Cette approche est donc différente, tout en étant complémentaire, des publications de type tableaux de bord (Godin et al., 2007).

4. SYNTHÈSE ET TRANSVERSALITÉS

Les analyses de situations présentées dans les différents cahiers comportent des éléments communs qu'il conviendra de prendre en compte lors de la phase de planification afin de définir des interventions cohérentes pour les différents publics cibles : identification de groupes d'acteurs à mobiliser, de stratégies transversales et de synergies. Une synthèse des analyses de situations qui tente de mettre en évidence certaines de ces transversalités est proposée ci-dessous en ce qui concerne :

- les données épidémiologiques ;
- les données relatives aux conditions de vie ;
- les comportements et les déterminants ;
- l'objectif général et les objectifs opérationnels transversaux.

Cette synthèse est réalisée à partir de l'analyse des transversalités des différentes analyses de situations. Elle n'est pas exhaustive et pourra être poursuivie par les acteurs concernés.

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les différents publics peuvent difficilement être comparés sur le plan épidémiologique : les données proviennent de sources très diverses et elles sont rares voire inexistantes pour certains publics cibles. La situation épidémiologique présentée à travers les différents cahiers peut être résumée comme suit :

Après une augmentation constante observée entre 1997 et 2003, l'incidence* du VIH se caractérise depuis ces cinq dernières années par une stabilisation à un niveau élevé, avec un nombre compris entre 1000 et 1079 nouveaux cas par an selon les années. Les modes de transmission principaux sont les contacts homo-/bisexuels pour les personnes infectées de nationalité belge et les contacts hétérosexuels pour les personnes d'autres nationalités. Parmi ces dernières, les personnes originaires des pays d'Afrique subsaharienne sont surreprésentées. Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes parmi les patients belges, alors que le nombre d'hommes et de femmes est quasiment équivalent parmi les non-Belges (Sasse et al., 2008).

L'incidence* d'autres IST (syphilis, gonorrhée, *Chlamydia*) est en augmentation depuis le début des années 2000. La syphilis touche majoritairement les homo-/bisexuels masculins âgés de 35 à 44 ans, la gonorrhée les hétérosexuels masculins de la même tranche d'âge et la *Chlamydia* les jeunes femmes hétérosexuelles de 15 à 24 ans (Defraye et al., 2009).

Certains des publics cibles qui ne se retrouvent pas dans les catégories épidémiologiques classiques font l'objet d'enquêtes spécifiques ; on se reportera aux différents cahiers pour les données qui les concernent.

LES DONNÉES RELATIVES AUX CONDITIONS DE VIE

Chaque public cible est hétérogène et une analyse exhaustive de ses «conditions de vie» et de ses vulnérabilités* est impossible : la vulnérabilité* doit être envisagée de manière complexe, en distinguant les éléments liés à la trajectoire des individus et des groupes, les interactions entre protagonistes et le contexte dans lequel s'inscrit leur rencontre (Delor et Hubert, 2004).

Les intervenants ont retenu les éléments qui permettent d'identifier un dénominateur commun qui caractérise la santé et les vulnérabilités* de chaque public. Certains de ces éléments sont très spécifiques au public cible considéré, d'autres concernent plusieurs ou l'ensemble des publics. Ces éléments transversaux sont les suivants :

- L'accès aux soins : en Belgique, cet accès est en principe universel. Cependant, certaines catégories de population bénéficient d'un accès moindre aux soins préventifs, au dépistage ou aux soins curatifs. C'est notamment le cas des migrants vivant dans des situations de grande précarité.
- Le niveau d'éducation ou d'alphabétisation : le niveau d'éducation entretient un lien direct avec l'état de santé. Un faible niveau d'éducation nuit à l'autonomie des personnes, à leur intégration sociale et entrave leur maîtrise de différentes ressources et notamment leur compréhension des messages de prévention ou du système de santé.
- Les conditions socio-économiques et la précarité : les constats portent sur l'impact de conditions socio-économiques défavorables à différents niveaux : état de santé, accès aux moyens de subsistance, accès aux soins de santé, dépendance économique.
- La discrimination, la stigmatisation ou l'exclusion sociale : l'existence de discriminations est un constat systématique à travers toutes les analyses de situations. Elles concernent avant tout les personnes séropositives mais aussi différents publics cibles qui en sont victimes en raison de certaines caractéristiques (orientation sexuelle, origine, modes de vie et comportements,...). Elles peuvent s'exercer dans divers domaines de la vie sociale (emploi, logement, banques et assurances, enseignement, lieux d'accueil, soins de santé, vie de tous les jours).
- La santé mentale et sociale : elle peut être définie de manière différente selon les publics cibles (santé subjective, sensation de bonheur, sentiment de solitude, présence ou non de soutien social, estime de soi,...). Généralement, peu de données existent concernant ces dimensions en Communauté française en dehors des constats posés par les intervenants de terrain. Des enquêtes menées auprès de certains publics cibles intègrent néanmoins des indicateurs intéressants : sentiment de bonheur ou de solitude dans les enquêtes HBSC sur la santé des jeunes (Godin et al., 2008), expérience de dépressions et de tentatives de suicide parmi les homosexuels masculins (Martens et Huynen, 2006) par exemple.

LES COMPORTEMENTS ET DÉTERMINANTS

Les comportements et déterminants transversaux des publics cibles

De manière générale, les constats posés de façon transversale pour l'ensemble des publics cibles abordés dans les Stratégies concertées concernent, à divers degrés selon les publics, trois comportements problématiques :

- l'utilisation insuffisante et/ou inadéquate du préservatif et, pour certains publics, du lubrifiant à base d'eau ;
- le recours insuffisant et/ou inadéquat* au dépistage du VIH et des autres IST ;
- la discrimination à l'égard des personnes séropositives et/ou des publics cibles vulnérables.

Dans les cahiers 1 à 10, pour chaque public cible, les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels spécifiques de ces comportements sont analysés, ainsi que leurs interactions avec les divers acteurs concernés. Certains déterminants sont transversaux à l'ensemble des publics cibles et ne sont pas repris dans chaque synthèse des analyses de situations par public cible. Les principaux sont repris ci-dessous.

Un déterminant qui prédispose à l'adoption de ces trois comportements est le manque de maîtrise des savoirs concernant le Sida et les autres IST. Ce manque peut porter sur les modes de transmission, les moyens de protection efficaces, le caractère incurable du Sida, les effets secondaires des traitements, les modes de recours adéquat* au dépistage, les services disponibles, etc. Rappelons cependant qu'il est largement démontré que les connaissances des risques de transmission et des moyens de protection ne sont qu'un déterminant parmi d'autres et que cette connaissance seule ne suffit pas pour que les individus adoptent des comportements de protection adéquats (Moatti et al., 1997). D'autres dimensions comme le manque de conscience d'être exposé au risque IST/Sida, la méconnaissance de son statut sérologique ou du statut de ses partenaires sont directement liés à la protection et au dépistage.

La capacité d'employer le préservatif et celle de négocier son utilisation avec un partenaire, c'est-à-dire les déterminants en lien avec les capacités individuelles (techniques ou relationnelles dans ces exemples), doivent aussi être prises en compte. Ces capacités d'agir peuvent être influencées par divers paramètres : rapports de force entre partenaires, dépendance ou précarité économique, baisse de vigilance en cas de consommation d'alcool ou d'autres drogues, etc.

Les facteurs renforçant les comportements des différents acteurs peuvent être simples (par exemple le bénéfice perçu de l'utilisation du préservatif) mais sont le plus souvent complexes et concernent entre autres l'influence de l'entourage ou des pairs.

Les spécificités des milieux de vie et des environnements où évoluent les publics cibles sont également prises en compte à travers les analyses de situations. L'accessibilité du matériel de prévention, de l'information et de services divers (de dépistage et de soins notamment) est un facteur transversal pour l'ensemble des publics cibles. L'environnement social a également un impact sur les comportements des publics cibles (contextes favorisant ou non l'égalité entre les sexes et les sexualités, attitudes vis-à-vis des personnes étrangères ou vis-à-vis de l'usage de drogues par exemples).

Les comportements et déterminants transversaux des acteurs généralistes

Dans les cahiers 1 à 10, les comportements des publics cibles sont analysés dans le cadre de leurs interactions avec les **acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes** qui jouent un rôle en matière de prévention des IST/Sida. Pour les acteurs généralistes (voir la liste dans le tableau 1), quelques constats transversaux sont résumés ci-dessous (on se reportera aux cahiers 1 à 10 et notamment aux tableaux «focus sur les acteurs» pour une analyse exhaustive et détaillée des acteurs spécifiques et généralistes).

Les constats posés au sujet de certains **acteurs psychosociaux généralistes** concernent essentiellement le manque de prise en compte des besoins des publics cibles en matière de prévention des IST/Sida, de santé sexuelle et plus largement de santé physique, mentale et sociale. Les constats portent aussi sur le manque de compétences concernant la prise en charge des personnes séropositives et les discriminations à leur égard qui persistent dans le milieu des soins comme dans d'autres domaines de la vie sociale. Le non-respect du secret professionnel, du secret médical ou de la confidentialité est également un constat récurrent dans des lieux de soins mais aussi d'autres lieux de vie (**milieu de l'enseignement, lieux d'accueil et d'hébergement**). De plus, les pratiques de dépistage des professionnels de la santé non spécialisés manquent parfois de qualité (absence de *counseling** avant et/ou après le test, dépistages à l'insu des personnes ou non justifiés, etc.). Le manque d'intégration de différentes compétences dans les programmes de formation initiale et continue de ces acteurs explique en grande partie ces constats : compétences en promotion de la santé et prévention, en matière de dépistage et de prise en charge des IST/Sida, de communication avec les publics spécifiques, etc.

Les **médias grand public** peuvent constituer une source d'information concernant la sexualité, le Sida, les autres IST et diverses thématiques connexes. Cependant, les intervenants constatent que certains médias diffusent insuffisamment de telles informations ou encore les abordent de manière inadéquate : manque de rigueur scientifique, dramatisation

ou au contraire banalisation, absence d'écho concernant les actions de prévention existantes. Ils contribuent aussi parfois au renforcement des stéréotypes liés à des catégories de la population et à leur stigmatisation (jeunes, homosexuels, usagers de drogues, migrants, prostitué/es,...). Ces constats s'expliquent entre autres par le manque de formation de certains journalistes en matière de santé, par la recherche de sensationnalisme de certains médias ou encore par l'utilisation de sources d'information peu fiables. La nécessité d'une concertation entre intervenants et médias est soulignée.

Les **intervenants du milieu scolaire** peuvent jouer un rôle en matière de prévention IST/Sida ou plus largement en matière d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Ce rôle peut consister à offrir une information et un dialogue ou à orienter les jeunes vers des services compétents ou des sources d'information adéquates. Cependant, les constats montrent qu'ils intègrent de manière insuffisante ces questions dans leurs contacts avec les enfants et les jeunes notamment en raison d'un manque de soutien (de la part de la **direction**, du **pouvoir organisateur** ou des **parents**), de l'absence d'un programme officiel ou plus simplement de temps pour aborder tous les thèmes de santé pertinents. De plus, des comportements de discrimination ou de stigmatisation sont constatés en milieu scolaire (dont le refus d'accueillir des enfants ou des jeunes séropositifs ou encore les manifestations d'homophobie).

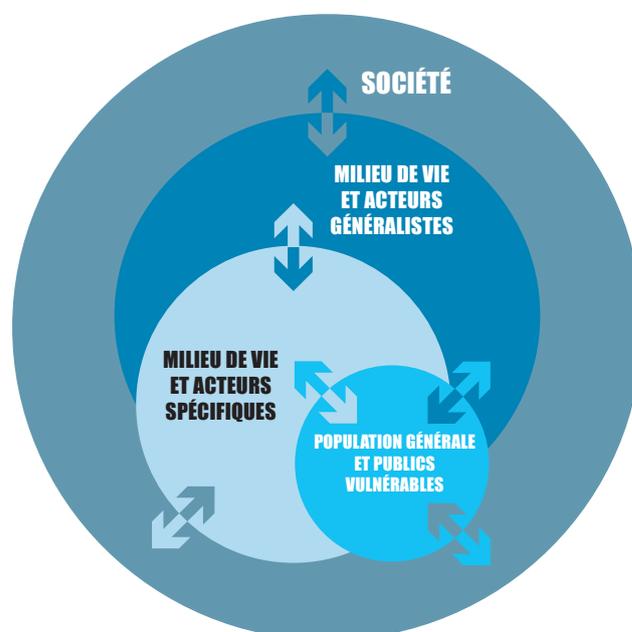
Les **intervenants de la prévention IST/Sida, de la réduction des risques et de la promotion de la santé**⁴ qui travaillent avec les différents publics cibles posent une série de constats concernant leurs propres pratiques. Un premier constat, tantôt implicite, tantôt explicite, concerne leurs difficultés à sensibiliser les **acteurs, services et milieux de vie généralistes** aux besoins en matière de prévention et de santé sexuelle des publics spécifiques. Ils soulignent ainsi les contradictions et les incohérences qui peuvent apparaître entre le travail de certains acteurs généralistes et leur propre travail : contradiction entre une approche de réduction des risques et une logique d'abstinence ou de prohibition en matière d'usage de drogues, entre une approche de la diversité des orientations sexuelles et l'hétérosexisme de la société, entre des stratégies basées sur la participation des acteurs de terrain et des publics bénéficiaires et des logiques plus verticales ou répressives. Un second constat porte sur la qualité des interventions : confrontés à des problématiques complexes et multifactorielles, les intervenants estiment ne pas toujours détenir les moyens nécessaires en termes de temps, de ressources financières mais aussi de compétences pour y faire face et pour mettre en œuvre des stratégies adéquates. Un troisième constat porte sur les difficultés rencontrées par les acteurs pour faire reconnaître sur le plan politique les besoins spécifiques des publics auxquels ils sont confrontés et le travail qu'ils mettent en œuvre pour rencontrer ces spécificités. Enfin, ils insistent sur les efforts de concertation encore nécessaires

pour rendre plus cohérentes les actions qu'ils mettent en place et les messages qu'ils diffusent ainsi que pour mieux prendre en compte les publics et les individus qui cumulent les vulnérabilités*.

La prévention des IST/Sida a des liens avec différentes compétences et niveaux de pouvoir politiques au-delà de la santé dans ses aspects préventifs et curatifs. En effet, elle est influencée par diverses politiques comme l'égalité des chances, la lutte contre les discriminations, l'accueil sur le territoire et les droits des étrangers, le contrôle des usages de drogues, les droits des personnes homosexuelles, des prostitué/es, des personnes incarcérées, etc. Le rôle des **acteurs politiques et administratifs** et des divers textes légaux et réglementaires est donc essentiel. A travers les analyses de situations, les constats réalisés par les intervenants portent tantôt sur l'insuffisance de ces réglementations (par exemple l'absence de politique cohérente de dépistage du VIH et des autres IST), sur leur inadéquation (par exemple la répression de l'usage de drogues qui entrave la réduction des risques), sur les problèmes liés à leur mise en œuvre (par exemple la loi sur l'aide médicale urgente appliquée de manière variable selon les CPAS) et sur l'insuffisance de la concertation entre les différentes compétences et les divers niveaux de pouvoir.

La vision des liens entre publics cibles et acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes est illustrée par la figure 3.

Figure 3 : Interactions entre public cibles, acteurs et milieux de vie



4 Ces acteurs peuvent à la fois être considérés comme des acteurs généralistes car ils appartiennent au groupe des acteurs psychomédico-sociaux et des acteurs spécifiques car certains d'entre eux s'adressent à un seul public cible spécifique.

Tableau 1

Les acteurs généralistes inclus dans les analyses de situations
La famille
Les acteurs des milieux de loisirs
Les médias
Les milieux de l'éducation et de la formation (incluent la formation médicale, paramédicale et celle des travailleurs sociaux)
Les acteurs politiques et administratifs
Les acteurs commerciaux
Les sites Internet de rencontre et les agences matrimoniales
Les sociétés de transports en commun
Les acteurs religieux
Les personnalités médiatiques
La police
La société ou la population générale
Les acteurs universitaires et les centres de recherches
Les acteurs du secteur psycho-médico-social (incluent les intervenants du secteur IST/Sida)
Les organisateurs des lieux de sortie
Les lieux d'accueil et d'hébergement pour adultes
Les milieux d'accueil de la petite enfance et de l'adolescence
Les organismes de défense des droits et de lutte contre les discriminations
Le milieu du travail et de la formation professionnelle
Les banques, assurances, mutualités

L'OBJECTIF GÉNÉRAL ET LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS TRANSVERSAUX

L'objectif général défini collectivement dans le cadre des Stratégies concertées est de contribuer à diminuer l'incidence* et la prévalence* des IST et plus particulièrement du VIH, de réduire les vulnérabilités* des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité.

Pour l'ensemble des publics cibles, trois objectifs opérationnels transversaux ont été définis :

- 1) améliorer le recours adéquat* et l'accès au dépistage de qualité* du VIH et des autres IST ;
- 2) augmenter et/ou améliorer l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque* ;
- 3) contribuer à réduire les discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives.

Des objectifs complémentaires pour chaque public cible ont également été définis et sont repris dans chaque cahier.

5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

AU SUJET DE LA MÉTHODOLOGIE

Les outils méthodologiques utilisés dans le cadre des Stratégies concertées ont fait l'objet d'un important travail d'adaptation afin de répondre au mieux aux besoins des acteurs et aux spécificités du processus. La vision systémique dans l'analyse et l'action d'une part, et le caractère participatif du processus d'autre part, ont trouvé une opérationnalisation dans la mise en place d'une Gestion de cycle de projet participative et systémique (GCPPS), qui permet l'amélioration de la qualité des interventions.

En ce qui concerne la vision systémique, une spécificité majeure de l'approche adoptée dans le cadre des Stratégies concertées est la prise en compte de tous les acteurs en lien avec la problématique. Le travail de coordination effectué par les points focaux a d'ailleurs permis l'identification d'acteurs nouveaux dans les analyses. Le système d'acteurs et d'actions régulé (Parent, 2006) permet de comprendre, sans hiérarchiser les acteurs a priori, la contribution de chacun à la problématique et de ne pas se focaliser sur le seul public cible.

Les points focaux ont permis de mobiliser des acteurs spécifiques et généralistes nouveaux et d'adopter ainsi une vision intersectorielle dans les analyses. L'identification d'acteurs nouveaux doit conduire à élargir encore le panel des participants aux Stratégies concertées afin que celui-ci soit le plus représentatif possible en regard des problématiques.

AU SUJET DES PROCESSUS

A l'occasion de ce travail de mise à jour, un effort pour favoriser la participation des publics cibles dans l'analyse des problèmes qui les concernent en matière de prévention IST/Sida a été fait. Dans certains ateliers, des membres du public cible contactés via diverses associations ont pris part au travail collectif. Un atelier spécifique réunissant des personnes migrantes séropositives a également été organisé. Cependant, la participation des personnes concernées reste difficile, en particulier pour certains publics cibles. Pour la suite du processus, les intervenants ont manifesté leur souhait de poursuivre la réflexion à ce sujet. Il s'agira de trouver d'une part des moyens pour mobiliser davantage les publics et d'autre part des méthodes plus accessibles pour encourager ces publics à contribuer à l'analyse des problèmes qui les concernent et à la planification des solutions à ces problèmes.

Par ailleurs, une évaluation du processus des Stratégies concertées a été menée, au cours de l'été 2009, par la diffusion d'un questionnaire auprès des participants. Son objectif était d'améliorer le processus en répondant de manière plus adéquate aux attentes du secteur.

Voici, parmi d'autres, quelques éléments mis en évidence par les répondants :

- Le processus des Stratégies concertées représente une réelle plus-value tant pour leur propre travail que pour l'ensemble des intervenants dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Cette plus-value est particulièrement présente dans la mise en réseau, le développement d'une approche réflexive concernant l'analyse des problématiques et les pratiques professionnelles, l'appropriation d'outils méthodologiques et l'évaluation.
- Les attentes concernant les axes qui devraient être encore davantage renforcés dans l'avenir portent sur la concertation, la meilleure appropriation d'outils de planification et d'évaluation et l'analyse de méthodes pertinentes pour renforcer la participation effective de tous les publics cibles.
- Les répondants insistent aussi sur la nécessité d'assurer un réel suivi des recommandations formulées dans le cadre du travail collaboratif. Par exemple, les différents manques de synergies, d'actions ou de données identifiés au cours des mises à jour doivent faire l'objet de réponses opérationnelles appropriées et ne pas rester au stade de constats.

Les éléments d'évaluation recueillis permettront de baliser les étapes du processus à moyen et long terme avec le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM). Une première discussion a déjà permis d'identifier trois priorités :

- la mise à jour des publics cibles qui n'ont pu être actualisés totalement en 2008-2009 (prostitués masculins, usagers de drogues injecteurs et public festif) ;
- la conception d'outils concrets d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles des intervenants du secteur ;
- l'identification des priorités devant mener à des actions nouvelles pour chaque public cible.

En ce qui concerne l'évaluation, un lien devra être fait entre le travail de réflexion du secteur IST/Sida d'une part et l'évaluation du programme quinquennal et du dispositif de promotion de la santé en Communauté française, prévue dans une modification récente du décret organisant la promotion de la santé⁵.

⁵ Le décret du 26 mars 2009 (M.B : 29/05/2009) modifiant le décret du 14 juillet 1997 intègre la notion d'évaluation dans ces termes : «Préalablement à l'adoption d'un nouveau programme quinquennal de promotion de la santé tel que visé au §1^{er} et au plus tard six mois avant le terme du programme quinquennal en cours, le Conseil supérieur de la Santé remet une évaluation du programme quinquennal précédent rédigée sous son égide. Cette évaluation inclut au moins l'étude de la qualité et de l'efficacité du dispositif mis en place pour la mise en œuvre des grands objectifs du programme et la mesure de l'impact de ce dernier sur la promotion de la santé et le bien-être de la population ainsi que l'évaluation des mesures définies dans les plans communautaires opérationnels arrêtés par le Gouvernement (...)».

AU SUJET DES PRODUCTIONS

Les mises à jour des analyses de situations réalisées au cours des années 2008 et 2009 par les intervenants du secteur de la prévention des IST/Sida et leurs réseaux de partenaires ont permis d'améliorer la qualité des analyses existantes par l'actualisation de données qualitatives et quantitatives, l'identification de nouveaux acteurs et de leur rôle en matière de prévention et de promotion de la santé, la confrontation de points de vue d'intervenants ayant des réalités professionnelles différentes et le renforcement d'une vision commune des problématiques. La journée stratégique a permis un échange collaboratif entre intervenants qui travaillent avec des publics différents dans des organisations diverses. Les transversalités ont également pu être mises en évidence. Tous ces résultats ont été intégrés dans les analyses de situations. Dans le cadre de la Gestion de cycle de projet, ils devront aussi permettre d'améliorer la qualité des objectifs et des stratégies et d'assurer la diversité de ceux-ci lors de l'actualisation des plans d'action.

LEXIQUE

Adhésion au traitement • Le concept d'adhésion implique que le médecin et le patient choisissent de commun accord le type de traitement et le moment de le commencer. Il est actuellement préféré aux concepts de compliance (suivi du traitement) ou d'observance (respect strict des prescriptions et consignes) dans la mesure où ceux-ci n'impliquent que le respect par le patient de consignes données (voire imposées) par le médecin.

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

Dépistage de qualité • Dépistage sur base volontaire, réalisé avec le consentement éclairé du patient et accompagné d'un *counseling** au moment du test et lors de la remise du résultat en face-à-face.

Dépistage, recours adéquat • Dépistage effectué à la suite d'une prise de risque*. D'autres cas de figure peuvent toutefois être considérés comme adéquats : le dépistage des deux partenaires au début d'une relation pour pouvoir abandonner l'utilisation du préservatif, par exemple. Par contre, le test de dépistage à l'insu du patient en milieu hospitalier avant une opération est un exemple de dépistage inadéquat. Le dépistage adéquat des autres IST est plus complexe à définir et devrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

Genre • L'approche de genre prend comme point de départ l'idée selon laquelle les différences entre les hommes et les femmes (psychologie, statuts, rôles, activités) et la hiérarchie fondée sur la base de ces différences (domination masculine) sont le produit de l'histoire, de la culture et des rapports sociaux et non une donnée immuable de la nature. Cette approche considère que la mise en évidence du caractère relatif de ces différences et leur déconstruction doivent conduire à l'instauration de rapports égaux entre hommes et femmes.

Incidence • Nombre de nouveaux cas d'une infection ou d'une maladie enregistrés au cours d'une période donnée (généralement un an).

Prévalence • Proportion de personnes atteintes d'une infection ou maladie dans une population donnée à un moment donné.

Prise de risque • Pratique qui comporte un risque de transmission du VIH ou d'autres IST :

- Pénétration vaginale ou anale entre partenaires de statuts sérologiques inconnus ou différents. Les pratiques bucco-génitales (cunnilingus, fellation ou anulingus) sont également des pratiques considérées comme risquées pour la transmission du VIH mais aussi et surtout pour la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles.
- Injection de drogue par voie intraveineuse avec une seringue usagée.
- Piqûre accidentelle d'un membre du personnel soignant par une seringue contaminée dans le cadre de son activité professionnelle.

Préventions primaire, secondaire, tertiaire • La prévention primaire vise à réduire l'incidence* de nouveaux problèmes de santé, c'est-à-dire à empêcher des problèmes de santé d'apparaître. Dans le domaine de la prévention du VIH/Sida et des autres IST, elle désigne les interventions visant à prévenir les nouvelles infections, en promouvant l'utilisation du préservatif par exemple.

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence* des problèmes chez les patients atteints d'une infection ou d'une maladie. Dans le domaine des IST/Sida, elle consiste à empêcher l'évolution de l'infection, notamment par un dépistage, un suivi et, le cas échéant, un traitement adéquat.

La prévention tertiaire cherche à amoindrir les effets ou les séquelles d'une pathologie ou d'un traitement et à améliorer la qualité de vie des personnes touchées. Il s'agit par exemple de prévenir les handicaps résultant d'une toxoplasmose cérébrale ou d'une lipodystrophie majeure.

NB : Dans la littérature scientifique comme dans la pratique, les limites entre les préventions primaire, secondaire et tertiaire ne sont pas toujours clairement définies. Par exemple, les interventions qui visent à prévenir les contaminations par un autre virus VIH ou une autre IST chez les personnes séropositives peuvent être considérées comme une prévention primaire, secondaire ou tertiaire selon le point de vue adopté. De même, les actions de prévention qui ciblent les personnes séropositives pour prévenir les nouvelles contaminations parmi les personnes séronégatives, dénommées prévention secondaire dans le cadre de ce document, sont parfois considérées comme appartenant au domaine de la prévention primaire.

Sérodiscordant/séroconcordant • De statut sérologique différent/identique.

Traitement (ou prophylaxie) post-exposition • Prise, habituellement pendant quatre semaines, d'une association de deux ou plus souvent trois ou quatre médicaments anti-VIH, avec l'objectif d'empêcher l'infection. Cette prophylaxie peut être proposée après un risque de type professionnel (par exemple une piqûre accidentelle d'un membre du personnel soignant par une aiguille qui vient de servir chez un patient séropositif) ou après un risque non professionnel (par exemple une relation sexuelle particulièrement à risque ou l'échange d'une seringue usagée). Idéalement, le début d'une prophylaxie post-exposition professionnelle ou non professionnelle doit avoir lieu au plus tard dans les 48 à 72 heures.

Transmission horizontale • Transmission entre partenaires sexuels ou entre usagers de drogues lors de l'utilisation de seringues contaminées.

Transmission verticale • Transmission de la mère contaminée à son enfant.

Vulnérabilité • Le concept de vulnérabilité doit être compris en prenant trois temps en considération (Delor et Hubert, 2004) : en amont de l'événement, les facteurs qui influencent l'exposition des personnes et des groupes au virus ; au moment de l'événement, les capacités dont ces personnes et ces groupes disposent pour faire face à la situation ; en aval, les conséquences d'une infection au VIH pour les groupes ou les individus. Les facteurs qui influencent l'exposition, la capacité et les conséquences doivent être analysés aux niveaux de la trajectoire (facteurs individuels), de l'interaction entre partenaires (facteurs relationnels) et du contexte social.

ARV Antirétroviraux (traitements).

FSF Femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes.

HBV Virus de l'hépatite B.

HCV Virus de l'hépatite C.

HPV Human Papilloma Virus, infection sexuellement transmissible pouvant conduire au cancer du col de l'utérus.

HSH Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

ISSP Institut Scientifique de Santé Publique

IST Infection(s) sexuellement transmissible(s).

RDR Réduction des risques.

Sida Syndrome de l'immuno-déficience acquise.

UDI Usager de drogues injecteur.

VAS Vie affective et sexuelle.

VHS Visite(s) hors surveillance (en prison).

VIH Virus de l'immuno-déficience humaine.

SOURCES

- Defraye A., Buziarsist J., Sasse A., Bots J., Claes P., Ducoffre G., Lokietek S., Mak R., Van den Eynde S. Surveillance-IST, Belgique 2007, Rapport commun. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2009a. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2009/19)
- Defraye A., Buziarsist J., Sasse A. Surveillance des IST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique. Rapport annuel 2008. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2009b. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2009/036)
- Delor F., Hubert M. Un réexamen du concept de «vulnérabilité» pour la recherche et la prévention du VIH/Sida. Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, 2004.
- Godin I., Decant P., Moreau N., de Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. SIPES-ULB, Bruxelles, 2008.
- Godin I., De Smet P., Favresse D., Moreau N., Parent F. (Eds). Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service Communautaire en Promotion Santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.
- Martens V., Huynen P. Connaissances et comportements des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'égard du VIH/Sida en Communauté française de Belgique. Arch Public Health, 2006, 64 , 13-26.
- Martens V, Parent F et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2006.
- Ministère de la Communauté française. Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé. Direction Générale de la santé, Bruxelles, 2005.
- Ministère de la Communauté française. Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008-2009. Direction Générale de la santé, Bruxelles, 2008.
- Ministère de la Communauté française. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008. Direction générale de la santé, Bruxelles, 2004.
- Office de Coopération EuropeAid. Lignes directrices. Gestion du cycle de projet. Bruxelles : Commission européenne, 2004.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le conseil VIH/Sida : un élément clé de la prise en charge. Guide conçu pour les décideurs, les planificateurs et les responsables de la mise en oeuvre d'activités de conseil. Genève, 1995.
- Moatti J-P., Hausser D., Agrafiotis D. Understanding HIV risk-related behaviour : a critical overview of current models. In Van Campenhout L., Cohen M., Guizzardi G., Hausser D. (Eds). Sexual interactions and HIV risk – New conceptual perspectives in European research. Taylor & Francis, London, 1997.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1986.
- Parent F. Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Etude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé. Thèse de doctorat. Ecole de Santé Publique de l'ULB, Bruxelles, 2006.
- Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. Montréal : Editions nouvelles, 1995.
- Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Wanyama S. Epidémiologie du Sida et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2007. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2008. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2008/037)

- Cahier 0 Une analyse commune pour l'action : présentation et transversalités
- Cahier 1 La population générale
- Cahier 2 Les enfants et les jeunes
- Cahier 3 Les personnes séropositives
- Cahier 4 Les migrants
- Cahier 5 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier 6 Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier 7 Les prostituées féminines
- Cahier 8 Les prostitués masculins
- Cahier 9 Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier 10 Le public festif

Ces documents, ainsi qu'une présentation du processus et de la méthodologie des Stratégies concertées sont également disponibles sur le site Internet www.strategiesconcertees.be



LES ORGANISMES CONTRIBUANT AUX STRATÉGIES CONCERTÉES

Points focaux

- Plate-Forme Prévention Sida (population générale)
- Coordination Sida Assuétudes Namur, Plate-Forme Prévention Sida, Sid'action Pays de Liège (enfants et jeunes)
- Siréas (migrants)
- Ex æquo (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Modus Vivendi (usagers de drogues injecteurs et public des milieux festifs)
- Espace P (prostituées féminines)
- Service Education pour la Santé (détenus)

Partenaires du processus

De nouveaux acteurs rejoignent régulièrement le processus. Cette liste est donc évolutive.

Aide Info Sida
Alias asbl
Caw Mozaiek Adzon
Centre de prise en charge hôpital Saint-Luc
Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi
Centre de Référence Sida du CHU de Liège
CLAJ
CLPS Brabant Wallon
CLPS Bruxelles
CLPS Hainaut Occidental
CLPS Huy-Waremme
CLPS Luxembourg
CLPS Mons
Communauté française – DG Santé
Conseil supérieur de promotion de la santé
Département de Médecine Générale ULB
Dune
Echos séropos d'ici et d'ailleurs
Ecole de Santé Publique ULB
Entre 2 asbl
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial
Hôpital Saint-Pierre, Centre de Référence Sida
Hôpital Saint Pierre, service gynécologie

Hôpital Saint-Pierre, service pédiatrie
Icar
Institut Scientifique de Santé Publique
Libiki
Magenta
Maison Médicale de Bomel
Maison provinciale du mieux-être de Gembloux
Ministère de la Justice
Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)
MSF
Planning familial de Tamines
Planning familial des FPS de Namur
Projet Matongé
Projet Rousseau
Question Santé
Sensoa
Service de prévention de la ville de Mons
Service PSE de Bruxelles
Sida-IST Charleroi-Mons
SIPES-ULB
SIPES
Tels Quels
Université de Mons-Hainaut

Editeur responsable

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis – Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles.

Mise en page

Nathalie da Costa Maya
Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

Dépôt légal

D/2009/10646/1



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique