



LA POPULATION GÉNÉRALE

Point focal : Plate-forme Prévention Sida

L'analyse de situation pour la population générale est à mettre en relation avec l'ensemble des autres analyses de situations.

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour la population générale. Ces éléments sont complémentaires de ceux présentés dans le cahier général (cahier 0).

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- des données épidémiologiques et sociales relatives au VIH/Sida, aux autres IST et aux conditions de vie pour la population générale ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ce public ;
- un tableau exhaustif décrivant le public cible et les acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes recensés à travers l'analyse de situation et expliquant pour chacun le lien avec la problématique ;
- un rappel des objectifs opérationnels définis pour ce public cible pour la période 2007-2008 par le secteur de la prévention IST/Sida ;
- les sources bibliographiques qui ont permis la rédaction du cahier.

* 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

LA PROBLÉMATIQUE EN QUELQUES MOTS

Depuis quelques années, on observe une recrudescence de certaines IST dont le VIH en population générale, dans un contexte de banalisation et de lassitude vis-à-vis du Sida et de méconnaissance des autres IST. Le dépistage est volontaire mais mal ciblé et n'est pas défini par un cadre politique clair et cohérent.

Des attitudes et des comportements discriminatoires envers les publics vulnérables et en particulier les personnes séropositives existent encore. D'importantes inégalités subsistent (notamment en matière de genre*, de sexualités, de statut socio-économique et d'âge) et renforcent la problématique.

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

1.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Infection au VIH dans le monde

Pour l'année 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé par l'ONUSIDA à 33 millions, le nombre de nouvelles infections à 2,7 millions et le nombre de personnes décédées du Sida à 2 millions (ONUSIDA, 2008).

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus fortement touchée, avec 67 % des personnes vivant avec le VIH et 75 % des décès dus au Sida en 2007. Dans d'autres régions, on observe des augmentations particulièrement préoccupantes, notamment en Fédération de Russie et en Indonésie.

Les femmes constituent la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent environ 45 % des nouvelles infections dans le monde.

Infection au VIH en Europe

Au niveau européen (ECDC/WHO, 2008), en 2007, dans les pays de l'Union/EFTA¹, 26279 nouveaux cas d'infection ont été enregistrés, soit un taux de 64,1 par million d'habitants. Les 15-29 ans représentaient 28 % des cas et la proportion de femmes était de 31 %. Le mode de transmission prédominant était les contacts sexuels entre hommes (39 %), suivi des rapports hétérosexuels (29 %) et de l'usage de drogues par voie intraveineuse (9 %).

L'évolution des modes de transmission ces quatre dernières années présente les tendances suivantes (voir figure 1) :

- augmentation des cas d'infection par contacts homosexuels ;
- augmentation puis diminution des cas d'infection par contacts hétérosexuels (parmi ceux-ci, on constate une légère diminution des cas d'infection parmi les personnes originaires de pays où l'épidémie est généralisée – ces données ne sont pas présentées dans la figure 1) ;
- légère diminution des cas d'infection par injection de drogues ;
- stabilité à un niveau bas des contaminations de la mère à l'enfant (transmission verticale).

¹ Il s'agit des Etats membres de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2007 (27 pays), auxquels s'ajoutent trois pays de la European Free Trade Association (Norvège, Islande, Suisse).

Figure 1

Evolution de l'incidence* du VIH en Europe (pays Union/EFTA) par mode de transmission, 2003-2007
(Source : ECDC 2008)

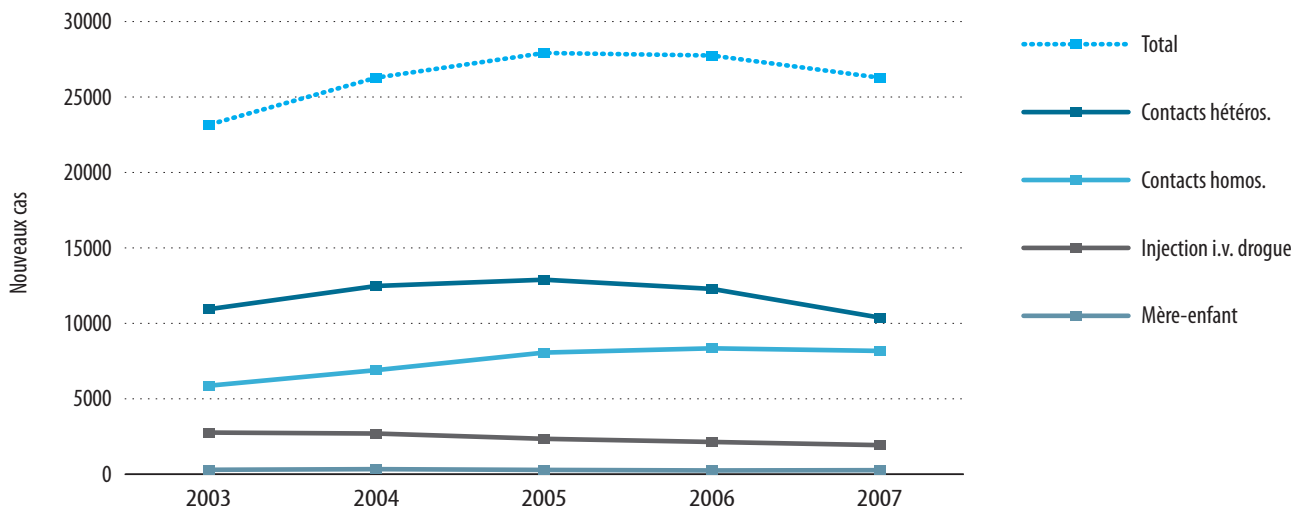
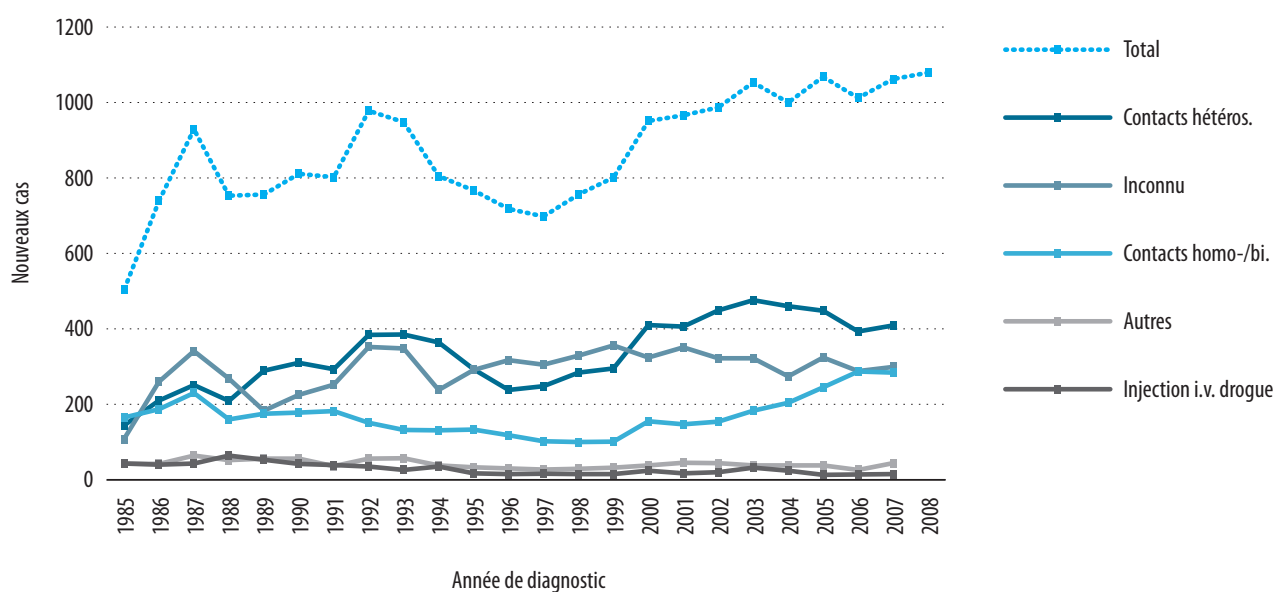


Figure 2

Evolution de l'incidence* du VIH par mode de transmission, 1985-2008, Belgique
 (Source : ISSP 2009)



Infection au VIH en Belgique en population générale

L'évolution de l'incidence* du VIH ces cinq dernières années se caractérise par une stabilisation à un niveau élevé (voir fig 2). Les années 2003, 2005, 2007 et 2008 ont connu les plus hautes incidences* de l'histoire de l'épidémie (entre 1053 et 1079 nouveaux cas diagnostiqués selon les années), ce qui correspond à une moyenne d'environ trois contaminations par jour. Cette stabilisation fait suite à une forte augmentation observée entre les années 1997 et 2000 (augmentation de 36 %) et à une augmentation plus modérée entre 2000 et 2003 (11 %) (Sasse et al., 2008).

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2008, entre 21099 et 22236 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH. Les hommes sont plus nombreux que les femmes (le sex-ratio est de 1,7). Les tranches d'âge les plus touchées sont les 30-34 ans chez les hommes et les 25-29 ans chez les femmes. Durant la même période, 3892 diagnostics de Sida ont été notifiés.

Le profil de l'épidémie est très différent selon l'origine des personnes diagnostiquées en ce qui concerne le sexe et les modes de transmission (voir figures 3 et 4) : en 2007, parmi les personnes d'origine belge pour lesquelles les informations concernant le sexe et le mode de transmission sont connues (n=320) :

- les hommes sont nettement plus touchés que les femmes : le sex-ratio est de 7,4 ;
- les contacts homosexuels sont le mode de transmission prédominant (63 %).

Pour la même année, parmi les personnes d'autres nationalités pour lesquelles les informations concernant le sexe et le mode de transmission sont connues (n=429) :

- les hommes et les femmes sont touchés de manière quasiment égale : le sex-ratio est de 1,2 ;
- les contacts hétérosexuels sont le mode de transmission prédominant (71 %).

En 2007, 9351 patients ont été suivis médicalement (Sasse et al., 2008). Parmi ceux-ci, 42 % ont été infectés par contacts hétérosexuels, 27 % par contacts homosexuels et 2,5 % par injection de drogues. Quarante pour cent étaient de nationalité belge et 31 % étaient originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

Figure 3

Répartition des patients par sexe selon la nationalité, Belgique, 2007
(Source : ISSP 2009)

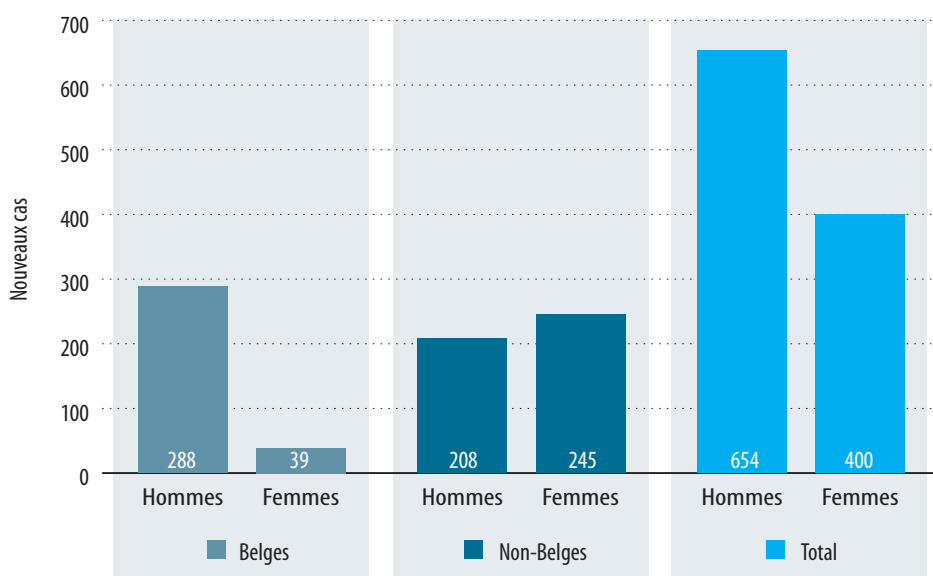
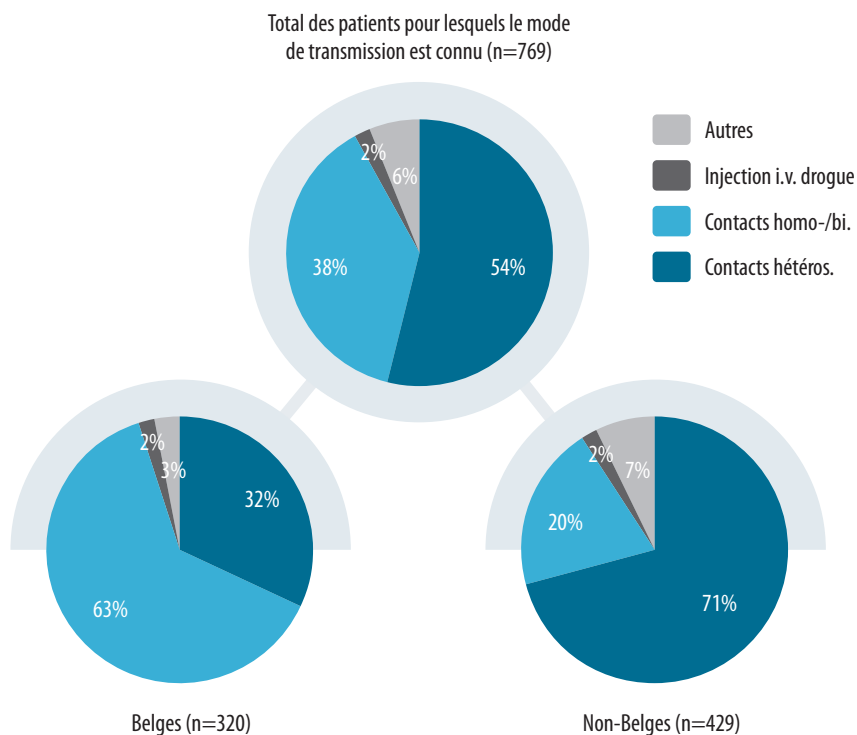


Figure 4

Répartition des patients par mode probable de transmission selon la nationalité, Belgique, 2007 (Source : ISSP 2009)



Données concernant les autres IST en Belgique en population générale

Les données concernant les IST proviennent du réseau sentinelle de cliniciens et du réseau des laboratoires vigies (Defraye et al., 2009a-b).

Durant l'année 2008, le réseau sentinelle de cliniciens en Belgique a enregistré un ou plusieurs diagnostics d'IST chez 727 patients (Defraye et al., 2009b). Les données de ce réseau apportent des détails sur le profil de ces patients :

- le nombre d'hommes et de femmes est quasiment équivalent (respectivement 362 et 365) ;
- chez 5 % des patients, plusieurs diagnostics d'IST ont été posés simultanément ;
- 75 % des patients étaient de nationalité belge ;
- 40 % des hommes mentionnent une orientation hétérosexuelle et 54 % une orientation homo-/bisexuelle (l'information est manquante dans 7 % des cas) ;
- 90 % des femmes mentionnent une orientation hétérosexuelle (l'information est manquante dans 9 % des cas) ;
- l'IST la plus fréquente est la *Chlamydia* chez les femmes, la syphilis chez les hommes homo-/bisexuels et les condylomes chez les hommes hétérosexuels ;
- pour les infections à *Chlamydia*, la tranche d'âge la plus représentée chez les femmes est celle des 15-24 ans et chez les hommes, celle des 25-34 ans.

Les données provenant du réseau des laboratoires vigies (Defraye et al., 2009a) apportent des informations sur les évolutions des principales IST au cours des dernières années :

- A partir de l'année 2001, une augmentation de l'incidence* de la **syphilis** est observée jusqu'en 2005, suivie d'une diminution entre 2005 et 2006 et d'une nouvelle augmentation depuis 2006. Cette augmentation concerne surtout la Flandre, qui a enregistré 279 diagnostics en 2007 contre 118 en Communauté française (Région bruxelloise incluse). Les hommes sont nettement plus touchés que les femmes.
- Une augmentation des diagnostics de **gonorrhée** est également observée depuis le début des années 2000 et cette augmentation s'accroît depuis 2004. En 2007, plus de la moitié des 585 diagnostics sont posés en Flandre (n=333), 28 % en Région bruxelloise (n=163) et 12,5 % en Wallonie (n=73). Les hommes sont plus touchés que les femmes. L'augmentation récente constatée chez les femmes concerne la tranche d'âge des 25-44 ans. Chez les hommes, l'augmentation récente concerne surtout les plus de 45 ans.
- Une augmentation importante d'infections à **Chlamydia** a été enregistrée entre 2000 et 2005 en particulier chez les femmes. Une stabilisation est ensuite observée en 2005-2006, suivie d'une reprise à la hausse depuis 2006 qui concerne les deux sexes. Le nombre total d'infections enregistré en 2007 est de 2480.

NB : pour la gonorrhée et la *Chlamydia*, l'augmentation observée entre 2000 et 2005 est, au moins partiellement, liée à l'introduction de méthodes de tests plus sensibles remboursées depuis décembre 2001.

Données concernant les conditions de vie de la population générale

Les données épidémiologiques présentées ci-dessus montrent que la situation en Belgique est celle d'une prévalence* du VIH relativement faible en population générale. Néanmoins, les intervenants mettent en évidence plusieurs constats et indicateurs qui montrent la nécessité d'analyser la population générale comme public cible de la prévention :

- Tout individu, qu'il puisse ou non être classé dans tel ou tel public cible, est susceptible de traverser des situations qui le rendent plus vulnérable vis-à-vis des IST/Sida. Les fragilités biographiques (Delor et Hubert, 2004) liées à des événements de vie (nouvelle rencontre ou rupture amoureuse, deuil, perte d'emploi,...), des problèmes de santé mentale (dépression, manque d'estime de soi,...) notamment peuvent expliquer en partie des prises de risque* en matière de santé.
- La population générale inclut les différents publics cibles ; parmi ceux-ci, certains sous-groupes et certains individus échappent aux programmes de prévention spécifiques et ne peuvent être atteints que par des canaux de communication grand public ou des relais généralistes.
- Dans le cadre de l'enquête de santé par interview de 2004 (Bayingana et al., 2006), 7 % des répondants déclaraient être sexuellement actifs sans être engagés dans une relation stable. Ils sont considérés comme un groupe de population présentant un risque potentiel d'infection par une IST plus élevé que les répondants engagés dans une relation stable ou sexuellement inactifs. Certaines personnes peuvent aussi être plus vulnérables à la suite d'une expérience de rupture (Marquet et al., 1994) ; un indicateur qui peut être pris en compte à ce sujet est le nombre de divorces, même s'il ne recouvre pas l'ensemble des situations de rupture. Or ce nombre est élevé (35366 en 2008) en regard du nombre de mariages (45613 la même année) (SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie, 2009).
- Les discriminations vis-à-vis des personnes séropositives ainsi que le racisme, le sexisme, l'homophobie et d'autres formes d'exclusion à l'égard de différents groupes de population (usagers de drogues, prostitué(es)) contribuent à l'exclusion et à la vulnérabilité* des individus, notamment en matière de santé.
- Une proportion non négligeable de personnes ignorent qu'elles sont séropositives pour le VIH. Au niveau européen, la proportion de personnes non diagnostiquées parmi l'ensemble des personnes infectées est estimée à 30 % (Hamers et al., 2006). En Belgique, malgré une nette diminution observée ces dix dernières années, plus d'une infection au VIH sur cinq est diagnostiquée très tardivement (Sasse et al., 2008). L'ignorance de son statut sérologique empêche les personnes de bénéficier de soins appropriés et d'adopter des mesures de protection pour elles-mêmes et leurs partenaires.
- La sexualité est fortement médiatisée, notamment sur Internet, mais les intervenants estiment qu'il reste difficile d'aborder les questions de vie affective, relationnelle et sexuelle dans une optique de prévention et de promotion de la santé.

1.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 1.1, le diagnostic comportemental a été construit en identifiant les comportements du public cible d'une part et ceux des acteurs, services et milieux de vie généralistes et spécifiques en lien avec ce public cible d'autre part. Les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels de ces différents comportements ont ensuite été recherchés et classés. La synthèse ci-dessous reprend les éléments-clés de cette analyse en tentant de mettre en évidence les principaux acteurs et leurs interactions.

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Pour réaliser une analyse de situation, les participants, lors de la construction du diagnostic comportemental, formulent les comportements des acteurs sous forme de problèmes, c'est-à-dire de manière négative, et avec un certain degré de généralité. Cette approche critique répond à une nécessité méthodologique : il s'agit à cette étape d'identifier les manquements et aspects à améliorer. Au moment de la formulation des objectifs opérationnels, ces comportements formulés négativement seront traduits de manière positive comme résultats à atteindre et comme activités à mettre en œuvre.

La **population générale** utilise le préservatif de manière insuffisante ou inadéquate (Bayingana et al., 2006) : parmi les personnes sexuellement actives n'ayant pas de partenaire stable, 56 % déclarent l'utiliser comme moyen de protection contre les IST. Elle recourt insuffisamment au dépistage du VIH et des autres IST : 23 % de la population belge des 15 ans et plus a effectué au moins une fois un test du VIH dans sa vie et parmi ces 23 %, près de trois quarts des personnes ont effectué le test il y a plus d'un an. De plus, la population générale fait preuve d'attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes séropositives : 69 % des répondants de l'enquête de santé par interview acquiescent à une ou plusieurs affirmations à caractère discriminatoire². Ces attitudes discriminatoires se manifestent également vis-à-vis d'autres publics particulièrement touchés par le VIH (homosexuels, usagers de drogues, prostituées, migrants). En cas de prise de risque*, le recours au traitement post-exposition*, encore peu connu par la population et les professionnels, est rarement envisagé. Ces comportements et attitudes peuvent être mis en relation avec de nombreux facteurs et peuvent varier selon les publics cibles considérés (voir les cahiers 2 à 10 pour les analyses de situations par publics cibles spécifiques). De manière générale, les connaissances relatives aux IST/Sida sont l'un des déterminants associés à l'utilisation du

préservatif, au recours au dépistage et à la discrimination. A ce sujet, l'enquête de santé par interview (Bayingana et al., 2006) indique que seuls 33 % de la population de 15 ans et plus reconnaît les contacts non contaminants pour la transmission du VIH et que malgré une amélioration entre 1997 et 2004, seuls 56 % parviennent à identifier les méthodes de protection efficaces contre l'infection.

Certains **médecins non spécialisés dans le traitement du VIH et des autres IST** ont parfois tendance à dépister les patients de manière inadéquate, par manque de compétence spécifique ; cette inadéquation peut prendre plusieurs formes :

- ne pas proposer de test alors que le patient a effectivement pris des risques, appartient à un groupe particulièrement exposé ou traverse une situation qui le rend vulnérable. La méconnaissance des données épidémiologiques ou le manque de capacité pour aborder les questions liées à la sexualité avec le patient sont des facteurs qui peuvent expliquer ce constat ;
- à l'inverse, dépister un patient sans que cela se justifie (c'est notamment souvent le cas en contexte pré-opératoire, car beaucoup de médecins estiment que la connaissance du statut sérologique les prémunira contre un accident d'exposition professionnel) ;
- dépister le patient à son insu ou sans son consentement éclairé ;
- réaliser un test sans un *counseling** au moment du dépistage et/ou au moment de la remise du résultat, que celui-ci soit positif ou négatif.

2 Ces affirmations portent sur le fait d'accepter de partager un repas avec une personne séropositive, de laisser ses enfants en compagnie d'une personne séropositive, la possibilité pour un patron de licencier une personne atteinte du Sida, le droit d'être averti de la séropositivité d'un collègue même sans son consentement, la possibilité de traduction en justice des personnes séropositives qui ont des rapports sexuels sans protection.

Ces médecins intègrent généralement peu la prévention des IST/Sida et la réduction des risques et n'orientent pas toujours adéquatement les personnes en demande d'information ou d'accompagnement.

Les **intervenants en promotion de la santé** estiment ne pas toujours détenir toutes les compétences nécessaires et ainsi avoir parfois des difficultés pour développer des stratégies de lutte contre les discriminations, de prévention et d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle adaptées à la population générale. Ces difficultés sont renforcées par le fait que l'intérêt pour les campagnes de prévention est insuffisant, ce que semblent confirmer les résultats d'une enquête française qui montrent que seuls 31 % des répondants se sentent concernés par de telles campagnes (Beltzer et al., 2005). Certains des messages qu'ils diffusent peuvent manquer de cohérence en l'absence de consensus ; c'est notamment le cas pour les risques de transmission liés au sexe oral ou encore le recours au traitement post-exposition*. Un déficit de concertation explique ces incohérences, mais des initiatives ont permis de les réduire ces dernières années.

Certains **médias** grand public développent insuffisamment l'information relative aux IST/Sida. Lorsqu'ils abordent le sujet, ils ont tendance à le faire de manière inadéquate, en simplifiant les problèmes, en faisant des raccourcis ou des conclusions hâtives : le fait d'insister sur les progrès en matière de vaccin ou de n'envisager que la situation de l'épidémie dans d'autres régions du monde peut avoir comme effet d'occulter la réalité de l'épidémie en Belgique et de contribuer au climat de banalisation. Ils relayent et visibilisent également peu les

actions de prévention et de lutte contre les discriminations existantes, sauf de manière ponctuelle à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le Sida le 1^{er} décembre. 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.

Les intervenants estiment qu'une série d'acteurs généralistes en contact avec des individus potentiellement vulnérables et concernés par le Sida et les autres IST pourraient jouer un rôle en matière de prévention ou de lutte contre les discriminations mais s'impliquent insuffisamment ou de manière inappropriée dans les actions : c'est le cas de certains **pharmaciens**, des **acteurs des milieux de loisirs**, des **milieux de l'éducation ou de la formation initiale et continue**, des **entreprises publiques**, des **services administratifs de proximité** ou encore des **acteurs commerciaux**.

Sur le plan de l'**environnement**, la prévention des IST/Sida manque de visibilité et l'accessibilité du dépistage et des moyens de prévention peut être insuffisante. Les outils didactiques pour les différents professionnels généralistes sont également peu disponibles.

Sur le plan **institutionnel**, la loi anti-discrimination du 10 mai 2007 permet notamment de porter plainte auprès du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR) en cas de discrimination sur la base de l'état de santé.

1.3 FOCUS SUR LES ACTEURS

L'ensemble de ces acteurs ont une influence, positive ou négative, sur la problématique. L'approche systémique en planification vise à intégrer de différentes manières tous ces acteurs afin de favoriser une réponse plus cohérente aux problèmes complexes.

Acteurs ³	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES PUBLICS CIBLES		
La population générale [1]	La population générale est un groupe hétérogène qui inclut notamment l'ensemble des publics cibles de la prévention IST/Sida ainsi que des personnes qui n'appartiennent pas à ces publics mais qui traversent des situations de vulnérabilité* qui peuvent les exposer aux IST/Sida. Elle inclut également des personnes ou des sous-groupes qui ne s'identifient pas (ou pas encore) à ces publics cibles et ne sont donc pas touchés par les messages spécifiques (jeunes homosexuels, bisexuels, personnes qui se prostituent occasionnellement,...).	Le public cible constitue le point de départ de la définition de la problématique, puisque ce sont les données et les constats de types épidémiologique et social le concernant qui ont servi de base à l'analyse de situation présentée dans ce cahier. Dans une perspective de promotion de la santé, il est également l'un des acteurs des stratégies d'intervention du plan opérationnel (cadre logique), notamment à travers sa participation aux activités mises en place pour répondre à la problématique.

³ Les nombres entre crochets renvoient aux numéros des acteurs dans le document d'analyse de situation en version longue et en version poster, disponibles sur le site www.strategiesconcertees.be

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE GÉNÉRALISTES		
Les acteurs du monde du travail [16]	Ensemble des acteurs du milieu de vie professionnel. Sont inclus dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les employeurs ■ Les syndicats ■ Les médecins du travail ■ Les collègues 	Les acteurs du monde du travail peuvent jouer un rôle concernant l'intégration des personnes séropositives ou appartenant à d'autres groupes stigmatisés sur le lieu de travail. Des problèmes concernant le respect du secret médical et professionnel par certains acteurs en milieu de travail sont également pointés (syndicats, médecins conseil,...).
La famille [3]	Famille et entourage au sens large.	La famille a une importance évidente en ce qui concerne la santé, les informations en matière de prévention ainsi qu'en ce qui concerne le soutien ou l'exclusion que peuvent rencontrer les membres s'ils appartiennent à des groupes socialement stigmatisés.
Les acteurs psycho-médico-sociaux [7, 11]	Acteurs offrant un accompagnement médical, paramédical, psychologique ou social, travaillant en cabinet privé ou dans des organismes divers. 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. D'autres acteurs n'ayant pas d'activité psycho-médico-sociale mais évoluant dans ces milieux sont aussi envisagés dans certaines analyses de situations (personnel d'entretien, de cuisine, etc.). Différentes institutions sont envisagées : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les cabinets privés ■ Les hôpitaux et cliniques ■ Les Centres de référence Sida ■ Les associations de prévention et de promotion de la santé ■ Les Centres de planning familial ■ Les Centres de santé mentale ■ Les Maisons médicales et collectifs de santé 	Les constats posés concernent le manque d'adéquation de certains professionnels en matière de prévention et de dépistage, notamment en ce qui concerne le <i>counseling*</i> , le consentement éclairé et la confidentialité.
Les acteurs des milieux de loisirs [8]	Acteurs de loisirs commerciaux ou non. On distingue les acteurs formels (culture, mouvements de jeunesse, sports, colonies de vacances ou de sports) et informels (parcs, vacances, drague, tourisme)	Ces acteurs en contact avec la population pourraient jouer un rôle en matière de prévention et de lutte contre les discriminations mais s'impliquent généralement peu dans ce type d'actions.
Les médias [9]	Ensemble des médias destinés à la population générale, y compris les sites Internet. Sont inclus dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les radios ■ La télévision (journaux, émissions, films, séries, publicités) ■ Les sites Internet ■ Les journalistes ■ Les professionnels de la publicité et du marketing. ■ Les vedettes (sport, musique, cinéma, télévision) 	Les médias grand public peuvent constituer une source d'information concernant la sexualité, le Sida et les autres IST. Cependant, les intervenants constatent des problèmes concernant la qualité de l'information (qualité scientifique, précision de l'information) et/ou son caractère potentiellement stigmatisant à l'égard de différentes catégories de la population. L'image de la sexualité véhiculée par certains médias peut aussi être problématique.
Les milieux de l'éducation et de la formation [10]	Acteurs de tous les niveaux et réseaux d'enseignement, à la fois les enseignants eux-mêmes et les autres personnes du milieu de vie (administratifs, personnel d'entretien, directions, pairs...). Sont inclus dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les pouvoirs organisateurs ■ Les enseignants ■ Les services PMS ■ Les services PSE ■ Les directions d'école ■ Les autres élèves ■ Les enseignants des futurs professionnels du secteur santé-social ■ Les cercles étudiants 	Ces acteurs peuvent jouer un rôle en matière de formation initiale et continue concernant l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, la santé de manière générale et les IST/Sida en particulier.

Les acteurs politiques et administratifs [12, 13]	<p>Ensemble des acteurs politiques et administratifs des différents niveaux de pouvoir, concernés par des questions relatives à la santé en général et aux IST/Sida en particulier (prévention primaire* et secondaire*, dépistage, prise en charge psycho-médico-sociale). Il s'agit également de responsables politiques et administratifs en charge de questions non directement sanitaires mais qui sont liées à la problématique des IST/Sida (égalité des chances, lutte contre les discriminations, droits divers).</p>	<p>En matière de santé et de bien-être, les politiques de différentes compétences jouent un rôle central ; le lobbying constitue d'ailleurs une stratégie primordiale en promotion de la santé. De manière transversale, les constats posés mettent en évidence des difficultés quant à la mise en œuvre d'une politique adéquate de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST/Sida : manque d'utilisation d'un cadre de référence commun, manque de concertation des différents niveaux de pouvoir concernés, manque de vision sur le long terme, soutien variable ou ambivalent à la promotion de la santé et à la réduction des risques, faiblesse des financements.</p>
Les acteurs commerciaux [14]	<p>Ensemble des acteurs ayant une activité commerciale (des commerces de proximité aux firmes multinationales) Cette catégorie inclut différents acteurs avec lesquels les intervenants en promotion de la santé collaborent ou estiment qu'il serait pertinent de collaborer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les acteurs du secteur de l'Horeca ■ La grande distribution ■ Les salons de coiffure ■ Les opérateurs de nouvelles technologies de communication ■ Les producteurs et fournisseurs de préservatifs ■ Les pharmaciens 	<p>Il s'agit d'un ensemble très vaste et diversifié d'acteurs qui peuvent, dans le cadre de leurs activités commerciales (notamment le marketing) jouer un rôle en matière de prévention (partenariats, sponsoring), de discrimination ou d'antidiscrimination.</p>
Les sites de rencontre et agences matrimoniales [15]	<p>Ces dernières années ont vu le développement de sites Internet qui ont des vocations diverses (informations, loisirs, rencontres). Un certain nombre d'entre eux permettent aux utilisateurs d'insérer des petites annonces ou d'entrer directement en contact avec d'autres utilisateurs («chats»). Ces sites sont gérés par des webmasters belges ou étrangers.</p>	<p>Les sites permettent à la fois la rencontre de partenaires et la diffusion d'informations et de messages de prévention, mais les gestionnaires de ces sites sont souvent difficiles à atteindre et à mobiliser.</p>
Les transports en commun [16]	<p>Sociétés de transports en commun avec lesquelles des collaborations existent pour la diffusion des messages de prévention.</p>	<p>Les transports en commun permettent d'assurer une visibilité des messages de prévention via des encarts publicitaires ou des collaborations lors de certains événements comme la Journée mondiale de lutte contre le Sida.</p>
Les acteurs religieux [17]	<p>Représentants des cultes officiels, à différents échelons de la hiérarchie (pape, évêques, prêtres, imams, pasteurs, etc.). Il peut également s'agir de groupements religieux parfois considérés comme des sectes.</p>	<p>Ces acteurs ont un rôle important en ce qu'ils diffusent des normes relatives à la sexualité, à l'homosexualité, à la contraception, à la protection contre le VIH et les autres IST ainsi qu'au traitement. Leurs messages ont un impact sur les croyants qui font partie du public cible ou sont en contact avec ce public.</p>
Les personnalités médiatiques [18]	<p>Personnalités du monde culturel, politique, sportif ou de l'information («people», VIP).</p>	<p>Certaines personnes connues du grand public acceptent de «prêter leur image» dans le cadre d'actions de prévention pour relayer les messages de prévention et leur donner une meilleure visibilité.</p>
La police	<p>Agents de police en contact avec des personnes qui peuvent être concernées par la prévention IST/Sida ou la contraception (à la suite de violences, d'un viol, etc.).</p>	<p>La police est envisagée à travers les analyses de situations dans ses missions répressives mais elle peut également avoir un rôle d'orientation vers des services de prévention, de dépistage et de soins.</p>

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LA POPULATION GÉNÉRALE DANS LE CADRE DES STRATÉGIES CONCERTÉES 2007-2008

Ces objectifs ont été définis au cours de l'année 2006 (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 ces cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés ici à titre de rappel. Ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

- 1) Améliorer le recours adéquat* aux dépistages du VIH et des autres IST au sein de la population générale.
- 2) Augmenter l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque* parmi la population générale.
- 3) Promouvoir la solidarité vis-à-vis des publics vulnérables et des personnes séropositives dans la population générale.
- 4) Réduire les dépistages inadéquats* (mal ciblés, à l'insu des personnes et sans *counseling**) de la part des professionnels de la santé.
- 5) Favoriser la continuité, la quantité, la qualité et la pertinence des informations diffusées par les médias.
- 6) Améliorer la diffusion et l'accessibilité des informations relatives aux projets de promotion de la santé, aux activités et aux budgets, tant au niveau des administrations que des intervenants IST/Sida sur le terrain.

SOURCES

Seules les sources ayant permis la rédaction de ce chapitre sont citées ci-dessous. Pour l'ensemble des sources ayant permis la construction de l'analyse de situation, voir le site www.strategiesconcertees.be

Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. Enquête de santé par interview 2004. Livre III : Styles de vie. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2006. (IPH/EPI REPORTS N°2006 – 034)

Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2004. ORS, ANRS, INPES, Paris, 2005.

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)

Delor, F. et 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.

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)

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)/WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.

Hamers F., Devaux I., Alix J., Nardone A. HIV/Aids in Europe : trends and EU-wide priorities. Eurosurveillance 2006 ; 11(11), Novembre 2006.

Marquet J., Hubert M., Peto D. Comportements sexuels et réactions au risque du Sida en Belgique : spécificités bruxelloises. Rapport à la Région de Bruxelles-Capitale. Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 1994.

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.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida. Genève, 2008.

Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Wanyama S. Épidémiologie 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)

SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie. Statistiques de population : mariages, divorces et cohabitation légale, 2009 (www.statbel.fgov.be).

L'analyse de situation systémique complète et la liste des sources utilisées pour cette analyse de situation sont accessibles sur le site www.strategiesconcertees.be moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Une présentation du processus et des éléments méthodologiques, ainsi que diverses informations en lien avec les Stratégies concertées sont également disponibles en accès libre sur le site.

Ce document fait partie d'une série de onze cahiers réunis dans un dossier présentant une synthèse des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention des IST/Sida en Communauté française :

- 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 sont également disponibles sur le site Internet www.strategiesconcertees.be

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



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