



LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) ET LES FEMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES (FSF)

Point focal : Ex æquo

L'analyse de situation pour les publics des HSH et FSF est à mettre en relation avec d'autres analyses de situations avec lesquelles elle partage des problématiques communes, en particulier pour les publics :

- Festif
- Prostitués masculins
- Jeunes
- Personnes séropositives
- Personnes migrantes
- Détenus

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour les publics cibles des HSH et FSF. 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 les publics HSH et FSF ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ces publics ;
- un tableau exhaustif décrivant les publics cibles 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 ces publics cibles 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

Le public des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes présente une prévalence* et une incidence* élevées des IST en général et du VIH en particulier. Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes, moins touchées par le VIH, ont toujours été oubliées des projets de lutte contre les IST dont elles sont pourtant atteintes. Ces deux publics, en particulier les jeunes, présentent un mal-être dont témoignent la précocité et la fréquence élevée d'épisodes dépressifs et de tentatives de suicide. Ce mal-être est essentiellement causé par l'homophobie qui persiste dans la société, malgré certaines avancées notamment sur le plan légal (loi anti-discriminations, accès au mariage et à l'adoption.)

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

5.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Infection au VIH en Belgique par contacts homo-/bisexuels

L'évolution de l'incidence* du VIH parmi les HSH depuis les années 2000 suit la même tendance à la hausse que les données d'incidence* générales (voir figure 1). Le nombre de nouveaux diagnostics avoisinait la centaine de 1997 à 1999. Ce nombre a presque triplé en dix ans (284 cas en 2007). Les cas d'infection VIH dus aux contacts homo-/bisexuels représentaient environ 25 % de l'ensemble des nouveaux cas pour lesquels le mode de transmission probable était connu à la fin des années nonante. Il était de 38 % en 2007 (Sasse et al., 2008).

Parmi les hommes belges infectés, ceux qui l'ont été par voie homo-/bisexuelle représentaient 65 % des nouveaux cas en 2001-2003 pour passer à plus de 70 % ces dernières années (73,8 % en 2004-2006 et 72,2 % en 2007).

Parmi les hommes infectés d'autres nationalités, ceux qui l'ont été par voie homo-/bisexuelle représentaient environ 10 % des nouveaux cas en 2000-2004 pour passer à environ 20 % ces dernières années (20,9 % en 2006 et 19,7 % en 2007).

La proportion d'hommes infectés par contacts homo-/bisexuels en 2007 varie selon les régions : 40,9 % à Bruxelles, 46,6 % en Flandre et 27,2 % en Wallonie. Elle varie également selon les tranches d'âge : elle est de 65,3 % parmi les 15-24 ans, 63,3 % parmi les 25-34 ans, 57,6 % parmi les 35-49 ans et 38,7 % parmi les 50 ans et plus.

Une enquête menée parmi les HSH en Communauté française en 2004 estimait la prévalence* déclarée parmi les répondants à 10 % (Martens et Huynen, 2006). Parmi les hommes dépistés positifs pour le VIH au centre Elisa en 2007, la moitié ont été contaminés par contacts homo-/bisexuels (Gennotte et al., 2008).

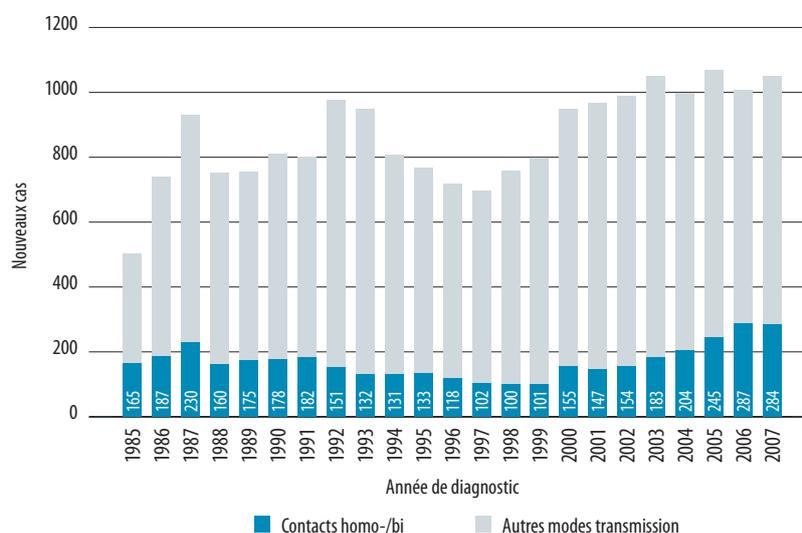
Données concernant les HSH séropositifs

Parmi les patients séropositifs suivis médicalement en 2007 en Belgique, 26,8 % ont été infectés lors de contacts homo-/bisexuels ; le mode de transmission est inconnu dans 25 % des cas (Sasse et al., 2008). On dispose de peu de données sur les conditions de vie des personnes séropositives en Communauté française. Une enquête en cours¹ devrait permettre de combler partiellement ce manque de données. Le chapitre consacré au public cible des personnes séropositives présente quelques résultats issus d'une enquête française.

¹ Cette enquête est menée à l'initiative du Groupe de réflexion et de communication sur la séropositivité (GRECOS), composé de personnes séropositives et soutenu par la Plate-Forme Prévention Sida. Elle bénéficie de l'appui méthodologique de l'Observatoire du sida et des sexualités (FUSL) et du service communautaire de promotion de la santé SIPES (ULB).

Figure 1

Evolution de l'incidence* du VIH par année et proportion d'infections par contacts homo-/bisexuels (Source : ISSP 2008)



Evolution de l'infection au VIH par contacts homosexuels en Europe

Au niveau européen, dans les pays de l'Union/EFTA², une augmentation des cas par contacts homosexuels a été observée ces dernières années, passant d'environ 6000 en 2003 à plus de 8000 en 2007 (ECDC/WHO, 2008). En 2007, la proportion de nouveaux cas par contacts homosexuels était de 39 %.

Données concernant les autres IST parmi les HSH en Belgique

Parmi les hommes diagnostiqués pour une IST en 2008 par le réseau sentinelle de cliniciens (Defraye et al., 2009a-b) et dont l'orientation sexuelle est connue, une petite majorité d'entre eux rapportent des contacts homo-/bisexuels. Cette proportion varie selon l'IST considérée : ils sont une majorité pour la syphilis et la gonorrhée (voir tableau 1).

Tableau 1

Proportion d'hommes rapportant des contacts homo-/bisexuels parmi les hommes diagnostiqués pour la syphilis, la gonorrhée et l'infection à Chlamydia en 2008 (Source : ISSP, 2009)

Proportion rapportant des contacts homo-/bisexuels		
	Nombre d'hommes	
Syphilis	107	88 %
Gonorrhée	69	57 %
Infection à Chlamydia	82	33 %
Ensemble des IST	382	54 %

La syphilis est l'IST la plus diagnostiquée dans ce groupe, suivie de la gonorrhée.

Des cas de LGV (n=20) et d'hépatites C aiguës (n=6) ont été diagnostiqués majoritairement parmi des patients HSH séropositifs (Defraye et al., 2009b).

Données concernant les conditions de vie des HSH et FSF

HOMOPHOBIE

Malgré des avancées sur le plan légal concernant les droits des homosexuels et une plus grande acceptation sur le plan social (voir le point 5.2), des constats et des données d'enquête montrent la persistance de l'homophobie et d'un état de mal-être pour une partie du public. Dans le cadre d'une enquête menée parmi les HSH en Communauté française en 2004, 25 % des répondants déclaraient avoir été victimes d'injures dans l'année, 4 % d'agressions physiques et 14 % d'autres formes d'hostilité en raison de leur orientation sexuelle (Martens et Huynen, 2006).

Un autre indicateur relatif à l'homophobie est fourni par le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme : en 2007, 125 plaintes déposées auprès du Centre pour discriminations concernaient le motif «orientation sexuelle», ce qui représentait 5 % de l'ensemble des plaintes enregistrées et 11 % des plaintes non raciales (c'est le 2^{ème} motif non racial de plaintes en ordre d'importance). Les domaines concernés étaient le «vivre ensemble» (36 plaintes), les biens et services (33 plaintes), les médias (25 plaintes) et l'emploi (25 plaintes, dont 13 pour harcèlement) (CECLR, 2008).

DÉPRESSION ET SUICIDE

Les HSH présentent une prévalence* de dépression plus élevée et ils connaissent des épisodes dépressifs de manière plus précoce que la population hétérosexuelle (Adam, 2001). En Communauté Française, 51 % déclarent avoir fait une dépression au cours de leur vie (Martens et Huynen, 2006).

Des enquêtes principalement nord-américaines estiment que le risque de tentatives de suicide est de 4 à 7 fois supérieur parmi les hommes homosexuels en comparaison avec les hommes hétérosexuels. Les femmes homosexuelles présenteraient un risque accru de 40 % par rapport aux femmes hétérosexuelles (Firidion et Verdier, 2003). En Communauté française, 18 % des HSH déclaraient en 2004 avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Martens et Huynen, 2006).

LE MANQUE DE DONNÉES CONCERNANT LE VIH ET LES AUTRES IST POUR LES FSF

Il existe peu de données concernant le VIH et les autres IST parmi les FSF. Ce manque de données ne peut conduire automatiquement à la conclusion d'une faible exposition des FSF aux IST, puisqu'il existe peu d'études sur le sujet et que les catégories épidémiologiques incluent rarement les rapports sexuels entre femmes. Le mode de transmission par contacts sexuels entre femmes peut être masqué par des facteurs de risque mieux connus, comme l'usage de drogues ou les rapports sexuels avec des hommes quand les femmes interrogées ont des partenaires des deux sexes. Le CDC estime que les données disponibles ne permettent pas de considérer que des cas de VIH par contacts sexuels entre femmes existent, mais que ces données ne permettent pas non plus d'exclure cette éventualité (CDC, 2006). Le risque pour d'autres IST est davantage documenté. Le moindre recours aux soins, notamment gynécologiques, des femmes lesbiennes renforce le manque de visibilité de leurs problèmes de santé (Marazzo, 2004). Le constat relatif au manque de données peut être répété concernant la santé mentale.

2 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).

5.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 5.1, 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 plupart des **HSH** utilisent le préservatif régulièrement et la majorité d'entre eux ont réalisé un ou plusieurs dépistage(s) du VIH. Cependant, étant donné la prévalence* élevée dans ce groupe, le recours au préservatif et au dépistage sont encore insuffisants. En effet :

- Une minorité non négligeable de HSH, à savoir un répondant sur quatre (Martens et Huynen, 2006) déclare au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu dans l'année. De plus, une diminution de l'utilisation du préservatif est constatée ces dernières années, à travers plusieurs enquêtes menées dans d'autres pays européens. Le lubrifiant à base d'eau est utilisé insuffisamment ou de manière inadéquate. Certaines situations peuvent augmenter l'exposition au risque : les rapports sexuels associés à la consommation de certains produits psychotropes, le multipartenariat, le sexe de groupe, les couples au sein desquels la protection avec d'éventuels partenaires occasionnels n'a pas été discutée adéquatement, les moments de mal-être plus ou moins durables ou encore la phase de *coming out*³ (qui peut se caractériser par une envie de «rattraper le temps perdu» sur le plan sexuel).

- Le dépistage, quoique largement utilisé, n'est pas réalisé systématiquement à la suite d'une prise de risque*. Une proportion non négligeable de HSH y ont également recours tardivement et rarement dans la période de primo-infection (période au cours de laquelle les individus sont particulièrement susceptibles de transmettre le virus en raison d'une charge virale élevée). Le dépistage des IST est très insuffisant. Une partie des freins au dépistage concerne le manque d'accès à des structures anonymes ou à des professionnels avec lesquels les HSH peuvent évoquer leur sexualité en confiance et qui garantissent explicitement le secret professionnel.
- Le recours au traitement post-exposition* en cas de prise de risque* est faible.

Les **jeunes homosexuels** ont également un recours insuffisant au préservatif, au lubrifiant, au dépistage et au traitement post-exposition* tout en traversant des situations de vulnérabilité* accrue : honte et culpabilité associées aux relations sexuelles clandestines avant le *coming out* et sentiment de libération urgente à la suite de celui-ci, méconnaissance de l'homosexualité par la famille ou rejet par celle-ci, homophobie à l'école.

3 Processus au cours duquel une personne accepte progressivement son orientation sexuelle et la révèle à son entourage.

Les acteurs spécifiques identifiés comme ayant un lien avec les HSH et les FSF sont principalement les **acteurs du monde associatif ou commercial LGBT** (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres). Ils sont en contact avec un grand nombre de personnes et peuvent en cela jouer un rôle de conseil, d'information et de prévention, notamment en matière d'IST/Sida. Cependant, les intervenants qui travaillent en collaboration avec ces acteurs constatent que ceux-ci intègrent rarement, et parfois inadéquatement ces thématiques dans le cadre de leurs activités bénévoles ou professionnelles. Ils ne favorisent pas toujours l'accès à l'information et au matériel de prévention et ne prennent pas en compte ou peuvent même exercer un rejet à l'égard des personnes séropositives. Une méconnaissance du rôle qu'ils pourraient jouer, un manque de capacités lié au statut de bénévole, la logique commerciale des tenanciers d'établissements ou organisateurs d'événements sont des facteurs parmi d'autres du manque d'intégration d'activités de prévention par ces acteurs.

Les acteurs spécifiques ne touchent que les HSH et FSF qui se reconnaissent comme tels et qui ont fait la démarche de s'adresser à un interlocuteur en tant que personne homo ou bisexuelle. Ils ne sont pas en contact avec les personnes qui, pour diverses raisons, ne souhaitent pas s'identifier comme HSH ou FSF et/ou être identifiées comme telles en fréquentant des services ou milieux de vie spécifiques. Les acteurs généralistes ont donc toute leur importance. En effet, parmi les acteurs généralistes en contact avec les HSH et les FSF (**secteur psycho-médico-social, enseignement**), certains pourraient jouer un rôle, en termes de prévention ou de dépistage du VIH et des autres IST, et/ou en termes de soutien vis-à-vis des personnes confrontées à des difficultés liées à leur orientation sexuelle (acceptation ou estime de

soi, homophobie, vie relationnelle, affective et sexuelle, santé mentale...). Cependant, dans un contexte général d'inégalité entre les orientations sexuelles et parfois par crainte de réactions négatives du public dans le cas d'interventions collectives (par exemple des animations à l'école), certains intervenants n'abordent pas, ou pas adéquatement, ces questions avec les personnes concernées, ne parviennent pas toujours à prendre en compte les besoins des personnes homosexuelles et même parfois font de la discrimination, sans forcément en être conscients.

L'homophobie et le contexte hétérosexiste se manifestent également de différentes manières dans d'autres milieux de vie : répression des homosexuels par la **police** dans les lieux de dragage et agressions par des «**casseurs**» dans ces mêmes lieux, injures ou agressions homophobes à l'**école** ou en **milieu professionnel**, images parfois stéréotypées de l'homosexualité dans les **médias**.

Sur le plan **institutionnel**, des lois récentes permettent l'accès des personnes homosexuelles à certains droits (mariage et adoption). La loi anti-discrimination permet notamment des possibilités de recours en cas de discrimination sur base de l'orientation sexuelle via le **Centre pour l'égalité des chances**. Par contre, l'absence d'inscription officielle des projets d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle qui intègrent la question de l'orientation sexuelle dans les programmes scolaires et l'absence de cette thématique dans les programmes de formation initiale et continue des **professionnels psycho-médico-sociaux** expliquent en grande partie les difficultés de certains d'entre eux à prendre en compte de manière adéquate les besoins des HSH et FSF.

5.3 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		
Les HSH [1]	<p>Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, de manière régulière ou occasionnelle, s'identifiant comme homosexuels ou non. L'estimation de la taille de la population est difficile pour différentes raisons méthodologiques. En Belgique, les dernières données datant de 1993 indiquaient qu'au minimum 1,5 % de la population masculine sexuellement active avait eu des pratiques sexuelles avec un partenaire de même sexe dans les cinq dernières années, ce qui représentait de 23000 à 57000 personnes (Marquet, Hubert et al., 1997). Bajos et Bozon (2008) dans le cadre d'une enquête sur la sexualité en France, rappellent que la notion d'homosexualité renvoie à plusieurs dimensions (attirances, identités, pratiques) qui peuvent varier au cours du temps et des trajectoires. Dans l'enquête menée en population générale, après avoir rappelé que, comme pour toute pratique socialement dévalorisée, il s'agit d'estimations minimum, ils observent les pourcentages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 3,9 % des répondants masculins déclarent avoir été attirés par une personne de même sexe au cours de la vie ; ■ 4 % déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe au cours de la vie ; ■ 1,5 % déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe dans les 12 derniers mois ; ■ 1,1 % se définissent comme homosexuels ; ■ 1,1 % se définissent comme bisexuels. 	<p>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.</p>
Les HSH jeunes (15 à 26 ans) [2]	<p>La tranche d'âge des 15 à 26 ans est choisie en fonction du découpage existant dans les enquêtes relatives aux HSH disponibles en Communauté française.</p>	<p>Les jeunes partagent les mêmes comportements et déterminants avec la catégorie des HSH en général. Ils présentent aussi des spécificités en lien avec les milieux de vie (famille, pairs, milieu scolaire et extra-scolaire) et les trajectoires (adolescence, premiers rapports sexuels, construction de l'identité,...).</p>
Les FSF	<p>Femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, de manière régulière ou occasionnelle, s'identifiant comme homosexuelles (lesbiennes) ou non. Les considérations relatives à l'estimation de la taille de la population sont les mêmes que celles mentionnées pour les HSH ci-dessus. Dans l'enquête sur la sexualité en France menée en population générale (Bajos et Bozon, 2008), les pourcentages suivants sont observés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 6,2 % des répondantes déclarent avoir été attirées par une personne de même sexe au cours de la vie ; ■ 3,9 % déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe au cours de la vie ; ■ 0,8 % déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne de même sexe dans les 12 derniers mois ; ■ 0,5 % se définissent comme homosexuelles ; ■ 0,8 % se définissent comme bisexuelles. 	<p>Les FSF sont peu atteintes par le VIH mais elles peuvent être exposées à certaines autres IST. Elles partagent avec les HSH des problématiques semblables en termes de mal-être (suicide, dépression, homophobie). Les données et les programmes concernant la santé des FSF sont quasiment inexistantes.</p>
Les HSH séropositifs [20]	<p>Un sous-groupe «HSH séropositifs» est inclus dans le modèle car la prévalence* dans ce groupe est importante (estimée à 10 %).</p>	<p>Les comportements et déterminants de ce groupe sont complémentaires à ceux mentionnés dans le cahier 3 «Personnes séropositives».</p>

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 SPÉCIFIQUES		
Les acteurs associatifs identitaires [3]	Ces associations sont pour la plupart constituées en asbl et regroupées à Bruxelles au sein de la MAEC (Maison Arc-en-Ciel) et en Wallonie au sein d'AEC (Arc-en-Ciel Wallonie). Elles sont essentiellement gérées par des bénévoles et ont comme objet social : l'organisation d'activités conviviales (sportives ou socio-culturelles), la défense des droits des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres (lobbying LGBT), l'accueil et le soutien individuel ou en groupe de parole, l'action politique ou la religion. Une trentaine d'associations sont recensées, dont les deux tiers à Bruxelles et le dernier tiers en Wallonie. Quelques-unes s'adressent spécifiquement aux jeunes (les trois cercles homosexuels étudiants de Liège, Louvain-la-Neuve et Bruxelles et le Tels Quels jeunes, notamment). Une liste exhaustive figure dans le Plan Gay et lesbien édité chaque année par Ex æquo (2009)	Ces associations jouent, ou pourraient jouer un rôle important comme relais en matière de prévention, étant donné leur proximité avec le public cible.
Les patrons et le personnel du réseau commercial [12]	Les établissements recensés (environ 80, dont les deux tiers à Bruxelles) sont très divers ; il s'agit de bars, boîtes de nuit, saunas, sex-clubs, boutiques, etc. La plupart d'entre eux sont réservés à une clientèle exclusivement homosexuelle, d'autres sont mixtes (homos/hétéros). Certains établissements sont réservés aux hommes (comme les saunas). Certains permettent la consommation sexuelle sur place (saunas, certaines boîtes de nuit, sex-clubs).	Des prises de risque* peuvent avoir lieu dans ces établissements. Des actions de prévention peuvent également être mises en œuvre dans ces lieux, en collaboration avec les tenanciers et le personnel.
Les responsables des sites de rencontres Internet [15]	Ces dernières années ont vu le développement de sites Internet destinés au public gay. Ces sites ont des vocations diverses (informations, loisirs, rencontres). Un certain nombre d'entre eux permettent aux utilisateurs d'insérer des petites annonces ou de rentrer directement en contact avec d'autres utilisateurs («chats»). Ces sites sont gérés par des webmasters belges ou étrangers.	Les sites permettent à la fois la rencontre de partenaires et la visibilité de messages de prévention, mais les gestionnaires de ces sites sont difficiles à atteindre et à mobiliser.
Les médias [11]	La presse gay et lesbienne francophone est constituée de publications de type associatif (Rainbow Times, Tels Quels Mag) et commerciales (Préférences Mag, GUS et Têtu, publication française largement diffusée en Belgique). Une publication féministe (Scum Grrrls) a un lectorat lesbien important. Des émissions de radio s'adressent également au public cible (Bang Bang sur Pure FM, Radio Pickles).	Cette presse est un outil d'information utilisé par un nombre non négligeable de HSH. Il peut donc être utilisé comme canal d'information concernant la prévention des IST/Sida.

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE GÉNÉRALISTES		
Les services et associations de prévention IST/Sida [4]	Organismes qui visent plusieurs publics dans le cadre de leurs activités de prévention et notamment les HSH/FSF ou qui visent le grand public et qui peuvent être amenés à intégrer la question de l'orientation sexuelle en fonction des demandes du public.	Les approches des organismes de prévention généralistes sont complémentaires de celles développées par les acteurs spécifiques ; des synergies entre ces acteurs sont développées afin d'améliorer ces complémentarités.
Les acteurs du secteur psycho-médico-social [5, 14]	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 	Ces acteurs sont en contact avec la population générale et peuvent donc être amenés à rencontrer des personnes homosexuelles. Celles-ci peuvent leur adresser des demandes similaires au reste de la population, ce qui ne nécessite pas d'attitude particulière. Mais elles peuvent aussi formuler des demandes de soins ou d'accompagnement qui sont, de manière explicite et consciente ou non, liées à leur orientation sexuelle et à la manière de la vivre.
Les acteurs du milieu de vie familial [6]	Famille au sens large. Sont incluses dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les familles des HSH/FSF ■ Les familles des HSH séropositifs 	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 HSH/FSF jeunes ou adultes. Le fait que l'orientation sexuelle et/ou la séropositivité soient tus ou révélés, et le cas échéant la manière dont ces révélations sont accueillies (manière qui peut évoluer au cours du temps) ont un impact direct sur le bien-être des individus.
Les acteurs des milieux de l'enseignement et de la formation [7]	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 envisagés dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les pouvoirs organisateurs ■ Les enseignants ■ Les centres PMS ■ Les services PSE ■ Les directions d'école ■ Les autres élèves ■ Les enseignants des futurs professionnels des secteurs de la santé et du social ■ Les cercles étudiants 	Ces acteurs peuvent jouer un rôle concernant tant l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, les questions en lien avec l'orientation sexuelle, la santé de manière générale et les IST/Sida en particulier.
Les acteurs des lieux publics de drague [8]	Acteurs qui fréquentent pour différentes raisons des lieux de rencontre informels fréquentés par les HSH (parcs publics, aires d'autoroutes) et susceptibles d'avoir des interactions avec eux. Sont inclus dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ La police ■ Les acteurs de prévention sur le terrain ■ Les «casseurs» 	Ces acteurs, par leur présence sur les lieux de drague, ont une influence sur les comportements des HSH présents. Au-delà de cette simple présence, ils peuvent avoir des comportements qui facilitent ou empêchent la prévention (agressions par des «casseurs», contrôle et répression ou protection contre les agressions par la police, actions de proximité par des acteurs de prévention).

La population générale [9]	La population générale est une catégorie vaste qui comprend l'ensemble des citoyens. Elle est parfois assimilée à «la société» ou «l'opinion publique».	La population générale joue un rôle dans la mesure où l'opinion publique influence des comportements d'individus ou de groupes par rapport à la séropositivité, à la prévention, à l'homosexualité, etc.
Les acteurs politiques et administratifs [10]	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 parmi les HSH et les FSF (égalité des chances, lutte contre les discriminations, droits divers). Sont inclus dans cette catégorie, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les responsables de la lutte contre les discriminations et de l'égalité des chances ■ Les Ministères, Cabinets et autres instances des secteurs éducation, affaires sociales, santé, etc. ■ Les partis politiques 	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. Leur importance est mise en évidence dans cette analyse tant en ce qui concerne les questions de santé proprement dite (prévention, dépistage, prise en charge) que les matières qui concernent les HSH et FSF en général et leur bien-être : programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle en milieu scolaire, politiques d'égalité et de non-discrimination.
Les médias grand public	Médias destinés à la population générale, y compris les sites Internet d'information.	Les médias grand public peuvent constituer une source d'information concernant 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, notamment les HSH et les FSF.
Les acteurs de la recherche [13]	Chercheurs dans le domaine des sciences médicales, en particulier dans le domaine des traitements anti-VIH et chercheurs en santé publique ou en sciences humaines et sociales qui travaillent sur des thématiques en lien avec la sexualité, l'homosexualité, les comportements de protection vis-à-vis du VIH et des autres IST, la séropositivité, l'homophobie, les discriminations, etc.	Ces acteurs peuvent contribuer à répondre à certaines questions que rencontrent les intervenants de terrain dans leur travail et donc à mieux orienter les stratégies de prévention et de promotion de la santé. Ils peuvent également contribuer directement au travail de terrain dans le cadre d'expertises, d'évaluations, etc.
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 homosexuelles et/ou séropositives 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,...).
Les acteurs du milieu carcéral [17]	Ces acteurs peuvent avoir une influence sur les pratiques homosexuelles qui ont lieu en milieu carcéral et sur la prévention des IST/Sida.	Les comportements de ces acteurs sont davantage développés dans le modèle «personnes détenues en milieu carcéral».
Les commerces généralistes [18]	Ensemble des acteurs ayant une activité commerciale (des commerces de proximité aux firmes multinationales).	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.
Les acteurs religieux [19]	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.	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 et au traitement. Leurs messages ont un impact sur les croyants qui font partie du public cible ou sont en contact avec ce public.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LES PUBLICS CIBLES HSH ET FSF 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) Augmenter l'utilisation du préservatif et du lubrifiant à base d'eau lors des pénétrations anales à risque dans le public HSH.
- 2) Améliorer le recours adéquat* et l'accès au dépistage du VIH et des autres IST dans le public cible des HSH et FSF.
- 3) Augmenter le recours aux moyens de protection contre les IST dans le public FSF.
- 4) Améliorer le bien-être des HSH et des FSF, notamment des jeunes tout au long du processus identitaire du *coming out*.
- 5) Améliorer l'implication et l'accès à la prévention dans les milieux associatif et commercial identitaires.
- 6) Améliorer la prise en compte de la diversité des orientations sexuelles et de ses implications sur le bien-être dans la relation entre professionnels du soin (santé mentale, physique et sociale) et patients HSH et FSF.
- 7) Contribuer à l'acceptation de la diversité sexuelle dans les familles et l'entourage des HSH et des FSF.
- 8) Améliorer la prise en compte de la diversité des orientations sexuelles et de ses implications sur le bien-être des jeunes parmi les acteurs du secteur scolaire (enseignants, PMS, PSE) et les acteurs du secteur extra-scolaire (Aide à la Jeunesse, AMO, etc.).
- 9) Contribuer à diminuer les comportements hétérosexistes et homophobes dans la société.

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

Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prises de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. In *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide, état de la question et pistes de prévention. Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001*, Observatoire du Sida et des Sexualités, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles.

Bajos N., Bozon M. (sous la direction de). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Ed La Découverte, Paris, 2008.

CDC (Center for disease control and prevention). *CDC HIV/AIDS Fact Sheet. HIV/AIDS among women who have sex with women*. June 2006.

CECLR (Centre pour l'Égalité des chances et la lutte contre le racisme). *Discrimination-Diversité. Rapport 2007*. Bruxelles, 2008.

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. *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Paris, L'Harmattan, 1997.

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.

Ex æquo asbl. *Les bons plans gays et lesbiens*. Bruxelles, 2009 (www.exaequo.be).

Firidion J-M., Verdier E. *Suicide et tentative de suicide chez les hommes à orientation homo-/bisexuelle*. In Broqua C., Lert F. et Souteyrand, Y. (sous la direction de) *Homosexualités au temps du Sida ; tensions sociales et identitaires*. ANRS, Paris, 2003.

Gennotte A-F., Delforge M., Monheim M., Clumeck N. *Quelques données choisies du Centre Elisa CHU Saint-Pierre – 2006 et 2007*. In 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)

Marrazzo J-M. *Barriers to infectious disease care among lesbians*. *Emerging infectious diseases*, vol 10, N° 11, November 2004.

Marquet J., Hubert M., Huynen P. *Regard sociologique sur les données épidémiologiques*. In : *Homosexualités, Sida et prévention*. Actes du colloque organisé par l'asbl Ex æquo le 1^{er} juin 1996. Bruxelles, Mars 1997.

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.

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)

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