

STRATÉGIES  
CONCERTÉES  
IST-SIDA



3

# ANALYSE DE LA SITUATION

Extrait du cadre de référence 2017-2020  
pour les gays, bisexuels et autres HSH en RBC

## 3. ANALYSE DE SITUATION

### 3.1. PUBLIC CIBLE

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

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

Les enquêtes *EMIS* et *SIALON II* ont toutefois permis d'approcher certaines composantes sociodémographiques de cette population<sup>14</sup> en RBC.

- **Une population très hétérogène** aux niveaux de l'âge, de la nationalité et du statut socio-économique.
- **Une population très mobile** en raison d'un tourisme gay bien développé mais également d'un nombre important de travailleurs internationaux.
- Une population majoritairement composée d'hommes s'identifiant comme **gays/homosexuels**.
  - 87,4% des HSH interrogés dans *EMIS* en RBC s'identifient en tant que homosexuel/gays alors que 6,7% s'identifient comme bisexuels.
  - 80,4% des HSH recrutés dans *EMIS* déclarent n'être attirés que par des hommes.
  - 6,6% des HSH interrogés dans *EMIS* déclarent avoir eu des rapports sexuels avec au moins une femme (dans les 12 derniers mois) contre 2,3% des HSH interrogés dans *SIALON II* (dans les 6 mois précédant l'enquête).

Si les hommes composant cette population s'auto-définissent massivement comme gays/homosexuels, presque 20% d'entre eux ne se reconnaissent pas comme tels. Afin de prendre en compte l'ensemble des profils sexuels des publics visés par le plan d'action, la dénomination « **gays, bisexuels et autres HSH** » a finalement été retenue – dénomination notamment retenue par les *Center for Disease Control*<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Les échantillons des populations de ces deux enquêtes présentent des biais de recrutement puisque *EMIS* a été réalisée en ligne *via* des sites de rencontres majoritairement adressés aux gays et *SIALON II* a été mise en œuvre dans les lieux de sociabilité gay.

<sup>15</sup> Voir ici : <http://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/msm.htm>.

## 3.2. SOUS-PUBLICS SPÉCIFIQUES

Si l'analyse de situation est généralisable à toute la population des gays, bisexuels et autres HSH, il faut souligner l'importance de quatre sous-publics pour lesquels il est nécessaire d'identifier plus finement les comportements et les déterminants particuliers et donc d'adapter la mise en œuvre des stratégies, objectifs et activités sur le terrain.

Il convient néanmoins de stipuler que l'exercice d'analyse de situation par sous-public n'a pas été dense au cours des ateliers de concertation. Peu d'éléments spécifiques à ces sous-groupes se retrouvent donc dans le plan opérationnel. Ces manques constituent l'une des faiblesses de ce cadre de référence et nous devons y apporter une attention particulière dans le suivi de celui-ci.

Deux autres sous-publics n'ont pas été retenus lors de cette mise à jour du cadre de référence. Il s'agit des travailleurs du sexe (TDS) et des personnes trans\* pour lesquels des cadres de références spécifiques doivent être produits et/ou mis à jour<sup>16</sup>.

### 3.2.1. Les gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH

Depuis l'apparition des nouveaux traitements antirétroviraux (ARV) à la fin des années 1990, la majorité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) bénéficie d'une **espérance de vie croissante** et d'une **qualité de vie améliorée**. Ces progrès leur permettent de réaliser des projets (de couple, d'enfant, de formation, de travail) et génèrent en même temps des problèmes nouveaux, notamment en termes de vieillissement avec le VIH.

Aujourd'hui, il est scientifiquement démontré que **la mise sous traitement** des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et le maintien de leur **charge virale à un niveau indétectable** empêche la transmission du VIH par voie sexuelle aux partenaires séronégatifs<sup>17</sup>. La mise sous traitement précoce assure quant à elle une meilleure qualité de vie des PVVIH et évite le développement de maladies opportunistes<sup>18</sup>. Dans ce contexte, la connaissance de son statut sérologique, l'entrée ainsi que la rétention dans les soins et l'observance sur la durée sont cruciales mais elles peuvent être compromises par différents facteurs : disparité de l'accès au dépistage, peur de la maladie, anticipation des effets secondaires des traitements, difficultés sociales. En outre, les personnes les plus précarisées vivent dans des conditions qui empêchent parfois l'adoption de comportements favorables à leur propre santé.

La connaissance de l'efficacité du **traitement comme prévention** (TasP) parmi les gays, bisexuels et autres HSH (vivant avec le VIH ou non) est actuellement l'un des défis majeurs pour les acteurs de prévention. Cette stratégie de prévention médicale

<sup>16</sup> Il existe un cadre de référence pour les prostitués masculins : <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

<sup>17</sup> Rodger A.J. *et al.* (2016), « Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. », *The Journal of the American Medicine Association*, vol. 316, n° 2, p. 171-181.

<sup>18</sup> Lundgren J.-D. *et al.* for The INSIGHT START Study Group (2015), « Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 9, p. 795-807.

doit être aujourd'hui connue et appropriée par le plus grand nombre de gays, bisexuels et autres HSH VVIH et ce en parallèle de la sensibilisation à d'autres stratégies de réduction des risques sexuels (RdRs) telles que le recours au préservatif et au lubrifiant (protection contre les autres IST, protection contre la transmission du VIH en cas de charge virale détectable), le TPE et la PrEP. Il convient également de promouvoir les stratégies de réduction des risques liés à la consommation de drogues auprès du public ciblé.

Les gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH (HSH VVIH) sont en outre confrontés à de la **stigmatisation et des discriminations** ou à des difficultés d'intégration dans divers secteurs de la vie sociale (santé, emploi/formation, assurances) ainsi que dans leur vie affective et sexuelle<sup>19</sup>. Ces discriminations liées à leur statut sérologique se cumulent parfois à d'autres discriminations ou stigmatisations liées à leur orientation sexuelle, leur parcours migratoire, leur consommation de drogues ou leur activité comme travailleur du sexe. Il existe donc un écart significatif entre les avancées thérapeutiques et une vulnérabilité sociale persistante.

Enfin, un risque de **criminalisation de la transmission du VIH** existe en Belgique, qui a un impact sur les attitudes face au risque, au dépistage et à la prévention qui doit être pris en compte<sup>20</sup>.

### 3.2.2. Les jeunes gays, bisexuels et autres HSH

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

L'épidémie de VIH, ses dynamiques et ses déterminants sont encore mal connus pour le public des jeunes gays, bisexuels et autres HSH. Pourtant, plusieurs facteurs environnementaux ou comportementaux caractéristiques de cette population peuvent être mis en avant.

- **Absence d'actions de prévention** ciblant spécifiquement les jeunes gays, bisexuels et autres HSH, résultant notamment de la faiblesse de la mise en œuvre de l'EVRAS en Belgique francophone.
- **Manque de connaissances sur les modes de transmission** du VIH et autres IST, les outils de prévention et des stratégies de protection/RdRs.
- **Environnements de sociabilité et structures de la vie sociale** gay différentes de celles des gays, bisexuels et autres HSH plus âgés, entraînant un manque de liens intergénérationnels notamment sur les questions relatives à la sexualité.

<sup>19</sup> Pezeril C. (2012), *Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone »*, Observatoire du sida et des sexualités (Université saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques, Bruxelles.

<sup>20</sup> Pezeril C. (2016), « Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », *Genre, sexualité & société*, n° 15.

- **Discriminations liées à l'orientation sexuelle**, sentiment de rejet familial et/ou social, isolement, harcèlement à l'école. Tous ces éléments peuvent avoir un impact sur la santé mentale des jeunes et les éloigner d'une conscientisation de leurs prises de risques.
- **Consommation** fréquente d'alcool et de substances psychoactives.

### 3.2.3. Les gays, bisexuels et autres HSH migrants et « mobiles »

Il existe des freins spécifiquement liés à la migration, freins qui peuvent se manifester à différents niveaux, que ce soit dans l'accès aux outils de prévention, dans l'entrée dans les soins ou dans le faible soutien social et familial.

Dans cette publication, la **catégorie « migrants »** inclut les gays, bisexuels et autres **HSH résidant en RBC et qui sont nés dans un autre pays que la Belgique** (UE et hors UE). Cette catégorie présente une très forte hétérogénéité, notamment en ce qui concerne le statut de séjour, la période de séjour, l'origine ethnique et culturelle. Il conviendra dès lors de relater le plus précisément possible les situations identifiées.

Par ailleurs, la RBC concentre une grande part de la vie et de la scène gay nationale et fait l'objet d'un **tourisme gay** conséquent. La région est également marquée par une grande **mobilité internationale**, avec une forte proportion de travailleurs internationaux. Pour ces raisons, une attention particulière sera apportée aux deux catégories suivantes de **non résidents** :

- les Belges et non-Belges habitant dans une autre région que la RBC et se rendant régulièrement dans celle-ci ;
- les voyageurs internationaux de passage en RBC.

Ces usagers de la RBC feront l'objet d'une attention particulière dans la définition de nos objectifs et activités stratégiques.

### 3.2.4. Les gays, bisexuels et autres HSH usagers de drogues

Les gays, bisexuels et autres HSH (mais particulièrement les gays) consomment en général plus de substances psychotropes que la population générale. L'apparition de nouvelles substances et/ou modes de consommation dans ce public, notamment la pratique du **SLAM** (injection intraveineuse de produits psychostimulants, tels que la méphédrone et ses dérivés) a modifié le paysage sexuel et préventif.

Certaines substances sont utilisées spécifiquement comme stimulants sexuels, notamment lors de soirées de sexe (dans les lieux de consommation sexuelle, à domicile, lors de pratique du sexe en groupe). L'expression « **chemsex** » est utilisée pour décrire des rapports sexuels entre hommes sous l'influence de drogues prises avant et/ou pendant les rapports sexuels. Cette publication mettra spécifiquement l'accent sur cet usage puisque celui-ci est souvent considéré comme l'une des causes de recrudescence des infections à VIH et d'autres IST, alors que ce lien n'a pas été scientifiquement prouvé jusqu'ici.

Deux catégories de HSH consommateurs de drogues se distinguent.

- **Les consommateurs de drogues récréatives** font usage de diverses drogues licites et illicites (parfois simultanément) et évoluent dans un environnement qui favorise la consommation, notamment en termes d'initiation à certains produits. La consommation d'une ou de plusieurs drogues récréatives peut parfois, mais pas systématiquement, mener à des rapports moins protégés.
- **Les consommateurs de drogues injectables (UDI)** représentent un public qui peut cumuler des prises de risque liées à l'injection intraveineuse de drogues et celles liées aux rapports sexuels. La prévalence du VIH, mais surtout des hépatites B et C, est élevée dans ce groupe. Les gays, bisexuels et autres HSH injecteurs peuvent parfois être précarisés sur le plan socio-économique bien que certains hommes pratiquant par exemple le SLAM ne sont confrontés à aucune difficulté d'ordre social, économique ou médical.

Le contexte politique de répression des drogues doit par contre être considéré comme un obstacle important à la mise en place de stratégies de réduction des risques (RdRs) adéquates pour ce public.

### 3.3. DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL

#### 3.3.1. Présentation

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

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

1. L'Observatoire du sida et des sexualités a réalisé un **document préparatoire** en collectant les données existantes pour la RBC, qu'elles soient issues d'enquêtes scientifiques récentes (notamment les importantes études *EMIS* et *SIALON II*) ou qu'elles émanent des indicateurs d'activité ou de résultat des différents acteurs de lutte contre le VIH et les autres IST en RBC. Les enquêtes internationales ont été utilisées lorsque certaines thématiques – par exemple la consommation de drogues injectables – n'étaient pas suffisamment couvertes par des enquêtes locales. Ce diagnostic offre un aperçu précis et actualisé de la situation en privilégiant les données de moins de 5 ans.
2. Le document préparatoire a été soumis lors du **focus group** organisé auprès du public des gays, bisexuels et autres HSH bruxellois le 4 mai 2015. Les participants ont commenté et complété les données présentées dans ce document avec leurs propres expériences, leurs perceptions et leurs attentes en termes de prévention. Les apports du public cible ont été consignés puis intégrés au diagnostic.
3. Le diagnostic a enfin été présenté pour **discussion et validation** aux participants – essentiellement des professionnels et des relais – à la **journée d'atelier** organisée le 29 mai 2015 et intitulée « Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les gays, bisexuels et autres HSH en Région de Bruxelles-Capitale ». Leurs constats ont également été consignés et ont permis de compléter le diagnostic épidémiologique et social.

**Un document complet reprenant l'ensemble des données collectées lors des trois étapes de travail se trouve en annexe et est téléchargeable en ligne, sur le site de l'Observatoire du sida et des sexualités<sup>21</sup>. Par souci de concision, cette publication présente uniquement une synthèse des indicateurs les plus marquants.**

---

<sup>21</sup> Ronti T. (2016), *Diagnostic épidémiologique et social : Les gays, bisexuels et autres HSH en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

### 3.3.2. Principaux éléments

Cette section présente une **synthèse du diagnostic épidémiologique et social**, dont les modalités d'élaboration ont été détaillées ci-dessus. Le document complet se trouve en annexe de ce cahier et inclut à la fois les données scientifiques, les constats de terrain et les commentaires recueillis lors des différents ateliers. Il est construit en 11 sous-sections thématiques. Ce document reprend notamment les données de surveillance épidémiologique de 2013. Depuis lors, les données de l'ISP pour l'année 2014 sont parues. Si l'on constate un léger recul de l'épidémie entre 2013 et 2014 chez les gays, bisexuels et autres HSH, les dynamiques de l'épidémie restent inchangées. De plus, nous ne pouvons à l'heure actuelle pas encore parler de recul puisque la diminution de l'incidence ne s'est produite que sur une très courte période, nécessitant dès lors une confirmation dans le temps.

#### 1. DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES POUR L'INFECTION À VIH

Concernant **l'incidence**, en 2013, l'Institut scientifique de santé publique a attribué 50,6 % des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en Belgique pour lesquels le mode de contamination est connu à un contact entre gays, bisexuels et autres HSH. Ce qui représente une augmentation substantielle de 5% par rapport à 2012 où 44,2% des infections concernaient ce public (SASSE, 2014). L'incidence du VIH chez les gays, bisexuels et autres HSH en RBC est proche de celle constatée dans d'autres grandes villes européennes (Barcelone, Lisbonne, Brighton, Bucarest) (SIALON II, 2013).

Le domicile de la personne n'est pas toujours connu ou rapporté dans les données de surveillance. **Cependant, la moitié (50,9%) de ces nouveaux diagnostics pour lesquels le domicile de la personne est connu concernant les HSH a été réalisée en RBC, représentant au total 115 hommes.** Parmi eux, 49 étaient belges et 66 avaient une autre nationalité. Une majorité des non-Belges avaient la nationalité d'un autre pays d'Europe.

**La prévalence** du VIH auprès de cette population est estimée à 9,7% dans l'enquête EMIS et à 12,3% dans l'enquête SIALON II (EMIS, 2010 ; SIALON II, 2013) pour la Région bruxelloise uniquement.

#### 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR LES AUTRES IST

Les données de l'Institut scientifique de santé publique concernant les IST en Région de Bruxelles-Capitale ne sont pas disponibles en fonction du **mode de transmission**. La part des gays, bisexuels et autres HSH infectés par les IST n'est donc pas connue. Par contre, les données issues du réseau sentinelle de cliniciens font connaître le **mode de transmission** pour 93% des patients suivis en 2013. Parmi ceux-ci, 62% étaient des gays, bisexuels et autres HSH (SASSE, 2014).

En outre, en Belgique, 88% des cas de **syphilis**, 84% des cas de **gonorrhée** et 36% des cas de **chlamydia** résultent d'un contact entre gays, bisexuels et autres HSH. Concernant l'hépatite C, 100% des nouveaux cas sont attribués à des contacts entre gays, bisexuels et autres HSH. Cependant, aucune distinction n'est apportée entre contact HSH et infections liés à la pratique d'injections de substances psychotropes. (SASSE, 2014).



### 3. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES GAYS, BISEXUELS ET AUTRES HSH

Les résultats de l'enquête *EMIS* montrent que 87,4% des répondants se déclarent **gays ou homosexuels**. Ils ne sont cependant plus que 80,4% à déclarer n'être attirés que par des hommes, presque 20% étant attirés à la fois par des hommes et des femmes. Concernant l'identité, 6,3% s'affirment bisexuels et 4,7% refusent de s'auto-définir (*EMIS*, 2010). Enfin, 22,8% des répondants à l'enquête *SIALON II* n'ont parlé de leur homosexualité à personne (*SIALON*, 2013).

La grande majorité des répondants de l'enquête *EMIS* ont obtenu un **diplôme supérieur** et sont, au moment de l'enquête, **en situation d'emploi**. 47% d'entre eux déclarent **vivre seuls** alors que 30,7% vivent **avec un partenaire masculin** (*EMIS*, 2010).

Concernant les hommes dits « migrants », l'enquête *SIALON II* prend en compte les hommes qui sont nés dans un pays autre que leur pays de résidence au moment de l'enquête. **Bruxelles est la ville européenne avec le plus fort taux de migrants** : 31,6%, contre 25,2% pour Barcelone, 18% pour Stockholm et 15,2% pour Vérone (*SIALON II*, 2013). Près de 80% de ces migrants sont issus d'un autre pays européen. Cependant, parmi la population enrôlée dans *SIALON II*, 21,5% étaient en visite et n'habitaient pas habituellement en Belgique. Presque 45% des répondants habitaient en RBC et 30% dans un périmètre de 100 km autour de celle-ci.

Ces données montrent **la forte mobilité des personnes à Bruxelles** et cette caractéristique ressort très précisément de l'enquête, puisque seule Lisbonne présente un taux plus important de visiteurs dans son échantillon (32,3%).

Malgré les échantillons de population très importants des enquêtes *EMIS* et *SIALON II*, celles-ci présentent certaines limites en matière de représentativité. Pour *EMIS*, le choix du recrutement en ligne a écarté les publics n'ayant pas accès aux nouvelles technologies (outils de rencontre 2.0). L'enquête *SIALON II*, quant à elle, a été réalisée dans les lieux de sociabilité gay de la RBC. Dès lors, les hommes ne fréquentant pas ces espaces n'ont pas non plus été touchés.

### 4. HSH VIVANT AVEC LE VIH EN BELGIQUE

Peu de données régionalisées sont à disposition concernant les gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH. Dès lors, ce diagnostic présente principalement les données d'enquêtes et de terrain pour la Belgique entière.

Entre le début de l'épidémie et 2011, **la proportion de HSH diagnostiqués séropositifs et entrés dans le système de soins est de 95%** ; le taux de HSH prenant des ARV est de 86% ; la proportion de gays, bisexuels et autres HSH sous ARV et avec une charge virale en dessous 50 copies est de 88% (*VAN BECKHOVEN*, 2014).

Toutefois, si on prend en compte « l'épidémie cachée », l'estimation de la part de **HSH séropositifs avec une charge virale indétectable** en Belgique est de 69% en ce inclus les gays, bisexuels et autres gays, bisexuels et autres HSH non-belges parmi lesquels la proportion d'entrés et de retenus dans le système de soins est légèrement plus basse (*VAN BECKHOVEN*, 2014).

Dans l'enquête *SIALON II*, le **taux de gays, bisexuels et autres HSH connaissant leur séropositivité et étant sous traitement ARV** est de 99,6%. 94% d'entre eux ont une charge virale indétectable. Pour l'ensemble des répondants à l'enquête, 84,7% de gays, bisexuels et autres HSH séropositifs sont sous traitement ARV et 78,3% d'entre eux ont une charge virale indétectable.

## 5. DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

Dans l'enquête *EMIS*, 47,6% des répondants avaient réalisé un test de dépistage du VIH **dans les 6 mois** précédant l'enquête, alors que 23,6% en avait effectué un dans les 12 mois précédents (*EMIS*, 2010). Ces résultats sont corroborés par l'enquête *SIALON II* qui montre que 68,1% des répondants ont rapporté avoir été dépistés dans l'année précédant l'enquête (*SIALON II*, 2013).

Il faut noter que 4,8% des répondants d'*EMIS* déclarent n'avoir pas été dépistés pour le VIH depuis plus de 5 ans, alors que 26,74% des répondants de *SIALON II* ayant moins de 25 ans n'ont quant à eux **jamais été dépistés du tout**. Ce taux descend à 7,4% pour les répondants de plus de 25 ans pour la même enquête et le même type de dépistage.

Le **dépistage tardif** en Région de Bruxelles-Capitale atteint 31,43% chez les gays, bisexuels et autres HSH. Pour les patients belges, le taux de dépistage tardif est de 35,56% alors que pour les non-belges le taux est de 28,81% (*SASSE*, 2014).

Il faut également noter que 12,3% des répondants à l'enquête *SIALON II* étaient porteurs du virus sans le savoir. Ce chiffre est notamment conforté par les données de l'ISP sur l'épidémie cachée en 2014. Sur la base de l'outil « *HIVModellingTool* », développé par l'ECDC, l'ISP a tenté d'évaluer le nombre de gays, bisexuels et autres HSH porteurs du virus du VIH et en vie en 2013 en Belgique : il y aurait 6550 hommes gays, bisexuels ou HSH séropositifs en Belgique dont 900 (13,7%) ne connaîtraient pas leur statut sérologique (*SASSE*, 2015).

Le **centre de dépistage anonyme et gratuit ELISA** a reçu en consultation 4184 gays, bisexuels et autres HSH entre 2008 et 2013, ce qui représente 23% de ses patients pour cette période. Parmi les HSH, 113 ont été diagnostiqués séropositifs, soit une découverte de séropositivité pour 3,4% pour la population mentionnée. Quinze diagnostics étaient des primo-infections. Entre 2008 et 2012, 67% des patients HSH ayant visité le centre ELISA n'étaient pas belges et résidaient depuis moins de 5 ans sur le territoire belge. 7% d'entre eux sont notamment des « personnes de passage » sur le territoire.

Pour la Belgique francophone, les données de l'association *Ex Æquo* sont récoltées lors de ses actions de dépistage. En 2014, 469 tests de dépistage du VIH ont été réalisés auprès des gays, bisexuels et autres HSH. Le taux de découverte de séropositivité était de 2,5%, répartis comme suit : 2,71% lors des permanences de dépistage et 1,46% lors des actions en extérieur.

## 6. DÉPISTAGE DES AUTRES IST

Dans *EMIS*, 66,1% des répondants déclarent avoir déjà été dépistés pour les autres IST et 66,5% d'entre eux l'ont été **dans les 12 mois** précédant l'enquête (*EMIS*, 2010). Par contre, 30,3% des répondants n'ont **jamais été dépistés** pour les autres IST.

L'enquête *SIALON II* montre en outre que 38,7% des répondants de **moins de 25 ans** ont réalisé un test de dépistage des autres IST dans l'année précédant l'enquête contre 72,23% des participants de plus de 25 ans (*SIALON II*, 2013). L'échantillon des personnes de moins de 25 ans était cependant relativement petit et il y a donc lieu de prendre ces résultats avec précaution, mais nous pouvons néanmoins noter une légère différence entre les deux catégories de population.

Les données récoltées par le centre **ELISA** entre 2008 et 2012 concernant le dépistage des autres IST montrent les prévalences suivantes auprès des patients gay, bisexuels et autre HSH : 8% pour la syphilis ; 2,8% pour la gonorrhée ; 4,8% pour la chlamydia et 0,8% pour l'hépatite C.

En Belgique francophone, en 2014, **Ex Æquo** a réalisé 329 tests de dépistage de la syphilis auprès des gays, bisexuels et autres HSH. Le taux de réactivité était de 1,82%, répartis comme suit : 1,48% lors des permanences de dépistage et 3,45% lors des actions en extérieur. 63% des gays, bisexuels et autres HSH rencontrés ont rapporté avoir déjà réalisé un test de dépistage pour les autres IST contre 32% qui déclarent n'en avoir jamais réalisé.

## 7. SANTÉ SEXUELLE ET VIE AFFECTIVE

Parmi les gays, bisexuels et autres HSH, de 67,5% (*EMIS*, 2010) à 82,9% (*SIALON II*, 2013) s'estiment **satisfaits de leur vie sexuelle**. Les **raisons de l'insatisfaction** sont multiples : 51,7% aimeraient avoir une relation stable, 38% souhaiteraient des rapports sexuels plus fréquents alors que 43,9% d'entre eux n'ont pas confiance en eux sexuellement. Il faut noter également que 35,9% s'estiment insatisfaits parce qu'ils ont **peur de contracter le VIH** (*EMIS*, 2010).

Le diagnostic complet (voir annexe) présente une analyse des **types de relations** dans lesquelles les gays, bisexuels et autres HSH s'engagent ainsi qu'une analyse du **nombre de partenaires** et de la **fréquence des pénétrations anales** dans ces relations.

L'enquête *SIALON II* montre que les **rôles sexuels** lors de la dernière pénétration anale sont répartis de la sorte : 29,2% des hommes sont insertifs, 30,6% sont réceptifs et 40,2% sont versatiles. Les répondants à Bruxelles rapportent le plus fort taux de versatilité dans l'enquête comparativement aux autres villes étudiées.

Malgré l'avènement des nouvelles technologies de rencontre, il faut noter qu'aucune recherche n'est actuellement en cours en RBC concernant les modifications des structures de la vie sociale gay et leur impact sur les stratégies de prévention.

## 8. PRÉVENTION, PROTECTION, RÉDUCTION DES RISQUES

Le **recours au préservatif avec le dernier partenaire** (occasionnel ou régulier – sans mention des pratiques sexuelles) s'élève à 60,7% parmi les répondants de l'enquête *SIALON II* ; il monte à 83,7% pour les moins de 25 ans contre 57,6% chez les plus de 25 ans (*SIALON II*, 2013). 64,6% des répondants à l'enquête *EMIS* affirment toujours utiliser le préservatif avec leur(s) partenaire(s) occasionnels. Par ailleurs, 29,2% des répondants déclarent une utilisation systématique du préservatif avec leur partenaire régulier lors des pénétrations anales (*EMIS*, 2010).

Dans l'enquête *SIALON II*, le **sérotriage** est défini comme le choix de partenaire(s) sur la base du statut sérologique présumé et donc de la concordance sérologique présumée avec le(s) partenaire(s). La définition du sérotriage n'est pas toujours la même que celle donnée dans cette enquête. Néanmoins, nous avons choisi de garder celle documentée dans *SIALON II* pour expliciter les données mentionnées ci-après. Le sérotriage dans le cadre d'une relation avec un partenaire régulier est rapporté très fréquemment : 84,2% des répondants déclarent avoir le même statut que leur partenaire, contre 11,3% qui disent vivre un statut discordant. Le sérotriage avec des partenaires occasionnels est par contre rarement établi puisque seuls 12,9% affirment avoir un statut concordant à celui de leur partenaire occasionnel, contre 87,1% qui ne le connaissant pas (*SIALON II*, 2013).

D'autres stratégies de réduction des risques sont mobilisées par les gays, bisexuels et autres HSH, comme le traitement comme prévention, le retrait avant éjaculation, le séro-positionning. Cependant, nous n'avons pas de données sur ces autres stratégies qui, à l'heure de la prévention combinée, devraient être étudiées de plus près.

Dans *SIALON II*, 49,1% des répondants de moins de 25 ans déclarent avoir été touchés par des **programmes de prévention** alors que 64,4% des répondants de plus de 25 ans déclarent avoir été approchés par des acteurs de prévention dans l'année précédant l'enquête. L'indicateur de mesure d'impact des programmes de prévention a pris en compte deux variables : la connaissance d'un lieu de dépistage du VIH et la distribution de préservatifs gratuits dans les 12 derniers mois. Seules les personnes ayant répondu positivement aux deux questions ont été considérées comme valides pour l'inclusion dans cet indicateur.

**Concernant le TPE**, des données d'enquêtes récentes manquent, notamment sur les taux de connaissance et de recours à cet outil. Les données concernant le profil sociodémographique des patients y ayant recours sont également manquantes.

**La PrEP**, quant à elle, n'est pas disponible en Belgique. Cet outil de prévention est cependant mentionné dans le Plan National VIH 2014-2019, spécifiquement dans ses actions 34 et 39, à savoir : 1/ Développer un cadre pour les projets pilotes de PrEP et une recherche opérationnelle pour évaluer la faisabilité de celle-ci ; 2/ Informer les personnes les plus exposées au risque sur la PrEP.

## 9. TRAVAIL DU SEXE

Dans l'enquête *EMIS*, 13% des répondants déclarent **avoir été payés** pour des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête et 4% d'entre eux affirment **avoir payé** pour des rapports sexuels au cours de la même période.

Le public des hommes prostitués / travailleurs du sexe (TDS) forme un groupe hétérogène, mobile, difficilement dénombrable et mal connu<sup>22</sup>. Les profils des TDS peuvent différer selon les villes et les lieux de prostitution. Décrire un « profil type » d'homme prostitué demeure illusoire, tandis qu'une quantification et une caractérisation exhaustives sont difficiles vu que ce public est en partie clandestin tant par son statut de séjour que par son activité prostitutionnelle ou encore sa (ses) pratique(s) sexuelle(s)<sup>23</sup>. Cependant, l'enquête *Prostitution : Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*, réalisée en 2006 et qui tente de recenser le nombre de travailleurs du sexe en RBC. Il y aurait entre 200 et 500 TDS travaillant dans les rues et entre 450 et 1000 travaillant sur Internet<sup>24</sup>.

## 10. TABAC, ALCOOL, MÉDICAMENTS ET USAGES DE DROGUES

Les gays, bisexuels et autres HSH consomment globalement plus de substances psychotropes que la population générale. Certaines substances sont utilisées spécifiquement comme stimulants sexuels, et ce notamment lors de « soirées de sexe ».

Les données récoltées lors de l'enquête *EMIS* concernant la consommation de substances illicites/récréatives auprès de la population des gays, bisexuels et autres HSH datent de 2010. Depuis lors, les comportements de consommation pourraient avoir fortement évolué, notamment avec l'apparition de nouvelles substances et/ou moyens de consommation (e.g. le SLAM ou le chemsex). Ces données sont donc à considérer avec prudence. L'enquête *SIALON II* souligne que 9,5% des répondants déclarent avoir déjà utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie. L'échantillon de répondants étant relativement petit (127), ces résultats sont à interpréter avec prudence. Comparée aux autres villes européennes, Bruxelles se situe dans la tranche la plus élevée en termes de consommation de drogues injectables.

Pour surmonter le manque de connaissances sur ce phénomène en RBC, des données issues d'enquêtes et d'expériences de terrain réalisées dans d'autres pays ont été mobilisées et se trouvent dans le document en annexe de cette publication.

---

<sup>22</sup> Le cadre de référence pour ce public date de 2009 : <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

<sup>23</sup> Pour consulter le rapport d'activités de l'asbl Alias : <http://www.alias-bru.be>.

<sup>24</sup> Seinpost Adviesbureau BV-Erasmus Hogeschool Brussel en collaboration avec la Katholieke Universiteit Leuven (2008), *Prostitution : Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*, Arnhem. Disponible sur : [http://www.alias-bru.be/wp-content/uploads/2010/04/Prostitution-Bruxelles-en-image\\_2008-fr.pdf](http://www.alias-bru.be/wp-content/uploads/2010/04/Prostitution-Bruxelles-en-image_2008-fr.pdf) (consulté le 16/08/2018).

## 11. HOMOPHOBIE, DISCRIMINATIONS ET SANTÉ MENTALE

Peu de données récentes sont disponibles concernant cette thématique en RBC. Cependant, l'enquête *SIALON II* a abordé la question du **coming-out** des gays, bisexuels et autres HSH : plus de la moitié des répondants déclare avoir annoncé son orientation sexuelle auprès de tout (ou presque) son entourage, alors que 22,8% d'entre eux n'ont parlé de leur homosexualité à personne (*SIALON II*, 2013).

L'**homonégativité** ressentie est également très présente puisque 15,8% des participants à l'enquête *SIALON II* rapportent des attitudes négatives ou très négatives envers les homosexuels et les bisexuels sur leur lieu de travail ou à l'école ; 20,4% de la part de leurs parents contre seulement 1,7% de la part de leur cercle d'ami-e-s.

Les données sur la sérophobie et sur la santé mentale des gays, bisexuels et autres HSH manquent et doivent faire l'objet de recherche futures.

### 3.4. PROBLÉMATIQUE

La problématique synthétise les indicateurs les plus saillants du diagnostic épidémiologique et social et résume le défi auquel le plan d'action devra répondre.

Cette formulation de la problématique a été discutée et validée lors de l'atelier du 29 mai 2015 par les acteurs professionnels et les relais qui y ont participé.

**La population des gays, bisexuels et autres HSH en RBC présente une incidence élevée du VIH et des autres IST résultant de la conjugaison de facteurs environnementaux, comportementaux et biologiques.**

- **Facteurs environnementaux** : la prévalence élevée du VIH et des autres IST au sein d'une population restreinte dont les réseaux sexuels sont très actifs augmente la probabilité d'être infecté par le VIH.
- **Facteurs comportementaux** : le recours au dépistage et l'utilisation des moyens/stratégies de protection et de réduction des risques adéquats restent insuffisants.
- **Facteurs biologiques** : le risque de transmission du VIH est plus élevé lors des pénétrations anales, ce risque étant augmenté par la versatilité des partenaires.

**La population des gays, bisexuels et autres HSH est très hétérogène et fortement marquée par la migration et le caractère international de la RBC.**

- **Nationalités** : les résidents bruxellois au sein de la population des gays, bisexuels et HSH sont principalement des Belges ; une proportion importante de cette population a connu une trajectoire migratoire dont une majorité originaire d'une autre pays de l'UE, expliqué partiellement par la présence des institutions européennes et la localisation centrale de Bruxelles en Europe.
- **Tourisme et mobilité** : un autre profil de gays, bisexuels et autres HSH se dessine, à savoir les personnes ne résidant pas en RBC mais se rendant dans les lieux de sociabilité et de rencontres (qu'ils viennent d'une autre région de Belgique ou d'un autre pays). En effet, la RBC concentre une activité importante de tourisme gay, expliquant notamment la présence de nombreux non-résidents dans les lieux de sociabilité.
- **Inégalités sociales de santé** : les problèmes rencontrés dans l'accès à la prévention, aux traitements et aux soins sont insuffisamment documentés dans les enquêtes concernant les gays, bisexuels et autres HSH en RBC, alors même que les profils de ceux-ci sont particulièrement divers et que ces inégalités sont importantes dans la Région pour la population générale.

**Le recours aux différents moyens de protection et de réduction des risques disponibles en RBC est plus important chez les gays, bisexuels et autres HSH qu'en population générale. Cependant, il est encore possible d'augmenter et d'améliorer le recours à ces outils et stratégies auprès de la population ciblée, particulièrement en favorisant la mise en œuvre de la prévention combinée en RBC.**

- **Dépistage** : l'opérationnalisation du dépistage communautaire décentralisé/délocalisé et démedicalisé ainsi que l'accès aux nouveaux outils de dépistage, dont l'autotest, restent insuffisants au regard des recommandations internationales concernant la fréquence et les types de dépistage du VIH et des autres IST.

- **Utilisation du préservatif** : le recours au préservatif avec les partenaires occasionnels lors des pénétrations anales peut être augmenté. L'utilisation du préservatif doit également être combinée à d'autres stratégies de réduction des risques en fonction des situations.
- **TasP** : les gays, bisexuels et autres HSH (vivant avec le VIH ou non) connaissent insuffisamment l'efficacité du traitement comme prévention. Dès lors, ils ne peuvent pas adapter leur(s) pratique(s) de protection et de prévention en fonction de cette stratégie.
- **PrEP** : la PrEP n'est ni autorisée, ni prise en charge, ni remboursée en Belgique, privant les populations concernées d'un outil de prévention efficace. Cependant, des gays, bisexuels et autres HSH utilisent déjà cet outil sans accompagnement médical.
- **TPE** : le recours au TPE pour la population ciblée est encore faible, notamment en raison de limitations d'accès, et trop peu documenté, nécessitant une récolte de données systématisée.

**Une partie des gays, bisexuels et autres HSH considère que leur vie sexuelle est insatisfaisante, notamment à cause d'une crainte importante de contracter le VIH.**

**Les discriminations multiples auxquelles sont exposés les gays, bisexuels et autres HSH influencent leur santé mentale, particulièrement ceux vivant avec le VIH.**

**Enfin, depuis plusieurs années, d'autres facteurs influent sur les sexualités des gays, bisexuels et autres HSH, notamment les nouveaux moyens de rencontre 2.0 (applications mobiles) ou les nouvelles substances psychotropes/les nouveaux modes de consommation (SLAM et soirées « chemsex »).**

*Ces évolutions sont fortement marquées dans les grandes capitales européennes, dont Bruxelles mais insuffisamment investies par les acteurs concernés par la prévention en RBC.*



## 3.5. ACTEURS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE

Le cadre de référence développé en 2009 recense tous les acteurs concernés par la problématique. Lors de la mise à jour en 2015, en plus du public cible, seuls trois acteurs ont été retenus en raison de la priorité à mobiliser les acteurs les plus proches et les plus concernés par la prévention des IST/VIH parmi les gays, bisexuels et autres HSH. De fait, ces trois acteurs ont un impact fort et direct sur les déterminants des épidémies d'IST/VIH. Cette section caractérise de manière synthétique ces trois acteurs.

### 3.5.1. Les acteurs de prévention des IST/VIH

Ces organismes conduisent des activités de prévention des IST/VIH et de réduction des risques à destination spécifique des gays, bisexuels et autres HSH. Certains organismes visant la population générale peuvent également être amenés à intégrer la question de l'orientation sexuelle en fonction des besoins et des demandes du public.

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

### 3.5.2. Les acteurs de santé / psycho-médico-sociaux

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

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

### 3.5.3. Les acteurs festifs et communautaires

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

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

**Les acteurs associatifs LGBTQIA+** sont pour la plupart constitués en asbl et regroupés à Bruxelles au sein de la Rainbow House / Maison Arc-en-Ciel (MAC). Ces associations sont essentiellement gérées par des bénévoles et ont pour objet social : l'organisation d'activités conviviales (sportives ou socio-culturelles), la défense des droits des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres (lobbying LGBT), l'accueil et le soutien individuel ou en groupe de parole, l'action politique ou la religion. Une quarantaine d'associations sont recensées à Bruxelles. Ces associations jouent, ou pourraient jouer un rôle important comme relais en matière de prévention, étant donné leur proximité avec le public cible.

#### **3.5.4. Autres acteurs**

Ci-dessous figure la liste des acteurs concernés par la problématique mais pour lesquels la mise à jour n'a pas été effectuée en 2015 :

- Responsables des sites de rencontres Internet
- Acteurs des lieux publics de drague
- Milieu de vie familial
- Médias spécialisés / médias grand public
- Population générale / Commerces généralistes
- Politiques et administratifs
- Scientifiques/chercheurs
- Enseignement et formation
- Monde du travail
- Milieu carcéral
- Religieux

## 3.6. COMPORTEMENTS ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social, le diagnostic comportemental a été construit lors d'un atelier participatif avec un ensemble d'acteurs représentatifs et concernés (voir la section méthodologique). Ensuite, des déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels pour ces différents comportements ont été identifiés. La synthèse ci-dessous reprend les principaux éléments de cette analyse.

### 3.6.1. Gays, bisexuels et autres HSH

#### 1. PRATIQUES DE DÉPISTAGE

*La plupart des gays, bisexuels et autres HSH ont recours au dépistage du VIH et des autres IST. Cependant, un nombre encore important d'entre eux y a recours de manière trop tardive et/ou à une fréquence insuffisante en fonction de leurs activités et pratiques sexuelles.*

#### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Évaluation inadéquate ou insuffisante de l'exposition aux risques d'infection par les IST/VIH.
- Méconnaissance des symptômes de séroconversion au VIH ou d'infection par d'autres IST.
- Faible accès aux différents dispositifs et tests de dépistage du VIH (faible couverture horaire et/ou géographique des dispositifs médicalisés existants ; faible couverture des dispositifs de dépistage rapide et/ou délocalisé ; pas de dépistage démedicalisé et pas d'autotests).
- Craintes freinant la réalisation d'un dépistage :
  - le triple prélèvement (gorge, anus, urine) est perçu comme trop lourd ou gênant ;
  - les counsellings pré- et/ou post-dépistage peuvent être jugés inadéquats, notamment par les hommes se dépistant régulièrement ;
  - le respect de la confidentialité et de l'anonymat par le personnel encadrant les dépistages n'est pas estimé suffisant ;
  - la stigmatisation de la sexualité sans préservatif par le personnel encadrant les dépistages est anticipé.

#### **Attention particulière pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les gays, bisexuels et autres HSH jeunes et plus âgés se dépistent moins.
- ⇒ Les non résidents de la RBC ne connaissant pas toujours les dispositifs de dépistage et/ou font face à des difficultés spécifiques d'accès à la prévention (pas d'outils dans d'autres langues) ou d'accès au soins (statut de séjour, ressources financières).
- ⇒ Les HSH « non-gay » (notamment les jeunes) sont moins touchés par les campagnes d'informations.

## 2. RECOURS AU PRÉSERVATIF

*Le recours au préservatif et au lubrifiant est plus élevé parmi les gays, bisexuels et autres HSH qu'en population générale mais son usage n'est pas systématique en l'absence d'autres stratégies de prévention (TasP, PrEP, etc.), notamment pour les pénétrations anales avec les partenaires occasionnels.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque d'aptitudes relatives à la pose du préservatif.
- Inadéquation entre préservatif et érections faibles.
- Insuffisance de la mise à disposition de préservatifs gratuits par les autorités sanitaires pour les publics prioritaires.
- Refus de distribution de préservatifs dans les écoles.
- Faible accès dans les lieux de consommation sexuelle et/ou de sociabilité.

### **Attention particulières pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les gays, bisexuels et autres HSH plus jeunes ont souvent moins de ressources financières et ont donc un accès encore plus restreint au préservatif/lubrifiant.
- ⇒ Les gays, bisexuels et autres HSH plus âgés ont plus souvent des érections faibles.
- ⇒ Les usagers de drogues injectables sont surtout sensibilisés aux stratégies de RdRs concernant leur consommation et trop peu sur les stratégies de RdRs sexuels.

## 3. RECOURS AU TPE

*Le recours au TPE est largement insuffisant et/ou inadéquat parmi les gays, bisexuels et autres HSH.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Méconnaissance des situations à risque nécessitant la prise d'un TPE.
- Méconnaissance des délais, lieux et conditions d'octroi du TPE.
- Peur du jugement par le personnel soignant lors de la demande d'un TPE.
- Mauvais accueil hospitalier dans les services d'urgence qui délivrent le TPE, créant une appréhension et freinant le retour aux urgences en cas de nécessité.
- Absence d'un accès universel au TPE (en dehors des CHU).
- Absence de prise en charge spécifique des personnes recourant à plusieurs TPE.

### **Attention particulières pour les sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les non résidents de la RBC pour qui les freins à l'accès au TPE sont plus importants.
- ⇒ Les gays, bisexuels et autres HSH jeunes acceptent plus difficilement un TPE.

#### 4. RECOURS À LA PrEP

*Les gays, bisexuels et autres HSH ne peuvent pas recourir à la PrEP ou l'utilisent en dehors d'un accompagnement psycho-médico-social répondant aux normes de qualité et aux recommandations internationales, et en l'absence d'un encadrement communautaire visant à renforcer l'observance au traitement.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Pas d'autorisation de mise sur le marché en Europe<sup>25</sup>.
- Pas de remboursement du Truvada® utilisé en PrEP.
- Absence d'information diffusée par les acteurs de prévention.
- Absence d'encadrement médical pour les personnes qui y ont déjà recours.
- Confusion entre les différentes utilisations des traitements (PrEP / TPE / TasP).
- Stigmatisation des usagers de PrEP.

#### 5. RECOURS AUX AUTRES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES

*Les gays, bisexuels et autres HSH ne recourent pas suffisamment aux autres stratégies de réduction des risques sexuels (sérotriage, séropositionning, retrait avant éjaculation) et/ou ne les combinent pas suffisamment avec d'autres outils de prévention (préservatifs, TPE, PrEP).*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Absence de campagnes d'information concernant les stratégies de RdRs.
- Méconnaissance de ces stratégies de réduction des risques.

#### 6. RECOURS AU TRAITEMENT COMME MOYEN DE PRÉVENTION (TasP)

*Alors que le traitement comme prévention est une stratégie reconnue scientifiquement, les gays, bisexuels et autres HSH n'y adhèrent pas et n'y recourent pas suffisamment.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Méconnaissance au sujet de l'efficacité du TasP.
- Différence de niveaux de connaissances entre séropositifs et séronégatifs.
- Manque de campagnes d'information sur la notion de CVI.
- Multiplicité et divergences des discours sur le TasP.
- Limites d'usage posées dans l'avis du Conseil supérieur de la santé sur l'abandon du recours au préservatif en cas de CVI.
- Absence de remboursement du traitement ARV lorsque le nombre de CD4 est supérieur à 500/mm<sup>3</sup> de sang, freinant la mise sous traitement précoce.

##### **Attention particulières pour des sous-publics spécifiques**

⇒ Les gays, bisexuels et autres HSH VVIH ne connaissent pas suffisamment l'efficacité du TasP.

<sup>25</sup> En juillet 2016, l'Agence européenne des médicaments a autorisé la mise sur le marché du Truvada® comme traitement préventif, décision confirmée par la Commission Européenne. L'Etat belge devra traduire cette autorisation au niveau national et envisager les dispositifs de délivrance et les conditions de remboursement.

## 7. CONSOMMATIONS DIVERSES

*Les gays, bisexuels et autres HSH ne sont pas toujours ou pas tous suffisamment en mesure d'assurer leur protection lors de contacts sexuels lorsqu'ils sont sous l'influence de produits psychotropes. Une petite partie d'entre eux ne se sent pas en contrôle de sa consommation.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Méconnaissance des stratégies de réduction des risques liées à la consommation, en particulier à l'injection.
- Augmentation et diversification de l'offre de consommation (nouveaux produits et nouveaux modes de consommation).
- Accessibilité aux produits psychotropes facilitée par l'achat en ligne.
- Offre importante de soirées privées « chemsex » sur les sites et applications de rencontre.
- Désinhibition importante lors de la polyconsommation.
- Absence d'information sur les interactions entre drogues et ARV.
- Difficultés rencontrées par les acteurs de prévention pour diffuser du matériel de prévention dans les soirées privées.
- Manque de liens entre le secteur de la prévention du VIH et les acteurs de RdRs.
- Manque d'outils combinant RdRs sexuels et RdRs consommation.
- Difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation des stratégies de RdRs à cause du cadre pénal belge.

### **Attention particulières pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les jeunes gays, bisexuels et HSH seraient précocement en contact avec les différents produits, dont les drogues injectables.
- ⇒ Certains travailleurs du sexe masculins sont soumis à la pression des clients pour consommer et/ou consomment afin de supporter leur activité.
- ⇒ Les personnes VVIH pour qui les interactions entre ARV et drogues doivent être prises en compte.
- ⇒ Il a également été mis en avant la nécessité de considérer spécifiquement les interactions entre traitement hormonal et les drogues pour les personnes trans\*.

## 3.6.2. Acteurs de prévention

### 1. STRATÉGIES D'INTERVENTION DE TERRAIN/PROXIMITÉ

*Les interventions de terrain (de proximité) des acteurs de prévention ne sont pas suffisamment qualitatives au regard des besoins du public notamment sur les points suivants : ciblage des foyers de l'épidémie, couverture géographique des actions, utilisation des outils 2.0, collaborations locales et européennes.*

#### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Déficit de formation des agents de terrain, notamment pour le counselling.
- Insuffisance au niveau des connaissances et des compétences sur les approches de prévention/ méthodologies d'intervention de proximité.
- Absence de stratégies en ligne (sites web, applications mobiles de rencontre).
- Inadéquation des interventions au milieu festif.
- Carence en données quantitatives et qualitatives sur les foyers et dynamiques de l'épidémie en RBC.
- Insuffisance des moyens financiers et humains face à l'amplitude des besoins.
- Manque de volontaires qui soutiennent les organisations sur le long terme.
- Coût trop important de certaines interventions en ligne.

#### **Attention particulière pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les jeunes gays, bisexuels et HSH sont parfois uniquement sociabilisés sexuellement à travers les outils 2.0.
- ⇒ Les usagers de drogues organisent des soirées privées via les moyens de rencontres 2.0.

Il est à noter que les travailleurs du sexe utilisant les nouvelles technologies dans le cadre de leur activité sont plus difficilement identifiés par les acteurs de prévention.

### 2. CONCEPTION ET DIFFUSION DES OUTILS ET CAMPAGNES DE PRÉVENTION

*Les acteurs de prévention ne planifient et ne coordonnent pas suffisamment la réalisation et la diffusion de leurs messages, campagnes et outils. Ce manque de coordination et de planification se fait sentir aussi bien au sein de la RBC qu'entre les différentes Régions. Il a pour conséquence une relative confusion au niveau des messages envoyés au public cible et un surcoût dans la réalisation des campagnes et outils.*

#### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Exclusivité du mandat de certaines associations sur certaines thématiques et/ou publics cibles.
- Absence de direction politique et institutionnelle au niveau de la prévention.
- Absence de concertation lors de la confection des programmes d'action des associations.
- Difficultés de collaboration entre les trois Régions (notamment par la barrière de la langue).

- Faiblesse, voire refus, de diffusion de certaines campagnes de la part des relais (problème lié à l'homophobie).

#### **Attention particulières pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les usagers de drogues doivent pouvoir bénéficier de messages de prévention concernant les IST/VIH combinés à des messages de RdRs relatifs à leur consommation.
- ⇒ Il est à noter que certains travailleurs du sexe en situation de vulnérabilité sociale ont plus de difficultés à comprendre les messages complexes relatifs à la prévention combinée.

### **3. INFORMATION, MOBILISATION ET FORMATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES, FESTIFS ET PSYCHO-MÉDICO-SOCIAUX**

*Les acteurs de prévention n'informent et ne forment pas suffisamment les acteurs communautaires, festifs et psycho-médico-sociaux en matière de santé sexuelle et de prévention du VIH et des autres IST. Ceci affaiblit la mobilisation communautaire et la mise à l'agenda du VIH parmi les acteurs concernés.*

#### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Absence de formation structurelle à destination des différents acteurs concernés en ce qui concerne la prévention du VIH et des autres IST.
- Manque de proactivité des acteurs de prévention dans l'analyse des besoins des autres acteurs.
- Manque ou faiblesse des stratégies alternatives de mobilisation des relais dont la formation par les pairs, la présence de terrain et le counselling.
- Manque d'intérêt et/ou manque de temps de la part de certains acteurs du festif.
- Difficultés opérationnelles à former les patrons et membres du personnel des bars, saunas.

### **4. MULTILINGUISME DES INTERVENTIONS, BROCHURES ET OUTILS**

*Les acteurs de prévention ne réalisent pas d'interventions, de brochures ou d'outils à destination des gays, bisexuels et autres HSH dans d'autres langues que le français, les empêchant d'atteindre une partie du public bruxellois.*

#### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de compétences dans d'autres langues que le français.
- Carence en volontaires multilingues.
- Faiblesse des collaborations entre les associations francophones et néerlandophones.
- Difficulté au niveau des financements pour le développement de brochures et outils en plusieurs langues.

#### **Attention particulières pour les sous-publics spécifiques :**

- ⇒ Les usagers de la RBC non-belges, pour qui il convient de prendre en compte les déterminants culturels dans l'approche de santé sexuelle.



## 5. ESPACES COMMUNAUTAIRES POUR LES GAYS, BISEXUELS ET AUTRES HSH

*Les acteurs de prévention n'offrent pas suffisamment d'espaces de rencontre pour les gays, bisexuels et autres HSH VVIH et ne stimulent pas suffisamment la création de groupes d'auto-support abordant la santé sexuelle au sens large.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de compétences des acteurs de prévention sur les méthodologies et approches collectives et communautaires en santé.
- Méconnaissance des envies et besoins des gays, bisexuels et autres HSH VVIH.
- Déficit de collaboration entre les Centres de référence SIDA et les associations de prévention.

## 6. MOBILISATION DU PUBLIC DANS LA DÉFINITION DES STRATÉGIES D'ACTIONS

*Les acteurs de prévention n'incluent pas de manière optimale et systématique les gays, bisexuels et autres HSH séronégatifs ou séropositifs dans la définition de leurs stratégies, campagnes, outils et messages.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de compétences des acteurs de prévention en mobilisation communautaire et méthodologies de participation.
- Difficultés à mobiliser le public cible sur les thématiques liées au VIH/IST.
- Manque de représentativité au sein des groupes de PVVIH.
- Absence de collaboration entre associations LGBTQIA+ et associations de prévention, se traduisant par un déficit de concertation sur les thématiques de santé sexuelle.

## 7. ACTIVITÉS DE PLAIDOYER ET DE RÉCOLTE DE FONDS

*Les acteurs de prévention ne font pas de plaidoyer politique sur les thématiques émergentes, notamment sur la PrEP et l'autotest. Ils ne lèvent pas non plus les fonds pour développer des actions concernant ces nouveaux outils de prévention.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de compétences dans d'autres langues que le français.
- Absence de concertation formalisée sur les autotests et la PrEP et leur opérationnalisation.
- Manque de soutien politique sur le lancement de l'autotest et de la PrEP.
- Dilution de la responsabilité politique sur l'opérationnalisation et le financement de ces nouveaux outils biomédicaux, entre médecine préventive (fédéral) et promotion de la santé (régional).

**Les cinq thématiques suivantes ont été abordées et des comportements ont été identifiés. Cependant, aucun déterminant (éducatif, environnemental, institutionnel, biologique) n'a été dégagé pour ces comportements. Elles ont toutefois été incluses dans cette synthèse de l'analyse de situation et dans la confection du plan opérationnel.**

## **8. RÉCOLTE DE DONNÉES SUR LES COMPORTEMENTS**

*Les acteurs de prévention ne récoltent pas de manière systématique et concertée des données sur les gays, bisexuels et autres HSH, notamment sur les sujets suivants : pratiques sexuelles, modes de vie, environnements de rencontre, recours au préservatif, dépistage et traitements comme prévention (TasP, TPE et PrEP).*

## **9. APPROCHE GLOBALE DE SANTÉ SEXUELLE**

*Les acteurs de prévention n'ancrent pas suffisamment leurs stratégies dans une perspective de santé sexuelle globale et, en particulier, ne prennent pas en compte la santé mentale dans leurs actions. L'impact de l'homophobie/biphobie/transphobie et de la sérophobie sur la santé des gays, bisexuels et autres HSH séropositifs ou non n'est pas suffisamment pris en compte.*

## **10. VIEILLISSEMENT DES GAYS, BISEXUELS ET AUTRES HSH**

*Les acteurs de prévention ne prennent pas en compte les enjeux liés au vieillissement des gays, bisexuels et autres HSH VVIH dans la définition de leurs campagnes, messages, outils et actions.*

## **11. DIFFUSION D'INFORMATIONS SUR LES AUTRES IST, NOTAMMENT LE HPV ET LE VHC**

*Les acteurs de prévention communiquent insuffisamment sur les autres IST et particulièrement sur le HPV et l'hépatite C. Cela se traduit par une méconnaissance de la prise en charge possible pour les personnes concernées.*

## **12. DIFFUSION D'INFORMATIONS SUR LA PrEP, L'AUTOTEST ET LES AUTRES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES**

*Les acteurs de prévention ne diffusent pas d'informations sur la PrEP, les autotests et les autres stratégies de réduction des risques sexuels.*

### 3.6.3. Acteurs psycho-médico-sociaux

Les acteurs psycho-médico-sociaux ont été divisés en quatre sous-groupes :

1. les centres de dépistage anonymes et gratuits<sup>26</sup>;
2. les Centres de référence SIDA ;
3. les consultations de médecine générale ;
4. les hôpitaux.

Les diagnostics seront donc traités de manière différenciée pour ces quatre sous-groupes. Toutefois, les comportements et déterminants *transversaux* à ces sous-publics seront présentés dans une même section à la fin de cette partie.

#### 1. LES CENTRES DE DÉPISTAGE ANONYMES DE GRATUITS

*Les centres de dépistage anonyme et gratuit n'assurent pas complètement la confidentialité dans la salle d'attente.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Demande de l'identité des patients à l'accueil.
- Manque de confidentialité dans la salle d'attente (l'accueil n'est pas individuel, les patients peuvent être vus par d'autres, les patients sont appelés par leur nom).
- Confusion entre le centre ELISA et la S Clinic de la part des acteurs de prévention et du public cible.

*Les centres de dépistage n'offrent pas suffisamment de couverture horaire et géographique (plages horaires en soirée ; accès en dehors du centre ville ; attente trop longue pour obtenir un rendez-vous).*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Saturation du service à l'attention du public cible.
- Absence de collaboration avec le réseau de médecine de ville pour déléguer le travail de dépistage.
- Faiblesse du financement.

##### **Attention particulières pour des sous-publics spécifiques**

- ⇒ Les personnes migrantes, résidant ou non en RBC, n'ont généralement pas de médecin généraliste vers lequel se tourner.
- ⇒ Il est à noter que certains travailleurs du sexe ont des difficultés à parler de leurs pratiques à cause de la stigmatisation liée à leur activité.

<sup>26</sup> En pratique, le centre ELISA est le seul CDAG dans la région bruxelloise.

## 2. LES CENTRES DE RÉFÉRENCE SIDA

*Les Centres de référence SIDA n'appliquent pas toujours ou pas uniformément les lignes directrices concernant la mise sous traitement précoce des gays, bisexuels et autres HSH VVIH à Bruxelles et dans les autres Régions et n'expliquent pas toujours suffisamment leurs choix thérapeutiques aux HSH VVIH.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Divergences de pratiques et de représentations entre les médecins concernant la mise sous traitement précoce des PVVIH, notamment entre les Régions.
- Concertation insuffisante entre les différents Centres de référence SIDA.
- Manque de discussion entre les soignants et les patients.
- Blocage du remboursement des ARV lorsque le nombre de CD4 n'est pas inférieur à 500 ou 25% des lymphocytes totaux.

*Les Centres de référence SIDA ne proposent pas toujours une offre de soins pluridisciplinaire suffisamment accessible, notamment pour les consultations de psychologie/sexologie.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Indisponibilité des psychologues conventionnés après les heures de bureaux.
- Faiblesse du remboursement des soins psychologiques.

*Les médecins des Centres de référence SIDA ne pratiquent pas toujours un dépistage complet et routinier des autres IST ni n'en prennent systématiquement l'initiative.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Déficit de connaissances ou de compétences des médecins sur les différents prélèvements à effectuer (oral, anal, génital).
- Manque d'information des patients sur les autres IST, menant à une faible auto-détection de celles-ci.
- Remboursement non-systématique pour certains dépistages réguliers des IST.

## 3. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

*Les médecins généralistes n'utilisent pas suffisamment les nouveaux outils de dépistage (tests ELISA de 4<sup>ème</sup> génération, tests rapides) et n'appliquent pas les recommandations (dépistage répété, systématique) concernant le dépistage chez les gays, bisexuels et autres HSH.*

### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de connaissances actualisées.
- Surcharge de travail des médecins généralistes les empêchant de se mettre à jour sur les thématiques liées au VIH et autres IST.
- Absence de formation structurelle sur les nouveaux outils et stratégies de dépistage des IST/VIH.
- Faiblesse des relations entre généralistes et spécialistes.

*Les médecins généralistes ne parlent pas suffisamment de sexualité avec leurs patients, et spécifiquement avec les gays, bisexuels et autres HSH.*

**Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels.**

- Méconnaissance des thématiques liées à la santé sexuelle des gays, bisexuels et autres HSH, aussi bien au niveau des pratiques sexuelles que des recommandations de santé publiques.
- Forte hétéronormativité dans l'approche de la santé sexuelle.
- Stigmatisation de certaines pratiques sexuelles, voire homophobie.
- Absence ou faiblesse du thème de la sexualité dans les formations de base et continue des médecins.
- Diminution du temps alloué à chaque patient.

#### **4. LE PERSONNEL DES HÔPITAUX**

*Le personnel des hôpitaux, en particulier dans les services d'urgence, n'assure pas un accueil optimal des gays, bisexuels et autres HSH venant chercher un TPE.*

**Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Stigmatisation des pratiques sexuelles des gays, bisexuels et autres HSH.
- Manque de formation du personnel des hôpitaux sur le TPE et plus généralement sur le VIH.

#### **5. COMPORTEMENTS TRANSVERSAUX AUX ACTEURS P-M-S**

*Les acteurs psycho-médico-sociaux ne diffusent pas d'information sur la PrEP parmi les gays, bisexuels et autres HSH et n'assurent pas un encadrement médical pour les personnes qui utiliseraient déjà cet outil de prévention (PrEP hors encadrement médical).*

**Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Méconnaissance des schémas de prise de PrEP.
- Préconceptions négatives sur les pratiques sexuelles inhérentes à la prise de PrEP.

*Les acteurs psycho-médico-sociaux ne prennent pas suffisamment en compte la santé mentale des gays, bisexuels et autres HSH comme déterminant important de la santé sexuelle de ce public cible.*

**Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Méconnaissance des déterminants de santé des gays, bisexuels et autres HSH.
- Manque d'uniformisation dans la composition interdisciplinaire des différents CRS.
- Insuffisance de l'offre de consultation psychologique notamment après un dépistage VIH positif.
- Déficit dans l'offre du counselling pré- et/ou post-dépistage (insuffisance de messages individualisés de santé sexuelle).
- Manque d'uniformisation des techniques de counselling entre les différents acteurs concernés.

### 3.6.4. Acteurs festifs et communautaires

#### 1. LES ACTEURS FESTIFS

*Les acteurs festifs ne jouent pas suffisamment le rôle de relais d'informations et de mise à disposition de matériel de prévention du VIH et autres IST.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Crainte des coûts relatifs à leur implication dans la lutte contre les IST/VIH.
- Peur de faire fuir la clientèle en cas d'implication plus importante sur le sujet.
- Inadéquation des outils de prévention vis-à-vis du contexte (p. ex. le gel lubrifiant en sachet est difficilement utilisable dans les darkrooms/backrooms).
- Sensibilisation insuffisante de la part des acteurs de prévention.
- Manque de coordination des acteurs de prévention dans leur sollicitation envers les acteurs festifs, créant une surcharge de travail.
- Coordination insuffisante entre les établissements et manque de concertation avec les acteurs de prévention et avec les acteurs associatifs LGBT.

*Les acteurs festifs n'investissent pas suffisamment dans l'achat de préservatifs à mettre à disposition des gays, bisexuels et autres HSH.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Le coût des préservatifs est l'unique déterminant mis en avant concernant ce comportement.

#### 2. LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES (ASSOCIATIONS LGBTQIA+)

*Les acteurs communautaires ne mettent en œuvre quasiment aucune activité relative à la prévention IST/VIH et, plus généralement, sur les déterminants de la santé des gays, bisexuels et autres HSH (en particulier les liens entre homophobie et santé sexuelle/mentale).*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de lien et de coordination entre le secteur de la prévention et le secteur associatif LGBTQIA+.
- Difficultés à aborder les questions de sexualité et tabous sur les sexualités « marginales ».
- Manque de subsides.

*Les acteurs communautaires ne mettent pas en œuvre suffisamment d'activités relatives à lutte contre la sérophobie.*

##### **Déterminants éducationnels, environnementaux, biologiques et institutionnels**

- Manque de formation et de sensibilisation auprès des associations membres des différentes coupes LGBTQIA+.
- Manque de proactivité des acteurs de prévention dans l'offre de collaboration.
- Problème de stigmatisation des PVVIH lors d'activités communautaires.