

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



<http://www.strategiesconcertees.be>

2016

DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL

Les gays, bisexuels et autres HSH
en Région de Bruxelles-Capitale

Colophon

Rédaction

Thomas Ronti, Observatoire du sida et des sexualités

Partenaires

Safia Soltani et Arnaud Rusch, Ex Æquo

Sandra Van den Eynde, Mark Sergeant et Bart Bruyninckx, Sensoa

Avec le soutien de la COCOF et de la VGC

Pour citer ce document

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Thomas Ronti (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).

Édition électronique

<http://www.strategiesconcertees.be/>



Table des matières

1.	DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES : INFECTION AU VIH	4
2.	DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES : AUTRES IST	5
3.	PROFILS SOCIODÉMOGRAPHIQUES	6
4.	COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH	7
5.	COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE DES AUTRES IST	9
6.	SANTÉ SEXUELLE ET VIE AFFECTIVE	10
7.	PRÉVENTION, PROTECTION, RÉDUCTION DES RISQUES.....	14
8.	TRAVAIL DU SEXE	17
9.	TABAC, ALCOOL, MÉDICAMENTS ET USAGE DE DROGUES.....	18
10.	HOMOPHOBIE, DISCRIMINATIONS, SANTÉ MENTALE	21
11.	HSH VIVANT AVEC LE VIH EN BELGIQUE	22
12.	REFERENCES	27

Liste des acronymes

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

Présentation

Ce diagnostic épidémiologique et social a été conçu comme une base de travail pour l'atelier des Stratégies Concertées de prévention des IST/SIDA intitulé « **Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les gays, bisexuels et autres HSH en Région de Bruxelles-Capitale** » organisé le 29 mai 2015. L'objectif de cet atelier participatif est, à partir d'une analyse de situation actualisée, de dégager des pistes concrètes pour améliorer, renouveler et transformer collectivement les approches et les projets de prévention pour la population précitée. Des acteurs diversifiés, représentatifs et concernés se mobiliseront lors de cette journée de travail afin de créer du consensus autour d'une stratégie commune pour les années à venir. Rappelons-le, la Région de Bruxelles Capitale (RBC) connaît les plus hauts taux d'incidence du pays pour ce qui concerne les IST/VIH. Elle concentre aussi une grande part de la vie et de la scène gay nationale, marquée par une grande mobilité internationale. De plus, les disparités socioéconomiques y sont importantes et les besoins en matière de prévention d'autant accrus.

Ce document regroupe des données épidémiologiques et sociales, issues notamment d'importantes enquêtes (EMIS et SIALON II). Nous avons également récolté des résultats d'autres enquêtes et des constats de terrain, émanant en particulier de différents acteurs de lutte contre le VIH et les autres IST en RBC. S'il offre un aperçu précis de la situation, ce diagnostic n'est pas pour autant exhaustif puisque nous avons délibérément choisi de favoriser des résultats d'enquêtes récentes (dont la récolte de données a eu lieu il y a moins de 5 ans) afin de dégager une vision la plus actualisée de la situation. Nous avons dès lors exclu de notre analyse des recherches plus anciennes. Enfin, nous avons également eu recours à des enquêtes internationales lorsque certaines thématiques – par exemple la consommation de drogues injectables – n'étaient pas suffisamment couvertes par des enquêtes locales. Ce diagnostic sera finalisé lors de l'atelier du 29 mai 2015 avec les apports des participants.

Nous tenons à remercier tous les partenaires qui ont contribué à la rédaction de ce diagnostic épidémiologique et social et nous espérons que celui-ci nous amènera à développer un cadre de référence efficace pour l'action auprès des gays, bisexuels et autres HSH.

1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES : INFECTION AU VIH

Région de Bruxelles-Capitale (Sasse et al., 2014)

En 2013, 115 HSH ont été diagnostiqués séropositifs en Région de Bruxelles-Capitale, représentant 50,9% des cas d'infections pour lesquelles le mode de transmission est connu.

Parmi ces 115 HSH, 49 sont belges et 66 ne sont pas belges, répartis comme suit : 37 venant d'un autre pays d'Europe ; 5 d'Afrique subsaharienne ; 5 d'Afrique du Nord ; 18 d'autres pays/continents (Amérique, Asie, etc.) ; 1 dont l'origine n'est pas connue.

Evolution depuis 2007	Nouveaux diagnostics patients belges HSH	Nouveaux diagnostics patients HSH - autres nationalités
2007-2009	128	140
2010-2012	151	156
2013	50	65
Total 2007-2013	329	361

L'âge moyen des 115 HSH diagnostiqués HIV+ en 2013 est de 36,5 ans. L'âge moyen des patients belges est de 37,5 ans alors que celui des non-belges est de 35,9 ans. Il n'y a pas de différence significative en fonction du pays/continent d'origine, à l'exception des patients d'Afrique subsaharienne pour lesquels l'âge moyen beaucoup plus bas, à savoir 29 ans.

Belgique (Sasse et al., 2014)

En 2013, 50,6 % des nouveaux diagnostics d'infection VIH pour lesquelles le mode de contamination est connu (à savoir 73,56% des personnes diagnostiquées) sont à attribuer à un contact entre HSH; ce qui représente une augmentation substantielle de 5% par rapport à 2012, où 44,2% des infections concernaient les HSH. Cette augmentation est constatée dans toutes les régions du pays depuis 2007, positionnant les contacts HSH comme mode de transmission le plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale comme en Flandre.

Depuis 2000, l'augmentation des diagnostics par contact HSH se ressent dans toutes les tranches d'âge, et par conséquent également dans le groupe 15-34 ans. Pour l'année 2013, on constate que 64 % des nouveaux cas de diagnostiqués concernaient la tranche 25-44 ans.

66 % des HSH diagnostiqués séropositifs en 2013 déclarent être belges (n=269) contre 19 % ayant une autre nationalité européenne (n=79), dont les plus rapportées sont : néerlandaise, française, espagnole et brésilienne.

Europe (ECDC, 2014)

En 2013, 29 157 nouvelles infections au VIH ont été diagnostiquées en Europe. La transmission par contact HSH représente 42% des nouvelles infections pour lesquelles le mode de transmission est connu, soit 8864 cas en 2013. Le nombre de diagnostics de VIH dans la population HSH européenne a augmenté de 33% entre 2004 et 2013 alors qu'un pic d'infection a été constaté en 2012 avec 9469 nouvelles infections détectées.

L'épidémie VIH grandit au sein de la population HSH européenne, particulièrement dans les pays du centre et de l'est de l'Europe. La plupart des hommes diagnostiqués ont moins de 40 ans même si le pourcentage d'infections augmente dans toutes les catégories d'âge. Le taux de diagnostic tardif semble diminué, pourtant il représente encore un tiers des cas détectés auprès des HSH.

2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES : AUTRES IST

Région de Bruxelles-Capitale (Verbrugge et al., 2014)

Les données concernant les IST en Région de Bruxelles-Capitale ne sont pas disponibles en fonction du mode de transmission. La part de HSH infectés par les IST n'est donc pas connue. Nous baserons dès lors notre analyse sur le nombre d'hommes infectés en 2013.

IST	2002		2013	
	Nombre de cas rapportés en 2002 chez les hommes	Incidence chez les hommes en 2002 (/100 000 habitants)	Nombre de cas rapportés en 2013 chez les hommes	Incidence chez les hommes en 2013 (/100 000 habitants)
Syphilis	18	3,8	245	42,6
Gonorrhée	44	9,4	180	31,3
Chlamydia	26	5,5	303	52,7

Belgique (Verbrugge et al., 2014)

IST	2002		2013	
	Nombre de cas rapportés en 2002 chez les hommes	Incidence chez les hommes en 2002 (/100 000 habitants)	Nombre de cas rapportés en 2013 chez les hommes	Incidence chez les hommes en 2013 (/100 000 habitants)
Syphilis	93	1,8	824	15,0
Gonorrhée	213	2,7	775	14,1
Chlamydia	202	4	1673	30

Les données présentées ci-dessous sont issues du réseau sentinelle de cliniciens mis en oeuvre par le Service Epidémiologie des maladies infectieuses de la DO Santé Publique et Surveillance du WIV-ISP. Les résultats de cette surveillance permettent d'analyser certains déterminants des IST et des caractéristiques des patients infectés. Le mode de transmission était connu pour 940 (93% des) patients en 2013, dont 516 hommes. Parmi ceux-ci, 318 (62%) étaient des HSH dont l'origine est connue dans 312 cas : 230 sont belges ; 47 viennent d'un pays européen ; 5 d'Afrique subsaharienne ; 8 d'Afrique du nord ; 9 d'Asie ; 12 d'Amérique du sud et 1 d'Océanie.

IST	Transmission par contact HSH	Transmission par contact hétérosexuel
Syphilis	88%	12%
Gonorrhée	84%	16
Chlamydia	36%	64%
Hépatite C	100%	0%

3. PROFILS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Région de Bruxelles-Capitale

Niveau de diplôme (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Inférieur	58	4,6
Moyen	213	16,9
Supérieur	992	78,5
TOTAL	1263	100

Niveau de diplôme (SIALON II, 2016)	Bruxelles	
	%	
Inférieur	2,2	
Moyen	31,5	
Supérieur	66,3	
TOTAL	100	

Les niveaux de diplôme ont été discutés entre les pays partenaires de l'enquête du fait de l'absence d'uniformisation. La classification internationale ISCED (International Standard Classification of Education) a été prise comme référence et chaque pays a classé les niveaux de diplômes en trois catégories : inférieure, moyenne et supérieure. En Belgique francophone, la catégorie « inférieure » correspond aux diplômes de niveau secondaire inférieur ou plus bas (y compris diplôme de l'enseignement primaire) et inclut l'absence de diplôme. La catégorie « moyenne » correspond à l'enseignement secondaire supérieur et la catégorie « supérieure » correspond aux études supérieures de type court ou long, y compris les 2ème et 3ème cycles universitaires.

Situation professionnelle (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Employé à plein temps	719	56,9
Employé à temps partiel	37	2,9
À mon compte	182	14,4
Sans emploi	72	5,7
Étudiant	168	13,3
Retraité	24	1,9
En longue maladie / Retraité pour raisons médicales	11	0,9
Autre	51	4
TOTAL	1264	100

Situation familiale (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Seul	594	47
Avec un partenaire masculin	388	30,7
Avec au moins un parent	79	6,3
Avec des amis	119	9,4
Avec d'autres membres de ma famille	35	2,8
Avec une partenaire féminine	28	2,2
Avec un (des) enfant(s)	19	1,5
Autre	48	3,8
TOTAL	1264	100

Identité sexuelle (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Gay ou homosexuel	1107	87,4
Bisexuel	80	6,3
En général, je n'utilise pas de mot	60	4,7
Hétérosexuel	4	0,3
Un autre mot	15	1,2
TOTAL	1266	100

Si 87,4% des répondants se déclarent gays ou homosexuels, ils ne sont plus que 80,4% à n'être attirés que par des hommes, presque 20% étant attirés à la fois par des hommes et des femmes. Concernant l'identité, nous pouvons noter que 6,3% s'affirment bisexuels et 4,7% refusent de s'auto-définir.

Part des personnes migrantes (SIALON II, 2016)

Ont été considérés comme « migrants » 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. Près de 80% de ces personnes migrantes sont issues d'un autre pays européen. La répartition par pays est la suivante : une majorité (+/- 70%) vient d'Europe de l'Ouest ; nous constatons une proportion à peu près équivalente de personnes venant d'Amérique Latine et des Caraïbes que d'Europe de l'Est (+/- 10%) ; un pourcentage assez bas (- de 5%) vient soit d'Afrique subsaharienne, d'Australie/Nouvelle Zélande ou de Méditerranée orientale.

Il faut cependant noter que, parmi la population étudiée dans SIALON II, 21,5% étaient en visite et n'habitaient pas en Belgique. Presque 45% des répondants habitaient Bruxelles 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%).

4. COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

Région de Bruxelles-Capitale

Taux de dépistage (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Test négatif	1015	80,1
Test positif	110	8,7
Jamais dépisté	142	11,2
TOTAL	1267	100,0

Prévalence du VIH (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	0,5
Répondants > 25 ans	14,4
TOTAL	12,3

Prévalence de 9,7%

Date du dernier dépistage (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Dans les 6 derniers mois	405	47,6
Ces 12 derniers mois	201	23,6
Entre 1 et 5 ans	203	23,9
Il y a plus de 5 ans	41	4,8
TOTAL	850	100

Taux de dépistage dans les 12 derniers mois (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	42,5
Répondants > 25 ans	72,1
TOTAL	68,1

73% des répondants de < 25 ans ont rapporté avoir été dépistés entre 2012 et 2013 faisant de Bruxelles la ville la plus performante de l'enquête auprès de cette population

Taux de HSH jamais dépisté (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	26,74
Répondants > 25 ans	7,4

Connaissance du statut sérologique (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Séropositivité connue	69,9
Nouveau diagnostic	12,3
Statut indéterminé	17,8

Lieu du dernier dépistage (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Chez un médecin généraliste – médecin de famille	511	50,4
A l'hôpital ou dans une clinique comme patient en consultation externe	243	24,0
Dans un service de dépistage du VIH	128	12,6
Chez un médecin dans un cabinet privé	60	5,9
Autre part	30	3,0
A l'hôpital comme patient hospitalisé	19	1,9
A une banque du sang ou pendant un don du sang	16	1,6
Dans un bar, un pub, un club ou un sauna	5	0,5
Dans une unité médicale mobile	1	0,1
J'ai utilisé un kit de dépistage à domicile	1	0,1
TOTAL	1014	100,0

Dépistage tardif (Sasse et al., 2014)

Le dépistage tardif en Région de Bruxelles-Capitale atteint 31,43% (n=33) en population HSH. Pour les patients belges, le taux de dépistage tardif est de 35,56% (n=16) alors que pour les non-belges le taux est de 28,81% (n=17).

Focus Centre de dépistage ELISA : données récoltées entre 2008 et 2013

Le centre ELISA a reçu en consultation 18 179 personnes entre 2008 et 2013, dont 12 241 hommes. Parmi ces hommes, 4184 sont des HSH, ce qui représente 23% des patients reçus par le centre ELISA et 35% des hommes.

L'équipe du centre a découvert 133 nouveaux cas de séropositivité entre 2008 et 2013 parmi ces HSH, amenant à une découverte de séropositivité de 3,4% pour cette population. Dans ces nouveaux diagnostics, 15 étaient des primo-infections.

Entre 2008 et 2012, 67% des patients HSH ayant visité le centre ELISA ne sont pas d'origine belge et résident depuis moins de 5 ans sur le territoire belge. 7% d'entre eux sont notamment des personnes de passage sur notre territoire.

Les raisons évoquées par les patients HSH pour réaliser un dépistage du VIH au centre sont les suivantes :

- ⇒ 2008-2010 : 43% parce qu'ils ont eu un rapport sans préservatif
- ⇒ 2011-2012 : 43% parce qu'ils ont pratiqué le sexe oral sans préservatif
- ⇒ 2008-2012 : 4,5% parce qu'ils ont eu un partenaire séropositif

Entre 2008 et 2012, 15% des patients HSH n'avaient jamais été dépistés pour le VIH. On constate une diminution au sein de la population belge, puisque le pourcentage passe de 61% à 46%. Pour les personnes n'ayant jamais été dépistées pour le VIH et étant d'une autre origine, 65% vivent en Belgique depuis moins de 5 ans.

Sur cette même période, nous constatons également que 61% des patients ayant visité le centre ELISA ont un médecin généraliste. Parmi eux, seulement 66% lui ont parlé de leurs pratiques sexuelles et 16% viennent au centre ELISA pour éviter de devoir demander un test de dépistage VIH à leur généraliste.

Belgique francophone

TEST OUT (Ex Æquo, 2014)

- 477 HSH ont été rencontrés par Ex Æquo en 2014.
- 469 test de dépistages VIH ont été réalisés.
- Taux de découverte de séropositivité : 2,35% (2,71% lors des permanences et 1,46% en actions extérieures).

Date du dernier dépistage	%
Dans les 12 derniers mois	55,7
Entre 1 et 5 ans	27
Il y a plus de 5 ans	4
Jamais	13

5. COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE DES AUTRES IST

Région de Bruxelles-Capitale					
Taux de dépistage IST (EMIS, 2014)	Bruxelles		Date du dernier dépistage IST (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%		n	%
Déjà dépisté	838	66,1	Dans les 12 derniers mois	552	66,5
Jamais dépisté	384	30,3	Ces 5 dernières années	224	27
Je ne sais pas	45	3,6	Il y a plus de 5 ans	54	6,5
TOTAL	1267	100	TOTAL	830	100

Taux de IST dans les 12 derniers mois (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	38,7
Répondants > 25 ans	72,23

Focus Centre de dépistage ELISA : données récoltées entre 2008 et 2013

34% des patients HSH qui se sont rendus au centre ELISA entre 2008 et 2013 déclarent avoir déjà contracté une IST. Un pic est constaté en 2013 avec 38,5% des HSH ayant déclaré avoir déjà eu une IST.

La prévalence pour les différentes IST auprès des patients HSH s'étant rendus dans le centre ELISA entre 2008 et 2012 est la suivante :

- ⇒ 8% pour la syphilis
- ⇒ 2,8% pour la gonorrhée
- ⇒ 4,8% pour la chlamydia
- ⇒ 0,8% pour l'hépatite C

Belgique francophone

Test OUT (Ex Æquo, 2014)

- 329 tests de dépistage syphilis ont été réalisés sur les 477 HSH rencontrés par Ex Æquo en 2014.
- Taux de découverte de syphilis : 1,82% (1,48% lors des permanes et 3,45% en actions extérieures).
- 63% des HSH déclarent avoir déjà réalisé un test dépistage pour les autres IST contre 32% qui déclarent n'en avoir jamais réalisé.

6. SANTÉ SEXUELLE ET VIE AFFECTIVE

Région de Bruxelles-Capitale

Date du dernier rapport sexuel avec un homme (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Dans les 4 dernières semaines	1079	85,4
Entre 4 semaines et 12 mois	137	10,8
Il y a plus d'un an	34	2,7
Jamais	14	1,1
TOTAL	1264	100

Relation stable actuelle (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Non, je suis célibataire	641	50,6
Oui, avec un homme	552	43,6
Oui, avec une femme	30	2,4
Oui, avec plusieurs hommes	47	3,7
Oui, avec plusieurs femmes	2	0,2
TOTAL	1267	100

Taux de HSH ayant eu des relations sexuelles avec une partenaire féminine (occasionnelle ou régulière) dans les 6 derniers mois (SIALON II, 2016)

Le pourcentage à Bruxelles est le plus bas de l'enquête, à savoir 2,3%. Le nombre moyen de partenaires féminines est de 1,8 pour la période mentionnée. Parmi ces HSH, 36,6% rapportent avoir eu des relations sexuelles sans préservatif avec leur(s) partenaire(s) féminine(s).

Nombres de partenaires sexuels réguliers différents au cours des 12 derniers mois (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
0	464	36,9
1	459	36,5
2	128	10,2
3	75	6,0
4 à 9	64	5,0
10 ou plus	68	5,4
TOTAL	1258	100

Pénétration(s) anale(s) avec les partenaires réguliers (EMIS, 2014)

96,5% (n=695) des répondants rapportent avoir eu des pénétrations anales avec leur(s) partenaire(s) régulier(s) au cours des 12 derniers mois.

Nombre de partenaires sexuels occasionnels différents au cours des 12 derniers mois (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
0	246	19,6
1	68	5,4
2 à 5	315	25,1
6 à 10	202	16,1
11 à 20	190	15,2
21 à 30	70	5,6
Plus de 30	124	9,9
TOTAL	1254	100

Nombre de partenaires occasionnels avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale au cours des 12 derniers mois (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
0	160	15,9
1	126	12,5
2 à 5	327	32,4
6 à 10	131	13,0
11 à 20	124	12,3
21 à 30	52	5,2
Plus de 30	89	8,8
TOTAL	1009	100

Type de relations sexuelles (SIALON II, 2016)

Les répondants ont été conviés à estimer le nombre de partenaires réguliers ou occasionnels avec lesquels ils ont pratiqué la pénétration anale et la pénétration anale non protégée.

	Bruxelles
Sexe sans pénétration anale	15,7 %
Pénétration(s) anale(s)	33 %
Pénétration(s) anale(s) non protégée(s)	51,3 %

Nombre de partenaire(s) dans les 6 mois précédant l'enquête (SIALON II, 2016)	Bruxelles
Pas de partenaire	3,6 %
Un seul partenaire	16,8 %
2-3 partenaires	20,8 %
4-5 partenaires	16,9 %
6-10 partenaires	17,8 %
Plus de 10 partenaires	24,1 %

Type(s) de partenaire(s) dans les 6 mois précédant l'enquête (SIALON II, 2016)	Bruxelles
Pas de partenaire	3,1%
Partenaire(s) occasionnel(s) uniquement	29,6 %
Partenaire(s) occasionnel(s) et régulier(s)	56,7 %
Partenaire(s) régulier(s) uniquement	10,6 %

Type(s) de partenaire(s) avec lequel les répondants ont pratiqué la pénétration anale pour la dernière fois (SIALON II, 2016)

	Bruxelles
Partenaire régulier	46,4 %
Partenaire occasionnel	44,9 %
Plus d'un partenaire	8,6 %

Rôles sexuels (SIALON II, 2016)

Les rôles sexuels durant la dernière pénétration anale sont répartis de la sorte : 29,2% insertif, 30,6% de réceptif, et 40,2% de versatile. Les répondants à Bruxelles rapportent le plus fort taux de versatilité dans l'enquête.

Satisfaction sexuelle (SIALON II, 2016)

82,9% des HSH interrogés déclarent être satisfaits de leur vie sexuelle. Ce pourcentage est l'un des plus élevés dans l'enquête.

Satisfaction sexuelle (EMIS, 2014)

67,5% des répondants ont rapporté être satisfaits de leur vie sexuelle. Les personnes qui ont répondu ne pas être heureux de leur vie sexuelle ont été interrogés sur les raisons de cette insatisfaction.

Raisons de l'insatisfaction sexuelle

	Bruxelles	
	n	%
Je voudrais avoir une relation stable avec quelqu'un	200	51,7
J'aimerais des rapports sexuels plus fréquents avec mes partenaires sexuels masculins	147	38,0
Sexuellement, je ne suis pas aussi confiant que je le souhaiterais	170	43,9
J'ai peur de contracter le VIH ou une IST	139	35,9
Je voudrais avoir plus de partenaires sexuels	105	27,1

Focus Centre de dépistage ELISA : données récoltées entre 2008 et 2013

- ⇒ 38% des HSH rencontrés déclarent avoir eu au moins une pénétration anale sans préservatif dans les 3 mois qui ont précédé leur visite.
- ⇒ 31% déclarent toujours utiliser le préservatif lors des pénétrations anales. 3% affirment toujours utiliser le préservatif pour la fellation.
- ⇒ En 2013, 42% ont plusieurs partenaires au même moment (occasionnels ou réguliers).
- ⇒ Entre 2008 et 2012, 32% ont eu plus de 10 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois et 12% plus de 20 partenaires sexuels différents dans le même laps de temps.

Belgique francophone

Test OUT (Ex Æquo, 2014)

- 87% des HSH dépistés déclarent n'avoir que des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- L'association rencontre plus d'hommes ayant des rapports avec les deux sexes lors des actions en extérieur.
- 45% des hommes déclarent être en couple ; les deux tiers déclarent avoir d'autres partenaires sexuels que leur partenaire de couple.
- 45% des HSH célibataires ou en couple « ouvert » présentent une activité sexuelle intense et déclarent plus de 11 partenaires dans les 12 derniers mois.

7. PRÉVENTION, PROTECTION, RÉDUCTION DES RISQUES

Région de Bruxelles-Capitale

Utilisation du préservatif lors des pénétrations anales avec leur(s) partenaire(s) régulier(s) (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Utilisation systématique	203	29,2
Utilisation irrégulière	199	28,6
N'utilisent jamais le préservatif	293	42,2
TOTAL	695	100,0

Statut sérologique du partenaire régulier (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Oui, nous avons le même statut	525	73,1
Je ne sais pas si nous avons le même statut	126	17,5
Non, l'un de nous est positif, l'autre négatif	69	9,3
TOTAL	718	100,0

Utilisation du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Utilisation systématique	549	64,6
Utilisations irrégulière	274	32,2
N'utilisent jamais le préservatif	27	3,2
TOTAL	850	100

Pénétration(s) anale(s) sans préservatif dans les 6 derniers mois (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Avec partenaire(s) régulier(s)	76,9 %
Avec partenaire(s) occasionnel(s)	38,9 %

Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire (occasionnel ou régulier) (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	83,7
Répondants > 25 ans	57,6
TOTAL	60,7

Le taux de recours systématique au préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) est le plus élevé dans des villes comme Ljubljana, Bruxelles et Lisbonne. Le taux de pénétrations anales sans préservatif est beaucoup plus élevé avec le(s) partenaire(s) régulier(s), ce qui est probablement dû au fait que les partenaires connaissent leur statut sérologique et décident conjointement d'arrêter l'utilisation du préservatif ou à un sentiment de moindre risque dans le cadre d'une relation stable.

Le taux de pénétrations anales sans préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) augmente avec l'âge dans les villes comme Bruxelles, Brighton, Hamburg, Ljubljana et Sofia.

Lorsqu'il s'agissait d'un partenaire occasionnel, le pourcentage d'utilisation du préservatif pour la pénétration anale était en général élevé. Le taux d'utilisation avec les partenaires occasionnels est plus élevé dans la tranche d'âge en dessous de 25 ans que pour les répondants de plus de 25 ans.

Nombre de partenaires avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale sans préservatif au cours des 6 derniers mois (SIALON II, 2016)	Bruxelles
	%
0	44,3
1 partenaire	20,9
2-3 partenaires	20,2
4-5 partenaires	4,9
Plus de 5 partenaires	9,7

Recours au TPE (EMIS, 2014)	Bruxelles	
	n	%
Non	1070	93,7
Oui	66	5,8
Je ne me souviens pas/je ne sais pas	6	0,5
TOTAL	1142	100

Connaissance du TPE (Centre ELISA, 2008-2012)

Parmi les patients HSH ayant fréquenté le centre ELISA, 66% connaissaient l'existence du TPE, avec une légère différence en fonction de l'origine du patient : 69% lorsque le patient vient d'Europe et 53% pour les patients non-européens.

Sérotriage (SIALON II, 2016)

Quand on regarde les données concernant le dernier partenaire sexuel régulier, le sérotriage sur la base du statut présumé/ la concordance sérologique présumée est rapporté très fréquemment : 84,2% rapportent avoir le même statut que leur partenaire, contre 11,3% seulement un statut discordant. Le sérotriage avec les partenaires occasionnels est par contre rarement établi puisque seulement 12,9% affirment avoir un statut concordant à leur partenaire, contre 87,1% qui ne le connaissant pas.

Programme de prévention (SIALON II, 2016)

L'indicateur de mesure d'impact des programmes de prévention a pris en compte deux variables : la connaissance d'un lieu de dépistage VIH et la distribution de préservatif 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.

	Bruxelles
	%
Répondant < 25 ans	49,1
Répondants > 25 ans	64,4
TOTAL	62,1

Au moins 80% des répondants déclarent savoir où ils peuvent se faire dépister pour le VIH, avec une légère différence pour les HSH de moins de 25 ans.

53,2% des répondant de moins de 25 ans et 60,62% des plus de 25 ans affirment avoir reçu des préservatifs au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

A l'heure actuelle, seuls les Etats-Unis ont autorisé l'accès à la PrEP et dans les autres pays, ce traitement n'est autorisé que dans le cadre d'essais cliniques. En Belgique, le Plan National VIH 2014-2019 ne fait cependant pas l'impasse sur la question et mentionne spécifiquement la PrEP 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. *Informers les personnes les plus exposées au risque sur la PrEP.*

Une première étude est actuellement mise en œuvre par le Dr. Marie Laga et son équipe de l'Institut de Médecine Tropicale. Les résultats des essais PROUD (mené aux Royaume-Uni auprès d'une population gay et proposant la prise quotidienne d'ARV) et IPERGAY (mené auprès d'une population de HSH et proposant la prise d'ARV intermittente) ont été présentés lors de la CROI 2015 (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections).

Lors de son lancement, l'essai IPERGAY avait recruté 445 personnes, réparties en deux groupes : 208 dans le bras placebo et 206 dans le bras Truvada®. Au moment de la présentation des résultats, il restait 353 volontaires, répartis de la sorte : 177 dans le bras placebo et 176 dans le groupe Truvada® (12% ont été perdus de vue ou ont décidé de ne plus poursuivre l'essai). L'âge moyen des volontaires était de 34.8 ans. L'essai réunissait 3% de bisexuels et 1 personne transgenre. Les participants ont eu en moyenne 10 rapports sexuels dans les 4 dernières semaines et ont eu, en moyenne, 8 partenaires sexuels différents dans les 2 derniers mois.

Voici un résumé des résultats présentés :

- ⇒ IPERGAY : 16 contaminations à VIH ; 14 dans le bras Placébo et 2 dans le bras Truvada.
- ⇒ PROUD : 19 contaminations dans le bras différé et 3 dans le bras Truvada.
- ⇒ Pourcentage de réduction du risque relatif pour PROUD et IPERGAY : 86%.

Dans l'essai IPERGAY :

- ⇒ Les contaminations sont dues à une observance proche de zéro et à des rapports sexuels sans aucune forme de protection.
- ⇒ Respect du schéma de prise par intermittence : moyenne de 14 comprimés par mois.
- ⇒ Observance proche de 100% chez les volontaires.
- ⇒ Pas de désinhibition observée sur les points suivants : nombre de partenaires, nombre de rapports sexuels, nombre de pénétrations anales réceptives sans protection.
- ⇒ 34% d'IST constatées sur l'ensemble des patients.
- ⇒ Peu d'effets secondaires et bonne tolérance au traitement.
- ⇒ Pas de résistance au traitement dans l'essai IPERGAY (alors que présente dans PROUD).

Belgique francophone

TEST OUT (Ex Æquo, 2014)

68% (n=318) des HSH dépistés pensent avoir pris un risque lié au VIH et/ou aux autres IST
52 des 477 HSH dépistés par Ex Æquo en 2014 ont déclaré avoir eu recours au TPE au moins une fois

8. TRAVAIL DU SEXE

Région de Bruxelles-Capitale

Profil général des HSH travailleurs du sexe (Alias, 2014)

Le public des hommes prostitués est un groupe hétérogène, mobile, difficilement dénombrable et mal connu. Son profil peut 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). Le public des hommes prostitués cible prioritairement par le programme d'action d'Alias exerce son activité à Bruxelles essentiellement dans les lieux publics et dans les lieux privés et ce parfois dans un contexte de grande précarité. Plus généralement, il se caractérise par un cumul des vulnérabilités dont pour certains une méconnaissance des risques de contaminations par le VIH et les IST ainsi que des modes de protection. Les hommes qui exercent la prostitution sont entre autres frappés du double stigmate de prostitution et d'homosexualité.

Profil des HSH travailleurs du sexe lors des permanences médicales

(Alias, 2014)

- 36 tests de dépistage VIH pour 31 personnes différentes et 31 résultats remis.
- 94% d'hommes – 6% de personnes trans*.
- Catégories d'âge les plus représentées : 25-29 (32%) ; 30-34 (23%) ; 40-44 (16%).
- Nationalités : 42% viennent d'Europe de l'Est ; 23% de Belgique et 19% du Moyen Orient et d'Afrique du Nord.
- Lieu de travail : 29% dans les rues/parcs ; 27% dans les bars.
- 61% n'ont pas de médecin généraliste ; 26% en ont un mais il n'est pas au courant de leur activité et 13% ont un généraliste qui connaît leur activité.
- 45% n'ont pas de couverture sociale ; 39% ont une mutualité ; 16% sont au CPAS.

Dépistage VIH et IST des travailleurs du sexe (Alias, 2014)

Permanences médicales 2012 – 2014	Nombre de tests	Résultats positifs
VIH	74	0
Gonocoque	77	1
Chlamydia	77	3
Syphilis	78	3
VHB	55	1
VHC	76	5

Travailleurs du sexe/clients parmi les patients du centre ELISA

(Centre ELISA, 2008-2013)

	Bruxelles
	%
TDS	3,5
Clients	8

Clients (nombre de fois où les répondants ont payé un TDS dans les 12 derniers mois)

(EMIS, 2014)

	Bruxelles	
	n	%
Jamais	1163	96,0
1 à 2 fois	21	1,7
3 à 10 fois	9	0,7
11 à 50 fois	10	0,8
Plus de 50 fois	8	0,7
TOTAL	1211	100

Travail du sexe (nombre de fois où les répondants ont été payés par un homme dans les 12 derniers mois)

(EMIS, 2014)

	Bruxelles	
	n	%
Jamais	1059	87,4
1 à 2 fois	85	7,0
3 à 10 fois	52	4,3
11 à 50 fois	14	1,2
Plus de 50 fois	1	0,1
TOTAL	1211	100,

9. TABAC, ALCOOL, MÉDICAMENTS ET USAGE DE DROGUES

Région de Bruxelles-Capitale

Les données présentées ci-dessous ont été récoltées en 2010 lors de l'enquête EMIS. Dès lors, la consommation à la date de parution de cette analyse pourrait avoir fortement changé, notamment avec l'apparition de nouvelles substances et/ou moyens de consommation (par exemple, le SLAM). Ces données sont donc à considérer avec prudence, même si elles éclairent la consommation de substances illicites/récréatives auprès de la population HSH. Afin de comprendre plus en détails la situation actuelle, nous nous pencherons sur des résultats d'enquêtes menées dans d'autres villes européennes.

Consommation (EMIS, 2014)	Bruxelles-Capitale			
	Dans les 4 semaines	Entre 1 et 12 mois	Plus de 12 mois	Jamais
	%	%	%	%
Tabac	42,6	7,9	15,7	33,9
Poppers	29,1	16,5	17,7	36,7
Viagra®/Cialis®/Levitra®/ autres	13,1	7,5	7,7	71,8
Sédatifs/tranquillisants	6,6	5,2	9,2	78,9
Cannabis	33,5	27,9	31,9	6,7
Ecstasy	10,5	17,1	23,1	49,3
Amphétamines	5,6	9,4	20,5	64,5
Métamphétamine	1,2	3,3	7,4	88,1
Héroïne ou une drogue liée	0,0	0,5	3,1	96,4
Méphédronne	1,5	3,5	0,3	94,7
GHB/GBL (ecstasy liquide)	7,3	11,1	9,2	72,4
Kétamine (spéciale K, két)	4,4	7,9	12,0	75,6
LSD (acide)	0,3	0,7	11,6	87,4
Cocaïne	16,4	18,2	20,7	44,7
Crack	0,2	0,5	2,6	96,7

Lors de cette enquête, les répondants ont dû auto-évaluer leur consommation d'alcool. 18,7% (n=200) des répondants qui boivent de l'alcool affirment être inquiets quant à leur consommation. 5,2% (n=64) des participants qui consomment des drogues affirment être inquiets de leur consommation.

Consommation de substances injectables (SIALON II, 2016)

Les participants ont été interrogés sur leur consommation de substance(s) injectable(s) autres que celles prescrites par un médecin. Ils devaient répondre à la question « Avez-vous déjà utilisé des drogues injectables (autres que dans le cadre du traitement d'une maladie ou à des fins médicales) ? » et pouvaient répondre par « oui », « non » ou « je préfère ne pas répondre ». A Bruxelles, 9,5% des répondants ont répondu s'être déjà injectés au moins une fois dans leur vie. Ce chiffre varie selon l'âge : 37,4% chez les moins de 25 ans et 5,9% chez les plus de 25 ans. 43,1% des personnes ayant répondu « oui » étaient séropositives.

Consommation avant la dernière pénétration anale (SIALON II, 2016)

57,3% des répondants déclarent avoir consommé soit de l'alcool soit des médicaments prescrits dans le cadre de dysfonctionnement érectile avant leur dernière pénétration anale. 48,8% déclarent avoir quant à eux consommé des drogues dites récréatives avant ou pendant leur dernière pénétration anale.

Focus Centre de dépistage ELISA : données récoltées entre 2011 et 2013

Nous pouvons constater une augmentation de la consommation de toutes les substances entre 2011 et 2013 chez les patients du Centre ELISA:

- ⇒ Alcool : de 68 à 74%
- ⇒ Cannabis : 22 à 30%
- ⇒ Cocaïne : de 12 à 15%
- ⇒ Ecstasy : de 8 à 16%

Europe

Comme expliqué précédemment, nous ne disposons pas de données sur le/les usage(s) de drogues auprès de la population HSH en Belgique et en Région de Bruxelles-Capitale. Dès lors, nous baserons notre analyse sur des enquêtes menées en dehors de la Belgique menées dans d'autres villes européennes. L'analyse ci-dessous est principalement issue du rapport de réunion de l'ECDC (2015 « Understanding the impact of smartphone applications on STI/HIV prevention among men who have sex with men in the EU/EEA ». Ce rapport mentionne trois enquêtes spécifiques :

- L'enquête EMIS menée en 2010 et déjà mobilisée précédemment dans cette analyse.
- « The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham » menée par Sigma Research à Londres (Bourne A. et al. 2014).
- « SLAM, Première enquête qualitative en France » réalisée par AIDES en France (AIDES, 2013).

Nous savons que les HSH et particulièrement les gays consomment en général plus de substances psychotropes que la population générale. Nous savons également que certaines substances sont utilisées spécifiquement comme stimulant sexuel par des HSH, et ce notamment lors de soirées de sexe. L'expression « chemsex » est utilisée ci-après pour décrire des rapports sexuels entre hommes sous l'influence de drogues prises avant et/ou pendant les rapports sexuels. Cette expression fait généralement référence à des rapports sexuels qui ont lieu au domicile privé des individus et est souvent associée à la pratique du sexe en groupe. Nous nous focaliserons spécifiquement sur cet usage puisque celui-ci est souvent considéré comme 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.

Chemsex au sein de la population HSH au niveau européen (EMIS, 2014)

Comme rappelé précédemment, les substances et les usages ont très probablement évolué/changé depuis la collecte de données réalisée pour l'enquête EMIS en 2010, mais ces données offrent quand même un aperçu des différents types de consommation auprès de la population HSH. Ont été considérées pour cette enquête comme substances associées à la pratique du chemsex : la kétamine combinée au GHB/GBL, la méphédronne et le crystal meth. Les résultats d'enquête montrent que les consommations liées au chemsex sont différentes dans chacune des villes européennes. Cependant, une grande majorité des HSH interrogés n'a jamais pratiqué le chemsex. Quant à ceux qui le pratiquent, seuls 20% d'entre eux avaient consommé un stimulant dans le cadre de rapports sexuels dans les 4 semaines qui avaient précédé l'enquête – dont 4% avaient consommé du crystal meth. La méphédronne était particulièrement utilisée au Royaume-Uni, alors que son utilisation en Europe continentale ne touchait que 5% des HSH interrogés dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. Globalement, moins de 10% des participants à l'enquête rapportaient l'utilisation de crystal meth dans les 12 derniers mois.

Chemsex auprès de la population HSH à Londres (Bourne et al., 2014)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les types de substances et les moyens de consommations varient avec le temps. Dans l'enquête menée à Londres, cette évolution est très nette puisque la méphédronne, le GHB/GBL et le crystal meth sont devenues les drogues les plus consommées. De plus en plus de recherches montrent l'utilisation de ces substances à des fins sexuelles, puisque celles-ci produisent à la fois un effet stimulant tout en éveillant grandement l'appétit sexuel. Mais les enquêtes de prévalence de la pratique du chemsex manquent et sont presque exclusivement basées sur des collectes de données en auto-déclaration.

Au Royaume-Uni et principalement à Londres, on constate une augmentation du nombre d'injecteurs de crystal meth, passant de 20 à 80% entre 2011 et 2012 selon les rapports des centres de santé sexuelle à Londres (GUM Clinics). La CODE Clinic (<http://www.chemsexsupport.com/code>) – spécialisée dans le soutien aux personnes pratiquant le chemsex à Londres – rapporte les chiffres suivants : en 2012, 19% des patients ont utilisé du GHB/GBL, 10% du crystal meth et 21% de la méphédrone et ce dans les 6 mois ayant précédé leur visite à la clinique. En comparaison, l'étude ASTRA (Daskalopoulou, 2014) réalisée sur une population de HSH vivant avec le VIH entre 2011 et 2012 montre que 9% d'entre eux avait consommé du crystal meth et du GHB/GBL alors que 7% avaient consommé de la méphédrone dans les trois derniers mois.

La recherche « *The Chemsex Study* » est une recherche qualitative sur des HSH pratiquant le chemsex. Elle a réuni 30 répondants, dont 13 PVVIH et visait à comprendre les différents contextes de pratique du chemsex et notamment la manière dont les participants envisageaient les diverses stratégies de réduction des risques. Les conclusions de cette recherche se résument comme suit :

- La méphédrone et le GHB/GBL sont moins chers que la cocaïne et l'ecstasy et sont donc consommés plus fréquemment.
- L'injection de méphédrone et de GHB/GBL est rapportée par 10 des 30 participants
- La pratique du 'chemsex' se fait principalement dans les saunas, les sex clubs et autres lieux de consommation sexuelle mais l'utilisation des applications mobiles de rencontre a également facilité l'organisation de soirées privées
- Les participants choisissent de pratiquer le chemsex pour les raisons suivantes : augmentation de la confiance sexuelle, du désir et de la libido ; augmentation du temps du rapport sexuel et du nombre de partenaires ; augmentation du sentiment d'avoir une sexualité aventureuse
- Chemsex, prévention, protection et réduction des risques :
 - o 25% des participants déclarent se protéger de manière stricte lors de la pratique du chemsex
 - o 25% des participants (tous séropositifs) pratiquent le sérotriage avant d'organiser une soirée chemsex et font le choix de ne jamais ou presque jamais utiliser le préservatif lors des pénétrations anales
 - o 33% ont eu des pénétrations anales sans préservatif non-décidées à l'avance : ils avaient l'intention d'utiliser le préservatif mais la consommation de drogues a diminué leur capacité à l'utiliser
 - o 2 des répondants attribuent leur infection à VIH à la pratique du chemsex et 30% rapportent une IST dans les 12 derniers mois
 - o Un grand nombre de répondants rapportent également des problèmes d'abrasion du pénis et de traumatismes anorectaux
- Les répondants sont partagés quant à leur satisfaction sexuelle générale : certains estiment que le chemsex leur a permis d'avoir une vie sexuelle plus épanouissante alors que d'autres pensent que la pratique du chemsex était devenue pour eux machinale et ne satisfaisait pas leur besoin/envie d'intimité

SLAM au sein de la population HSH en France (AIDES, 2013)

L'enquête menée par AIDES en 2013 avait pour objectif d'identifier les différents déterminants liés à la prise de risque des HSH qui se « slamment ». La recherche a réuni 23 HSH, dont 14 pratiquent/ont pratiqué le slam et le définissent comme une injection de produit psycho-stimulants lors de rapport(s) sexuel(s) en privé. Cette définition est donc presque la même que la pratique du chemsex que nous avons mentionné ci-dessus. Comme pour les enquêtes au Royaume-Uni, les substances les plus utilisées sont la méphédrone (et ses dérivés) parce que peu coûteuse et facilement accessible ; vient ensuite le crystal meth et la cocaïne. Alors qu'ils s'injectent effectivement ces produits, les répondants ne s'auto-définissent cependant pas comme injecteurs.

Les répondants ont affirmé que la méphédrone engendre un désir sexuel intense et une forte montée du plaisir, créant des envies d'injection plus fréquentes. Pour la plupart des participants, la première injection a majoritairement été réalisée par un pair avec expérience afin, notamment, de ne pas apprendre à s'injecter soi-même et éviter la dépendance. Cette dépendance est cependant apparue pour certains participants et l'injection a même remplacé totalement les rapports sexuels. Certains slammeurs ont répondu avoir perdu le contrôle de leur consommation et ont cherché de l'aide chez des professionnels de la santé.

Les besoins identifiés par les répondants sont les suivants : connaissances sur le chemsex en général ; informations sur l'injection et les stratégies de réduction des risques ; amélioration de l'accès au kit d'injection ; meilleure formation des professionnels de santé pour éviter les discriminations/stigmatisations ressenties lors des visites et améliorer le soutien.

10. HOMOPHOBIE, DISCRIMINATIONS, SANTÉ MENTALE

Région de Bruxelles-Capitale

L'enquête SIALON II a abordé la question du coming out des participants : plus de la moitié des répondants déclarent avoir fait leur coming out auprès de tout (ou presque) leur entourage, alors que 22,8% d'entre eux n'ont parlé de leur homosexualité à personne.

L'homonégativité ressentie est 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.

Belgique – Belgique francophone

Malgré des avancées sur le plan légal concernant les droits des homosexuels et une plus grande acceptation sur le plan social, 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). De même, dans l'enquête réalisée par Marcia Poelman et Dirk Smith sur les agressions envers les personnes LGBT à Bruxelles, 60% des répondants affirment avoir été victimes d'agression verbale au moins 1 fois dans le mois précédant l'enquête. 10% des personnes interrogées rapportent avoir été menacés physiquement dans les 30 derniers jours.

Un autre indicateur relatif à l'homophobie est fourni par le Centre pour l'égalité des chances : en 2013, 93 plaintes déposées auprès du Centre pour discriminations concernaient le motif « orientation sexuelle » (pas de différence entre hommes-femmes-trans*), ce qui représentait 6,1% de l'ensemble des plaintes pour lesquelles le Centre s'estime compétent. Les domaines concernés étaient le « vivre en société » (26%), les biens et services (14%), les médias (23%) et l'emploi (20%), la police (5%) et l'enseignement (8%). On constate donc une augmentation du nombre de dossiers introduits pour discrimination liée à l'orientation sexuelle depuis 2012. Il est à noter que la moitié des dossiers concernent des faits de discrimination ou de délits de haine accompagnés de propos homophobes explicites. Sur les 93 dossiers ouverts, 12 avaient attiré à des agressions physiques, dont 2 dossiers à l'encontre des services de police (CECLR, 2013).

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 4 à 7 fois supérieur parmi les hommes homosexuels en comparaison aux hommes hétérosexuels (Firdion 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).

Enfin, Wim Van den Berghe, dans sa recherche doctorale (2012) « An analysis of health outcomes among sexual minorities with a focus on the HIV/AIDS epidemic among men who have sex with men in Belgium », décrit que les HSH sont confrontés à plusieurs types de problèmes de santé : consommation élevée de substances, compulsion sexuelle, forte prévalence du VIH, symptôme de dépression plus fréquemment rapportés.

11. HSH VIVANT AVEC LE VIH EN BELGIQUE

11.1. PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Profil socio-démographiques (EMIS, 2014)

Dans l'enquête EMIS, le nombre de personnes vivant avec le VIH parmi l'échantillon global était de 334. Tout au long de cette analyse, lorsque nous ne référerons pas à cette enquête, il s'agira donc de ce nombre de répondants-là.

Plus de la moitié (50,3%) des personnes vivant avec le VIH de cet échantillon a plus de 40 ans (n=168), alors que 44,6% (n=149) d'entre elles a entre 25 et 39 ans. Seulement 5,1% (n=17) ont moins de 25 ans. La population représentée est majoritairement très qualifiée, puisque 61,6% (n=204) déclare avoir obtenu au moins un diplôme de niveau supérieur. Une majorité de répondants (79,0%) déclarent également être en situation d'emploi au moment de l'enquête.

Niveau de diplôme (EMIS, 2014)	Belgique	
	n	%
Inférieur	21	6,3
Moyen	106	32,0
Supérieur	204	61,6
TOTAL	331	100

Situation professionnelle (EMIS, 2014)	Belgique	
	n	%
En situation d'emploi	263	79,0
Sans emploi	24	7,2
Autre	46	13,8
TOTAL	333	100

Situation familiale (EMIS, 2014)	Belgique	
	n	%
Seul	138	41,8
Avec un partenaire masculin	140	42,4
Avec au moins un parent	22	6,7
Avec des amis	16	4,8
Avec d'autres membres de ma famille	10	3,0
Avec une partenaire féminine	6	1,8
Avec un (des) enfant(s)	8	2,4
Autre	9	2,7
TOTAL	330	100

Profils socio-démographiques (Pezeril, 2012)

L'enquête sur les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone confirme la tendance à la dualisation de la population des personnes vivant avec le VIH. Deux types de profils sont observés : une population d'hommes homosexuels européens, relativement diplômé et en emploi d'un côté, et une population hétérosexuelle majoritairement féminine, extra-européenne, peu ou pas diplômée et vivant des situations de précarisations multiples.

Les indicateurs présentés ci-dessous sont des données non-publiées de cette enquête. Elles se focalisent sur l'échantillon s'identifiant comme homosexuel uniquement ; les personnes s'auto-définissant comme bisexuelles ayant été écartées de cette analyse. L'âge moyen des participants homosexuels était de 45,4 ans. 49,3% vivent seuls et 8,2% ont des enfants à charge – dont 0,8% vivent avec eux.

11.2. DIAGNOSTIC, SUIVI ET TRAITEMENT(S)

Cascade des soins – ISP (Van Beckhoven et al., 2015)

Entre 2007 et 2010, le taux d'entrée en soins était de 96%.

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 personnes prenant des ARV est de 86%
- la proportion de personnes sous ARV et avec une charge virale sous 50 est de 88%

L'estimation de la proportion de HSH séropositifs sous charge virale indétectable en Belgique est de 69% (en ce inclus les HSH non belges chez lesquels la proportion d'entrés et retenus dans le système de soins est légèrement plus basse).

Diagnostic de l'infection à VIH (Pezeril, 2012)

En ce qui concerne l'époque à laquelle les personnes interrogées ont eu connaissance de leur séropositivité, 32% d'entre eux ont appris leur diagnostic entre 1982 et 1995, 31% entre 1996 et 2005 et 36% entre 2006 et 2010. Alors que dans l'échantillon global de l'enquête, 23,8% des personnes interrogées répondent ne pas savoir comment il a contracté le VIH, seulement 6% des homosexuels affirment ne pas connaître le mode de transmission qui les a contaminés. Presque 90% des participants homosexuels affirment avoir été contaminés lors d'une relation avec un partenaire de même sexe.

Prise de traitement ARV (SIALON II, 2016)

Le taux de 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 SIALON II, 84,7% de HSH séropositifs sont sous ARV et 78,3% d'entre eux ont une charge virale indétectable.

Prise de traitement ARV (EMIS, 2014)

66,0% (n=217) des répondants déclarent avoir déjà pris un traitement antirétroviral dans le cadre de leur infection à VIH. Nous savons également que 97,47% (n=210) de ces 217 participants prenaient un traitement antirétroviral au moment de répondre à l'enquête, soit 63,82% de l'échantillon global.

Raison(s) pour ne pas prendre de traitement antirétroviral

(EMIS, 2014)

	Belgique	
	n	%
Mon médecin dit que je n'ai pas besoin de traitement antirétroviral en ce moment	100	90,1
Je trouve que ce n'est pas nécessaire	5	4,5
Pour éviter les effets secondaires	5	4,5
J'ai peur que les gens le remarquent	2	1,81
Je n'ai pas les moyens d'avoir ce traitement	1	0,9
Je n'ai pas envie de penser au VIH tous les jours	1	0,9
Autre raison	8	7,2
TOTAL	111	100

Charge virale et effets secondaires

EMIS, 2014

58,6% (n=187) des PVVIH interrogées ont déclaré que leur charge virale était indétectable au moment du dernier contrôle, contre 32% (n=102) qui déclarent une charge virale détectable lors du dernier suivi médical.

Enquête conditions de vie des PVVIH

(Pezeril, 2012)

73% des répondants homosexuels répondent avoir une charge virale indétectable alors que pour 23,5% d'entre eux celle-ci est toujours détectable. Seuls 3,5% déclarent ne pas connaître cette donnée, alors qu'en population générale cet indicateur monte à 17,5%. Parmi les répondants homosexuels, 11% déclarent avoir subi des effets secondaires après la mise sous traitement ARV, effets secondaires qui ont détérioré leur état de santé. 63% se plaignent de troubles du sommeil notamment.

Suivi médical

EMIS, 2014

44,7% (n=144) avaient vu un professionnel dans les quatre semaines précédant l'enquête et 52,2% (n=168) dans les six mois avant de répondre à l'enquête.

Enquête conditions de vie des PVVIH

(Pezeril, 2012)

Les répondants homosexuels déclarent être plutôt satisfaits des différents médecins même s'ils ont eu changé plus fréquemment de médecin que l'échantillon global. Enfin, 26% des répondants homosexuels déclarent

Dépistage IST (EMIS, 2014)

Sur les 334 répondants, 75,7% (n=243) avaient réalisé un dépistage IST dans les six derniers mois, 15,6% (n=50) dans les 12 derniers mois, 8,5% (n=28) dans les cinq dernières années ou plus.

Connaissance de l'efficacité du TaSP (EMIS, 2014)

Il a été demandé aux participants de répondre à l'affirmation suivante « Le traitement efficace contre le VIH diminue le risque de transmission du VIH » en choisissant dans les propositions reprises dans le tableau ci-dessous :

	Belgique	
	n	%
Je le savais déjà	257	77,4
Je n'en étais pas sûr	30	9,0
Je ne le savais pas	10	3,0
Je ne comprends pas	1	0,3
Je ne le crois pas	34	10,2
TOTAL	332	100

11.3. VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE

Satisfaction sexuelle des HSH VVIH (EMIS, 2014)

71,7% (n=225) des personnes séropositives déclarent être satisfaites de leur vie sexuelle contre 29,2% (n=89) qui ne s'estiment pas satisfaites. 55,3% (n=184) des personnes vivant avec le VIH ont mentionné être en relation avec un homme au moment de l'enquête. Parmi ces personnes, 52,5% (n=96) déclarent avoir le même statut que leur partenaire, 45,9% (n=84) disent être en couple sérodiscordant et 1,6% (n=3) ne savent pas si leur partenaire a le même statut qu'eux.

Conditions de vie des HSH VVIH (Pezeril, 2012)

Par rapport à leur vie sexuelle et affective, 33,3% des gays interrogés déclarent avoir vécu une rupture de relation avec leur partenaire à cause de leur séropositivité (contre 21,5% dans la population générale). Une forte adaptation des pratiques sexuelles est déclarée par les participants, puisque 48,7% d'entre eux déclarent avoir des pratiques « moins risquées ». 38,3% déclarent avoir diminué le nombre de partenaires voire, pour 10,5% d'entre eux, renoncé à une vie sexuelle. Enfin, 26,7% des répondant n'a eu aucun rapport sexuel dans les 12 derniers mois précédant l'enquête.

11.4. CONDITIONS DE VIE

Belgique francophone (Pezeril, 2012)

Les participants homosexuels estiment avoir reçu un grand soutien de la part de leur entourage ; seuls 5,8% ont déclaré n'avoir reçu aucun soutien alors que le pourcentage est de 11,2% pour le reste de l'échantillon. Près de 53% des répondants homosexuels se sont tournés vers un ami lors de l'annonce du diagnostic. De manière générale, les participants homosexuels ont déclaré se tourner moins vers les acteurs associatifs que le reste de la population étudiée.

Les homosexuels qui ont participé à l'enquête révèlent davantage leur séropositivité dans le cadre de leur travail. Parmi ceux qui en ont parlé, 17% des répondants homosexuels répondent que la révélation de leur statut sérologique n'a eu aucun impact dans le milieu professionnel. Cependant, 11% reconnaissent avoir connu des difficultés suite à la révélation de leur séropositivité dans le milieu professionnel. Enfin, nous pouvons constater un plus grand impact de l'état de santé sur la carrière des répondants homosexuels, puisque 13,3% d'entre eux ne peuvent plus travailler (contre seulement 5% dans l'échantillon global).

La sérophobie est très présente puisque 21% des participants homosexuels ont déclarés en avoir été victimes, 85% ayant été critiqués ou insultés dans les deux années qui ont précédé l'enquête. Quant à l'accès à des biens et des services, 19% des répondants déclarent qu'il est soit simplement refusé ou rendu compliqué. 28% ont également renoncé à souscrire à un prêt ou une assurance. Les homosexuels ayant participé à l'enquête ont, pour 27,3% d'entre eux, connaissance des lois anti-discriminations. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que dans la population générale (8%) mais nous constatons qu'il n'y a pas plus de réaction face aux discriminations : 25% des personnes ayant été victimes de discriminations n'ont actionné aucun des leviers législatifs mis à disposition.

L'enquête revenait également sur les besoins exprimés par les répondants. Le premier besoin auprès de la population gay était celui d'une aide psychothérapeutique, avec 29% des participants la sollicitant. 27% estiment n'ont pas répondu à la question sur leurs besoins même si 24% estiment avoir besoin d'information médicales et 18% d'une aide financière.

Stigmatisation et discriminations des PVVIH (EMIS, 2014)

Les PVVIH ayant répondu à cette enquête ont été amenés à parler de la stigmatisation et des discriminations vécues et liées à leur séropositivité. Les répondants ont dû répondre aux affirmations ci-dessous par « *jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent, ne me concerne pas (N/A)* ».

	Belgique					
	Jamais (%)	Rarement (%)	Parfois (%)	Souvent (%)	Très souvent (%)	N/A (%)
J'ai évité de dire aux autres que je suis séropositif	3,6	7,6	23,0	22,7	41,8	1,2
J'ai été moins bien traité par les autres quand ils ont su que j'étais séropositif	26,4	27,6	16,7	7,6	5,8	16,1
Les amis qui ont appris ma séropositivité m'ont montré leur soutien et leur compréhension	1,5	3,9	12,4	23,6	44,5	13,9
J'ai été évité et rejeté socialement quand ma séropositivité a été connue	15,0	20,5	23,5	9,8	8,0	23,2
J'ai personnellement entendu les autres parler de façon négative ou injurieuse des PVVIH	7,6	15,1	33,8	20,2	18,4	4,8
On m'a conseillé d'avoir des ambitions moins grandes dans la vie à cause de ma séropositivité	44,5	22,4	17,0	8,5	2,4	5,2
J'ai été traité injustement par les autres parce qu'ils connaissaient ma séropositivité	39,4	25,4	15,3	6,4	1,2	12,2
J'ai vu ou lu des choses blessantes et injurieuses dans les médias sur les personnes séropositives	9,2	23,9	41,0	17,4	5,5	3,1
J'ai eu peur qu'on me voie de façon négative parce que je suis séropositif	9,2	15,0	27,2	22,6	20,2	5,8
On m'a refusé une aide médicale parce que je suis séropositif	77,2	9,1	6,7	1,5	0,6	4,9

12. REFERENCES

- AIDES (2013), *SLAM : Première enquête qualitative en France*, Paris. <http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873>.
- Alias (2014), *Rapport Permanence Médicale - INAMI - 2014*, ASBL Alias pour son programme d'action à destination des hommes prostitués à Bruxelles, Bruxelles.
- Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P. (2014), *The Chemsex study : drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*, London, Sigma Research. <https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf> (consulté le 16/08/2016).
- Centre pour l'Egalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR) (2013), *Discrimination-Diversité. Rapport 2013*, Bruxelles. http://unia.be/files/legacy/cgkr_00668_01_jvs_discdiv_fr.pdf (consulté le 16/08/2016).
- Centre de dépistage anonyme et gratuit ELISA, Données 2008-2013.
- Daskalopoulou M. et al. (2014), «Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK : results from the cross-sectional ASTRA study », *The Lancet HIV*, vol. 1, n° 1, e22 - e31. [http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(14\)70001-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(14)70001-3/fulltext) (consulté le 16/08/2016).
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (ECDC) (2014), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013*, Stockholm. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf> (consulté le 16/08/2016).
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2015), *Understanding the impact of smartphone applications on STI/HIV prevention among men who have sex with men in the EU/EEA*, Stockholm. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/impact-smartphone-applications-sti-hiv-prevention-among-men-who-have-sex-with-men.pdf> (consulté le 16/08/2016).
- Ex Aequo (2014), *Rapport d'activités 2014 (Janvier - Décembre 2014). Projet TEST OUT, Dépistage démedicalisé et délocalisé en Communauté française auprès des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes*, Bruxelles. Disponible sur : http://www.exaequo.be/pdf/289-Rapport_final_INAMI_2014.pdf (consulté le 16/08/2016).
- Martens V., Huynen P. (2006), « Connaissances et comportements des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'égard du VIH/Sida en Communauté française de Belgique », *Archive of Public Health*, n° 64, p. 13-26.
- Mirandola M., Gios L, Sherriff N., Toskin I., Marcus U., Schink S., Suligoi B., Folch C., Rosińska M. (editors) (2016), *The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities*. http://www.sialon.eu/data2/file/133_Sialon%20II_Report%20on%20a%20Bio-behavioural%20Survey%20among%20MSM%20in%2013%20European%20cities.pdf (consulté le 16/08/2016).
- Nöstlinger C., Ronti T., Vanden Berghe W. (2014), *Résultats de l'enquête EMIS 2010, Données belges. Enquête Internet européenne sur la sexualité des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (EMIS)*, Belgique, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) et Institut de médecine tropicale d'Anvers. <http://www.emis-project.eu/national-reports.html> (consulté le 16/08/2016).
- Pezeril C. (2012), Premiers résultats de l'enquête sur « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone », Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques. <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf> (consulté le 16/08/2016).
- Sasse A., Deblonde J., Van Beckhoven D. (2014), *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2013*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique. https://epidemiowiv-isp.be/ID/reports/WIV-ISP_Annual_Report_HIV-AIDS_FR_2013.pdf (consulté le 16/08/2016).

Van Beckhoven D., Florence E., Ruelle L., Deblonde J., Verhostede C., Callens S., Vancutsem E. Lacor P., Demeester R., Goffard J.-C., Sasse A. for the BREACH (Belgian Research on AIDS and HIV Consortium) (2015), « Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants », *BMC Infectious Diseases*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26530500> (consulté le 16/08/2016).

Vanden Berghe W. (2013), *An analysis of health outcomes among sexual minorities with a focus on the HIV/AIDS epidemic among men who have sex with men in Belgium*, University press Maastricht.

Verbrugge R., Moreels S., Crucitti T., Van Beckhoven D., Sasse A., Van Casteren V., Quoilin S. (2014), *Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les 3 régions*, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique. http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/Rapport_IST_2013.pdf (consulté le 16/08/2016).

Les Stratégies Concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA (SCSS) sont un réseau d'acteurs de promotion de la santé sexuelle en Région bruxelloise et en Région wallonne qui a pour objectif d'améliorer la qualité des actions de prévention et de réduction des risques. En 2015, le réseau a démarré un cycle de mise à jour des cadres de référence pour la prévention des IST/VIH en commençant le public prioritaire des gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ce travail a été réalisé de manière participative avec les acteurs concernés en suivant un modèle de gestion de cycle de projet.

Ce document constitue une annexe au Cadre de référence 2017-2020 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH et des autres IST chez les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale. Il présente de manière détaillée le diagnostic épidémiologique et social pour le public visé en incorporant des données issues notamment d'importantes enquêtes (EMIS et SIALON II), mais également des résultats d'autres enquêtes belges et européennes, ainsi que des constats de terrain émanant en particulier de différents acteurs de lutte contre le VIH et les autres IST en RBC.