

<http://www.strategiesconcertees.be>

2017
2020

EEN GEZAMENLIJKE ANALYSE VOOR ACTIE

Referentiekader voor de seksuele gezondheidspromotie
en preventie van hiv en andere soa's onder homomannen,
biseksuelen en andere mannen die seks hebben met mannen (MSM)
in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Colofon

Coördinatie

Thomas Ronti en Myriam Dieleman, Observatoire du sida et des sexualités

Safia Soltani en Arnaud Rusch, Ex Æquo

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

Met de steun van de VGC en de COCOF

Om dit document te citeren

De inhoud van dit document mag vrij worden verspreid met de volgende verwijzing: Thomas Ronti, Myriam Dieleman, met de medewerking van Ex Æquo en Sensoa (2016), *Een gezamenlijke actieanalyse. Referentiekader 2017-2020 voor de promotie van de seksuele gezondheid en de preventie van hiv en andere soa's bij homomannen, biseksuelen en andere MSM in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Brussel, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).*

Digitale versie

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



OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS

exæquo.be
NOUS SOMMES TOUS #SÉROCONCERNÉS

Vlaams
expertisecentrum
voor
seksuele
gezondheid **SENSOA**



Werkten mee aan dit dossier

We bedanken alle homomannen, biseksuelen en andere MSM die anoniem hebben meegewerkt aan de workshop van 4 mei 2015; de uitbaters en medewerkers van bars/sauna's die de tijd hebben genomen voor een individueel gesprek; en ook alle deelnemers aan de workshop van 29 mei 2015:

Radhuia	Abdou	Stagiaire, EX ÆQUO
Philippe	Artois	Coördinator, TELS QUELS
Cécile	Beduwe	Verantwoordelijke voor evaluatie, MODUS VIVENDI
Thierry	Beriaux	Voorzitter, RAINBOWHOUSE BRUSSELS
Maxime	Maes	Maatschappelijk werker, ALIAS
Céline	Danhier	Coördinator, SIDA'SOS
Alan	De Bruyne	Coördinator, THE PRIDE
Marine	De Tillesse	Begeleidster, TELS QUELS
Jessika	Deblonde	Medewerkster, WETENSCHAPPELIJK INSITUUT VOLKSGEZONDHEID
Myriam	Dieleman	Directrice, OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITES
Aurore	Dufasne	Vrijwilligster, EX ÆQUO
Cédric	Fievet	Terreinwerker, EX ÆQUO
Olivier Tony	Gatore	Directeur Gezondheidsprogramma's, WHY ME BELGIË
Anne-Françoise	Gennotte	Verantwoordelijke voor het ELISA-centrum, Arts aan het ARC van het UMC Sint-Pieter (CETIM)
Jean-Philippe	Hogge	Maatschappelijk werker, CPF DES MAROLLES
Stephen	Karon	Projectverantwoordelijke, PLATEFORME PREVENTION SIDA
Jacques	Kohl	HIV Berodung, RODE KRUIS LUXEMBURG
Chris	Lambrechts	Directeur, SENSOA
Maureen	Louhenapessy	Coördinator, SIDAIDS/SIREAS ASBL
Charles	Manise	Vrijwilliger, EX ÆQUO
Mark	Sergeant	Beleidsmedewerker Homomannen, SENSOA
Thierry	Martin	Directeur, PLATEFORME PREVENTION SIDA
Aurore	Meurisse	Verpleegkundige, CRS MONT GODINNE
Michaël	François	Coördinator, EX ÆQUO
Aure	Moens	Maatschappelijk werkster, ALIAS
Myriam	Monheim	Psychologe, CPF PLAN F
Sam	Mouissat	Projectverantwoordelijke, MERHABA
Christiana	Noestlinger	Senior social scientist HIV and sexual health unit, INSTITUUT VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE
Thijs	Reyniers	Onderzoeker, INSTITUUT VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE
Thomas	Ronti	Onderzoeker, OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITES
Amélie	Roucloux	Project- en onderzoekverantwoordelijke, CHEFF
Katia	Senden	Maatschappelijk werkster, ALIAS
Safia	Soltani	Projectleider, EX ÆQUO
Dominique	Van Beckhoven	Medewerker, WETENSCHAPPELIJK INSITUUT VOLKSGEZONDHEID
Wim	Vanden Berghe	Onderzoeker, INSTITUUT VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE en SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU
Sandra	Van Den Eynde	Coördinator afdeling kwetsbare groepen en beleidsmedewerkster preventie van soa's/hiv, SENSOA
Johan	Vansintejan	Professor geneeskunde, VUB
Jean Louis	Verbruggen	Coördinator, CHEFF

Lijst van afkortingen

ARC	Aidsreferentiecentrum
ARV	Antiretrovirale (medicatie)
BHG	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
CDAG	Centrum voor anoniem en gratis testen
CPAM	Comité de pilotage et d'appui méthodologique
CPF	Centre de planning familial
CSW	Commerciële sekswerkers
HA	Huisarts
HCV	Hepatitis C Virus
HPV	Humaan papillomavirus
HGR	Hoge Gezondheidsraad
LGBTQIA+	Lesbian, gay, bisexual, trans*, queer, intersex, asexual (en +)
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
OP	Occasionele sekspartner
OVL	Ondetecteerbare virale lading
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
PEP	Post exposure prophylaxis (post-expositie profylaxe)
PIDG	Personen die intraveneus drugs gebruiken
PLHiv	Personen die leven met hiv
PrEP	Pre exposure prophylaxis (pre-expositie profylaxe)
RR	Risicoreductie
SCSS	Stratégies Concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
RSV	Relationele en seksuele vorming
Hiv	Human immunodeficiency virus (humaan immunodeficiëntievirus)
TasP	Treatment as prevention (behandeling als preventie)
VP	Vaste sekspartner
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Inhoudstafel

1. VOORWOORD	7
2. VOORSTELLING VAN DE METHODOLOGIE	9
2.1. HET BEHEER VAN DE PROJECTCYCLUS	9
2.2. SITUATIEANALYSE EN PLANNING	10
2.3. DE UPDATE VAN HET REFERENTIEKADER IN 2015	13
3. SITUATIEANALYSE.....	15
3.1. DOELGROEP	15
3.2. SPECIFIEKE SUBGROEPEN	16
3.2.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv.....	16
3.2.2. Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM.....	17
3.2.3. Homo's, biseksuelen en andere MSM met een migratieachtergrond of hoge mobiliteit.....	18
3.2.4. Homo's, biseksuelen en andere MSM die drugs gebruiken.....	18
3.3. EPIDEMIOLOGISCHE EN SOCIALE ANALYSE	19
3.3.1. Voorstelling	19
3.3.2. Belangrijkste elementen	20
1. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE HIV-INFECTIE	20
2. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE OVERIGE SOA'S	21
3. SOCIAAL-DEMOGRAFISCH PROFIEL VAN DE HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM	21
4. MSM MET HIV IN BELGIË	22
5. HIV-TEST.....	22
6. ANDERE SOA-TESTS.....	23
7. SEKSUELE GEZONDHEID EN GEVOELSLEVEN.....	23
8. PREVENTIE, BESCHERMING, RISICOBEPERKING	24
9. SEKSWERK.....	25
10. TABAK, ALCOHOL, MEDICIJNEN EN DRUGGEBRUIK	25
11. HOMOFOBIE, DISCRIMINATIE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID	26
3.4. PROBLEEMSTELLING	27
3.5. ACTOREN DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE PROBLEMATIEK.....	29
3.5.1. Actoren van de soa- en hiv-preventie	29
3.5.2. Actoren in de gezondheids- en de psychisch-medische-sociale zorg	29
3.5.3. Actoren uit het uitgaansleven en doelgroeporganisaties.....	29
3.5.4. Andere actoren	30

3.6. GEDRAG EN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN	31
3.6.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM	31
1. TESTPRAKTIJEN	31
2. CONDOOMGEBRUIK	32
3. GEBRUIK VAN PEP	32
4. GEBRUIK VAN PrEP	33
5. GEBRUIK VAN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING	33
6. GEBRUIK VAN BEHANDELING ALS MIDDEL TOT PREVENTIE (TasP)	33
7. GEBRUIK VAN DIVERSE MIDDELEN	34
3.6.2. Preventiewerkers	35
1. STRATEGIEËN VOOR HET WERK OP HET TERREIN/OP PLAATSEN WAAR SEKS MOGELIJK IS	35
2. AANMAAK EN VERSPREIDING VAN PREVENTIEMATERIAAL EN CAMPAGNES	35
3. INFORMATIE, INZET EN VORMING VAN INTERMEDIAIRS UIT DE DOELGROEP, HET UITGAANSLEVEN EN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE SECTOR	36
4. MEERTALIGE WERKING, BROCHURES EN MATERIAAL	36
5. RUIMTE VOOR HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM	37
6. DE DOELGROEP INSCHAKELLEN BIJ HET BEPALEN VAN DE ACTIESTRATEGIEËN	37
7. ACTIVITEITEN VOOR ADVOCACY EN GELDINZAMELING	37
8. INZAMELING VAN GEGEVENS OVER HET GEDRAG	38
9. ALGEMENE AANPAK OP HET VLAK VAN SEKSUELE GEZONDHEID	38
10. OUDER WORDEN VAN HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM	38
11. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER DE ANDERE SOA'S, EN VOORAL HPV EN HCV	38
12. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER PrEP, DE ZELFTEST EN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING	38
3.6.3. De psychosociale en medische actoren	39
1. DE CENTRA VOOR ANONIEM EN GRATIS TESTEN	39
2. DE AIDSREFERENTIECENTRA	40
3. DE HUISARTSEN	40
4. HET ZIEKENHUISPERSONEEL	41
5. ALGEMENE HOUDING VAN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN	41
3.6.4. Actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties	42
1. ACTOREN UIT HET UITGAANSLEVEN	42
2. DE DOELGROEPORGANISATIES (LGBTQIA+-VERENIGINGEN)	42
4. OPERATIONEEL PLAN	44
4.1. SPECIFIEKE DOELSTELLING	44
4.2. SAMENVATTEND OVERZICHT VAN DE OPERATIONELE DOELSTELLINGEN ...	45
4.2.1. Testen van hiv en andere soa's	45
4.2.2. Bescherming en risicobeperking	45
4.2.3. Behandeling als preventie	46
4.2.4. Gezondheid van de doelgroep	46
4.2.5. Overleg	46
4.2.6. Onderzoek	46

4.3. OPERATIONELE DOELSTELLINGEN EN ACTIVITEITEN PER DOELGROEP	47
4.3.1. HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM	47
1. DOELSTELLING 1	47
2. DOELSTELLING 2	48
3. DOELSTELLING 3	49
4. DOELSTELLING 4	51
5. DOELSTELLING 5	51
6. DOELSTELLING 6	52
4.3.2. PREVENTIEWERKERS VOOR SOA- EN HIV-PREVENTIE	53
7. DOELSTELLING 7	53
8. DOELSTELLING 8	54
9. DOELSTELLING 9	54
10. DOELSTELLING 10	55
11. DOELSTELLING 11	55
12. DOELSTELLING 12	56
4.3.3. ACTOREN UIT HET UITGAANSLEVEN EN DE DOELGROEPORGANISATIES	57
13. DOELSTELLINGEN 13	57
4.3.4. PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN	58
14. DOELSTELLING 14	58
15. DOELSTELLING 15	58
16. DOELSTELLING 16	59
17. DOELSTELLING 17	59
18. DOELSTELLING 18	60
19. DOELSTELLING 19	60
5. BIBLIOGRAFIE.....	61

1. VOORWOORD

De **Stratégies Concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA** (SCSS) is een netwerk van actoren die actief zijn op het gebied van de promotie van seksuele gezondheid in het Brussels Gewest en in het Waals Gewest¹. Het netwerk wil de kwaliteit van de acties voor preventie en risicobeperking verbeteren, door op participatieve wijze een gemeenschappelijk referentiekader op te stellen voor de verschillende betrokken stakeholders. Dit referentiekader wordt regelmatig geüpdatet om rekening te houden met de evoluties van de realiteit op het terrein en om nieuwe actoren die bij de problematiek betrokken zijn, te identificeren.

Concreet worden er workshops georganiseerd om **situatieanalyses** en **operationele plannen** voor elke doelgroep op te stellen en vervolgens te updaten. Dit gebeurt met behulp van een methodologie voor het beheer van de projectcyclus en gezondheidsplanning, die rekening houdt met alle gezondheidsdeterminanten. De activiteiten die hieruit voortvloeien zijn dus multidimensionaal en multisectorieel. Het proces op zich leidt tot de uitwisseling van praktijken en dus tot een betere wederzijdse kennis bij de actoren.

In de huidige **context waarin de preventieve aanpak sterkt evolueert**, zoals door de uitvoering van de combinatiepreventie, die is gevalideerd door het hiv-plan 2014-2019 en ook de doelstelling '90-90-90' die door UNAIDS wordt gepromoot², heeft het CPAM (Comité de pilotage et d'appui méthodologique) van het SCSS-netwerk beslist om in 2015 een cyclus voor een update van het referentiekader voor de preventie van soa's/hiv op te starten³, te beginnen met de twee prioritaire doelgroepen uit het nationale hiv-plan, namelijk enerzijds homomannen, biseksuelen en andere mannen die seks hebben met mannen (MSM) en anderzijds migranten uit zwart-Afrika.

In de context van de **regionalisering van de gezondheidspromotie** wil het CPAM een specifiek referentiekader ontwikkelen voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG). De regionalisering biedt de gelegenheid om het actiekader te vernieuwen en de gespecialiseerde actoren op het terrein te versterken die erkend zijn en gedurende vele jaren hun expertise hebben opgebouwd. Een gemeenschappelijk referentiekader voor de preventie van aids voor het Brussels en Waals Gewest is nog altijd relevant, maar het is ook van essentieel belang om aandacht te hebben voor de **aspecten die specifiek zijn voor het gewest** om de preventiestrategieën voor homomannen, biseksuelen en andere MSM aan te passen aan de plaatselijke realiteit.

Deze publicatie brengt verslag uit over de eerste fase van deze update-cyclus en heeft betrekking op de homomannen, biseksuelen en andere MSM in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG). Het Brussels Gewest kent de hoogste incidentiecijfers van het land voor hiv en andere soa's. We vinden er ook een groot deel van het nationale homoleven en de homoscene, die ook wordt gekenmerkt door een grote internationale mobiliteit. De sociaaleconomische verschillen zijn er groot en de

¹ Meer informatie op SCSS: <http://www.strategiesconcertees.be>.

² UNAIDS (2014), *90-90-90. An ambitious treatment target to help end the aids epidemic*. Beschikbaar op: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf (geraadpleegd op 16/08/2016).

³ De laatste update dateerde van 2009: <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/hsh-fsf>.

behoeften op het vlak van preventie zijn er dan ook des te groter.

Ten slotte hebben enkele belangrijke onderzoeken en tests de laatste jaren wetenschappelijke gegevens opgeleverd over de sociaal-epidemiologische situatie in het BHG, die moesten worden besproken en in de praktijk gebracht, zoals *EMIS*⁴ en *Sialon II*⁵.

Deze update van het referentiekader wil dus de daadwerkelijke uitvoering bevorderen van de **combinatiepreventie**, zoals gepland door het nationale hiv-plan 2014-2019. Het concept van combinatiepreventie verbindt tegelijk primaire preventie, test en behandeling en bepleit het samengaan van strategieën voor gedragsmatige, structurele en biomedische preventie om een groter aantal doeltreffende instrumenten aan te bieden in de strijd tegen hiv en andere soa's. Die instrumenten zijn evenwel niet altijd onderling verwisselbaar. Hun gebruik moet gecombineerd worden gepland, waarbij de verschillende preventiestrategieën elkaar deels overlappen, afhankelijk van de individuele situatie en de seksuele gebruiken.

Naast het gebruik van het condoom en glijmiddel zijn er dus ook: de behandeling als preventie (TasP), de gedecentraliseerde/gedelokaliseerde en/of gedemedicaliseerde test voor en door de doelgroep, de behandeling na blootstelling (PEP) en de profylaxe voor blootstelling (PrEP). Hoewel rekening moet worden gehouden met bepaalde kritieken over de medicalisering van de preventie (bv. probleem van toegankelijkheid en sociale ongelijkheid bij de toegang, overheidsfinanciering, complexe boodschappen, relatie arts-patiënt), lijkt zij toch nieuwe perspectieven te openen om de hiv-epidemie onder controle te houden.

Voor deze update zijn naast het **Observatoire du sida et des sexualités** twee partners bijzonder actief geweest, door hun acties die zich richten tot homo's, biseksuelen en andere MSM op het Brussels grondgebied:

- **Ex Æquo**, vzw voor gezondheidspromotie, die het aantal nieuwe hiv- en aidsinfecties en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) bij MSM wil verminderen, richt zijn werking vooral op de doelgroep.
- **Sensoa**, Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, dat ook werkzaam is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, heeft meegewerkt bij het uitvoeren van de verschillende stadia van de update.

⁴ 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)*, Observatoire du sida et des sexualités en Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen. Beschikbaar op: <http://www.emis-project.eu/national-reports.html> (geraadpleegd op 16/08/2016).

⁵ Mirandola M. et al. (editors) (2016), *The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities*. Beschikbaar op: http://www.sialon.eu/data2/file/133_Sialon%20II_Report%20on%20a%20Bio-behavioural%20Survey%20among%20MSM%20in%2013%20European%20cities.pdf (geraadpleegd op 16/08/2016).

2

METHODOLOGIE

2. VOORSTELLING VAN DE METHODOLOGIE

2.1. HET BEHEER VAN DE PROJECTCYCLUS

De planningsmethode die wordt gebruikt in het kader van de ‘Stratégies concertées’ berust op **het beheer van de projectcyclus**⁶ en op het instrument van het **logisch kader** om de logische stappen in een programma voor gezondheidspromotie te bepalen (zie figuur 1), namelijk: de situatieanalyse; het opstellen van een actiekader (operationeel plan); het identificeren en toewijzen van de middelen (waaronder de budgettering); de verspreiding; en de evaluatie.

Het voorgestelde **planmodel** dat aangepast⁷ is aan de probleemstelling is het PRECEDE-PROCEED-model van Green en Kreuter⁸. Dit model maakt het mogelijk om een gezondheidsproblematiek te analyseren (de PRECEDE-fase⁹) door rekening te houden met de multifactoriële aard ervan en door de determinanten van deze problematiek in te delen in categorieën: het gedrag (de gewoonten), onderwijs, de omgeving, het politieke en administratieve domein en de sociaal-demografische variabelen.

Uitgaande van de situatieanalyse en vanuit eenzelfde **systeemvisie** bestaat de planning (de PROCEED-fase¹⁰) erin de doelstellingen te bepalen en na te gaan welke activiteiten relevant zijn om in te grijpen op het gedrag, de omgeving en de sociale factoren. Die activiteiten zijn dus noodzakelijk multidimensionaal en intersectoraal.

De planmethode van de ‘Stratégies concertées’ berust ook op de **participatie van** representatieve, bij de problematiek betrokken actoren, tijdens workshops voor de fase van de situatieanalyse en de planning. Die actoren worden verzocht in consensus de problematiek, de doelstellingen en de activiteiten te benoemen. Zo kan dit proces de relevantie van het actiekader verhogen, de betrokkenheid van de actoren bij het strategisch plan verbeteren. Ten slotte wordt met dit proces ook geprobeerd meer erkenning te krijgen voor het referentiekader bij beleidsmakers.

⁶ Pineault R., Daveluy C. (1995), *La planification de la santé: concepts-méthodes-stratégies*. Québec, Éditions Nouvelles.

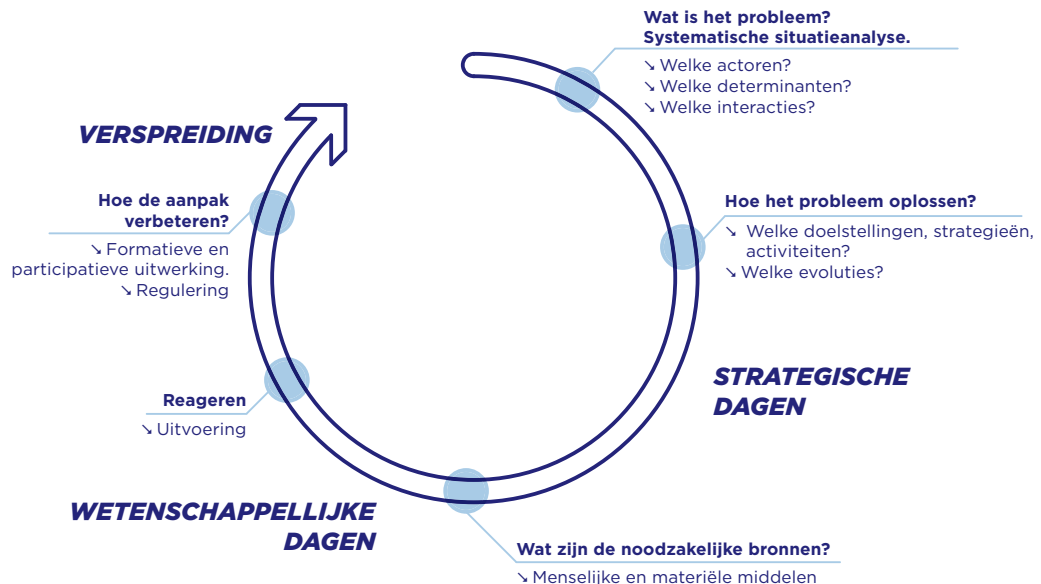
⁷ Parent F. (2006), *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*, Doctoraatsthesis, Brussel, Ecole de Santé Publique de l’ULB.

⁸ Green L.W., Kreuter M.W. (2005), *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach*, 4th Ed., New York, Mc Graw Hill, <http://www.lgreen.net>.

⁹ De afkorting PRECEDE staat voor “Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation”, of in het Nederlands “Voorbestemmende, faciliterende en versterkende factoren in diagnose en evaluatie van onderwijs en omgeving”.

¹⁰ De afkorting PROCEED staat voor “Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development”, of in het Nederlands “Beleid, regelgevende en organisationele constructies in de ontwikkeling van onderwijs en omgeving”.

Figuur 1: Het beheer van de participatieve en systematische projectcyclus



2.2. SITUATIEANALYSE EN PLANNING

De fase van de situatieanalyse (PRECEDE) verloopt volgens de volgende stappen:

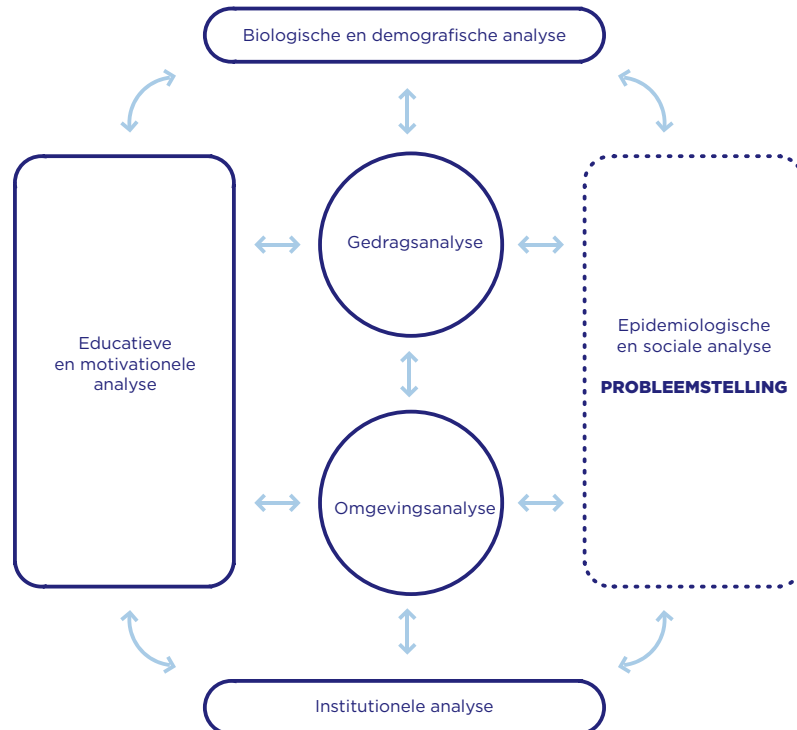
- ✓ Voor de betreffende doelgroep wordt een **epidemiologische en sociale diagnose** opgesteld door de beschikbare wetenschappelijke gegevens en de waarnemingen op het terrein in kaart te brengen. Het 'Observatoire du sida et des sexualités' had een voorbereidende werktekst opgesteld ¹¹, die vervolgens op participatieve wijze is besproken en aangevuld.
- ✓ De **probleemstelling** wordt geformuleerd op basis van een consensus, waarbij de meest relevante variabelen van de sociaal-epidemiologische diagnose behouden en samengevat worden.
- ✓ Wanneer de problematiek omschreven is, worden de **betrokken actoren** en hun **gedrag** vastgesteld en opgenomen in de gedragsdiagnose. Het gaat om de doelgroep (en eventueel de subcategorieën ervan), maar ook om actoren die rechtstreeks of onrechtstreeks in interactie staan met deze groep en/of met de problematiek.
- ✓ Voor alle actoren worden de determinanten in verband met hun gedrag opgezocht en ondergebracht in de passende diagnoses:

¹¹ Deze tekst is te vinden in de bijlage: Ronti T. (2016), *Diagnostic épidémiologique et social : Les gays, bisexuels et autres HSH en Région de Bruxelles-Capitale*, Brussel, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

- De **educatieve en motivationele** determinanten die “voorbestemmen” (beelden, kennis, houdingen, overtuigingen, intenties), “in staat stellen” (knowhow, capaciteiten, competenties) of “versterken” (invloed van peers, compensatiemechanismen) worden opgesomd in de educatieve en motivationele analyse.
- De **omgevingsdeterminanten** (fysiek en sociaal) worden vermeld in de omgevingsdiagnose.
- De **institutionele factoren** (politiek en administratief) worden besproken in de institutionele diagnose.
- De **sociaal-demografische factoren** (leeftijd, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, gender) en de **biologische determinanten** (elke biologische eigenschap die een impact heeft op de problematiek of het gedrag) worden vermeld in de betreffende diagnose.

Om rekening te houden met de wisselwerking tussen de factoren die een rol spelen in concrete situaties, worden de diagnoses van de situatietanalyses bedacht en geanalyseerd in onderlinge samenhang, zoals geïllustreerd wordt in figuur 2.

Figuur 2: Situatietanalyse volgens het PRECEDE-model

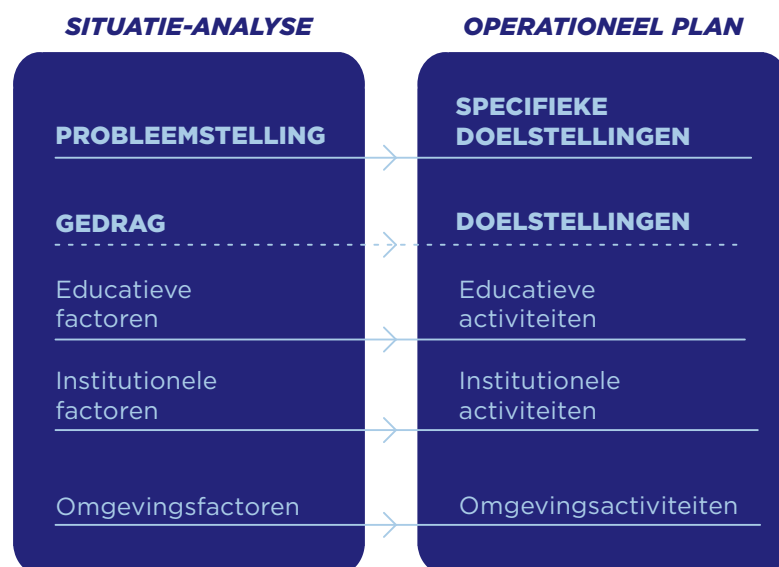


De planningsfase (PROCEED) bestaat erin om – dankzij het instrument van het logisch kader en op basis van de situatieanalyse – een operationeel plan op te bouwen dat de interventiestrategieën die de voorkeur krijgen, de beoogde doelstellingen en de uit te voeren activiteiten bepaalt.

- ✓ Voor de betreffende doelgroep wordt een **specifieke doelstelling** bepaald op basis van de probleemstelling. Die specifieke doelstelling vormt het globaal kader en het algemeen en duurzaam doel van het operationeel plan.
- ✓ Door de beschrijving van het gedrag en de gewoonten van de actoren is het mogelijk om **operationele doelstellingen** te formuleren. Die beantwoorden dus aan één of meer problemen die zijn vastgesteld in de gedragsdiagnose.
- ✓ Er worden **educatieve, omgevings- en institutionele activiteiten** bepaald op basis van de overeenstemmende factoren in de situatieanalyse. Die activiteiten zijn bedoeld om de determinanten en dus uiteindelijk het gedrag te veranderen, om de operationele doelstellingen te bereiken. De activiteiten vormen het meest concrete deel van het operationele plan, omdat zij bestemd zijn om te worden uitgevoerd met passende middelen.
- ✓ In de planningsfase moeten **criteria en indicatoren voor de evaluatie** van de doelstellingen en de activiteiten worden bepaald, evenals de beschikbare informatiebronnen om evaluatiegegevens uit te halen. Deze stap zal aan bod komen in een latere publicatie.

De situatieanalyse ligt dus aan de basis van het operationele werk, zoals blijkt uit figuur 3.

Figuur 3: Een operationele planning op basis van een situatieanalyse



2.3. DE UPDATE VAN HET REFERENTIEKADER IN 2015

De update van het referentiekader met betrekking tot MSM (de vorige versie dateert van 2009) werd uitgevoerd in 2015 in de volgende stappen:

1. **Inzameling en synthese van geüpdatete gegevens voor de epidemiologische en sociale diagnose specifiek met betrekking tot het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**
2. **Organisatie van een participatieve workshop met de betrokken doelgroep (op 4 mei 2015) met een drievoudig doel:**

- informatie uit recente enquêtes bij de doelgroep doorgeven;
- gegevens verzamelen over hun ervaringen, beleving en standpunten met betrekking tot de epidemiologische en sociale diagnose;
- preventieboodschappen verspreiden over onderwerpen als TasP, PEP, PrEP.

Die avond namen 16 mannen¹² deel aan gesprekken over zes thema's die door de moderator werden voorgesteld: de epidemiologie van hiv en andere soa's; seropositiviteit; tests; seks- en gevoelsleven; divers middelengebruik; preventie, bescherming en risicobeperking.

Er werd een verslag opgesteld van deze workshop en de belangrijkste vaststellingen werden voorgesteld en gebruikt tijdens de strategische dag (zie verder onder punt 4), waardoor het mogelijk was om ervoor te zorgen dat de stem van het MSM-publiek vertegenwoordigd was.

3. Organisatie van individuele gesprekken met de actoren uit het uitgaansleven

De uitbaters en medewerkers van vijf bars waren bereid tot een semi-directief interview van gemiddeld 30 minuten over de volgende onderwerpen:

- het sociaal-demografisch profiel van het publiek dat hun zaak bezoekt;
- de kwaliteit en de relevantie van preventiecampagnes/preventiemateriaal;
- de algemene organisatie van de preventiewerking in hun zaak (verdeling van condooms, test en outreach);
- het niveau van de kennis en het gebruik van preventiemateriaal binnen de doelgroep;
- de seksuele gebruiken van de Brusselse homo's, biseksuelen en MSM;
- het gebruik van alcohol en andere (il)legale psychotrope middelen;
- homofobie en serofobie.

Aan het eind van het gesprek werd gevraagd naar ieders noden en wensen op het vlak van vorming over het nieuwe preventiemateriaal en de nieuwe preventiestrategieën. Net als voor de workshop met de doelgroep werd ook over de gesprekken een verslag opgesteld en de belangrijkste vaststellingen zijn daarna gebruikt tijdens de strategische dag.

¹² Omwille van het vertrouwelijke karakter werd geen voorstellingsronde gehouden. De samenstelling van de groep was divers, zowel wat betreft de leeftijd als de woonomgeving. Er waren onder andere een organisator van homo-evenementen, vrijwilligers van gezondheids- en doelgroeporganisaties, een student, twee mensen uit Luik aanwezig.

4. Organisatie van een strategische dag (29 mei 2015) met de titel “Seksuele gezondheid, preventie en risicobeperking voor homo’s, biseksuelen en andere MSM in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest”

Deze participatieve workshop was bedoeld om samen de situatieanalyse te updaten en op basis daarvan concrete mogelijkheden te formuleren om samen de aanpak en de projecten op het gebied van preventie voor de bovenvermelde doelgroep te verbeteren, te vernieuwen en te veranderen (operationele planning).

De dag bestond uit verschillende delen:

- in plenaire sessies: voorstelling en discussie over de epidemiologische en sociale diagnose; formuleren van de elementen van de probleemstelling; situatieanalyse en operationele planning voor de doelgroep van MSM;
- in workshops: situatieanalyse en operationele planning voor preventiewerkers; de psychosociale en medische actoren; en de actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties.

Tijdens deze werkdag kwam een veertigtal diverse en representatieve actoren¹³ tot een consensus over een gemeenschappelijke strategie voor de komende jaren. Op 29 september 2015 werd een workshop van een halve dag gepland met de beschikbare actoren om bepaalde punten die op 29 mei besproken waren, verder af te werken.

5. Redactie van het strategisch dossier

Het ‘Observatoire du sida et des sexualités’ nam dit deel van het werk op zich, op basis van de documenten die tijdens de strategische dagen waren geüpdatet.

6. Nalezen en goedkeuren van het strategisch dossier

Een bijna afgewerkte versie van het dossier werd overgemaakt om na te lezen aan de projectpartners en alle deelnemers aan de workshops. De ontvangen opmerkingen zijn verwerkt in de tekst.

¹³ Zie de lijst met deelnemers in het colofon.

3

SITUATIEANALYSE

3. SITUATIEANALYSE

3.1. DOELGROEP

Bij de surveillance van soa-/hiv-epidemies verwijst de **epidemiologische categorie “MSM”** naar mannen die regelmatig of af en toe, uitsluitend of niet seks hebben met mannen, ongeacht of ze zich homoseksueel/homo noemen of niet. De categorie verwijst dus niet naar de **persoonlijke identiteit** van de betrokken mannen, maar beschrijft de seksuele gebruiken van een populatie met betrekking tot de kanalen van soa-/hiv-overdracht.

Bovendien moeten we erop wijzen dat de seksuele praktijken en voorkeuren van individuen niet vastliggen in de tijd en dat er in de categorie MSM een zekere fluiditeit bestaat. Daarom is **de grootte van de populatie bijzonder moeilijk in te schatten** en is die trouwens in België in geen enkele recente studie onderzocht.

Door de *EMIS*- en *SIALON II*-enquêtes was het wel mogelijk om bepaalde sociaal-demografische componenten van deze populatie¹⁴ in het BHG te benaderen.

- **Een heel heterogene populatie** op het gebied van leeftijd, nationaliteit en sociaaleconomische status.
- **Een heel mobiele populatie** vanwege een goed ontwikkeld homotoerisme maar ook een groot aantal internationale werknemers.
- Een populatie die voor het grootste deel bestaat uit mannen die zichzelf omschrijven als **homo/homoseksueel**.
 - 87,4% van de in *EMIS* ondervraagde MSM in het BHG noemt zich homoseksueel/homo en 6,7% noemt zich biseksueel.
 - 80,4% van de in *EMIS* gerekruteerde MSM verklaart zich enkel aangetrokken te voelen tot mannen.
 - 6,6% van de in *EMIS* ondervraagde MSM verklaart (de voorbije twaalf maanden) seks te hebben gehad met minstens één vrouw, tegenover 2,3% van de ondervraagde MSM in *SIALON II* (in de zes maanden voorafgaand aan de enquête).

Hoewel de mannen in deze populatie zichzelf massaal homo/homoseksueel noemen, is er bijna 20% die zichzelf niet als dusdanig herkent. Om rekening te houden met alle seksuele profielen van de doelgroep tot wie het actieplan zich richt, is uiteindelijk gekozen voor de benaming **“homomannen, biseksuelen en andere MSM”** – de benaming die onder andere ook is gekozen door het *Center for Disease Control*¹⁵.

¹⁴ Er zitten wat verschillen in de manier waarop de steekproef van de populatie voor deze twee enquêtes is gerekruteerd, aangezien *EMIS* online gebeurde via datingsites die zich hoofdzakelijk richten tot homo's en *SIALON II* werd uitgevoerd op plaatsen waar homo's elkaar ontmoeten.

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

3.2. SPECIFIEKE SUBGROEPEN

Hoewel de situatieanalyse kan worden veralgemeend tot de hele populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM, moeten we wijzen op het belang van vier subpopulaties voor wie we het gedrag en de specifieke determinanten nader moeten omschrijven en dus de uitvoering van strategieën, doelstellingen en activiteiten op het terrein moeten aanpassen.

We moeten wel stellen dat de situatieanalyse per subpopulatie niet zo sterk aan bod is gekomen tijdens de workshops voor overleg. Daardoor bevat het operationeel plan dus maar weinig specifieke elementen voor deze subgroepen. Dit is een van de zwaktes van dit referentiekader en bij de opvolging hiervan moeten we daar bijzondere aandacht aan besteden.

Bij de update van het referentiekader zijn twee andere subgroepen niet in aanmerking genomen. Het gaat om de sekswerkers en trans-persoon voor wie specifieke referentiekaders moeten worden opgesteld /of geüpdatet¹⁶.

3.2.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv

Sinds de opkomst van de nieuwe antiretrovirale middelen (ARV) aan het eind van de jaren 1990 kennen de meeste mensen met hiv een **hogere levensverwachting** en een **beter levenskwaliteit**. Dankzij die vooruitgang kunnen zij projecten waarmaken (op het gebied van paarvorming, kinderen, opleiding, werk), maar ontstaan er tegelijk nieuwe problemen, onder andere op het vlak van ouder worden met hiv.

Vandaag is wetenschappelijk bewezen dat wanneer mensen met hiv **in behandeling zijn** en hun **virale lading ondetecteerbaar blijft**, zij hiv niet via seksuele weg kunnen overdragen aan een seronegatieve partner¹⁷. De vroegtijdige behandeling zorgt voor een betere levenskwaliteit van de mensen met hiv en vermijdt de ontwikkeling van opportunistische ziekten¹⁸. In die context zijn het kennen van de eigen serologische status, het starten en voortzetten van een behandeling en therapietrouw van cruciaal belang, maar zij kunnen worden bedreigd door verschillende factoren: een ongelijke toegang tot hiv-tests, angst voor de ziekte, vervroegde nevenwerkingen van de behandeling en sociale moeilijkheden. Bovendien leven de meest kansarme mensen in omstandigheden waardoor zij niet kunnen kiezen voor een gedrag dat gunstig is voor hun eigen gezondheid.

De kennis van de doeltreffendheid van de **behandeling als preventie** (TasP) bij homo's, biseksuelen en andere MSM (met of zonder hiv) is op dit moment een van de grootste uitdagingen voor de preventiewerkers. Zoveel mogelijk homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv moeten vandaag deze strategie van medische preventie kennen en toepassen, naast de sensibilisering over andere strategieën om

¹⁶ Er bestaat een referentiekader voor mannelijke prostitués: <http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

¹⁷ 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, nr. 2, p. 171-181.

¹⁸ 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, nr. 9, p. 795-807.

seksuele risico's te beperken, zoals het gebruik van condooms en glijmiddel (bescherming tegen andere soa's, bescherming tegen hiv-overdracht in geval van detecteerbare virale lading), PEP en PrEP. Het is ook nodig om promotie te maken voor strategieën voor risicobeperking die verband houden met druggebruik bij de beoogde doelgroep.

Homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv worden bovendien geconfronteerd met **stigmatisering en discriminatie** of met problemen om zich te integreren in verschillende sectoren van het maatschappelijk leven (gezondheid, werk/opleiding, verzekeringen) en ook in hun gevoels- en seksleven¹⁹. Die discriminatie op basis van hun serologische status komt soms bovenop de andere discriminatie of stigmatisering op basis van hun seksuele geaardheid, hun migratietraject, hun druggebruik of hun activiteit als sekswerker. Er bestaat dus een grote kloof tussen de therapeutische vooruitgang en een aanhoudende sociale kwetsbaarheid.

Ten slotte bestaat er in België ook een risico van **criminalisering van hiv-overdracht**, die een impact heeft op de houding tegenover het risico, de tests en de preventie. Ook daarmee moet rekening worden gehouden²⁰.

3.2.2. Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM

De leeftijdsgroep van de 15- tot 26-jarigen verwijst naar de indeling die wordt gebruikt in de enquêtes over homo's, biseksuelen en andere MSM die in het BHG beschikbaar zijn. De jongeren hebben hetzelfde gedrag en dezelfde determinanten als de rest van deze populatie. En bovendien vertonen zij ook **specifieke kenmerken door hun leefomgeving** (gezin, leeftijdsgenoten, schoolse en buitenschoolse omgeving) **en hun traject** (adolescentie, eerste seksuele betrekkingen, identiteitsvorming).

De hiv-epidemie, de dynamiek en de determinanten ervan zijn nog niet goed bekend bij de groep van jonge homo's, biseksuelen en andere MSM. Nochtans zijn er enkele typische omgevings- of gedragsfactoren voor deze populatie.

- **Ontbreken van preventieacties** die specifiek gericht zijn op jonge **homo's, biseksuelen en andere MSM**, met name als gevolg van de gebrekkige relationele en seksuele vorming in Franstalig België.
- **Gebrekkige kennis over de manieren waarop hiv en andere soa's worden overgedragen**, het preventiemateriaal en de strategieën om zich te beschermen of de risico's te beperken.
- **De ontmoetingsplaatsen en de structuur van het sociale leven van jonge homo's** verschillen van die van oudere **homo's, biseksuelen en andere MSM**, wat leidt tot een gebrek aan intergenerationele banden, vooral met betrekking tot thema's in verband met seksualiteit.

¹⁹ 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, Brussel.

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

- **Discriminatie op basis van seksuele geaardheid**, gevoel van verstoting in de familie en/of de samenleving, isolement, pesterijen op school. Al die element kunnen een impact hebben op de geestelijke gezondheid van de jongeren en hen minder bewust maken van hun risicogedrag.
- **Frequent gebruik** van alcohol en psychoactieve middelen.

3.2.3. Homo's, biseksuelen en andere MSM met een

migratieachtergrond of hoge mobiliteit

Er bestaan belemmeringen die specifiek verband houden met migratie, die zich kunnen uiten op verschillende niveaus, zoals in de toegang tot preventiemiddelen, in het opstarten van een behandeling of in geringe steun van samenleving en familie.

In deze publicatie omvat de categorie **“migranten”** de homo's, biseksuelen en andere MSM die in het BHG verblijven en die in een ander land dan België (binnen en buiten de EU) geboren zijn. Deze categorie is bijzonder heterogeen, met name wat betreft het verblijfsstatuut, de verblijfsduur, de etnische en culturele achtergrond. Het is dan ook nodig om de vastgestelde situaties zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven.

Bovendien concentreert zich in het BHG een groot deel van het homoleven en de nationale homoscene en is er ook heel wat **homotoerisme**. Het gewest kent ook een grote **internationale mobiliteit**, met een groot aandeel internationale werknemers. Om die redenen moet bijzondere aandacht worden besteed aan de twee volgende categorieën van **niet-ingezetenen**:

- de Belgen en niet-Belgen die in een ander gewest dan het BHG wonen en die regelmatig naar het BHG komen;
- de internationale reizigers op doortocht in het BHG.

Deze gebruikers van het BHG zullen bijzondere aandacht krijgen bij de omschrijving van onze strategische doelstellingen en activiteiten.

3.2.4. Homo's, biseksuelen en andere MSM die drugs gebruiken

Homo's, biseksuelen en andere MSM (maar vooral homo's) gebruiken over het algemeen meer psychotrope middelen dan de bevolking in het algemeen. De opkomst van nieuwe middelen en/of andere manieren om drugs te gebruiken, met name **SLAM** (intraveneus injecteren van psychostimulerende middelen zoals mefedron en derivaten daarvan) heeft het seksuele en preventieve landschap veranderd.

Sommige middelen worden specifiek gebruikt als seksuele pepmiddelen, met name tijdens seksfeestjes (in seksbars, thuis, tijdens groepsseks). De uitdrukking **“chemsex”** wordt gebruikt om seks te beschrijven tussen mannen onder invloed van druggebruik voor en/of tijdens de seks. In deze publicatie leggen we specifiek de klemtoon op dit gebruik, omdat dit vaak wordt beschouwd als een van de oorzaken

voor de vernieuwde toename van het aantal infecties met hiv en andere soa's, hoewel dat verband tot nu toe niet wetenschappelijk bewezen is.

We moeten een onderscheid maken tussen twee categorieën van MSM die drugs gebruiken.

- **De gebruikers van recreatieve drugs** gebruiken allerlei legale en illegale drugs (soms tegelijk) en verkeren in een omgeving die het druggebruik bevordert, onder andere door kennismaking met bepaalde producten. Het gebruik van een of meer recreatieve drugs kan soms, maar niet systematisch, leiden tot minder goed beschermde seks.
- **De gebruikers van injecteerbare drugs** vormen een groep die risicogedrag in verband met intraveneuze injectie van drugs en in verband met seks kan cumuleren. De prevalentie van hiv, maar vooral van hepatitis B en C, ligt hoog in deze groep. Homo's, biseksuelen en andere MSM die drugs injecteren kunnen soms worden achtergesteld op sociaaleconomisch vlak, hoewel sommige mannen die bijvoorbeeld "slammen", niet worden geconfronteerd met enig probleem van sociale, economische of medische aard.

De politieke context van bestraffing van drugs moet wel worden beschouwd als een belangrijke belemmering voor het invoeren van de juiste strategieën voor risicobeperking voor deze doelgroep.

3.3. EPIDEMIOLOGISCHE EN SOCIALE ANALYSE

3.3.1. Voorstelling

Zoals vermeld in het deel over de methodologie van deze publicatie, vormt de epidemiologische en sociale diagnose de eerste fase van de situatietanalyse (PRECEDE).

Bij de update is deze diagnose ontwikkeld in drie stadia:

1. Het 'Observatoire du sida et des sexualités' stelde een **voorbereidend document** op door de bestaande gegevens voor het BHG in te zamelen, zowel uit recent wetenschappelijk onderzoek (vooral de belangrijke *EMIS*- en *SIALON II*-studies) als uit de activiteits- of resultaatsindicatoren van de verschillende actoren voor de bestrijding van hiv en andere soa's in het BHG. De internationale enquêtes werden gebruikt wanneer bepaalde thema's – zoals het gebruik van injecteerbare drugs – niet voldoende aan bod kwamen in lokale enquêtes. Deze diagnose biedt een nauwkeurig en geactualiseerd overzicht van de situatie door voorrang te geven aan gegevens die minder dan vijf jaar oud zijn.
2. Het voorbereidend document werd voorgelegd tijdens de **focusgroep** die op 4 mei 2015 werd georganiseerd voor de doelgroep van Brusselse homo's, biseksuelen en andere MSM. De deelnemers hebben de gegevens die in dit document worden voorgesteld van commentaar voorzien en aangevuld met hun eigen ervaringen, zienswijzen en verwachtingen op het gebied van preventie. De bijdragen van de doelgroep zijn genoteerd en vervolgens opgenomen in de diagnose.

3. Uiteindelijk is de diagnose dan voorgelegd voor **bespreking en bekrachtiging** aan de deelnemers – vooral professionele krachten en intermediairs – tijdens de **workshop** op 29 mei 2015 met de titel “Seksuele gezondheid, preventie en risicobeperking voor homo’s, biseksuelen en andere MSM in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest”. Hun vaststellingen zijn ook meegenomen en hebben het mogelijk gemaakt om de epidemiologische en sociale diagnose aan te vullen.

Het volledige document met alle gegevens die zijn ingezameld tijdens de drie stadia is te vinden in de bijlage en is ook te downloaden online, op de website van het ‘Observatoire du sida et des sexualités’²¹. Om deze publicatie voldoende beknopt te houden, geven we hier enkel een samenvatting met de meest opvallende indicatoren.

3.3.2. Belangrijkste elementen

Dit deel bevat een **samenvatting van de epidemiologische en sociale diagnose**, waarvan hierboven al is beschreven hoe die tot stand is gekomen. Het volledige document is als bijlage aan dit dossier toegevoegd en bevat zowel de wetenschappelijke gegevens, de vaststellingen op het terrein en de opmerkingen die zijn ingezameld tijdens de verschillende workshops. Het is opgebouwd uit 11 thematische delen. Dit document vermeldt vooral de gegevens van de epidemiologische surveillance uit 2013. Sindsdien zijn de gegevens van het WIV voor het jaar 2014 verschenen. Hoewel er tussen 2013 en 2014 een lichte achteruitgang van de epidemie vast te stellen is bij de homo’s, biseksuelen en andere MSM, is de dynamiek van de epidemie niet veranderd. Bovendien kunnen we op dit moment nog niet spreken van een echte achteruitgang, aangezien de incidentie slechts over een heel korte periode is gedaald en de daling nog moet worden bevestigd in de tijd.

1. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE HIV-INFECTIE

Met betrekking tot de **incidentie** schreef het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in 2013 50,6% van de nieuwe diagnoses van hiv-infectie in België waarvoor de besmettingswijze bekend is, toe aan een contact tussen homo’s, biseksuelen en andere MSM. Dat betekent een aanzienlijke toename met 5% in vergelijking met 2012, toen 44,2% van de infecties betrekking hadden op deze groep (SASSE, 2014). De hiv-incidentie bij homo’s, biseksuelen en andere MSM in het BHG ligt dicht bij de incidentie vastgesteld in andere grote Europese steden (Barcelona, Lissabon, Brighton, Boekarest) (SIALON II, 2013).

De woonplaats van de betreffende persoon is niet altijd bekend of vermeld in de surveillancegegevens. **Toch is de helft (50,9%) van deze nieuwe diagnoses waarvoor de woonplaats bekend is met betrekking tot MSM uitgevoerd in het BHG, goed voor in totaal 115 mannen.** 49 van hen waren Belgen en 66 hadden een andere nationaliteit. Een meerderheid van de niet-Belgen had de nationaliteit van een ander Europees land.

²¹ 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).

De hiv-prevalentie bij deze populatie wordt enkel voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de EMIS-enquête geschat op 9,7% en in de SIALON II-enquête op 12,3% (EMIS, 2010; SIALON II, 2013).

2. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS VOOR DE OVERIGE SOA'S

De gegevens van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met betrekking tot soa's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn niet beschikbaar volgens **wijze van overdracht**. Het aandeel van de homo's, biseksuelen en andere MSM die zijn besmet met een soa is dus niet bekend. Maar in de gegevens uit het peilnetwerk van klinici is de **wijze van overdracht** bekend voor 93% van de patiënten die in 2013 zijn opgevolgd. 62% van hen waren homo's, biseksuelen en andere MSM (SASSE, 2014).

Bovendien is in België 88% van de gevallen van **syfilis**, 84% van de gevallen van **gonorroe** en 36% van de gevallen van **chlamydia** het gevolg van een contact tussen homo's, biseksuelen en andere MSM. Voor hepatitis C wordt 100% van de nieuwe gevallen toegeschreven aan contacten tussen homo's, biseksuelen en andere MSM. Maar er wordt geen enkel onderscheid gemaakt tussen contacten tussen MSM en infecties als gevolg van het injecteren van psychotrope middelen. (SASSE, 2014).

3. SOCIAAL-DEMOGRAFISCH PROFIEL VAN DE HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

Uit de resultaten van de EMIS-enquête blijkt dat 87,4% van de respondenten zichzelf **homo of homoseksueel** noemt. Maar slechts 80,4% verklaart zich enkel aangetrokken te voelen door mannen, bijna 20% voelt zich zowel aangetrokken door mannen als door vrouwen. Met betrekking tot de identiteit stelt 6,3% biseksueel te zijn en 4,7% weigert zichzelf te omschrijven (EMIS, 2010). Ten slotte heeft 22,8% van de respondenten van de SIALON II-enquête met niemand gesproken over hun homoseksualiteit (SIALON, 2013).

De grote meerderheid van de respondenten in de EMIS-enquête heeft een **diploma hoger onderwijs** en heeft **werk** op het moment van de enquête. 47% van hen verklaart **alleen te wonen**, 30,7% woont samen met een **mannelijke partner** (EMIS, 2010).

Met betrekking tot de zogenaamde "migranten" neemt de SIALON II-enquête de mannen in aanmerking die zijn geboren in een ander land dan het land waar ze wonen op het moment van de enquête. **Brussel is de Europese stad met het hoogste aandeel migranten**: 31,6%, tegenover 25,2% in Barcelona, 18% in Stockholm en 15,2% in Verona (SIALON II, 2013). Bijna 80% van die migranten komt uit een ander Europees land. Van de populatie die werd gerekruteerd voor SIALON II, was echter 21,5% op bezoek en woonde gewoonlijk niet in België. Bijna 45% van de respondenten woonde in het BHG en 30% in een perimeter van 100 km rond het BHG.

Deze gegevens wijzen op de **grote mobiliteit van de mensen in Brussel** en dit kenmerk blijkt heel duidelijk uit het onderzoek, aangezien enkel Lissabon een hoger aantal bezoekers in zijn steekproef heeft (32,3%).

Ondanks de heel grote steekproeven in de *EMIS*- en *SIALON II*-enquêtes, kennen deze toch enkele beperking op het vlak van representativiteit. Bij *EMIS* heeft de keuze voor het rekruteren online het publiek uitgesloten dat geen toegang heeft tot de nieuwe technologieën (dating tools 2.0). De *SIALON II*-enquête werd dan weer uitgevoerd op ontmoetingsplaatsen voor homo's in het BHG. Daardoor heeft zij niet de mannen bereikt die niet op die plaatsen komen.

4. MSM MET HIV IN BELGIË

Er zijn maar weinig gegevens over homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv beschikbaar die zijn opgedeeld volgens de gewesten. Daardoor bevat deze diagnose vooral gegevens van enquêtes en van op het terrein voor heel België.

Tussen het begin van de epidemie en 2011 is **95% van de MSM met een hiv-diagnose in het zorgsysteem gestapt**; het aantal MSM die ARV nemen ligt op 86%; het aandeel homo's, biseksuelen en andere MSM in ARV-therapie en met een virale lading van minder van 50 kopieën ligt op 88% (VAN BECKHOVEN, 2014).

Als we echter rekening houden met de “verborgen epidemie”, bedraagt het geschatte aandeel van **seropositieve MSM met een ondetecteerbare virale lading** in België 69%, inclusief de niet-Belgische homo's, biseksuelen en andere MSM bij wie het aandeel dat in het zorgsysteem stapt en blijft een beetje lager ligt (VAN BECKHOVEN, 2014).

In de *SIALON II*-enquête volgt 99,6% van de **homo's, biseksuelen en andere MSM die weten dat ze seropositief een ARV-behandeling** 99,6%. 94% van hen heeft een ondetecteerbare virale lading. Van alle respondenten op de enquête volgt 84,7% van de seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM een ARV-behandeling en 78,3% van hen heeft een ondetecteerbare virale lading.

5. HIV-TEST

In de *EMIS*-enquête had 47,6% van de respondenten een hiv-test laten uitvoeren **in de zes maanden** voorafgaand aan de enquête, terwijl 23,6% zo'n test had laten uitvoeren in de twaalf maanden voordien (*EMIS*, 2010). Die resultaten worden bevestigd door de *SIALON II*-enquête, die aantoonde dat 68,1% van de respondenten heeft gemeld te zijn getest in het jaar voorafgaand aan de enquête (*SIALON II*, 2013).

Op te merken valt dat 4,8% van de respondenten bij *EMIS* verklaren dat ze sinds meer dan vijf jaar niet zijn getest op hiv, terwijl 26,74% van de respondenten bij *SIALON II* die jonger zijn dan 25 jaar dan weer **helemaal nog nooit is getest**. Dat cijfer daalt tot 7,4% voor de respondenten ouder dan 25 jaar in dezelfde enquête en voor dezelfde soort test.

Het **laattijdig testen** in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bedraagt 31,43% bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Voor Belgische patiënten ligt het aandeel van laattijdige tests op 35,56%, voor de niet-Belgen bedraagt dit 28,81% (SASSE, 2014).

We moeten er ook op wijzen dat 12,3% van de respondenten bij de *SIALON II*-enquête drager van het virus was zonder het te weten. Dat cijfer wordt onder andere bevestigd door de gegevens van het WIV over de verborgen epidemie in 2014. Op basis van de “HIVModellingTool”, ontwikkeld door het ECDC, heeft het WIV

geprobeerd het aantal homo's, biseksuelen en andere MSM die drager zijn van het virus en die in 2013 in leven waren in België te schatten: er zouden 6550 seropositieve homo's, biseksuelen en MSM in België zijn, waarvan er 900 (13,7%) hun serologische status niet kennen (SASSE, 2015).

Het **centrum voor anoniem en gratis testen ELISA** kreeg tussen 2008 en 2013 in totaal 4184 homo's, biseksuelen en andere MSM op consultatie, goed voor 23% van zijn patiënten in die periode. Bij de MSM kregen er 113 de diagnose dat ze seropositief waren, dat komt overeen met een vaststelling van seropositiviteit bij 3,4% van de vermelde populatie. Bij vijftien diagnoses ging het om primaire infecties. 67% van de MSM-patiënten die tussen 2008 en 2012 het ELISA-centrum bezochten was geen Belg en verbleef sinds minder dan vijf jaar op het Belgisch grondgebied. 7% daarvan waren met name "mensen op doorreis" op het grondgebied.

Voor Franstalig België verzamelt de vereniging **Ex Æquo** gegevens tijdens zijn screeningacties. In 2014 werden 469 hiv-tests uitgevoerd bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Het aantal vaststellingen van seropositiviteit bedroeg 2,5% en was als volgt verdeeld: 2,71% tijdens permanenties en 1,46% tijdens externe acties.

6. ANDERE SOA-TESTS

In *EMIS* verklaart 66,1% van de respondenten al getest te zijn op andere soa's en bij 66,5% van hen gebeurde dat **in de 12 maanden** voorafgaand aan de enquête (*EMIS*, 2010). 30,3% van de respondenten is daarentegen **nooit getest** op andere soa's.

Uit de *SIALON II*-enquête blijkt bovendien dat 38,7% van de respondenten **jonger dan 25 jaar** een test voor andere soa's heeft ondergaan in het jaar vóór de enquête, tegenover 72,23% van de deelnemers die ouder zijn dan 25 jaar (*SIALON II*, 2013). De steekproef van personen jonger dan 25 jaar was nochtans vrij klein en deze resultaten worden dus best met de nodige voorzorg behandeld, al kunnen we toch een licht verschil vaststellen tussen deze twee groepen in de populatie.

De gegevens over de test op andere soa's die het **ELISA**-centrum inzamelde tussen 2008 en 2012, tonen de volgende prevalentie bij homo-, biseksuele en andere MSM-patiënten: 8% voor syfilis; 2,8% voor gonorroe; 4,8% voor chlamydia et 0,8% voor hepatitis C.

In Franstalig België heeft **Ex Æquo** in 2014 in totaal 329 tests voor syfilis uitgevoerd bij homo's, biseksuelen en andere MSM. De reactiviteit bedroeg 1,82% en was als volgt verdeeld: 1,48% tijdens permanenties en 3,45% tijdens externe acties. 63% van de homo's, biseksuelen en andere MSM die werden benaderd, verklaarden al een test op andere soa's te hebben gehad, terwijl 32% verklaarde er nooit een te hebben laten uitvoeren.

7. SEKSUELE GEZONDHEID EN GEVOELSLEVEN

67,5% (*EMIS*, 2010) tot 82,9% (*SIALON II*, 2013) van de homo's, biseksuelen en andere MSM verklaart **tevreden te zijn over hun seksleven**. Voor de **ontevredenheid** zijn allerlei redenen: 51,7% zou een stabiele relatie willen, 38% zou vaker seks willen en 43,9% heeft geen seksueel zelfvertrouwen. Te noteren valt ook dat 35,9% stelt niet tevreden te zijn uit **angst om hiv op te lopen** (*EMIS*, 2010).

De volledige diagnose (zie bijlage) biedt een analyse van het **type relaties** dat homo's, biseksuelen en andere MSM aangaan en ook een analyse van **het aantal partners** en de **frequentie van de anale penetraties** in die relaties.

Uit de *SIALON II*-enquête blijkt dat de **seksuele rollen** tijdens de meest recente anale penetratie als volgt verdeeld waren: 29,2% van de mannen is insertief, 30,6% is receptief en 40,2% wisselend. De respondenten in Brussel melden in het onderzoek de hoogste mate van afwisseling in vergelijking met de andere onderzochte steden.

Ondanks de komst van nieuwe datingtechnologieën, moeten we vaststellen dat er momenteel in het BHG geen enkel onderzoek loopt over de veranderingen in de structuren van het sociale leven van homo's en de impact daarvan op de preventiestrategieën.

8. PREVENTIE, BESCHERMING, RISICOBEPERKING

Het **gebruik van een condoom met de meest recente partner** (occasioneel of regelmatig – zonder vermelding van seksuele praktijken) bedraagt 60,7% bij de respondenten van de *SIALON II*-enquête; dat cijfer stijgt tot 83,7% voor de mannen jonger dan 25 jaar tegenover 57,6% bij mannen ouder dan 25 jaar (*SIALON II*, 2013). 64,6% van de respondenten bij de *EMIS*-enquête stelt altijd een condoom te gebruiken met hun occasionele partner(s). 29,2% van de respondenten vermeldt trouwens een systematisch gebruik van het condoom met hun regelmatige partner bij anale penetratie (*EMIS*, 2010).

In de *SIALON II*-enquête wordt **serosorteren** omschreven als de keuze van (een) partner(s) op basis van de veronderstelde serologische status en dus de veronderstelde serologische overeenstemming met de partner(s). Serosorteren wordt niet altijd op dezelfde manier gedefinieerd als in deze enquête. Toch hebben we ervoor gekozen om de definitie van *SIALON II* te behouden om de hierna vermelde gegevens toe te lichten. Serosorteren wordt heel vaak vermeld in het kader van een relatie met een regelmatige partner: 84,2% van de respondenten verklaart dezelfde status te hebben als hun partner, terwijl 11,3% stelt een status te hebben die niet overeenstemt. Serosorteren met occasionele partners wordt daarentegen zelden vastgesteld, want slechts 12,9% stelt een status te hebben die overeenstemt met die van hun occasionele partner, terwijl 87,1% die status niet kent (*SIALON II*, 2013).

Andere strategieën voor risicobeperking worden ook ingezet door homo's, biseksuelen en andere MSM, zoals behandeling als preventie, terugtrekken voor ejaculatie en seropositioneren. Maar we beschikken niet over gegevens voor deze andere strategieën die, in tijden van combinatiepreventie, nader onderzoek verdienen.

In *SIALON II* verklaart 49,1% van de respondenten die jonger zijn dan 25 jaar dat ze in contact zijn geweest met **preventieprogramma's**, terwijl 64,4% van de respondenten die ouder zijn dan 25 jaar stelt dat ze in het jaar vóór de enquête benaderd zijn door preventiewerkers. De indicator om de impact van de preventieprogramma's te meten, houdt rekening met twee variabelen: het kennen van een plaats voor hiv-test en de verdeling van gratis condooms in de voorbije

twalf maanden. Enkel personen die deze twee vragen positief beantwoordden, konden geldig bij deze indicator worden opgenomen.

Met betrekking tot PEP zijn er geen gegevens van recente enquêtes, zoals over de cijfers in verband met de kennis en het gebruik van dit middel. Gegevens over het sociaal-demografisch profiel van patiënten die PEP gebruiken, ontbreken eveneens.

PrEP is dan weer niet beschikbaar in België. Dit preventiemiddel wordt nochtans vermeld in het nationale hiv-plan 2014-2019, specifiek in de acties 34 en 39, namelijk: 1/ Een kader ontwikkelen voor pilootprojecten voor PrEP evenals voor operationeel onderzoek om de uitvoerbaarheid van PrEP te beoordelen; 2/ de personen die het meest zijn blootgesteld aan risico's informeren over PrEP.

9. SEKSWERK

In de EMIS-enquête verklaart 13% van de respondenten in de twalf maanden vóór de enquête **betaald te zijn** voor seks en 4% van hen stelt in dezelfde periode **te hebben betaald** voor seks.

Het publiek van mannelijke prostitués / sekswerkers vormt een heterogene, mobiele, moeilijk te tellen en slecht gekende groep²². Het profiel van de sekswerkers kan verschillen volgens stad en prostitutieplaats. Het is nog altijd een illusie om een typeprofiel van een mannelijke prostitué te beschrijven en een uitgebreide kwantificering en beschrijving zijn moeilijk omdat een deel van dit publiek clandestien is door zowel het verblijfsstatuut als de prostitutieactiviteiten en de seksuele praktijk(en)²³. Toch zouden er volgens de enquête *Prostitution: Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution* uit 2006, die probeerde het aantal sekswerkers in het BHG te tellen, tussen 200 en 500 sekswerkers zijn die op straat werken en tussen 450 en 1000 die via internet werken²⁴.

10. TABAK, ALCOHOL, MEDICIJNEN EN DRUGGEBRUIK

Homo's, biseksuelen en MSM gebruiken globaal genomen meer psychotrope middelen dan de algemene bevolking. Sommige middelen worden specifiek gebruikt als seksuele pepmiddelen, vooral tijdens "seksfeestjes".

De gegevens die zijn ingezameld tijdens de EMIS-enquête over het gebruik van illegale/recreatieve middelen bij de populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM, dateren van 2010. Sindsdien zou het consumptiegedrag sterk veranderd kunnen zijn, vooral door de komst van nieuwe middelen en/of consumptiemethodes (zoals SLAM of chemsex). We moeten dus voorzichtig zijn met deze gegevens. De SIALON II-enquête onderstreept dat 9,5% van de respondenten verklaart al minstens

²² Het referentiekader voor deze doelgroep dateert van 2009:

<http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/prost-masc>.

²³ Het activiteitenverslag van de vzw Alias is te raadplegen op: <http://www.alias-bru.be>.

²⁴ Seinpost Adviesbureau BV-Erasmus Hogeschool Brussel in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven (2008), *Prostitution : Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*, Arnhem. Beschikbaar op: http://www.alias-bru.be/wp-content/uploads/2010/04/Prostitution-Bruxelles-en-image_2008-fr.pdf (geraadpleegd op 16/08/2018).

één keer in hun leven injecteerbare drugs te hebben gebruikt. Omdat de steekproef van respondenten vrij klein was (127), moeten deze resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. In vergelijking met andere steden in Europa behoort Brussel tot de groep met het hoogste gebruik van injecteerbare drugs.

Om het gebrek aan kennis over dit fenomeen in het BHG op te vangen, zijn gegevens gebruikt uit enquêtes en ervaringen op het terrein in andere landen. Zij bevinden zich in het document in de bijlage van deze publicatie.

11. HOMOFOBIE, DISCRIMINATIE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Er zijn maar weinig recente gegevens beschikbaar over dit thema in het HBG. De *SIALON II*-enquête is wel ingegaan op het thema **coming-out** bij homo's, biseksuelen en andere MSM: meer dan de helft van de respondenten verklaart dat ze hun seksuele geaardheid hebben meegedeeld aan iedereen (of bijna iedereen) in hun omgeving, terwijl 22,8% van hen met niemand heeft gesproken over hun homoseksualiteit (*SIALON II*, 2013).

Er wordt ook heel wat **homonegativiteit** ervaren, want 15,8% van de deelnemers aan de *SIALON II*-enquête meldt een negatieve of heel negatieve houding tegenover homoseksuelen en biseksuelen op het werk of op school; 20,4% vanwege hun ouders, tegenover slechts 1,7% vanwege hun vriend(inn)en.

Gegevens over serofobie en over de geestelijke gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM ontbreken en moeten aan bod komen in toekomstig onderzoek.

3.4. PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling vat de meest opvallende indicatoren uit de epidemiologische en sociale diagnose samen en herhaalt korte de uitdaging waarop het actieplan zal moeten ingaan.

Deze formulering van de probleemstelling is besproken en goedgekeurd tijdens de workshop van 29 mei 2015 door de professionele actoren en de intermediairs die daar aanwezig waren.

De populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG kent een hoge incidentie van hiv en andere soa's als gevolg van het samengaan van omgevings-, gedrags- en biologische factoren.

- **Omgevingsfactoren:** de hoge prevalentie van hiv en andere soa's binnen een beperkte populatie met heel actieve seksuele netwerken verhoogt de kans op hiv-infectie.
- **Gedragsfactoren:** er wordt nog altijd onvoldoende een beroep gedaan op tests en gebruik gemaakt van passende middelen/strategieën voor bescherming en risicobeperking.
- **Biologische factoren:** het risico van hiv-overdracht is groter bij anale penetratie en dat risico wordt nog vergroot door de afwisseling van partners.

De populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM is heel heterogeen en wordt sterk gekenmerkt door migratie en het internationale karakter van het BHG.

- **Nationaliteiten:** de inwoners van Brussel binnen de populatie van homo's, biseksuelen en andere MSM zijn vooral Belgen; een groot aandeel van deze populatie heeft een migratieachtergrond en een meerderheid daarvan is afkomstig uit een ander EU-land, wat gedeeltelijk te verklaren valt door de aanwezigheid van de Europese instellingen en de centrale ligging van Brussel in Europa.
- **Toerisme en mobiliteit:** er tekent zich ook een ander profiel van homo's, biseksuelen en andere MSM af, namelijk dat van personen die niet in het BHG wonen, maar wel uitgaansgelegenheden en ontmoetingsplaatsen bezoeken (zowel uit een andere regio in België als uit een ander land). In het BHG vinden we immers een belangrijke activiteit op het gebied van homotoerisme, die met name de aanwezigheid verklaart van heel wat niet-inwoners in de ontmoetingsplaatsen.
- **Sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid:** de problemen bij de toegang tot preventie, behandeling en zorg zijn niet voldoende gedocumenteerd in de enquêtes over homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG, terwijl de profielen van deze mannen bijzonder divers zijn en er in het gewest een grote ongelijkheid op dit vlak bestaat binnen de algemene bevolking.

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken meer gebruik van de verschillende middelen voor bescherming en risicobeperking die in het BHG beschikbaar zijn dan de algemene bevolking. Maar toch is het nog mogelijk om het gebruik van dit materiaal en deze strategieën bij de beoogde populatie te verhogen en te verbeteren, vooral door de uitvoering van de combinatiepreventie in het BHG te promoten.

- **Screening:** de gedecentraliseerde/gedelokaliseerde en gedemedicaliseerde test voor en door de doelgroep en de toegang tot nieuw testmateriaal, zoals de zelftest, is nog altijd niet voldoende operationeel in vergelijking met de internationale aanbevelingen over de frequentie en de soorten tests op hiv en andere soa's.
- **Condoomgebruik:** het condoomgebruik met occasionele partners bij anale penetratie kan worden verhoogd. Afhankelijk van de situaties moet het condoomgebruik ook worden gecombineerd met andere strategieën voor risicobeperking.
- **TasP:** homo's, biseksuelen en andere MSM (met of zonder hiv) weten onvoldoende hoe doeltreffend behandeling als preventie is. Daardoor kunnen zij hun gedrag op het gebied van bescherming en preventie niet aanpassen in functie van deze strategie.
- **PrEP:** PrEP is in België niet toegestaan, vergoed of terugbetaald, waardoor de betrokken populaties niet kunnen beschikken over een instrument voor doeltreffende preventie. Maar er zijn homo's, biseksuelen en andere MSM die al PrEP gebruiken zonder medische begeleiding.
- **PEP:** het gebruik van PEP voor de beoogde doelgroep is nog beperkt, vooral door de beperkingen op de toegang, en te weinig gedocumenteerd, omdat hiervoor een systematische inzameling van gegevens nodig is.

Een deel van de homo's, biseksuelen en andere MSM vindt zijn seksleven onbevredigend, vooral door een grote angst om hiv op te lopen.

De verschillende vormen van discriminatie die homo's, biseksuelen en andere MSM ervaren, hebben invloed op hun geestelijke gezondheid, vooral bij mannen met hiv.

Ten slotte zijn er sinds enkele jaren ook andere factoren die invloed hebben op de seksualiteit van homo's, biseksuelen en andere MSM, zoals nieuwe datingmogelijkheden 2.0 (mobiele apps) of nieuwe psychotrope middelen/ nieuwe consumptiemethodes (SLAM en "chemsex"-feestjes).

Deze evoluties zijn heel uitgesproken aanwezig in de grote Europese steden, en dus ook in Brussel, maar krijgen niet voldoende aandacht van de actoren die betrokken zijn bij preventie in het BHG.

3.5. ACTOREN DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE PROBLEMATIEK

Het referentiekader van 2009 brengt alle actoren in kaart die bij de problematiek betrokken zijn. Bij de update in 2015 zijn naast de doelgroep slechts drie actoren behouden, omdat het de bedoeling is de actoren in te schakelen die het dichtst betrokken zijn bij de preventie van soa's/hiv bij homo's, biseksuelen en andere MSM. Deze drie actoren hebben inderdaad een sterke en rechtstreekse impact op de determinanten van de soa- en hiv-epidemieën. In dit deel geven we een korte beschrijving van deze drie actoren.

3.5.1. Actoren van de soa- en hiv-preventie

Deze instanties voeren activiteiten uit ter preventie van soa's/hiv en risicobeperking die specifiek bestemd zijn voor homo's, biseksuelen en andere MSM. Sommige organisaties die zich richten tot de algemene bevolking kunnen ook genoodzaakt worden om te werken rond de seksuele geaardheid, afhankelijk van de noden en vragen van het publiek.

De strijd tegen de discriminatie die MSM ondergaan omwille van hun seksuele geaardheid of hun serologische status vormt eveneens een belangrijk doel voor deze organisaties. Door de achterstelling als gevolg van homofobie en serofobie worden meer risico's genomen en hebben homo's, biseksuelen en andere MSM minder toegang tot een passende begeleiding.

3.5.2. Actoren in de gezondheids- en de psychisch-medische-sociale zorg

Deze actoren bieden medische, paramedische, psychologische of maatschappelijke begeleiding, vanuit hun eigen privépraktijk of diverse instanties (privépraktijken, ziekenhuizen en klinieken, aidsreferentiecentra, centra voor family planning, organisaties voor gezondheidspromotie, Wijkgezondheidscentra, OCMW's).

Deze categorie omvat verschillende beroepen: huisartsen en specialisten, psychologen, psychotherapeuten, seksuologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, verpleeghulpverleners, hulpverleners op het gebied van gezondheidspromotie. Sommige situatieanalyses bekijken ook andere actoren die geen psychisch-medisch-sociale activiteiten uitvoeren, maar wel in deze kringen werken (onderhoudsmedewerkers, keukenpersoneel).

3.5.3. Actoren uit het uitgaansleven en doelgroeporganisaties

De actoren uit het uitgaansleven bestaan uit handelszaken die in het BHG in kaart zijn gebracht. Het kan gaan om heel verschillende soorten handelszaken: bars, nachtclubs, sauna's, seksclubs, shops. De meeste daarvan zijn voorbehouden voor een uitsluitend homoseksueel of biseksueel publiek, andere voor een gemengd publiek (homo's / hetero's). Sommige zaken zijn voorbehouden voor mannen, zoals sauna's. Sommigen staan seks ter plaatse toe (sauna's, sommige nachtclubs, seksclubs). De uitbaters en medewerkers van deze zaken staan dicht bij de

homoseksuele, biseksuele en MSM-klanten en hebben vaak een vertrouwensrelatie met hen. Zij vormen dus heel belangrijke intermediairs.

Naast de handelszaken zijn ook de organisatoren van evenementen voor de doelgroep (filmfestival, pride-optochten, maandelijkse avonden) belangrijke intermediairs, evenals de verantwoordelijken voor websites en apps voor online dating. Die zijn meestal in het buitenland gevestigd, maar vormen op dit moment een heel belangrijk middel voor ontmoetingen tussen homo's.

De actoren uit verenigingen voor LGBTQIA+ zijn meestal vzw's en zitten in Brussel samen in het Rainbow House / Regenbooghuis. Die verenigingen worden vooral bestuurd door vrijwilligers en hebben als maatschappelijk doel het organiseren van sport- of sociaal-culturele activiteiten, het verdedigen van de rechten van homo's, lesbiennes en trans-personen (LGBT-lobbying), opvang en bijstand op individueel vlak of in gespreksgroepen, politieke actie of religie. In Brussel tellen we een veertigtal verenigingen. Deze verenigingen spelen of zouden een belangrijke rol kunnen spelen als intermediair op het vlak van preventie, omdat zij zo dicht bij de doelgroep staan.

3.5.4. Andere actoren

De onderstaande lijst vermeldt de actoren die betrokken zijn bij de problematiek maar die niet meer zijn opgenomen in de update van 2015:

- Verantwoordelijken voor datingsites op internet
- De actoren van openbare uitgaansgelegenheden waar seks mogelijk is
- De gezinsomgeving
- Gespecialiseerde media / media voor het brede publiek
- Algemene bevolking / Algemene handelszaken
- Politiek en administratie
- Wetenschappers/onderzoekers
- Onderwijs en opleiding
- Arbeidswereld
- De wereld van de gevangenen
- De religieuze wereld

3.6. GEDRAG EN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

Op basis van de epidemiologische en sociale diagnose werd een gedragsdiagnose opgesteld tijdens een participatieve workshop met een aantal representatieve en betrokken actoren (zie het deel over de methodologie). Vervolgens werden de onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten voor die verschillende gedragingen geïdentificeerd. De onderstaande synthese bevat de belangrijkste elementen van deze analyse.

3.6.1. Homo's, biseksuelen en andere MSM

1. TESTPRAKTIJKEN

De meeste homo's, biseksuelen en andere MSM doen een beroep op het testen van hiv en andere soa's. Maar een groot aantal onder hen doen dat nog altijd te laat en/of te weinig regelmatig gezien hun seksuele activiteiten en gewoonten.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Ongepaste of onvoldoende evaluatie van de blootstelling aan de risico's van soa-/hiv-infectie.
- Gebrek aan kennis van de symptomen van seroconversie bij hiv of besmetting met andere soa's.
- Geringe toegang tot de verschillende voorzieningen en hiv-tests (beperkte openingstijden en/of geografisch bereik van de bestaande gemedicaliseerde voorzieningen; gering bereik van de voorzieningen voor snelle en/of gedelokaliseerde tests; geen gedemedicaliseerde test en geen zelftests).
- Angst die het uitvoeren van een test belemmert:
 - de drievoudige monsternamen (keel, anus, urine) wordt als te zwaar of hinderlijk ervaren;
 - de counseling voor en/of na de test kan als ongepast worden beschouwd, vooral door mannen die zich regelmatig laten testen;
 - het respect voor de vertrouwelijkheid en de anonimiteit door het personeel dat de test begeleidt wordt niet voldoende geacht;
 - veronderstelling dat seks zonder condoom wordt gestigmatiseerd door het personeel dat de test begeleidt.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge en oudere homo's, biseksuelen en andere MSM laten zich minder testen.
- ⇒ Mannen die niet in het BHG wonen, kennen niet altijd de testvoorzieningen en/of kennen specifieke problemen bij de toegang tot preventie (geen materiaal in andere talen) of bij de toegang tot zorgverlening (verblijfsstatuut, financiële middelen).
- ⇒ De "niet-homoseksuele" MSM (vooral de jongeren) worden minder bereikt met de informatiecampagnes.

2. CONDOOMGEBRUIK

Het gebruik van condoom en glijmiddel ligt hoger bij homo's, biseksuelen en andere MSM dan bij de algemene bevolking, maar het gebruik is niet systematisch bij gebrek aan andere preventiestrategieën (TasP, PrEP, enz.), vooral bij anale penetratie met occasionele partners.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vaardigheden met betrekking tot het aanbrengen van het condoom.
- Onvoldoende afstemming tussen condoom en zwakke erecties.
- Onvoldoende verspreiding van gratis condooms door de overheid voor de prioritaire doelgroepen.
- Weigering om condoom te verdelen in scholen.
- Gering toegang tot de plaatsen waar mensen elkaar ontmoeten en seks hebben.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jongere homo's, biseksuelen en andere MSM hebben vaak minder financiële middelen en hebben dus een nog beperktere toegang tot condooms/glijmiddel.
- ⇒ Oudere homo's, biseksuelen en andere MSM hebben vaak een zwakke erectie.
- ⇒ De gebruikers van injecteerbare drugs worden vooral gesensibiliseerd voor strategieën om de risico's van hun gebruik te beperken en te weinig over de strategieën voor het beperken van de seksuele risico's.

3. GEBRUIK VAN PEP

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken veel te weinig en/of onjuist gebruik van PEP.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis van risicosituaties waarbij het nemen van PEP nodig is.
- Gebrek aan kennis over de termijnen, plaatsen en voorwaarden voor het uitreiken van PEP.
- Angst voor het oordeel van de zorgverleners bij het aanvragen van PEP.
- Slechte opvang in het ziekenhuis bij de diensten voor spoedgevallen die PEP aanbieden, waardoor angst ontstaat en mensen minder gemakkelijk terugkeren naar de spoeddienst wanneer dat nodig is.
- Geen universele toegang tot PEP (buiten de universitaire ziekenhuizen).
- Gebrek aan specifieke zorg voor mensen die een beroep doen op meerdere malen PEP.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Mensen die niet in het BHG wonen, die grotere belemmeringen kennen in de toegang tot PEP.
- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM aanvaarden moeilijker PEP.

4. GEBRUIK VAN PrEP

Homo's, biseksuelen en andere MSM mogen geen gebruik maken van PrEP of nemen PrEP buiten een psychisch-medisch-sociale begeleiding die voldoet aan de kwaliteitsnormen en de internationale aanbevelingen, en zonder begeleiding vanuit de doelgroep om de therapietrouw te versterken.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Geen toelating om PrEP in Europa op de markt te brengen²⁵.
- Geen terugbetaling van Truvada® wanneer het als PrEP wordt gebruikt.
- Gebrek aan informatieverstrekking door de preventiewerkers.
- Gebrek aan medische begeleiding voor mensen die al gebruik maken van PrEP.
- Verwarring over de verschillende manier om de behandeling te nemen (PrEP / PEP / TasP).
- Stigmatisatie van de gebruikers van PrEP.

5. GEBRUIK VAN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken niet voldoende gebruik van andere strategieën om de seksuele risico's te beperken (serosorteren, seropositionering, terugtrekken voor ejaculatie) en/of combineren die niet voldoende met andere preventiemiddelen (condooms, PEP, PrEP).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan informatiecampaagnes over de strategieën van risicobeperking.
- Gebrek aan kennis over deze strategieën van risicobeperking.

6. GEBRUIK VAN BEHANDELING ALS MIDDEL TOT PREVENTIE (TasP)

Hoewel behandeling als preventie een wetenschappelijk erkende strategie is, houden homo's, biseksuelen en andere MSM zich daar niet aan en maken zij er niet voldoende gebruik van.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over de doeltreffendheid van TasP.
- Verschil in kennis bij seropositieve en seronegatieve patiënten.
- Gebrek aan informatiecampaagnes over het concept van de ondetecteerbare virale lading.
- Veel verschillende en uiteenlopende meningen in het discours over TasP.
- Beperkingen op het gebruik in het advies van de Hoge Gezondheidsraad over het stopzetten van het condoomgebruik in geval van ondetecteerbare virale lading.
- Geen terugbetaling van ARV-behandeling wanneer de CD4 hoger ligt dan 500/mm³ bloed, wat een vroegtijdige behandeling belemmert.

²⁵ In juli 2016 heeft het Europees Geneesmiddelenbureau de verkoop van Truvada® als preventieve behandeling toegestaan en die beslissing is bevestigd door de Europese Commissie. De Belgische staat zal deze toelating moeten omzetten op nationaal niveau en mechanismen voor uitreiking en terugbetalingsvoorwaarden moeten voorzien.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

⇒ homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv weten niet voldoende hoe doeltreffend TasP is .

7. GEBRUIK VAN DIVERSE MIDDELEN

Homo's, biseksuelen en andere MSM zijn niet altijd of niet allemaal voldoende in staat om hun bescherming te verzekeren tijdens seksuele contacten wanneer ze onder invloed zijn van psychotrope middelen. Een klein deel van hen heeft geen greep op zijn gebruik.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over de strategieën voor risicobeperking in verband met het gebruik van middelen, vooral van injecteerbare middelen.
- Toenemend en verder diversifiërend aanbod voor gebruik (nieuwe producten en nieuwe gebruiksmethodes).
- Toegang tot psychotrope middelen wordt bevorderd door de aankoop via internet.
- Groot aanbod van privéchemsex-feestjes op datingwebsites en -apps.
- Remmingen vallen meer weg bij polyconsumptie.
- Gebrek aan informatie over de interactie tussen drugs en ARV.
- Preventiewerkers kunnen maar moeilijk preventiemateriaal verspreiden tijdens privéfeestjes.
- Gebrek aan contacten tussen de sector van de hiv-preventie en de actoren op het gebied van risicobeperking.
- Gebrek aan middelen die het beperken van de seksuele risico's combineren met de beperking van risico's in verband met druggebruik.
- Moeilijkheden bij het uitvoeren van de strategieën van risicobeperking omwille van het strafrechtelijk kader in België.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM zouden al vroeg in contact komen met de verschillende middelen, waaronder ook injecteerbare drugs.
- ⇒ Sommige mannelijke sekswerkers worden door hun klanten onder druk gezet om drugs te gebruiken en/of gebruiken drugs om hun activiteit te ondersteunen.
- ⇒ De mensen met hiv bij wie rekening moet worden gehouden met de interactie tussen ARV en drugs.
- ⇒ Er werd ook gewezen op de nood om specifiek te kijken naar de interactie tussen hormonale behandeling en drugs voor trans-personen.

3.6.2. Preventiewerkers

1. STRATEGIEËN VOOR HET WERK OP HET TERREIN/OP PLAATSEN WAAR SEKS MOGELIJK IS

De kwaliteit van het werk van de preventiewerkers op het terrein (op plaatsen waar seks mogelijk is) volstaat niet in verhouding tot de noden van de doelgroep, vooral met betrekking tot de volgende punten: bepaling van de haarden van de epidemie, geografisch bereik van de acties, gebruik van middelen 2.0, lokale en Europese samenwerking.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vorming van de werkers op het terrein, vooral voor counseling.
- Onvoldoende kennis en vaardigheden met betrekking tot preventiemethodes / methodes om te werken op plaatsen waar seks mogelijk is.
- Geen online-strategieën (websites, mobiele dating-apps).
- Werking niet aangepast aan het uitgaansmilieu.
- Te weinig kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de haarden en de dynamiek van de epidemie in het BHG.
- Onvoldoende financiële en menselijke middelen in verhouding tot de omvang van de noden.
- Gebrek aan vrijwilligers die de organisaties ondersteunen op lange termijn.
- Te hoge kosten van bepaalde online-interventies.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Jonge homo's, biseksuelen en andere MSM kunnen soms enkel seksueel contact leggen via digitale weg (tools 2.0).
- ⇒ Druggebruikers organiseren privéfeestjes via dating-tools 2.0.

Sekswerkers die gebruik maken van de nieuwe technologieën in het kader van hun activiteiten, zijn moeilijker te identificeren door de preventiewerkers.

2. AANMAAK EN VERSPREIDING VAN PREVENTIEMATERIAAL EN CAMPAGNES

De preventiewerkers plannen en coördineren niet voldoende de aanmaak en verspreiding van hun boodschappen, campagnes en materiaal. Dit gebrek aan coördinatie en planning is zowel voelbaar binnen het BHG als tussen de verschillende gewesten. Het gevolg is een zekere verwarring in de boodschappen aan de doelgroep en extra kosten bij de aanmaak van campagnes en materiaal.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Exclusief mandaat van sommige verenigingen voor bepaalde thema's en/of doelgroepen.
- Gebrek aan politieke en institutionele sturing op het vlak van preventie.
- Gebrek aan overleg tijdens het opstellen van de actieprogramma's van de verenigingen.
- Moeilijkheden in de samenwerking tussen de drie gewesten (vooral door de taalbarrière).

- Weinig medewerking of zelfs weigering vanwege de intermediairs om bepaalde campagnes te verspreiden (probleem dat te maken heeft met homofobie).

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Druggebruikers moeten preventieboodschappen kunnen krijgen over soa's/hiv in combinatie met boodschappen over beperking van risico's in verband met hun gebruik.
- ⇒ We moeten erop wijzen dat sommige sekswerkers in een sociaal kwetsbare situatie meer moeilijkheden hebben om de complexe boodschappen over combinatiepreventie te begrijpen.

3. INFORMATIE, INZET EN VORMING VAN INTERMEDIAIRS UIT DE DOELGROEP, HET UITGAANSLEVEN EN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE SECTOR

De preventiewerkers informeren en vormen de actoren uit de doelgroep, het uitgaansleven en de psychosociale en medische sector niet voldoende op het vlak van seksuele gezondheid en preventie van hiv en andere soa's. Hierdoor verzwakt de inzet voor en door de doelgroep en staat hiv minder hoog op de agenda bij de betrokken actoren.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan structurele vorming voor de verschillende betrokken actoren met betrekking tot hiv- en soa-preventie.
- Gebrek aan proactiviteit van de preventiewerkers bij het analyseren van de noden van de overige actoren.
- Geen of zwakke alternatieve strategieën om de intermediairs in te schakelen zoals vorming door peers, de aanwezigheid op het terrein en counseling.
- Gebrek aan belangstelling en/of tijdgebrek bij bepaalde actoren in het uitgaansleven.
- Operationele moeilijkheden bij de vorming van uitbaters en medewerkers van bars, sauna's.

4. MEERTALIGE WERKING, BROCHURES EN MATERIAAL

De preventiewerkers hebben geen werking, brochures of materiaal voor homo's, biseksuelen en andere MSM in andere talen dan het Frans, waardoor zij een deel van de Brusselse doelgroep niet bereiken.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vaardigheden in andere talen dan het Frans.
- Tekort aan meertalige vrijwilligers.
- Weinig samenwerking tussen Franstalige en Nederlandstalige verenigingen.
- Moeilijkheden op het gebied van financiering voor het ontwikkelen van brochures en materiaal in meerdere talen.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen:

- ⇒ De niet-Belgische patiënten in het BHG, voor wie rekening moet worden gehouden met de culturele determinanten bij een benadering in verband met seksuele gezondheid.

5. RUIMTE VOOR HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

De preventiewerkers bieden niet voldoende ontmoetingsplaatsen aan voor homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv en bevorderen niet voldoende de oprichting van zelfhulpgroepen over seksuele gezondheid in de ruime betekenis van het woord.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties bij de preventiewerkers met betrekking tot gemeenschappelijke methodes en benaderingen op het vlak van gezondheid voor en door de doelgroep.
- Onvoldoende kennis van de wensen en noden van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv.
- Te weinig samenwerking tussen de aidsreferentiecentra en de verenigingen voor preventie.

6. DE DOELGROEP INSCHAKELLEN BIJ HET BEPALEN VAN DE ACTIESTRATEGIEËN

De preventiewerkers betrekken de seronegatieve of seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM niet op optimale en systematische wijze bij het bepalen van hun strategieën, campagnes, materiaal en boodschappen.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties bij de preventiewerkers om de doelgroep in te schakelen en te werken met participatieve methodes.
- Moeilijkheden om de doelgroep in te schakelen met betrekking tot het thema van hiv en soa's.
- Te weinig representativiteit binnen de groepen van mensen met hiv.
- Geen samenwerking tussen verenigingen van LGBTQIA+ en verenigingen voor preventie, wat leidt tot een gebrek aan overleg over de thema's in verband met seksuele gezondheid.

7. ACTIVITEITEN VOOR ADVOCACY EN GELDINZAMELING

De preventiewerkers doen niet aan politieke advocacy over nieuwe thema's, zoals PrEP en de zelftest. Zij zamelen evenmin geld in voor het opzetten van acties in verband met deze nieuwe instrumenten voor preventie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan competenties in andere talen dan het Frans.
- Gebrek aan formeel overleg over zelftests en PrEP en de invoering ervan.
- Gebrek aan politieke steun voor het lanceren van de zelftest en PrEP.
- Onduidelijke verdeling van de politieke verantwoordelijkheid voor de invoering en de financiering van deze nieuwe biomedische instrumenten tussen de preventieve geneeskunde (federale bevoegdheid) en gezondheidspromotie (gewestmaterie).

De volgende vijf thema's zijn aan bod gekomen en er is gedrag voor omschreven. Maar voor deze gedragingen werd geen enkele (onderwijs-, omgevings-, institutionele of biologische) determinant onderscheiden. Ze staan wel opgenomen in deze samenvatting van de situatieanalyse en zijn ook meegenomen bij het opstellen van het operationeel plan.

8. INZAMELING VAN GEGEVENS OVER HET GEDRAG

De preventiewerkers zamelen niet systematisch en gezamenlijk gegevens in over homo's, biseksuelen en andere MSM, bijvoorbeeld over de volgende onderwerpen: seksuele gewoonten, levenswijze, uitgaansmilieu, condoomgebruik, tests en behandeling als preventie (TasP, PEP en PrEP).

9. ALGEMENE AANPAK OP HET VLAK VAN SEKSUELE GEZONDHEID

De preventiewerkers verankeren hun strategieën niet voldoende in een visie van algemene seksuele gezondheid en houden bij hun acties, vooral, geen rekening met de geestelijke gezondheid. Er wordt niet voldoende rekening gehouden met de impact van homofobie/bifobie/transfobie en van serofobie op de gezondheid van al dan niet seropositieve homo's, biseksuelen en andere MSM.

10. OUDER WORDEN VAN HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

De preventiewerkers houden bij het bepalen van hun campagnes, boodschappen, materiaal en acties geen rekening met de problemen die verband houden met het ouder worden van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv.

11. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER DE ANDERE SOA'S, EN VOORAL HPV EN HCV

De preventiewerkers communiceren niet voldoende over de andere soa's en vooral over HPV en hepatitis C. Dit leidt tot een gebrek aan kennis over de mogelijke zorg voor de betrokken personen.

12. VERSPREIDING VAN INFORMATIE OVER PrEP, DE ZELFTEST EN ANDERE STRATEGIEËN VOOR RISICOBEPERKING

De preventiewerkers verspreiden geen informatie over PrEP, de zelftest en de andere strategieën voor de beperking van seksuele risico's.

3.6.3. De psychosociale en medische actoren

De psychosociale en medische actoren zijn onderverdeeld in vier subgroepen:

1. de centra voor anoniem en gratis testen²⁶;
2. de aidsreferentiecentra;
3. de raadpleging van huisartsen;
4. de ziekenhuizen.

De diagnoses zullen dus op gedifferentieerde wijze worden behandeld voor deze vier subgroepen. Maar het gedrag en de determinanten die *transversaal* gelden voor deze subgroepen komen samen aan bod aan het einde van dit deel.

1. DE CENTRA VOOR ANONIEM EN GRATIS TESTEN

De centra voor anoniem en gratis testen garanderen geen volledige vertrouwelijkheid in de wachtkamer.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Vraag naar de identiteit van de patiënten aan het onthaal.
- Gebrek aan vertrouwelijkheid in de wachtkamer (het onthaal gebeurt niet individueel, de patiënten kunnen door anderen worden gezien, de patiënten worden met hun naam opgeroepen).
- Verwarring tussen het centrum ELISA en de S Clinic bij preventiewerkers en de doelgroep.

De testcentra zijn te beperkt in openingsuren en geografisch bereik (openingsuren 's avonds; toegang buiten het stadscentrum; te lange wachttijd om een afspraak te kunnen maken).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Verzadiging van de dienst voor de doelgroep.
- Gebrek aan samenwerking met het geneeskundig netwerk in de stad om de tests te delegeren.
- Zwakke financiering.

Bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen

- ⇒ Mensen met een migratieachtergrond die al dan niet in het BHG wonen hebben meestal geen huisarts tot wie ze zich kunnen wenden.
- ⇒ We moeten erop wijzen dat sommige sekswerkers het moeilijk vinden om over hun gewoonten te spreken omwille van de stigmatisering van hun activiteit.

²⁶ In de praktijk is het ELISA-centrum het enige centrum voor anoniem en gratis testen in het Brussels Gewest.

2. DE AIDSREFERENTIECENTRA

De aidsreferentiecentra passen niet altijd of niet altijd op dezelfde wijze de richtlijnen toe voor vroegtijdige behandeling van homo's, biseksuelen en andere MSM met hiv in Brussel en in de andere gewesten en leggen hun therapiekeuze niet altijd voldoende uit aan de MSM met hiv.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Verschillende gewoonten en opvattingen tussen artsen met betrekking tot de vroegtijdige behandeling van mensen met hiv, vooral ook tussen de gewesten.
- Onvoldoende overleg tussen de verschillende aidsreferentiecentra.
- Gebrek aan discussie tussen zorgverleners en patiënten.
- Stopzetting van de terugbetaling van ARV wanneer de CD4-waarde niet lager ligt dan 500 of 25% van de totale lymfocyten.

De aidsreferentiecentra hebben niet altijd een voldoende toegankelijk multidisciplinair zorgaanbod, bijvoorbeeld voor consultaties in psychologie/seksuologie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Geen geconventioneerde psychologen beschikbaar na de kantooruren.
- Geringe terugbetaling voor psychologische zorg.

De artsen van de aidsreferentiecentra testen niet altijd volledig en routinematig op andere soa's en nemen daar evenmin systematisch het initiatief toe.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis of vaardigheden van de artsen over de verschillende monsternames die nodig zijn (oraal, anaal, genitaal).
- Gebrek aan informatie bij de patiënten over de andere soa's, waardoor ze die maar in geringe mate zelf vaststellen.
- Sommige regelmatige soa-tests worden niet systematisch terugbetaald.

3. DE HUISARTSEN

De huisartsen maken niet voldoende gebruik van het nieuwe testmateriaal (ELISA-tests van de vierde generatie, sneltests) en passen niet de aanbevelingen toe voor tests bij homo's, biseksuelen en andere MSM (herhaald testen, systematisch testen).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan up-to-date kennis.
- Overbelasting van huisartsen, waardoor zij de meest actuele informatie over thema's in verband met hiv en andere soa's niet kunnen volgen.
- Gebrek aan structurele vorming over de nieuwe middelen en strategieën voor het testen op hiv en soa's.
- Zwakke relaties tussen huisartsen en specialisten.

De huisartsen praten niet voldoende over seksualiteit met hun patiënten, vooral niet met homo's, biseksuelen en andere MSM.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over thema's in verband met de seksuele gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM, zowel op het vlak van seksuele gebruiken als van de aanbevelingen voor de volksgezondheid.
- Grote verschillen in normen bij de benadering van de seksuele gezondheid.
- Stigmatisering van bepaalde seksuele gebruiken, en zelfs homofobie.
- Geen of weinig aandacht voor het thema seksualiteit in de basisopleiding en de bijscholing van artsen.
- Vermindering van de tijd die wordt besteed aan elke patiënt.

4. HET ZIEKENHUISPERSONEEL

Het ziekenhuispersoneel, vooral op de spoeddiensten, zorgt niet voor een optimaal onthaal van de homo's, biseksuelen en andere MSM die voor PEP komen.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Stigmatisering van de seksuele gebruiken van homo's, biseksuelen en andere MSM.
- Gebrek aan vorming van het ziekenhuispersoneel over PEP en meer algemeen over hiv.

5. ALGEMENE HOUDING VAN DE PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN

De psychosociale en medische actoren verspreiden geen informatie over PrEP aan homo's, biseksuelen en andere MSM en zorgen niet voor medische begeleiding voor mensen die dit preventiemiddel al zouden gebruiken (PrEP zonder medische begeleiding).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis over innameschema's van PrEP.
- Negatieve vooroordelen tegenover de seksuele gewoonten die inherent zijn aan PrEP-inname.

De psychosociale en medische actoren houden niet voldoende rekening met de geestelijke gezondheid van homo's, biseksuelen en andere MSM als belangrijke determinant voor de seksuele gezondheid van deze doelgroep.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan kennis van de gezondheidsdeterminanten van homo's, biseksuelen en andere MSM.
- Gebrek aan uniformiteit in de interdisciplinaire samenstelling van de aidsreferentiecentra.
- Ontoereikend aanbod van psychologische consultatie, onder andere na een positieve hiv-test.

- Tekort in het aanbod aan counseling voor en/of na een test (onvoldoende persoonlijke boodschappen over seksuele gezondheid).
- Gebrek aan uniformiteit in de counselingstechnieken tussen de verschillende betrokken actoren.

3.6.4. Actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties

1. ACTOREN UIT HET UITGAANSLEVEN

De actoren uit het uitgaansleven nemen niet voldoende de taak op zich als intermediair voor het doorgeven van informatie en het ter beschikking stellen van materiaal voor hiv- en soa-preventie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Angst voor de kosten van hun betrokkenheid bij de strijd tegen soa's/hiv.
- Angst om het cliënteel weg te jagen wanneer ze zich meer inzetten voor het thema.
- Preventiemateriaal niet aangepast aan de gegeven context (bv. glijmiddel in zakjes is moeilijk bruikbaar in darkrooms/backrooms).
- Onvoldoende sensibilisering vanwege de preventiewerkers.
- Gebrek aan coördinatie van de preventiewerkers bij het aanspreken van de actoren van het uitgaansleven, waardoor overbelasting ontstaat.
- Onvoldoende coördinatie tussen de handelszaken en gebrek aan overleg met de preventiewerkers en met de actoren uit de LGBT-verenigingen.

De actoren uit het uitgaansleven investeren niet voldoende in de aankoop van condooms om ter beschikking te stellen van homo's, biseksuelen en andere MSM.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- De kosten van condooms is de enige determinant die naar voren komt met betrekking tot dit gedrag.

2. DE DOELGROEPORGANISATIES (LGBTQIA+-VERENIGINGEN)

De doelgroeporganisaties ontwikkelen vrijwel geen enkele activiteit met betrekking tot soa-/hiv-preventie en, meer algemeen, de gezondheidsdeterminanten van homo's, biseksuelen en andere MSM (vooral het verband tussen homofobie en seksuele/geestelijke gezondheid).

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan banden en coördinatie tussen het preventiewerk en de LGBTQIA+-verenigingen.
- Moeilijkheden om thema's in verband met seksualiteit en taboes over "marginale" seksualiteit ter sprake te brengen.
- Gebrek aan subsidies.

De doelgroeporganisaties ontwikkelen niet voldoende activiteiten met betrekking tot het bestrijden van serofobie.

Onderwijs-, omgevings-, biologische en institutionele determinanten

- Gebrek aan vorming en sensibilisering bij de lidverenigingen van de verschillende LBGTQIA+ -koepelorganisaties.
- Gebrek aan proactiviteit bij de preventiewerkers bij het aanbieden van samenwerking.
- Probleem van stigmatisering van mensen met hiv bij activiteiten voor en door de doelgroep.

4

OPERATIONEEL PLAN

4. OPERATIONEEL PLAN

We herhalen hier nog eens (zie het deel over de methodologie) dat het operationeel plan bestaat uit:

- een **specifieke doelstelling**, die wordt geformuleerd uitgaande van de probleemstelling. Deze doelstelling vormt het kader voor alle strategieën;
- meerdere **operationele doelstellingen**, die worden bepaald op basis van het gedrag en de gebruiken van de actoren;
- een aantal **concrete activiteiten** om de doelstellingen te bereiken en uiteindelijk de gedragsdeterminanten te beïnvloeden. Voor bepaalde activiteiten zijn al *kwaliteitscriteria* vastgelegd.

De volgende stap in de projectcyclus zal erin moeten bestaan criteria en indicatoren te bepalen om de strategieën, doelstellingen en activiteiten te evalueren en een evaluatieproces van het plan uit te voeren.

4.1. SPECIFIEKE DOELSTELLING

De seksuele gezondheid verbeteren van de homo's, biseksuelen en andere MSM op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – en in het bijzonder bijdragen aan de vermindering van de incidentie en de prevalentie van hiv en andere soa's bij deze doelgroep.

Deze specifieke doelstelling valt uiteen in twee krachtlijnen:

- **De combinatiepreventie bevorderen**

De strategieën voor diversifiëring en toegang tot verschillende preventiemiddelen/risicobeperking moeten aangepast zijn aan:

- de diversiteit van de seksuele trajecten, gebruiken en identiteiten;
- de evolutie van de plaatsen waar homo's elkaar ontmoeten en van het druggebruik;
- de mobiliteit en het internationale karakter van het BHG;
- de sociaal kwetsbare situatie van een deel van de MSM-doelgroep.

- **Strijden tegen homo-/bi-/trans-/interfobie, serofobie en heteroseksisme bij MSM en de algemene bevolking**

De discriminatie en stigmatisering op basis van gender en seksuele voorkeur zijn bijzonder belangrijke gezondheidsdeterminanten (seksuele gezondheid, geestelijke gezondheid) voor homo's, biseksuelen en andere MSM.

4.2. SAMENVATTEND OVERZICHT VAN DE OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

In dit deel worden de operationele doelstellingen samengevat en per type strategie weergegeven. In het volgende deel worden ze weergegeven per groep van actoren met de activiteiten die het mogelijk moeten maken om ze te bereiken.

Het cijfer tussen haakjes aan het eind van elke doelstelling verwijst naar het nummer van die doelstelling in de indeling in het volgende deel.

4.2.1. Testen van hiv en andere soa's

Homo's, biseksuelen en andere MSM laten zich tijdig, correct en op regelmatige basis testen op hiv en andere soa's afhankelijk van hun noden en hun blootstelling aan besmettingsrisico's. (OO1)

Het centrum voor anoniem en gratis testen ELISA verhoogt zijn toegankelijkheid (openingsuren, vertrouwelijkheid). (OO14)

Het centrum voor anoniem en gratis testen ELISA breidt zijn testaanbod uit (hiv + soa's). (OO15)

De huisartsen stellen proactief een routinetest op soa's/hiv voor aan homo's, biseksuelen en andere MSM. (OO16)

4.2.2. Bescherming en risicobeperking

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken correct gebruik van condooms en glijmiddel volgens hun noden en ook van andere strategieën voor preventie en risicobeperking. (OO3)

Homo's, biseksuelen en andere MSM voor wie dit van toepassing is, kennen strategieën om de risico's in verband met druggebruik te beperken en passen die ook toe. (OO6)

De preventiewerkers ontwikkelen up-to-date en coherent materiaal en campagnes voor preventie en risicobeperking. (OO10)

De aidsreferentiecentra verzorgen een multidisciplinair aanbod, in het bijzonder met betrekking tot counseling en psychologische/seksuologische consultaties. (OO18)

4.2.3. Behandeling als preventie

Homo's, biseksuelen en andere MSM kennen, volgen en maken op doeltreffende wijze gebruik van de behandeling als preventie (TasP). (OO2)

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken voldoende en correct gebruik van behandeling na mogelijke blootstelling (PEP). (OO4)

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken correct gebruik van medicatie ter preventie van hiv (PrEP) van gegarandeerde kwaliteit. (OO5)

De aidsreferentiecentra passen op uniforme wijze de internationale richtlijnen met betrekking tot TasP toe (vroeg opstart van ARV-medicatie, ondetecteerbare virale lading en stopzetting van condoomgebruik) en geven de patiënten meer informatie over medische vorderingen en evoluties in medicatieschema's. (OO17)

De spoeddiensten van de ziekenhuizen stellen PEP ter beschikking en bieden hiervoor een passend onthaal aan. (OO19)

4.2.4. Gezondheid van de doelgroep

De preventiewerkers ontwikkelen een kwalitatief laagdrempelig aanbod voor homo's, biseksuelen en andere MSM, afhankelijk van de epidemiologische prioriteiten. (OO7)

De preventiewerkers informeren en schakelen intermediairs in bij seksuele gezondheids promotie en soa-/hiv-preventie bij homo's, biseksuelen en andere MSM. (OO8)

De preventiewerkers betrekken homo's, biseksuelen en andere MSM bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van preventiestrategieën en -activiteiten. (OO9)

De actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties spelen een rol als intermediair op het vlak van de promotie van seksuele gezondheid en soa- en hiv-preventie en stellen preventie- en informatiemateriaal ter beschikking. (OO13)

4.2.5. Overleg

De preventiewerkers organiseren een systematisch overleg om de strategieën en de prioriteiten voor actie te plannen. (OO12)

4.2.6. Onderzoek

De preventiewerkers zamelen gegevens in en/of doen onderzoek over de dynamiek en de determinanten van de soa- en hiv-epidemie bij homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG. (OO11)

4.3. OPERATIONELE DOELSTELLINGEN EN ACTIVITEITEN PER DOELGROEP

Dit deel gaat dieper in op de formulering van de operationele doelstellingen voor elke groep van actoren. Meteen daaronder staan de (educatieve, contextgebonden en/of structurele) activiteiten die relevant en prioritair worden geacht om in te grijpen op de gezondheidsdeterminanten en de doelstellingen te bereiken

4.3.1. HOMO'S, BISEKSUELEN EN ANDERE MSM

1. DOELSTELLING 1

Homo's, biseksuelen en andere MSM laten zich tijdig, correct en op regelmatige basis testen op hiv en andere soa's afhankelijk van hun noden en hun blootstelling aan besmettingsrisico's.

Focusdoelgroep: jongeren (via relationele en seksuele vorming), de mensen die niet in het BHG wonen, de "niet-homo's" (via de centra voor gezinsplanning).

Educatieve activiteiten

- 1.1. Up-to-date informatiemateriaal en -campagnes voor homo's, biseksuelen en andere MSM over hiv- en andere soa-tests ontwikkelen en verspreiden.**

Kwaliteitscriteria:

- De verschillende types tests en de vensterperiodes vermelden.
- De plaatsen waar tests mogelijk zijn in kaart brengen.

- 1.2. De kennis en de vaardigheden van homo's, biseksuelen en andere MSM op het vlak van screening versterken door middel van interactieve methodes.**

- a) Gezamenlijke informatie- en voorlichtingsactiviteiten organiseren voor en door de doelgroep over testen in de leefomgeving (bv. discussiegroepen begeleid door peers).
- b) Individuele gesprekken aanbieden (bv. tijdens permanenties voor advies en screening, vooral met artsen).

- 1.3. Een algemene strategie ontwikkelen voor het testen op hiv en andere soa's in het BHG.**

- a) Een overlegplatform opzetten met alle instanties die tests uitvoeren om deze strategie uit te werken en de uitvoering ervan op te volgen.
- b) Een comité met deelnemers uit de doelgroep (gebruikers van de diensten voor screening) oprichten, dat moet helpen de strategie op het gebied van testen te verbeteren.

c) Een gestandaardiseerde vragenlijst invoeren voor gegevensinzameling en counseling bij alle instanties die tests uitvoeren en hen ook opleiden om met deze vragenlijst te werken. d) Erkenning vragen voor deze strategie op institutioneel en politiek niveau.	
Contextgebonden activiteiten	
1.4.	De toegankelijkheid van de gemedicaliseerde screening in centra voor anoniem en gratis testen en het onthaal van homo's, biseksuelen en andere MSM verbeteren. a) De openingstijden 's avonds van het ELISA-centrum uitbreiden. b) De vertrouwelijkheid in de wachtkamer van het ELISA-centrum verbeteren. c) Het thema "combinatiepreventie en seksuele gebruiken bij homo's" opnemen in het vormingsaanbod voor artsen van het CETIM/ELISA.
Structurele activiteiten	
1.5.	Regelgeving opstellen ten gunste van gedemedicaliseerd/gedecentraliseerd testen, de zelftest en "homesampling".
1.6.	De financiering voor de screeningstrategie verhogen, gezien de incidentie en de prevalentie van hiv en andere soa's bij homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG.

2. DOELSTELLING 2

Homo's, biseksuelen en andere MSM kennen, volgen en maken op doeltreffende wijze gebruik van de behandeling als preventie (TasP). <i>Focusdoelgroep: de niet-Belgen</i>	
Educatieve activiteiten	
2.1.	Divers materiaal en campagnes voor homo's, biseksuelen en andere MSM ontwikkelen en verspreiden met objectieve en up-to-date informatie over de combinatiepreventie en over alle thema's. a) Preventieacties ontwikkelen op de sociale netwerken en mobiele apps. b) Een digitaal informatieportaal voor homo's ontwikkelen. c) Steunen op het terreinwerk in uitgaansgelegenheden waar seks mogelijk is.
Kwaliteitscriteria: - Objectieve boodschappen verspreiden over seksuele gezondheid, overdracht van soa's/hiv, screening, virale lading, bescherming en risicobeperking. - Moraliserende boodschappen vermijden. - Rekening houden met de specifieke kenmerken van de gebruikers die al dan niet consequent een condoom gebruiken met een occasionele partner. - De informatie over soa's beter ontwikkelen. - Waken over de coherentie tussen de boodschappen van de verschillende preventiewerkers.	

2.2. Informatiemateriaal en -campagnes ontwikkelen en verspreiden over de preventieve werking van ARV-middelen (TasP, PEP en PrEP) voor homo's, biseksuelen en andere MSM. Kwaliteitscriteria: - Gedetailleerde informatie verstrekken over de bijwerkingen van ARV. - De doorverwijzing naar zorgverlening bevorderen.
2.3. Activiteiten ontwikkelen ter versterking en ondersteuning van therapietrouw op lange termijn voor mensen met hiv.
Structurele activiteiten
2.4. Het advies van de HGR over de voorwaarden voor stopzetting van condoomgebruik updaten, rekening houdend met de wetenschappelijke vorderingen met betrekking tot de bescherming door een ondetecteerbare virale lading.
2.5. De drempel van 500 CD4 voor de terugbetaling van ARV-behandelingen opheffen om mensen met hiv vroeger te laten kiezen voor een behandeling.

3. DOELSTELLING 3

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken correct gebruik van condooms en glijmiddel, volgens hun noden, en van de andere strategieën voor preventie en risicobeperking.
Educatieve activiteiten
3.1. Divers materiaal en campagnes voor homo's, biseksuelen en andere MSM ontwikkelen en verspreiden met objectieve en up-to-date informatie over de combinatiepreventie en over alle thema's. a) <i>Preventieacties ontwikkelen op de sociale netwerken en mobiele apps.</i> b) <i>Een digitaal informatieportaal voor homo's ontwikkelen.</i> c) <i>Steunen op het terreinwerk in de uitgaansgelegenheden waar seks mogelijk is.</i> Kwaliteitscriteria: - Objectieve en positieve boodschappen verspreiden over seksuele gezondheid, overdracht van soa's/hiv, screening, virale lading, bescherming en risicobeperking. - Moraliserende boodschappen vermijden. - Rekening houden met de specifieke kenmerken van de gebruikers die al dan niet consequent een condoom gebruiken met een occasionele partner. - De informatie over soa's beter ontwikkelen. - Waken over de coherentie tussen de boodschappen van de verschillende preventiewerkers.

3.2. Video's en presentaties ontwikkelen en verspreiden over het aanbrengen van het condoom en het glijmiddel. a) Een video ontwikkelen over het aanbrengen van het condoom “voor volwassenen” (met een expliciet seksueel karakter) voor verspreiding via het internet. b) Presentaties over het aanbrengen van het condoom ontwikkelen en systematisch integreren in het programma voor relationele en seksuele vorming. c) Interventies ontwikkelen over het aanbrengen van het condoom in de centra voor family planning, tijdens screeningpermanenties.
3.3. De uitbaters van homohorecazaken inschakelen bij het promoten en het beschikbaar stellen van condooms in de uitgaansgelegenheden. a) Een permanent overleg opzetten over de promotie van seksuele gezondheid tussen preventiewerkers en de uitbaters van bar (onder andere via verenigingen van handelszaken). b) De uitbaters en medewerkers van bars sensibiliseren en vormen met betrekking tot combinatiepreventie. c) De uitbaters en de medewerkers van bars betrekken bij de ontwikkeling van materiaal en campagnes. d) Initiatieven voor hiv-preventie op fuiven en evenementen ondersteunen.
3.4. Een algemene en systematische strategie voor relationele en seksuele vorming ontwikkelen, die ook handelt over preventie van soa's/hiv en homo-/biseksualiteit. a) Een referentiekader uitwerken dat ook handelt over combinatiepreventie van hiv, thema's in verband met (homo)seksualiteit en gender en het ter beschikking stellen van condooms. b) Erkenning vragen voor dit referentiekader op institutioneel en politiek niveau.
Contextgebonden activiteiten
3.5. Een centrale aankoop-/verkoopdienst van condooms en glijmiddel tegen kostprijs organiseren voor homo's, biseksuelen en andere MSM. a) Een plaats voor verkoop voorzien in de homowijk. b) De aankoop via internet ontwikkelen. Kwaliteitscriteria: - Aantrekkelijkheid van de verpakkingen voor condooms. - Diversiteit van de condooms (grootte, kleuren, textuur).
3.6. Een structurele levering van gratis condooms en glijmiddel verzekeren, afhankelijk van de noden.
Structurele activiteiten
3.7. Een gunstig regelgevend kader opzetten voor het subsidiëren van bulkaankoop.

4. DOELSTELLING 4

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken voldoende en correct gebruik van behandeling na mogelijke blootstelling (PEP).

Educatieve activiteiten

- 4.1. Informatiemateriaal en -campagnes ontwikkelen en verspreiden over de preventieve werking van ARV (TasP, PEP en PrEP) voor homo's, biseksuelen en andere MSM.**

Kwaliteitscriteria:

- Gedetailleerde informatie verstrekken over de bijwerkingen van ARV.

Contextgebonden activiteiten

- 4.2. Het onthaal van homo's, biseksuelen en andere MSM in ziekenhuisdiensten die PEP verstrekken, verbeteren.**

- a) Richtlijnen ontwikkelen voor het onthaal van homo's, biseksuelen en andere MSM die PEP vragen.
- b) Een (online) formulier voor het indienen van klachten ontwikkelen om weigeringen en belemmeringen bij de toegang tot PEP te beschrijven.
- c) Materiaal ontwikkelen voor de begeleiding van regelmatige PEP-gebruikers.

Structurele activiteiten

- 4.3. De voorwaarden voor het uitreiken van PEP buiten aidsreferentiecentra herzien om de conventie over PEP uit te breiden tot alle universitaire ziekenhuizen.**

- 4.4. Zorgen voor de meest ruime interpretatie voor het toekennen van PEP bij de verlenging van de conventies van het RIZIV.**

- 4.5. Een anonieme toegang tot PEP garanderen voor de doelgroepen die ten laste zijn van anderen (minderjarigen, studenten).**

5. DOELSTELLING 5

Homo's, biseksuelen en andere MSM maken correct gebruik van medicatie ter preventie van hiv (PrEP) van gegarandeerde kwaliteit.

Educatieve activiteiten

- 5.1. Informatiemateriaal en -campagnes ontwikkelen en verspreiden over de preventieve werking van ARV (TasP, PEP en PrEP) voor homo's, biseksuelen en andere MSM.**

Kwaliteitscriteria

- Gedetailleerde informatie verstrekken over de bijwerkingen van ARV.

Contextgebonden activiteiten	
5.2.	Een passende medische begeleiding en begeleiding vanuit een vereniging/ doelgroeporganisatie voorzien voor de huidige gebruikers van PrEP.
Structurele activiteiten	
5.3.	Garanderen dat PrEP op de markt wordt gebracht en terugbetaald wordt.
a)	<i>Richtlijnen ontwikkelen over de voorwaarden voor toegang tot PrEP voor alle betrokken doelgroepen.</i>
b)	<i>Het preventief gebruik van Truvada® of het overeenstemmende generieke middel opnemen in de terugbetalingsvoorwaarden van geneesmiddelen door het RIZIV.</i>

6. DOELSTELLING 6

Homo's, biseksuelen en andere MSM voor wie dit van toepassing is, kennen strategieën om de risico's in verband met druggebruik te beperken en passen die ook toe.

Focusdoelgroep: gebruikers van injecteerbare drugs

Educatieve activiteiten

6.1. **Materiaal en campagnes over risicobeperking voor homo's, biseksuelen en andere MSM ontwikkelen en verspreiden.**

Kwaliteitscriteria:

- Informatie verspreiden over de impact van verschillende soorten middelen, afhankelijk van hun gebruik.
 - Werken met een aanpak van algemene gezondheidspromotie.
 - De doelgroep betrekken bij het ontwikkelen en verspreiden van materiaal en boodschappen.
- a) *Preventieacties ontwikkelen op de sociale netwerken en mobiele apps.*
 - b) *Een digitaal informatieportaal voor homo's ontwikkelen.*
 - c) *Steunen op het terreinwerk in uitgaansgelegenheden waar seks mogelijk is*
 - d) *Steunen op peer-to-peermethodes.*
 - e) *De privéfeestjes in kaart brengen en intensief te werk gaan met behulp van geolokalisatie (voorbeeld van Terrence Higgins Trust: verdeling van kits voor risicobeperking per fiets).*

6.2. **Een netwerk ontwikkelen van actoren op het gebied van preventie /risicobeperking en van actoren uit de doelgroep in het BHG.**

Kwaliteitscriteria:

- De ambulante en niet-ambulante centra voor de begeleiding van druggebruikers (Lama, Transit) betrekken.
- De professionele zorgverleners, zoals infectiologen van de aidsreferentiecentra en spoedartsen, inschakelen en sensibiliseren.

Structurele activiteiten

6.3. Het regelgevend kader wijzigen ten gunste van risicobeperking

- a) Een regelgevende tekst uitwerken voor het BHG die risicobeperking als gezondheidsaanpak erkent (op gelijke voet met preventie en zorg).
- b) Het regelgevend kader aanpassen aan de werkomstandigheden die nodig zijn voor risicobeperking (rekening houden met de realiteit op het terrein met betrekking tot bijvoorbeeld nachtwerk, de vergoeding van jobstudenten, de invoering van tests op plaatselijk vlak).

4.3.2. PREVENTIEWERKERS VOOR SOA- EN HIV-PREVENTIE

7. DOELSTELLING 7

De preventiewerkers ontwikkelen een kwalitatief* laagdrempelig aanbod voor homo's, biseksuelen en andere MSM, afhankelijk van de epidemiologische prioriteiten.

* KOSTENEFFICIËNTE ACTIES, GERICHTE ACTIES (TERREINEN, DOELGROEPEN), TERRITORIALE SPREIDING, CORRECTE EN INNOVATIEVE METHODOLOGIEËN, WERKEN MET DOELGROEP EN INTERMEDIAIRS, SAMENWERKING OP LOKAAL EN EUROPEES NIVEAU.

Educatieve activiteiten

7.1. De aanpak voor de gezondheid van de doelgroep door de preventiewerkers versterken en updaten.

- a) De kennis en vaardigheden (interventiemethodes) voor acties op het terrein op het gebied van seksuele gezondheid en soa- en hiv-preventie bundelen.
- b) De vorming van de terreinwerkers (basisopleiding en update over combinatiepreventie) gezamenlijk aanpakken met de gespecialiseerde verenigingen (voor alle mogelijke doelgroepen).
- c) Een regelmatige uitwisseling van ervaring en praktijkvoorbeelden tussen terreinwerkers organiseren.
- d) Digitale interventiestrategieën ontwikkelen (sociale media, mobiele apps).

7.2. Vrijwilligers inschakelen

- a) Een kostenvergoeding voor activiteiten voorzien (te harmoniseren tussen de verenigingen).
- b) De vorming van de vrijwilligers verzekeren.

Structurele activiteiten

7.3. De preventie van soa's/hiv opnemen in de opleidingen voor de gezondheid van de doelgroep.

7.4. De budgetten voor de preventie van soa's/hiv optrekken.

8. DOELSTELLING 8

De preventiewerkers informeren en schakelen intermediairs* in bij seksuele gezondheids promotie en soa-/hiv-preventie bij homo's, biseksuelen en andere MSM.

* ACTOREN UIT DE DOELGROEPORGANISATIES EN HET UITGAANSLEVEN, PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN

Educatieve activiteiten

8.1. Een structureel vormingsaanbod ontwikkelen op het gebied van soa- en hiv-preventie en promotie van seksuele gezondheid voor de preventiewerkers en de intermediairs.

- a) *Nagaan welke de noden, vragen en middelen zijn.*
- b) *De actoren op het gebied van vorming bijeenbrengen in een gecentraliseerd programma.*
- c) *De deskundigheid uit andere landen inschakelen.*
- d) *Samenwerken met de gezondheidsactoren (vooral de aidsreferentiecentra).*

Kwaliteitscriteria

- Gediversifieerde methodes (overdracht van kennis, uitwisseling van knowhow).
- Multidisciplinariteit (biomedische wetenschappen en sociale wetenschappen; volksgezondheid en gezondheid van de doelgroep).

8.2. Een permanente communicatie en overleg verzekeren tussen de preventiewerkers en de intermediairs.

- a) *Een platform voor seksuele gezondheid van LGBTQIA+ ontwikkelen.*
- b) *Voorrang geven aan informele contacten en peer-to-peerrelaties bij terreinwerk op plaatsen waar seks mogelijk is.*
- c) *De nieuwe preventiecampagnes systematisch voorstellen aan de intermediairs.*

9. DOELSTELLING 9

De preventiewerkers betrekken homo's, biseksuelen en andere MSM bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van preventiestrategieën en -activiteiten.

Educatieve activiteiten

9.1. Een MSM-groep "sero+ en sero-" over seksuele gezondheid oprichten.

10.DOELSTELLING 10

De preventiewerkers ontwikkelen up-to-date en coherent materiaal en campagnes voor preventie en risicobeperking.

Educatieve activiteiten

10.1. Een werkgroep met vertegenwoordigers uit verschillende verenigingen en gewesten oprichten om materiaal en campagnes voor soa- en hiv-preventie te ontwikkelen en te verspreiden.

- a) *Gezamenlijke boodschappen en inhoud uitwerken (voor alle doelgroepen, alle gewesten) en die vervolgens aanpassen per doelgroep in specifiek en aangepast materiaal.*
- b) *Plannen opstellen voor de verspreiding om alle doelgroepen te bereiken (bijvoorbeeld via het partycircuit).*

Kwaliteitscriteria

- Meer communiceren over de andere soa's, vooral HPV en hepatitis C.
- Informatie verspreiden over TasP, PEP, PrEP, screening / de zelftests, de verschillende strategieën voor preventie en beperking van seksuele risico's.
- Het taalgebruik aanpassen aan de beoogde doelgroepen; bijvoorbeeld de meest kwetsbare groepen of migranten.
- Samenwerking met gezondheidsactoren (aidsreferentiecentra).

10.2. Een digitaal informatieportaal voor soa- en hiv-preventie voor homo's, biseksuelen en andere MSM creëren.

10.3. Interventies op internet (waaronder mobiele apps) ontwikkelen voor homo's, biseksuelen en andere MSM.

10.4. Het preventiemateriaal en de preventie campagnes meer systematisch vertalen, vooral in het Engels.

11.DOELSTELLING 11

De preventiewerkers zamelen gegevens in en/of doen onderzoek over de dynamiek en de determinanten van de soa- en hiv-epidemie bij homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG.

Educatieve activiteiten

11.1. De inzameling van (kwalitatieve en kwantitatieve) gegevens van de verenigingen centraliseren en standaardiseren.

- a) *Een werkgroep oprichten die formules voor gegevensinzameling ontwikkelt en zorgt voor methodologische ondersteuning bij de verwerking ervan.*

Kwaliteitscriteria:

- Relevante en gemeenschappelijke criteria en indicatoren voor de betrokkenen voor

screeningactiviteiten, terreinwerk op plaatsen waar seks mogelijk is, permanenties voor onthaal en voorlichting. - Gecentraliseerde gegevensverwerking (WIV / Observatoire du Sida et des Sexualités). - De gegevens invoeren in het beheer van de projectcyclus ("Stratégies concertées").
11.2. Onderzoeksprojecten opzetten over de nieuwe problematieken, de sociabiliteit van homo's en het gedrag, de kennis en de houding tegenover het risico. Kwaliteitscriteria: - Meer meewerken met Europees onderzoek (bv. EMIS, SIALON). - Diversiteit van (kwalitatieve en kwantitatieve) methodes in overeenstemming met de problematieken en de beoogde doelstellingen (bv.: etnografie, onderzoeksactie, diagnose door de doelgroep, flash-opinieonderzoek, kwantitatief KABP-onderzoek).

12.DOELSTELLING 12

De preventiewerkers organiseren een systematisch overleg om de strategieën en de prioriteiten voor actie te plannen.
Educatieve activiteiten
12.1. Alle vijf jaar het strategisch referentiekader voor soa- en hiv-preventie voor homo's, biseksuelen en andere MSM in het BHG updaten. Kwaliteitscriteria: - Het kader tussentijds evalueren (na drie jaar). - Kwaliteitsvolle criteria en indicatoren ontwikkelen voor de evaluatie van de doelstellingen en de activiteiten. - Het overleg uitbreiden tot de betrokken actoren die niet voldoende worden bereikt, vooral de actoren op het gebied van gezondheidspromotie en de actoren uit de doelgroep zelf.
12.2. Een platform voor operationeel overleg ontwikkelen.
12.3. Afhankelijk van de noden strategische overleg organiseren over de nieuwe problematieken en de nieuwe behandelingen.

4.3.3. ACTOREN UIT HET UITGAANSLEVEN EN DE DOELGROEPORGANISATIES

13. DOELSTELLINGEN 13

De actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties spelen een rol als intermediair op het vlak van promotie van de seksuele gezondheid en soa-/hiv-preventie en stellen preventie- en informatiemateriaal ter beschikking.

Educatieve activiteiten

13.1. De actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties inschakelen en organiseren op het gebied van seksuele gezondheid.

- a) De actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties sensibiliseren voor seksuele gezondheid.
- b) De actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties betrekken bij het ontwikkelen en verspreiden van materiaal en campagnes voor soa- en hiv-preventie en gezondheidspromotie.

13.2. Vorming organiseren voor de actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties.

Kwaliteitscriteria:

- Korte en herhaalde vorming, met regelmatige updates en inhoud die aangepast is aan de noden op het terrein.
- Vorming gericht op intermediairs (die noden kunnen onderscheiden, informatie kunnen bieden en doorverwijzen).
- De belangrijkste informatie en boodschappen afbakenen (basiskennis en attitudes/knowhow).
- Ook aandacht besteden aan de bestrijding van serofobie.

13.3. Een netwerk creëren met betrekking tot de seksuele gezondheid van LGBTQIA+.

- a) Een regelmatig overleg uitbouwen dat alle actoren bijeenbrengt (soa- en hiv-preventie, promotie van seksuele gezondheid, actoren uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties, MSM en mensen met hiv).

Contextgebonden activiteiten

13.4. De gelegenheid uit het uitgaansleven en de doelgroeporganisaties gratis preventiemateriaal aanbieden dat aangepast is aan de context / aan de realiteit op het terrein.

- a) Aangepast materiaal ontwikkelen voor uitgaansgelegenheden (bv.: geplastificeerde steekkaart met informatie die in de bar blijft liggen, webapplicatie).

4.3.4. PSYCHOSOCIALE EN MEDISCHE ACTOREN

14.DOELSTELLING 14

Het centrum voor anoniem en gratis testen ELISA verhoogt zijn toegankelijkheid (openingstijden, vertrouwelijkheid).

Educatieve activiteiten

- 14.1. De professionele intermediairs meer informeren over de activiteiten van het ELISA-centrum (tests, openingstijden, voorwaarden) via de website en brochures die verschillend zijn van de activiteiten van de S Clinic (dat geen anonimiteit garandeert).

Contextgebonden activiteiten

- 14.2. De ruimte in de wachtkamer van het ELISA-centrum anders indelen en de omstandigheden aanpassen.
- a) *De mensen niet bij hun naam oproepen.*
 - b) *De stoelen rug aan rug plaatsen in het midden van de ruimte.*
 - c) *De doelgroepen mengen (dezelfde wachtruimte gebruiken voor verschillende diensten).*

Structurele activiteiten

- 14.3. De budgetten van het ELISA-centrum verhogen om de openingstijden te kunnen uitbreiden.

15.DOELSTELLING 15

Het centrum voor anoniem en gratis testen ELISA breidt zijn testaanbod uit (hiv + soa's).

Educatieve activiteiten

- 15.1. Systematisch een test op andere soa's aanbieden bij een aanvraag voor een hiv-test in het ELISA-centrum.
- 15.2. De patiënten die zich aanbieden bij het ELISA-centrum meer informeren over de tests die zullen worden uitgevoerd (op welke soa? hoe?).

Structurele activiteiten

- 15.3. De terugbetaling van soa-tests verhogen (vooral in de centra voor anoniem en gratis teksten).

16.DOELSTELLING 16

De huisartsen stellen proactief een routinetest op soa's/hiv voor aan homo's, biseksuelen en andere MSM.

Educatieve activiteiten

16.1. De huisartsen vormen/informereren op het vlak van tests en counseling.

- a) Sensibiliseringscampagnes ontwikkelen.*
- b) Een jaarlijkse permanente vorming aanbieden.*

Kwaliteitscriteria

- Informeren over het bestaan van nieuwe testtechnieken (bv.: ELISA-tests van de vierde generatie, speekseltests).
- De volledige screening op soa's en het belang van vroegtijdige hiv-test ter sprake brengen.
- De dialoog over (homo/bi-)seksualiteit bevorderen.
- Ook aandacht besteden aan aspecten in verband met homofobie en serofobie.

Structurele activiteiten

16.2. Een module "seksuele gezondheid en seksualiteit" voorzien in de basisopleiding van huisartsen.

17.DOELSTELLING 17

De ARC's passen op uniforme wijze de internationale richtlijnen met betrekking tot TasP toe (vroeg opstart van ARV-medicatie, ondetecteerbare virale lading en stopzetting van condoomgebruik) en geven de patiënten meer informatie over medische vorderingen en evoluties in medicatieschema's.

Educatieve activiteiten

17.1. Meer medisch overleg over de richtlijnen en over hun update op basis van de wetenschappelijke evoluties.

- a) Een werkgroep oprichten over de richtlijnen in BREACH.*
- b) Een comité oprichten voor monitoring van de ARC's.*

Kwaliteitscriterium:

- De patiënten bij de denkoefening betrekken.

17.2. Communicatieactiviteiten ontwikkelen tussen artsen en patiënten

- a) De artsen sensibiliseren voor de nood aan en de voordelen van communicatie van een goede kwaliteit met de patiënten.*
- b) Een online-platform met medische informatie over hiv voorzien.*

Structurele activiteiten

- 17.3. De drempel van 500 CD4 voor de terugbetaling van ARV-medicatie opheffen om een vroege opstart van de behandeling te voorzien voor mensen met hiv.**

18.DOELSTELLING 18

De ARC's verzorgen een multidisciplinair aanbod, in het bijzonder met betrekking tot counseling en psychologische/seksuologisch consultaties.

Educatieve activiteiten

- 18.1. De permanente vorming van psychologen/seksuologen in de ARC's organiseren.**

Kwaliteitscriteria:

- De aanpak van de mentale gezondheid in de ARC's diversifiëren.
- De specifieke aspecten voor MSM opnemen in de psychologische praktijk.

Structurele activiteiten

- 18.2. Het budget van de ARC's voor het psycho-seksuologisch aanbod verhogen (openingstijden voorzien voor consultatie tegen geconventioneerd tarief 's avonds).**

19.DOELSTELLING 19

De spoeddiensten van de ziekenhuizen stellen PEP ter beschikking en bieden hiervoor een passend onthaal aan.

Educatieve activiteiten

- 19.1. Het personeel van de spoeddiensten voortdurende bijscholen op het gebied van PEP.**
- 19.2. Het personeel van de spoeddiensten sensibiliseren voor de thema's seksualiteit, homofobie en serofobie.**

Institutionele activiteiten

- 19.3. De PEP-conventie uitbreiden tot alle universitaire ziekenhuizen**

REFERENTIES

5. BIBLIOGRAFIE

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

Alias (2014), *Rapport Permanence Médicale - INAMI - 2014*, ASBL Alias pour son programme d'action à destination des hommes prostitués à Bruxelles, Bruxelles.

Alias (2014), *Rapport d'activités 2014 de l'ASBL Alias pour son programme d'action à destination des hommes prostitués à Bruxelles*, Bruxelles. Disponible sur : (consulté le 16/08/2016).

Bourne A. et al. (2014), *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*, London, Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Disponible sur : <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 (2013), *Discrimination - Diversité. Rapport 2013*, Bruxelles. Disponible sur : http://unia.be/files/legacy/cgkr_00668_01_jvs_discdiv_fr.pdf (consulté le 16/08/2016).

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2014), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013*, Stockholm. Disponible sur : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.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).

Firdion J.-M., Verdier E. (2003), « Suicide et tentative de suicide chez les hommes à orientation homo-/bisexuelle », in Broqua C., Lert F., Souteyrand, Y. (sous la direction de), *Homosexualités au temps du Sida : tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS, p. 157-168.

Green L.W., Kreuter M.W. (2005), *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach*, 4th Ed., New-York, Mc Graw Hill, <http://www.lgreen.net>.

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. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192873> (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.

McCormack S. et al. (2016), « Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic

open-label randomised trial », *The Lancet*, vol 387, n°10013, p. 53-60. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26364263> (consulté le 16/08/2016).

Mirandola M. et al. (editors) (2016), *The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities*. Disponible sur : 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).

Molina J.-M. et al. for the ANRS IPERGAY Study Group (2015), « On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 23, p. 2237-2246. Disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMOa1506273> (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. Disponible sur : <http://www.emis-project.eu/national-reports.html> (consulté le 16/08/2016).

ONUSIDA (2014), 90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf (consulté le 16/08/2016).

Parent F. (2006), *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*, Thèse de doctorat, Bruxelles, Ecole de Santé Publique de l'ULB.

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. Disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf> (consulté le 16/08/2016).

Pezeril C. (2016), « Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », *Genre, sexualité & société*, n° 15. Disponible sur : <http://gss.revues.org/3763> (consulté le 16/08/2016).

Pineault R., Daveluy C. (1995), *La planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies*. Québec, Éditions Nouvelles.

Plan national VIH 2014-2019, Disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/NationalPlanFrench.pdf>.

Poelman M., Smits D. (2007), *Un instantané des agressions de tous types envers les LGBT à Bruxelles-Ville*, Bruxelles, EHSAL/Centre pour l'égalité des Chances.

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 (consulté le 16/08/2016).

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. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533066> (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.

Sasse A., Deblonde J., Van Beckhoven D. (2015), *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.

Spire B. *et al.* (2013), *SLAM. Première enquête qualitative en France*, Paris, AIDES. Disponible sur : <http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873> (consulté le 16/08/2016).

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).

Van Beckhoven D. *et al.* 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*. Disponible sur : <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. *et al.* (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. Disponible sur : http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/Rapport_IST_2013.pdf (consulté le 16/08/2016).

De Stratégies Concertées des acteurs de prévention des IST/ SIDA (SCSS) bestaat uit een netwerk van actoren betrokken in de seksuele gezondheidspromotie in de Brusselse en de Waalse regio dat tot doel heeft om de kwaliteit van de preventie- en risicoreductie-interventies te verbeteren. In 2015 heeft het netwerk een actualisatieproces gestart van de referentiekaders voor de preventie van hiv/soa's, beginnend bij de prioritaire doelgroep van homomannen, biseksuelen en andere mannen die seks hebben met mannen (MSM) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG). Dit werk voltrok zich met participatie van betrokken actoren en gebeurde aan de hand van een specifiek planningsmodel. Dit document licht de methodologie in detail toe, geeft de belangrijkste bevindingen uit de situatie-analyse weer en bevat het operationele plan voor de beoogde doelgroep.

De Brusselse regio kent de hoogste incidentiecijfers wat betreft hiv en andere soa's. In het BHG concentreert zich een groot deel van het homoleven en de nationale gayscene, tevens gekenmerkt door een grote internationale mobiliteit. De sociaaleconomische verschillen zijn er groot en de behoeften op het vlak van preventie zijn dan ook des te groter. Gezien de sterke evolutie die de preventie doormaakt en de regionalisering van de gezondheidspromotie was het noodzakelijk om een actuele stand van zaken op te maken en combinatiepreventie concreter te implementeren, zoals dit tevens voorzien is in het nationaal Hiv Plan 2014-2019.

Om de beschikbare interventies ter preventie van hiv en andere soa's efficiënter in te zetten, benadrukt het concept van combinatiepreventie het samen inzetten van primaire preventie, testen en behandelen, zorg voor mensen met hiv. Tevens wordt het versterkende effect gewaardeerd tussen gedrags-, structurele en biomedische interventies. Naast condoom- en glijmiddelgebruik worden de volgende interventies toegevoegd aan de preventie : behandeling als preventie (TasP), gedecentraliseerd testen van en door prioritaire doelgroepen, post-expositie profylaxis (PEP) en pre-expositie profylaxis (PrEP).