STRATÉGIES CONCERTÉES IST-SIDA

http://www.strategiesconcertees.be

2018
2022

UNE ANALYSE COMMUNE POUR L'ACTION

Cadre de référence pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH et des autres IST chez les migrants dans la région de Bruxelles-Capitale

UNE ANALYSE COMMUNE POUR L'ACTION

Cadre de référence pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH et des autres IST chez les migrants dans la région de Bruxelles-Capitale

2018-2022

Colophon

Rédaction

Loïs Lion, Myriam Dieleman et Christian Dongmo, Observatoire du sida et des sexualités

Collaboration

Plateforme Prévention Sida/ SidAids-Migrants

Avec le soutien de la COCOF

Pour citer ce document

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence: Lion L, Dieleman M, Dongmo C, avec la collaboration de Plateforme Prévention Sida/ SidAids-Migrants (2018) *Une analyse commune pour l'action. Cadre de référence 2018-2022 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH, des hépatites et des autres IST chez les migrants dans la Région de Bruxelles-Capitale,* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis - Bruxelles).

Édition électronique

http://www.strategiesconcertees.be/

Ont contribué à ce cahier

Nous remercions toutes les personnes ayant assisté aux ateliers exploratoires des 9, 11 et 12 mai 2017 ainsi que tous les participants à l'atelier du 21 juin 2017 :

Kirsten	Accoe	Référente médicale, MÉDECINS DU MONDE
Cindy	Casaril	Chargée de projets, SERVICE ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
Fanny	Collard	Chargée de mission, FEDERATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DES FEMMES PREVOYANTES SOCIALISTES
Isabelle	Collings	Infirmière, SIDA SOL
Maïté	Cuvelier	Chargée de projets, CULTURES & SANTÉ
Marie	Dauvrin	Chercheuse, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Claire	Delhove	Chargée de projet, PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA
Sandrine	Detandt	Chercheuse, OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS
Maëlle	Doyen	Responsable de projet, MODUS VIVENDI
Christophe	Dubois	Directeur, CENTRE DE PLANNING FAMILIAL DE JETTE
Emilie	Farcy	Collaboratrice, CROIX-ROUGE
Stéphanie	Florquin	Coordinatrice Stratégies concertées MGF, GAMS
Koessan	Gabiam	Chercheur indépendant
Anne-Françoise	Gennotte	Médecin, CHU SAINT-PIERRE ; responsable du CENTRE ELISA
Emilie	Gérard	Responsable de recherche, SIDAIDS MIGRANTS
Céline	Glorie	Référente médicale, MÉDECINS DU MONDE
Anne	Gosselin	Chercheuse, CEPED
Grâce	Ntunzwenimana	Animatrice, SIDAIDS-MIGRANTS
Bérengère	Guccione	Responsable médiation interculturelle, CHU BRUGMANN
Noémie	Hubin	Animatrice, LES PISSENLITS
Trésors	Kouadio	Responsable de projet, PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA
Cécile	La Morté	Infirmière de recherche, CHU SAINT-PIERRE
Aurélie	Le Van	Médecin, SIDA SOL
Maureen	Louhenapessy	Coordinatrice, SIDAIDS-MIGRANTS
Lazare	Manirankunda	Chercheur, INSTITUT DE MÉDECINE TROPICALE
Alicia	Marigoh Ndibo	Stagiaire, FÉDÉRATION LAÏQUE DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL
Thierry	Martin	Directeur, PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA
Xussen	Maxamed	Agent de terrain, SIDAIDS-MIGRANTS
Alessandra	Moonens	Médecin, CENTRE D'ACCUEIL BRUXELLES – PETIT-CHÂTEAU
Seydou	Niang	Agent de terrain, SIDAIDS-MIGRANTS
Amandine	Oleffe	Chercheuse, consultante indépendante, URIAS
Charlotte	Pezeril	Directrice, OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS
Maud	Tilman	Assistante sociale, SIDA SOL

Marie Vanoverberghe Chargé de projets, SERVICE ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Liste des acronymes

ARV	(Traitement) antirétroviral
ASS	Afrique subsaharienne
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CPAM	Comité de pilotage et d'appui méthodologique
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CPF	Centre de planning familial
CRS	Centre de référence SIDA
CVI	Charge virale indétectable
DASPA	Dispositif d'accueil et de scolarisation des primo-arrivants
EVRAS	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
ISP	Institut scientifique de santé publique
IST	Infection sexuellement transmissible
MENA	Mineur étranger non accompagné
MG	Médecin généraliste
PHQ-4	Patient Health Questionnaire 4
PMS	Psycho-médico-social
PrEP	Pre-exposure prophylaxis (Prophylaxie pré-exposition)
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RBC	Région de Bruxelles-Capitale
RF	Région Flamande
RW	Région Wallonne
RdR	Réduction des risques
SAM	Subsaharan African Migrant (Migrant originaire d'Afrique subsaharienne)
SAM VVIH	SAM vivant avec le VIH
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TasP	Treatment as prevention (Traitement comme prévention)
TDS	Travailleur du sexe
TPE	Traitement post-exposition
UDI	Usager de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

1. AVANT-PROPOS 11

2. RÉSUMÉ 17

3. PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE 21

3.1. LA GESTION DE CYCLE DE PROJET 21
3.2. ANALYSE DE SITUATION ET PLANIFICATION 23
3.3. LA MISE A JOUR DU CADRE DE RÉFÉRENCE 26

4. ANALYSE DE SITUATION 33

4.1. PUBLIC CIBLE 33
4.2. SOUS-PUBLICS SPÉCIFIQUES 34
4.3. DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL 35
4.3.1. PRESENTATION 35
4.3.2. PRINCIPAUX ELEMENTS 37
4.4. PROBLÉMATIQUE 55
4.5. ACTEURS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE 56
4.5.1. LES ACTEURS DE PREVENTION DES IST/VIH 56
4.5.2. LES ACTEURS DE SANTE / PSYCHO-MEDICO-SOCIAUX 57
4.5.3. LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES 57
4.5.4. AUTRES ACTEURS 58
4.6. COMPORTEMENTS ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ 58
4.6.1. MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE 59
4.6.2. MIGRANTS D'ASS VIVANT AVEC LE VIH 59
4.6.3. ACTEURS DE PREVENTION 60
4.6.4. ACTEURS PSYCHO-MEDICO-SOCIAUX 61

5. PLAN OPÉRATIONNEL 65

5.1. OBJECTIF SPÉCIFIQUE 66
5.2. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIVITÉS PAR THÉMATIQUE 67

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 81

1
AVANT-PROPOS

1. AVANT-PROPOS

Les **Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA** (SCSS) sont un réseau d'acteurs de promotion de la santé sexuelle en Région bruxelloise et en Région wallonne[1]. L'objectif du réseau est d'améliorer la qualité des actions de prévention et de réduction des risques, en définissant de manière participative un cadre de référence commun aux différents intervenants concernés. Ce cadre de référence est actualisé périodiquement afin de tenir compte des évolutions des réalités de terrain et d'identifier de nouveaux acteurs en lien avec la problématique. Cette version mise à jour pour la période 2018-2022 s'adresse prioritairement aux acteurs de prévention, aux acteurs psycho-médico-sociaux et aux acteurs communautaires ; mais également au public cible et aux autres acteurs concernés par la problématique.

Concrètement, des ateliers ont été organisés avec les acteurs de terrain afin de réaliser puis de mettre à jour une **analyse de situation** et un **plan opérationnel** pour le public cible des « migrants » en particuliers originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) dans la Région de Bruxelles-Capitale (RBC), et ceci avec l'appui d'une méthodologie de gestion de cycle de projet et de planification en santé qui prend en compte l'ensemble des déterminants de santé. Les activités qui en découlent sont donc multidimensionnelles et intersectorielles. Le processus lui-même est générateur d'échanges de pratiques et donc d'une meilleure interconnaissance entre les acteurs.

Compte tenu de **l'évolution des approches préventives,** en particulier la mise en œuvre de la prévention combinée validée par le Plan VIH 2014-2019 ainsi que l'objectif « 90-90-90 » promotionné par l'ONUSIDA[2], le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) du réseau des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA (SCSS) a décidé d'entamer en 2015 un cycle de mises à jour[3] des cadres de référence de prévention des IST/VIH en commençant par

[1] Plus d'informations sur les SCSS : http://www.strategiesconcertees.be.

[2] **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 29/11/2017).**

[3] La dernière mise à jour datait de 2009 : http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions/migrant-e-s.

les deux publics prioritaires identifiés par le Plan national VIH, à savoir d'une part les gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) et d'autres part les migrants subsahariens.

Dans le contexte de la **régionalisation de la promotion de la santé,** le CPAM a de plus souhaité développer un cadre de référence spécifique pour Bruxelles. Cette régionalisation constitue une opportunité pour rénover le cadre d'action au niveau local et renforcer les acteurs de terrain spécialisés, reconnus et forts d'une expertise accumulée depuis de nombreuses années. Même si un cadre de référence pour la prévention du sida commun aux régions bruxelloise et wallonne reste pertinent, il est essentiel de penser **les spécificités régionales** afin d'adapter les stratégies de prévention pour le public migrant aux réalités locales.

La Région bruxelloise connaît les plus hauts taux d'incidence du pays pour ce qui concerne le VIH et d'autres IST. Elle présente aussi un fort taux de personnes d'origine et de nationalité étrangère. De plus, les disparités socioéconomiques y sont importantes et les besoins en matière de prévention d'autant accrus. Ce cadre de référence ciblera principalement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (SAM : *Sub-Saharan African Migrants*), du fait d'une situation épidémiologique particulièrement préoccupante et d'un plus grand volume de données disponibles.

Cette mise à jour du cadre de référence vise donc à faciliter la mise en œuvre effective de **la prévention combinée** telle que programmée par le Plan national VIH 2014-2019. Le concept de prévention combinée articule prévention primaire, dépistage (prévention secondaire) et traitements (prévention tertiaire) et allie stratégies de prévention comportementales, structurelles et biomédicales afin de proposer un plus grand nombre d'outils efficaces dans la lutte contre le VIH et les IST. Ces outils ne se substituent toutefois pas les uns aux autres. Ainsi, l'utilisation du préservatif et du lubrifiant, le dépistage, le traitement comme prévention (TasP), le traitement post-exposition (TPE), la prophylaxie pré-exposition (PrEP) sont à envisager de façon combinée et individualisée, pour que les différentes stratégies de prévention s'adaptent aux situations personnelles et aux pratiques sexuelles. Ces nouvelles méthodes de

prévention ouvrent des perspectives de contrôle de l'épidémie de VIH même si certains enjeux concernant la médicalisation de la prévention doivent être pris en compte (par exemple les difficultés d'accessibilité et les inégalités sociales de santé, la complexité des messages, le rapport médecin-patient).

La présente mise à jour a été réalisée par l'**Observatoire du sida et des sexualités** avec la collaboration du point focal[4], **Plateforme Prévention Sida/ SidAids-Migrants**[5], asbl de promotion de la santé visant l'amélioration de la santé sexuelle et la diminution de la prévalence du VIH et des autres IST parmi les populations migrantes.

[4] Dans le réseau des Stratégies concertées IST/sida, un point focal est l'organisme responsable de la mise à jour du cadre de référence pour le public cible dont il a la charge (il y a un point focal par public cible). Chaque point focal est constitué d'un coordinateur, des partenaires ou membres et d'un réseau. (voir http://www.strategiesconcertees.be/presentation-scss/organisation)
[5] L'asbl SidAids-Migrants a fusionné en 2018 avec la Plate-Forme Prévention Sida.

2
RÉSUMÉ

2. RÉSUMÉ

Bien qu'incomplètes et non exemptes de biais, les données collectées pour le diagnostic épidémiologique et social contredisent de façon cohérente certaines croyances concernant les comportements sexuels et la prévention chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Ainsi, les SAM se dépistent plus souvent et utilisent plus le préservatif que les « Belges » (ou les personnes nées en Belgique). Les enquêtes permettent également de penser que les risques de transmission par le VIH sont bien connus par ces communautés. Si ce risque reste particulièrement accru pour les SAM, ce n'est pas tant la conséquence de comportements plus à risque, comme un grand nombre de partenaires sexuels ou une activité sexuelle plus fréquente, que celle de facteurs environnementaux, et en premier lieu le taux de prévalence élevé dans les pays d'origine.

Concernant les autres IST, en dehors des hépatites B et C dont la prévalence s'explique aussi par des voies de transmission non sexuelles, les taux sont à peine supérieurs au sein de ces populations. La forte prévalence du VIH dans les communautés originaires d'Afrique subsaharienne semble donc plutôt attribuable à la forte prévalence dans les pays d'origine et à l'existence de réseaux sexuels intra-communautaires, qui n'est par ailleurs pas spécifique à ces communautés. De plus les indicateurs socio-démographiques disponibles font ressortir des déséquilibres dans le domaine de l'emploi, à savoir un taux d'occupation nettement inférieur à celui des « Belges » et une mobilité sociale à la baisse, avec des conséquences sur les revenus, l'accès à la propriété du logement ou l'accès aux soins de santé. Ces données sont à mettre en relation avec les signalements pour discrimination reçus par Unia dont 37% concernent des cas de discriminations dites « raciales ».

Pour autant, ces constats ne doivent pas nous conduire à diminuer les efforts de prévention en direction de ces publics ! Les connaissances, la prévention et l'utilisation du préservatif sont plus élevées que dans la population générale mais restent insuffisantes dans le contexte d'une exposition plus forte au risque VIH. Si nous voulons améliorer l'adhésion, la mobilisation et l'acceptabilité des stratégies préventives dans ces communautés, nous devons d'une part adopter une vision qui intègre l'autonomie, la responsabilité et les compétences des

communautés concernées. Nous devons d'autre part améliorer l'accueil et le suivi dans les soins des personnes migrantes (notamment les primo-arrivantes et, plus largement, toutes les personnes en attente de régularisation administrative), diminuer la stigmatisation et les discriminations à leur égard et enfin, améliorer l'information concernant les nouveaux enjeux de prévention (TasP, TEP, PreP, etc.). Le succès des stratégies de prévention et le recul de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes d'origine subsaharienne à Bruxelles nécessitent donc un changement de perspectives. Nous devons commencer à voir la population SAM telle qu'elle est réellement : une population générale avec une forte prévalence du VIH et une grande conscience du risque par rapport à la population générale. Ce changement de vision est une nécessité non seulement pour obtenir la participation et l'adhésion des communautés SAM, individus ou organisations, aux politiques de prévention et pour réaliser une mobilisation plus large, mais encore pour améliorer le lien et la rétention dans les soins et l'observance et ainsi améliorer l'efficacité de la prévention combinée.

Résumé de : Lion E., « *Sexual health* promotion and HIV/STI prevention among migrants in Brussels Region », BREACH symposium, Bruxelles, 24/11/2017.

3
PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE

3. PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE

3.1. LA GESTION DE CYCLE DE PROJET

La méthode de planification employée dans le cadre des Stratégies concertées repose sur **la gestion de cycle de projet**[6] et sur l'outil du **cadre logique** afin de définir les étapes logiques d'un programme de promotion de la santé (voir figure 1), à savoir : l'analyse de la situation ; l'élaboration d'un cadre d'action (plan opérationnel) ; l'identification et l'allocation des ressources ; la diffusion ; et l'évaluation.

Le **modèle de planification** proposé et adapté[7] à la problématique est le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter[8]. Celui-ci permet d'analyser une problématique de santé (phase PRECEDE[9]) en tenant compte de sa nature multifactorielle et en classant les déterminants qui contribuent à cette problématique en catégories : les comportements (les pratiques), l'éducation, l'environnement, le domaine politique et administratif, et les variables sociodémographiques.

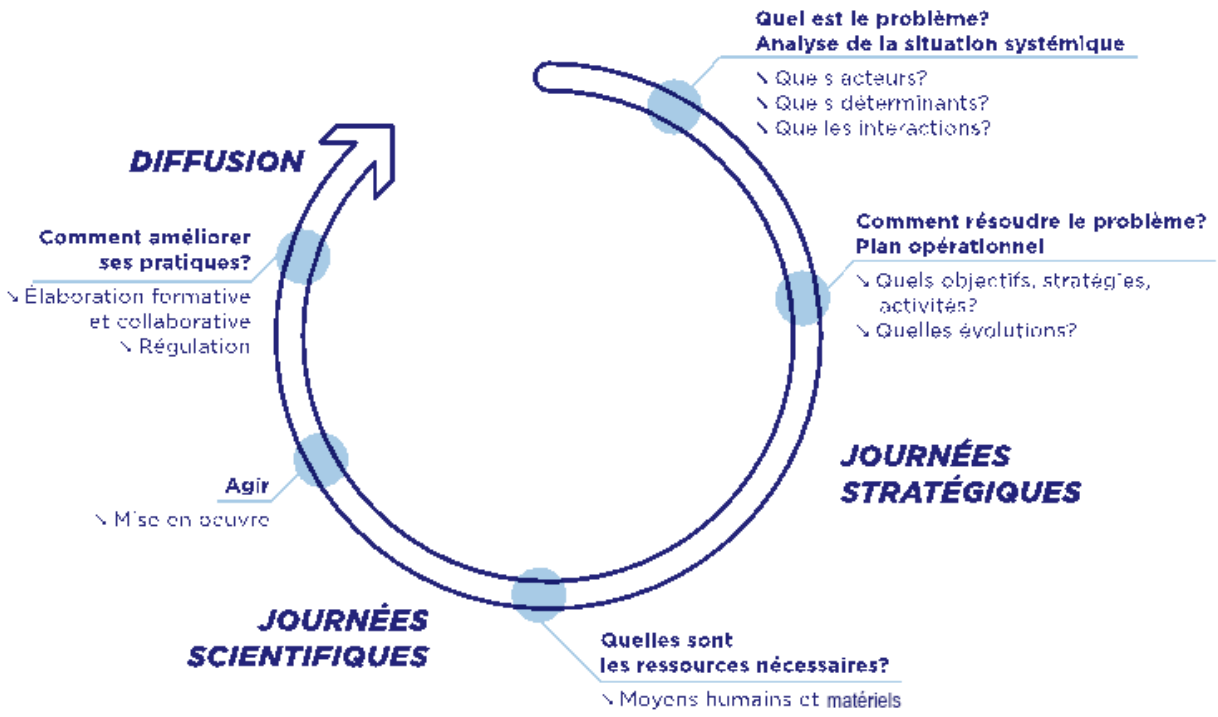
À partir de l'analyse de situation et dans une même **vision systémique**, la planification (phase PROCEED[10]) consiste à déterminer les objectifs et à identifier les activités pertinentes pour agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux. Ces activités sont donc nécessairement multidimensionnelles et multisectorielles.

---

[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*, Thèse de doctorat, Bruxelles, 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] L'acronyme PRECEDE signifie « Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Environment Diagnosis and Evaluation », soit en français « facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et évaluation de ce diagnostic ».
[10] L'acronyme PROCEED signifie « Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development », soit en français « Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental ».

La méthode de planification des Stratégies concertées repose également sur la **participation** d'acteurs représentatifs concernés par la problématique, lors d'ateliers consacrés aux phases d'analyse de situation et de planification. Ces acteurs sont appelés à formuler en consensus la problématique, les objectifs et les activités. Ce processus permet ainsi d'accroître la pertinence du cadre d'action, d'améliorer l'adhésion des acteurs concernés au plan stratégique et s'accompagne, enfin, d'un mécanisme ascendant de reconnaissance du cadre de référence au niveau de la politique publique.

Figure 1 : La gestion participative et systémique de cycle de projet



3.2. ANALYSE DE SITUATION ET PLANIFICATION

La phase d'analyse de situation (PRECEDE) se déroule selon les étapes suivantes :

- ✓ Pour le public cible considéré, un **diagnostic épidémiologique et social** est réalisé en recensant les données scientifiques et les observations de terrain disponibles. Un document de travail préparatoire a été réalisé par l'Observatoire du sida et des sexualités[11] et a été ensuite discuté et complété de manière participative.

- ✓ La formulation de **la problématique** est réalisée sur la base d'un consensus en retenant et en synthétisant les variables les plus pertinentes du diagnostic socio-épidémiologique.

- ✓ Une fois la problématique définie, **les acteurs** qui y contribuent et leurs **comportements** sont identifiés et répertoriés dans le diagnostic comportemental. Il s'agit du public cible (et éventuellement ses sous-catégories), mais aussi des acteurs qui ont, directement ou indirectement, des interactions avec ce public et/ou avec la problématique.

- ✓ Pour chaque acteur, les déterminants en lien avec leurs comportements sont recherchés et classés dans les diagnostics adéquats[12] :

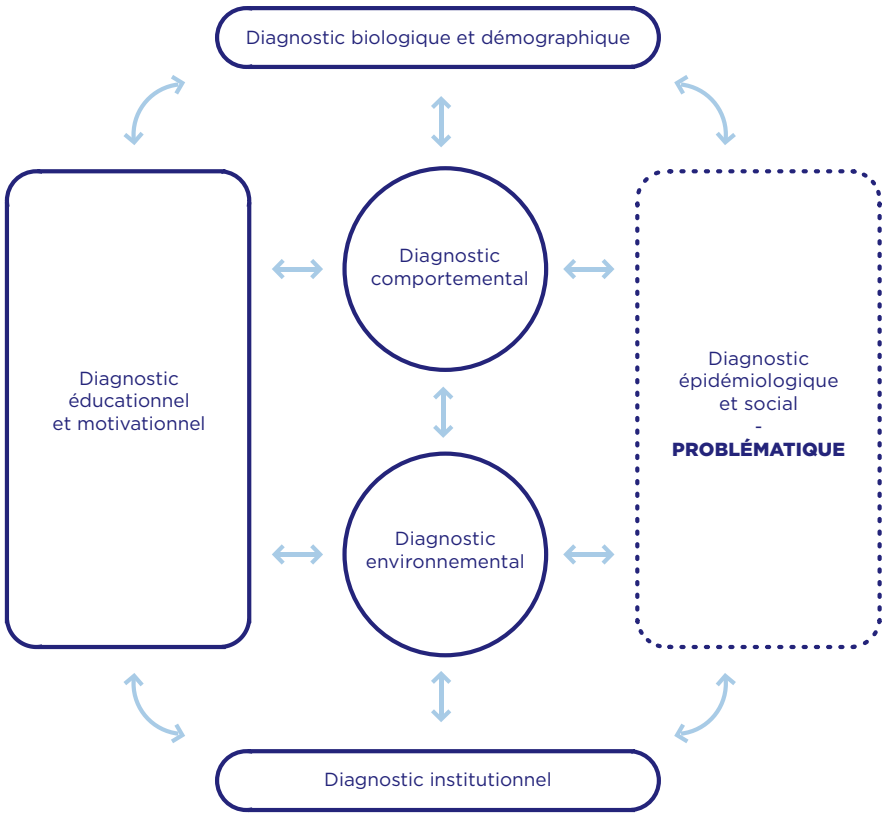
    - Les **déterminants éducationnels et motivationnels** « prédisposants » (représentations, connaissances, attitudes, croyances, intentions), « rendant capable » (savoir-faire, capacités, compétences) ou « renforçants » (influence des pairs, mécanismes de récompense) sont listés dans le diagnostic éducationnel et motivationnel.
    - Les **déterminants de l'environnement** (physique et social) sont répertoriés dans le diagnostic environnemental.

[11] Ce document est édité en annexe : Lion, E. (2016), *Diagnostic épidémiologique et social : Promotion de la santé sexuelle et prévention du VIH, des hépatites et des autres IST parmi les populations migrantes principalement originaires d'Afrique subsaharienne en Région de Bruxelles-Capitale,* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis - Bruxelles).
[12] A noter que dans ce cadre de référence, les diagnostics éducationnels et motivationnels, environnementaux et institutionnels ont été regroupés.

- Les **facteurs institutionnels** (politiques et administratifs) sont recensés dans le diagnostic institutionnel.
- Les **facteurs sociodémographiques** (âge, niveau d'instruction, statut socio-économique, genre) **et biologiques** (toute caractéristique biologique ayant un impact sur la problématique ou les comportements) sont répertoriés dans le diagnostic correspondant.

Afin de rendre compte de l'interdépendance des facteurs à l'œuvre dans les situations concrètes, les diagnostics de l'analyse de situation sont pensés et analysés en lien les uns avec les autres, tel que l'illustre la figure 2.

Figure 2 : Analyse de situation selon le modèle PRECEDE



La phase de planification (PROCEED) consiste à construire – grâce aux outils du cadre logique et à partir de l'analyse de situation – un plan opérationnel qui définit les stratégies d'intervention privilégiées, les objectifs visés et les activités à mettre en œuvre.

- ✓ Pour le public cible considéré, un **objectif spécifique** est défini à partir de la problématique. Cet objectif spécifique constitue le cadre global et la finalité générale et durable du plan opérationnel.

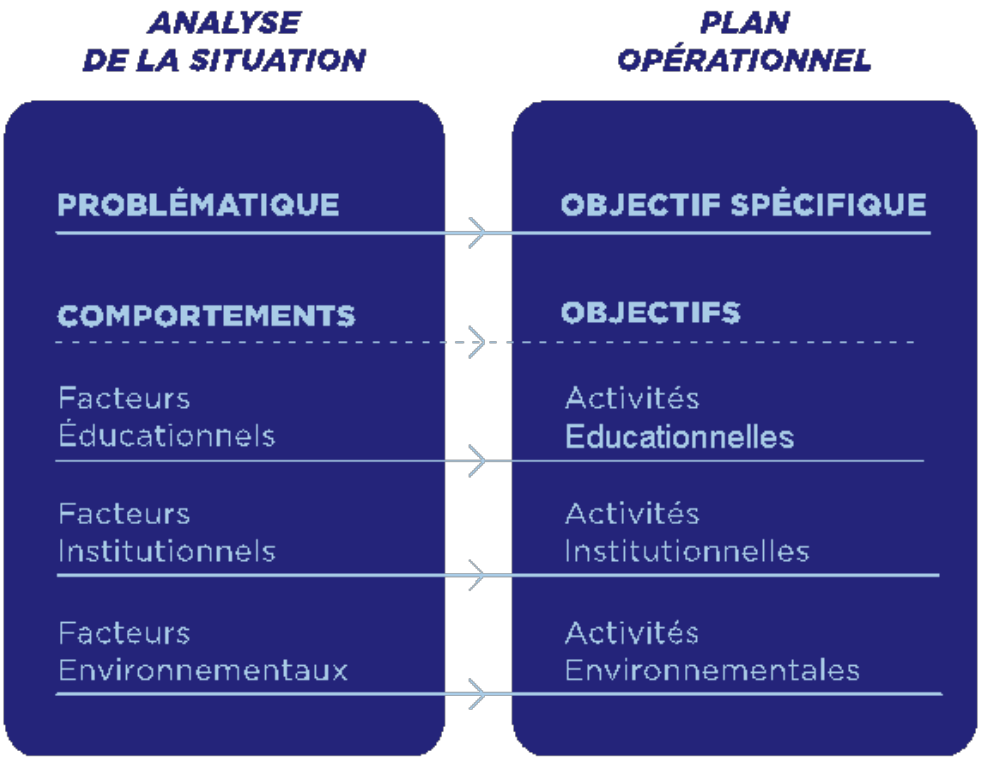
- ✓ La description des comportements et des pratiques des acteurs permet de formuler des **objectifs opérationnels.** Ceux-ci répondent donc à un ou à des problèmes identifiés dans le diagnostic comportemental.

- ✓ Des **activités éducationnelles, environnementales et institutionnelles** sont définies à partir des facteurs correspondants dans l'analyse de situation. Ces activités visent à modifier les déterminants, et donc in fine les comportements pour atteindre les objectifs opérationnels. Les activités constituent la part la plus concrète du plan opérationnel puisqu'elles sont destinées à être mises en œuvre avec des moyens adéquats.

- ✓ Dans la phase de planification, **des critères et des indicateurs d'évaluation** des objectifs et des activités doivent être définis, ainsi que les sources d'information disponibles pour recueillir des données d'évaluation. Cette étape fera l'objet d'une concertation ultérieure.

L'analyse de situation est donc à la base du travail d'opérationnalisation, tel que l'illustre la figure 3.

Figure 3 : Une planification opérationnelle basée sur une analyse de situation



3.3. LA MISE A JOUR DU CADRE DE RÉFÉRENCE

La mise à jour du cadre de référence concernant les migrants (la précédente version date de 2009) a été réalisée en 2016/2017 selon les étapes suivantes :

1. **Collecte et synthèse de données actualisées pour le diagnostic épidémiologique et social portant spécifiquement sur la région de Bruxelles-Capitale**

Les données rassemblées ont été récoltées via une revue de la littérature. Dans certains cas, les chiffres détaillés par Région et/ou par nationalité/origine ont été fournis directement par les organismes producteurs : c'est le cas des données de l'Enquête de santé nationale HIS et de données de surveillance du

VIH/sida de l'Institut de Santé Publique, des données de fréquentation du Centre Elisa (CHU Saint-Pierre) et des données de mortalité de l'Observatoire de la santé et du social.

2. Organisation d'ateliers exploratoires avec des migrants (les 9, 11 et 12 mai 2017)

Ces ateliers avaient pour objectifs de :

1. transmettre aux participants des éléments informatifs issus d'enquêtes récentes et rassemblés dans le diagnostic épidémiologique et social ;

2. récolter des données concernant leurs expériences et leurs vécus ainsi que leurs points de vue sur le diagnostic épidémiologique et social ;

3. diffuser des messages de prévention sur la prévention combinée.

Ces ateliers à visée exploratoire n'ont aucune prétention à la représentativité. Le recrutement des participants pour les deux premiers ateliers a été réalisé par SidAids-Migrants via son réseau et via la diffusion d'affiches dans des lieux fréquentés par les communautés africaines à Bruxelles, invitant à des « soirées de discussion ». Ces deux ateliers visaient d'une part, des personnes d'origine subsaharienne et d'autre part, des migrants VVIH. L'équipe de SidAids-Migrants a également organisé la tenue d'un troisième atelier dans un Centre d'insertion professionnelle du Siréas, afin de toucher un public migrant pas forcément originaire d'Afrique subsaharienne.
Il nous semblait en effet utile de recueillir des données sur l'opinion des migrants en général. Les migrants étant un public globalement scolarisé, le centre de formation d'insertion professionnelle est un milieu de vie qui permet d'approcher un public spécifique particulièrement vulnérable.

La composition du public lors de ces trois soirées était la suivante :

1. **Atelier « public général » subsaharien (9 mai)** : 17 personnes (5 femmes et 12 hommes) dont 16 d'origine subsaharienne et 1 d'origine marocaine.

2. **Atelier PVVIH migrants (11 mai) :** 15 personnes (7 femmes et 8 hommes) dont 11 d'origine subsaharienne, 1 d'origine marocaine et 3 d'origine européenne.

3. **Atelier adultes en formation d'insertion professionnelle (12 mai) :** 18 hommes dont 8 d'origine subsaharienne et 5 d'origine nord-africaine.

Les discussions ont porté sur les thématiques abordées dans le diagnostic épidémiologique et social, à savoir : le VIH (modes de transmission, épidémiologie) ; les IST (épidémiologie) ; la vie affective et sexuelle ; le tabou, la stigmatisation et la dicibilité du VIH ; la prévention combinée et la vie avec le VIH.

Un compte-rendu de ces ateliers a été réalisé et les principaux constats ont été restitués lors de la journée stratégique (voir point 3 ci-dessous).

3. Organisation d'une journée stratégique (le 21 juin 2017) intitulée « Promotion de la santé sexuelle et prévention du VIH, des hépatites et des autres IST parmi les migrants en Région de Bruxelles-Capitale »

Cet atelier participatif à destination des acteurs de prévention, des acteurs psycho-médico-sociaux et des acteurs communautaires avait pour objectif de formuler des pistes concrètes pour améliorer, renouveler et transformer collectivement les approches et les projets de prévention (planification opérationnelle).

La journée s'est organisée en deux temps :

- en plénière : 1) présentation et discussion autour du diagnostic épidémiologique et social ; 2) formulation des éléments de la problématique ; 3) analyse de situation et planification opérationnelle pour le public cible des migrants ;

- en ateliers : analyse de situation et planification opérationnelle par et pour les acteurs présents.

Trente-deux acteurs issus de secteurs diversifiés[13] se sont mobilisés lors de cette journée de travail afin de créer du consensus autour de stratégies communes pour les années à venir.

4. Rédaction du cadre de référence

L'Observatoire du sida et des sexualités a pris en charge cette étape de travail à partir des travaux réalisés lors de la journée stratégique.

5. Relecture et validation du cadre de référence

Une version avancée du cadre a été soumise à SidAids Migrants et à tous les participants aux ateliers. Les remarques reçues ont été intégrées au document. Un comité de relecture restreint a également été constitué, afin de fournir un travail d'expertise complémentaire. Ce comité était constitué de :

Alessandra MOONENS, Anne Françoise GENNOTTE, Emilie GERARD, Grâce NTUNZWENIMANA, Lazare MANIRANKUNDA, Marie DAUVRIN, Maureen LOUHENAPESSY, Thierry MARTIN.

[13] Voir la liste des participants dans le colophon.

4
ANALYSE DE SITUATION

4. ANALYSE DE SITUATION

4.1. PUBLIC CIBLE

Les migrants forment une catégorie épidémiologique dont il est difficile de tracer les contours. Lors de cette mise à jour, nous avons adapté la définition qui avait été élaborée collectivement lors du précédent cycle des Stratégies concertées (Martens, Parent et al., 2009). Voici la nouvelle définition du public :

> *Les migrants forment un public hétérogène au plan sociodémographique. Certains sous-groupes sont caractérisés par une incidence et une prévalence élevées du VIH et/ou par un accès tardif au dépistage. Il s'agit principalement des migrants originaires d'Afrique subsaharienne et de certains pays d'Amérique latine, des Caraïbes et d'Europe de l'Est. De plus, certains sous-groupes présentent des vulnérabilités sociales, administratives (en particulier liées au dispositif d'accueil des étrangers), liées au genre, à l'orientation sexuelle ou à l'âge qui accentuent leur exposition au risque et peuvent se cumuler. Les politiques migratoires, les discriminations internes aux communautés de vie, le racisme en population générale et les difficultés d'intégration dans un contexte culturel nouveau compromettent leur accès aux soins et aux traitements, à l'aide sociale et à la prévention.*

Le public cible des migrants regroupe de nombreuses populations différentes par leurs origines et présentant donc des caractéristiques sociales, démographiques, culturelles et épidémiologiques spécifiques. Ainsi, toutes les populations migrantes ne sont pas caractérisées par une incidence et une prévalence élevées du VIH. Dans une perspective de santé publique, les stratégies de lutte contre le VIH et les autres IST présentées dans ce cadre de référence cibleront majoritairement le public SAM, sans toutefois oublier l'importance de mener des actions de prévention et d'information autour de la santé sexuelle auprès des autres communautés migrantes[14]. Dans ce cadre, on pourra utiliser la terminologie « Populations originaires de pays endémiques

[14] Le diagnostic complet en annexe comporte quelques données épidémiologiques sur les autres populations migrantes fortement impactées par le VIH.

(POPE) », qui a l'avantage de ne pas se focaliser sur une seule origine et d'inclure également les personnes non migrantes.

En effet, si l'on considère comme migrant toute personne qui n'est pas née en Belgique et qui n'avait pas la nationalité belge à la naissance, quid de ceux qui ont acquis la nationalité belge ou qui résident – légalement ou non – en Belgique depuis plus de 20 ou 30 ans ? A partir de quand n'est-on plus un migrant ? Dans un contexte de libre circulation des travailleurs, les personnes originaires de l'Union Européenne sont-elles également des migrants ? A l'inverse, dans un contexte où au moins 29% des infections parmi les migrants ont lieu sur le territoire belge (Yin Z et al., 2016) et où les réseaux sexuels semblent perméables entre les 1ères et les 2èmes générations de migrants (Lydié N, 2007), la question de l'inclusion dans cette catégorie épidémiologique des personnes nées en Belgique de parents originaires de pays endémiques se pose. A l'heure actuelle, les réponses à ces questions sont multiples et dépendent de l'objet d'étude. Ainsi, les données disponibles concernant les migrants utilisent tour à tour le critère de la nationalité ou de l'origine. Pour permettre au lecteur de faire la différence, nous utiliserons différents termes en fonction du contexte :

- **Pour faire référence à l'origine : personnes d'ascendance africaine,** Subsaharian African Migrants (SAM) ; migrants[15].
- **Pour faire référence à la nationalité :** Ressortissants d'Afrique subsaharienne ; personnes ayant une nationalité d'Afrique subsaharienne ; Africains ; Belges.

4.2. SOUS-PUBLICS SPÉCIFIQUES

Pour certains sous-publics il semble nécessaire d'identifier plus finement les comportements et les déterminants particuliers et donc d'adapter la mise en œuvre des stratégies, objectifs et activités sur le terrain.
Il n'existe pas, à ce jour, d'étude socio-épidémiologique définissant les sous-publics particulièrement vulnérables au VIH/sida en Région bruxelloise, mais la

[15] A l'inverse des termes « migrants » et « SAM », le terme « personnes originaires d'Afrique subsaharienne » peut inclure des personnes nées en Belgique.

littérature européenne (Lydié, 2007 ; Afrique Avenir, 2017) et africaine (De Oliveira et al., 2016) ainsi que les observations de terrain[16] donnent des indications sur les publics prioritaires pour lesquels des activités spécifiques gagneraient à être menées.

- **Les personnes présentant une vulnérabilité liée au genre et/ou à l'orientation sexuelle :** les femmes ; les gays, bisexuels et autres HSH ; les lesbiennes, bisexuelles et autres FSF ; et les personnes trans*[17].
- **Les travailleurs et travailleuses du sexe.**
- **Les personnes présentant une vulnérabilité sociale :** les primo-arrivants, les personnes sans statut de séjour légal ; les personnes en situation de pauvreté/précarité ; les personnes ayant un faible niveau d'études.
- **Les adolescents et les jeunes adultes,** y compris les MENA.
- **Les personnes vivant avec le VIH.**

Certains de ces sous-publics ont fait l'objet de cadres de références spécifiques[18].

4.3. DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL

4.3.1. Présentation

Le diagnostic épidémiologique et social constitue la première phase de l'analyse de situation (PRECEDE).

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

1. L'Observatoire du sida et des sexualités a réalisé un **document préparatoire**

[16] Notamment l'analyse des données collectées dans le cadre du projet Action Test (Lion L, non publié).
[17] L'emploi de l'astérisque dans le terme trans* sert à désigner de manière inclusive toutes les personnes ayant une identité ou expression de genre non conforme au genre qui leur a été assigné à la naissance, y compris les personnes transgenres, non-binaires ou agenre. Pour plus d'information : https://www.genrespluriels.be/Trans-genre-non-binaire-a-bi-polygenre-gender-queer.
[18] Il existe des cadres de référence datant de 2009 pour les jeunes, les FSF, les prostitués masculins et les prostituées féminines : http://www.strategiesconcertees.be/documents-productions. Pour les HSH, le cadre de référence a été mis à jour en 2016 : http://www.strategiesconcertees.be/publications/SCSS_CadreFR_BXL_GAYS.pdf/view.

en collectant les données existantes pour Bruxelles, qu'elles proviennent de la surveillance du VIH et des autres IST par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), d'enquêtes scientifiques récentes (notamment les études *aMASE* et *Together*) ou des rapports d'activité ou d'évaluation des différents acteurs de lutte contre le VIH et les autres IST en Région bruxelloise. Les enquêtes internationales (notamment les études *PARCOURS* et *ANRS-VESPA*) ont été utilisées lorsque aucune enquête belge n'était disponible. Privilégiant les données de moins de 5 ans, ce diagnostic offre un aperçu précis et actualisé de la situation.

2. Le document préparatoire a été présenté lors des ateliers exploratoires des 9, 11 et 12 mai 2017. Les participants ont commenté les données présentées dans ce document avec leurs propres expériences, leurs perceptions et leurs attentes en termes de prévention. Ces apports ont été consignés et ont servi de support à la planification collective lors de l'atelier du 21 juin.

3. Le diagnostic a enfin été présenté pour discussion et validation aux participants – essentiellement des professionnels et des acteurs relais – à la journée d'atelier organisée le 21 juin 2017 et intitulée « Promotion de la santé sexuelle et prévention du VIH, des hépatites et des autres IST parmi les migrants en Région de Bruxelles-Capitale ». Leurs constats ont également été consignés et ont permis de compléter le diagnostic épidémiologique et social.

Un document complet reprenant l'ensemble des données collectées lors des trois étapes de travail est téléchargeable en ligne, sur le site de l'Observatoire du sida et des sexualités[19]. Par souci de concision, cette publication présente uniquement une synthèse des indicateurs les plus marquants.

[19] Lion, L. (2017), *Diagnostic épidémiologique et social : Promotion de la santé sexuelle et prévention du VIH, des hépatites et des autres IST parmi les populations migrantes principalement originaires d'Afrique subsaharienne en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis - Bruxelles).

4.3.2. Principaux éléments

1. LES POPULATIONS MIGRANTES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : IMPORTANCE ET ORIGINE

Taille des populations originaires ou ayant une nationalité africaine en Belgique et en RBC

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) représentaient 1,5% (n=171.912) de la population résidant légalement en Belgique au 1er janvier 2015. 55% (n=95.258) d'entre elles ont acquis la nationalité belge et 45% ont une nationalité d'ASS (Myria, 2016). 37% (n=28.494) des personnes ayant une nationalité d'ASS résident à Bruxelles, où elles représentent 2,4% de la population bruxelloise (SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie, 2015). La proportion de personnes d'origine étrangère[20] est la plus élevée en Région bruxelloise où elles représentent 72,1% des résidents ayant entre 18 et 60 ans contre 32% en Région wallonne et 19% en Région flamande (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2015).

Taille des populations sans statut de séjour légal

Les personnes sans statut de séjour légal, toutes nationalités confondues, ne sont pas incluses dans les statistiques officielles. Selon certaines estimations, elles représenteraient environ 10% de la population de nationalité étrangère (Triandafyllidou, 2009), soit environ 125.000 personnes en Belgique en 2015, en incluant les personnes originaires de l'UE28 (Myria, 2016). Ce pourcentage atteint 21% parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne s'étant présentée pour un dépistage au centre Elisa[21] en 2014 (Gennotte et La Morté, communication personnelle) et également celles recrutées dans l'étude *Together* menée à Anvers[22] (Loos et al., 2017).

[20] Dans le Monitoring socio-économique (Service public fédéral [SPF] Emploi, Travail et Concertation sociale, Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations, 2015), le terme « personnes d'origine étrangère » désigne toute personne ayant une nationalité autre que belge, ou née avec une nationalité autre que belge, ou dont un des parents est né avec une nationalité autre que belge.
[21] Centre spécialisé de dépistage du VIH/sida du CHU Saint-Pierre. Les migrants originaires de régions endémiques (entres autres) y bénéficient de la gratuité des consultations médicales et des tests VIH.
[22] Le fait de ne pas avoir d'assurance maladie étant considéré comme un proxy (indicateur) du statut de séjour.

Pays d'origine des populations d'ASS

Les personnes ayant une nationalité d'ASS qui résident à Bruxelles sont principalement originaires de la République Démocratique du Congo (31%), de la Guinée (17%) et du Cameroun (13%). Le Rwanda, le Sénégal, le Togo, la Côte d'Ivoire, l'Angola et le Nigéria représentent entre 2% et 4% chacun (SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie, 2015).

Durée de séjour

Dans l'étude *Together* menée à Anvers, 24% des personnes originaires d'ASS sont en Belgique depuis moins de deux ans et 32% y sont depuis plus de dix ans ou y sont nées (Loos J et al., 2017).

Motif de séjour

Sur les 26.059 visas de long séjour octroyés par la Belgique en 2015, 18,3% (n=4.758) l'ont été à des ressortissants d'ASS. Parmi eux, 50% ont évoqué le motif du regroupement familial, 36% celui des études et 13% les raisons professionnelles (Myria, 2016). Dans l'étude PARCOURS réalisée en France, 24% des hommes et 17% des femmes du groupe de référence ont migré parce qu'ils étaient menacés dans leur pays d'origine. Les hommes étaient plus susceptibles d'avoir migré pour « tenter [leur] chance » ou trouver du travail (39% vs 20%) tandis que les femmes invoquaient plus souvent des raisons familiales (46% vs 15%) (Desgrées du Loû et al. 2017). Pour ce qui est de la Belgique, de récentes données font état de 15% d'hommes vs 38% de femmes qui affirment avoir migré pour des raisons de famille, 4% d'hommes et 1% de femmes pour le travail, 39% d'hommes vs 32% pour les études. Enfin, 32% d'hommes vs 19% de femmes déclarent avoir migré à cause de conflits (Demart et al., 2017 : 45).

2. PROFILS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MIGRANTS

Genre

50,9% des personnes originaires d'ASS[23] âgées de 18 à 60 résidant en Belgique en 2012 étaient des femmes (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et al., 2015).

Age

D'après l'étude *Together* menée à Anvers, les femmes originaires d'ASS forment une population plus jeune que les hommes : 23% ont entre 18 et 24 ans et 37% ont 35 ans ou plus, contre respectivement 15% et 53% des hommes (Loos et al., 2017).

Situation de couple

De plus, 61% des femmes et 63% des hommes originaires d'Afrique subsaharienne sont en couple ou mariés (Loos et al., 2017). Ces chiffres sont cependant plus bas dans les travaux de Demart et al. (op.cit.) circonscrits aux personnes d'ascendance africaine originaires de l'Afrique subsaharienne francophone (mais résidant dans les trois régions du pays). Les auteurs mentionnent en effet le chiffre de 47% d'hommes en union avec ou sans enfants contre 43% de femmes.

Niveau d'éducation

Plus de 60% des Afro-descendant.e.s de 18 ans et plus ont un niveau d'études supérieur, qui pour moitié, est un niveau universitaire. En comparaison, la moyenne nationale en Belgique des personnes possédant un diplôme de l'enseignement supérieur (toutes origines confondues) était de 33% en 2016 parmi les 15-64 ans, selon l'enquête sur les forces de travail. Dans l'enquête sur les Belgo-Marocains et les Belgo-Turcs, le taux de personnes détentrices d'un niveau d'étude supérieur était de 40% pour les premiers et de 24,5% pour les seconds (Torrekens et Adam, 2015: 39). Globalement, les niveaux d'instruction ne varient pas en fonction du sexe du/de la répondant.e, sauf pour le supérieur long avec 27% de femmes et 33,4% d'hommes (Demart et al, op.cit. : 61), mais

[23] Dans le monitoring socio-économique, l'ASS fait référence à tous les pays d'Afrique sauf la Tunisie, l'Algérie, le Maroc, la Libye et la Mauritanie.

des variations nationales sont à relever. Les Guinéens accusent notamment d'un faible niveau d'instruction.

Emploi

De façon paradoxale, les personnes orginaires d'ASS sont un des groupes les moins bien intégrés sur le marché du travail en Région bruxelloise, avec un taux d'activité de 48% et un taux de chômage de 21%, contre respectivement 77% et 6% pour les personnes d'origine belge. De plus, parmi les SAM actifs, 60% ont un « bas salaire » contre 20% des Belges (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et al., 2015). Ce phénomène de déclassement social suite à la migration a été étudié dans l'enquête *MAFE* en 2011 parmi les Congolais résidant en Belgique (Vause, 2011) et confirmé par Demart et al (op.cit.) concernant les personnes d'ascendance africaine originaires de l'Afrique subsaharienne francophone. L'étude montre ainsi que 56% des Afro-descendants sont en situation de déclassement (léger, modéré ou fort).

Couverture santé

18% des SAM ayant fréquenté le centre Elisa en 2012 n'avaient pas d'assurance pour les soins de santé (Gennotte et al., 2014).

Discriminations

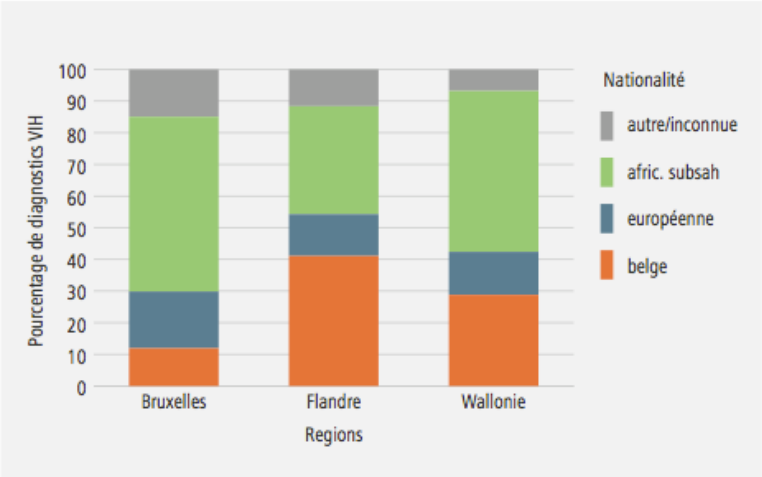
Les écarts sont à mettre en relation avec les données récoltées par Unia. En effet, parmi les 5.619 signalements reçus en 2016, 29% (n=1.647) concernaient des discriminations raciales. Suite à ces signalements, 1.907 dossiers ont été ouverts, dont 37% (n=698) concernant les plaintes pour discriminations sur la base de critères « raciaux ». Ils concernaient majoritairement les domaines des « médias », « travail et emploi » et « biens et services » (Unia, 2017). Demart et al (op.cit.) montrent que 80% des personnes d'ascendance africaine font état de discriminations, principalement dans le domaine de l'emploi et du logement.

3. DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES POUR L'INFECTION À VIH

Nouvelles infections parmi les SAM en Région bruxelloise

915 nouvelles infections au VIH ont été diagnostiquées en Belgique en 2016. Bruxelles comptait 25% (n=229) de celles pour lesquelles la région de résidence était connue. Parmi les cas bruxellois pour lesquels la nationalité est connue (n=211), 123 (63%) étaient parmi des non-Belges, dont 40% (n=53) parmi des personnes ayant une nationalité d'ASS. Les ressortissants d'ASS sont donc surreprésentés parmi les nouvelles infections à Bruxelles. En effet, ils comptent pour 25% des nouveaux cas[24], alors qu'ils représentent 2,4% de la population bruxelloise (Sasse et al., 2017 ; Sasse, communication personnelle). Cependant, ces chiffres ne concernent que les nouvelles infections parmi les personnes ayant une nationalité d'ASS et non pas parmi l'ensemble des personnes originaires d'ASS. Le rapport VIH/sida 2016 de l'ISP précise par ailleurs que les nationalités étrangères sont proportionnellement plus représentées à Bruxelles que dans les deux autres régions. Les personnes de nationalités d'Afrique sub-saharienne constituent en effet 55 % des diagnostics parmi les hétérosexuels à Bruxelles, 51 % en Wallonie, et 34 % en Flandre.

Figure 4 : Distribution des nationalités des personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2016, par région de résidence, Belgique



Source : Sasse et al. (2017), *Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2016,* Bruxelles, Institut de Santé Publique (WIV-ISP), 73 p.

[24] Pour lesquelles la région de résidence et la nationalité sont connues.

Age

57% des nouvelles infections chez les ressortissants d'ASS concernaient la classe d'âge des 25-39 ans, 21% celle des 40-49 ans et 13% celle des 15-24 ans (Sasse, communication personnelle).

Modes de transmission

La majorité des personnes nouvellement diagnostiquées à Bruxelles en 2015 ont été infectées par contacts hétérosexuels (72%) et 8% par contacts entre hommes[25] (Sasse, communication personnelle).

Lieu d'acquisition du VIH

Parmi les personnes chez qui il a été possible de déterminer le moment d'acquisition, 43,4% (n=36) des SAM recrutés en Belgique au sein de l'étude *aMASE* ont été infectés après la migration (Gennotte, 2016). En France, dans l'étude *PARCOURS*, la proportion de SAM ayant été infectés dans le pays d'accueil a été estimée entre 35% et 49% (Desgrées du Lou et al., 2015).

Prévalence du VIH

La prévalence du VIH dans la population de SAM fréquentant les lieux de sociabilité et de rencontre (bars, clubs, églises, magasins, salons de coiffures etc.) d'Anvers a été estimée à 5,9% pour les femmes, et 4,2% pour les hommes (Loos et al., 2017).

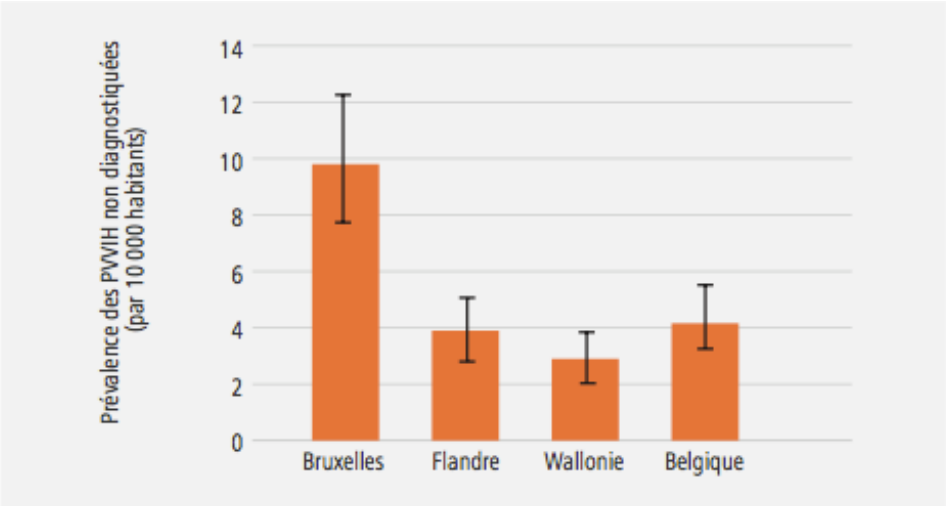
Infections non diagnostiquées

Enfin, la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées parmi les ressortissants d'ASS entre 18 et 64 ans résidant à Bruxelles est plus élevée (9,8 par 10 000 habitants ; IC 95 %: 7,8-12,3), en comparaison du niveau national ainsi que de la Flandre et de la Wallonie (respectivement 3.9 par 10 000 habitants ; IC 95 % : 3,0-5,0 et 2,9 par 10 000 habitants ; IC 95 % : 2,1-3,9 ; figure 23). Ceci pourrait être expliqué comme l'affirment Sasse et al. 2017, par la proportion plus grande de personnes provenant de pays à épidémie de VIH généralisée à Bruxelles. De manière générale, les infections par le VIH non diagnostiquées se retrouvent principalement chez les HSH (N=957) – belges

[25] Les nouvelles infections restantes étant classées dans « Autre » (3,8%) ou dans « Inconnu » (17%). La catégorie Autre regroupe les transmissions verticales et les transmissions UDI.

(N=631) et non-belges (N=311) – et les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne (N=757). Les personnes de nationalités étrangères aussi bien parmi les HSH que parmi les hétérosexuels ont par ailleurs la prévalence d'infections par le VIH non diagnostiquées la plus élevée.

Figure 5 : Prévalence des personnes vivant avec une infection par le VIH Non diagnostiquée au niveau national et par région



Source : Sasse et al. (2017), *Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2016,* Bruxelles, Institut de Santé Publique (WIV-ISP), 73 p.

4. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR LES AUTRES IST

Part des patients d'ASS au sein du réseau sentinelle de cliniciens

Les données de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) concernant les IST dans la Région de Bruxelles-Capitale ne sont pas disponibles par nationalités. La part des étrangers infectés par les IST n'est donc pas connue. En revanche, les données issues du réseau sentinelle de cliniciens renseignent la nationalité pour 96,2% des 1.013 patients suivis en 2013. Parmi ceux-ci, 31,9% (n=311) étaient non-Belges. La région non-européenne la plus représentée était l'ASS avec 21,9% (n=68) des patients non-Belges. Les IST les plus fréquentes en Région bruxelloise en 2014, toutes populations confondues, sont la chlamydia (114,6 cas/100.000 habitants), la syphilis (40,9/100.000) et la gonorrhée (26,4/100.000) (Verbrugge et Crucitti, 2015).

Diagnostics d'IST

Dans l'étude *Together*, 14,4% des SAM rapportaient avoir été diagnostiqués pour une IST au cours de leur vie et 3,5% au cours de l'année précédente (Loos et al., 2017).

Selon les données du centre de dépistage Elisa, les taux de découverte des autres IST chez les SAM étaient de 8% pour la chlamydia (*vs* 6,3% chez les Belges), 7,8% pour l'hépatite B (*vs* 0,5%), 2,7% pour la syphilis (*vs* 1,7%), 2% pour la gonorrhée (*vs* 2,4%) et 0,4% pour l'hépatite C (*vs* 0,7%) (Gennotte et La Morté, communication personnelle).

Prévalence des hépatites B et C

En Belgique, la prévalence de l'hépatite B chronique était estimée à 16,3% parmi les ressortissants de la République démocratique du Congo (RDC), à 11,4% parmi les Guinéens et les Camerounais et à 9,7% parmi les Rwandais, contre 0,7% dans la population générale. De même, la prévalence de l'hépatite C était estimée à 11,6% parmi les ressortissants Camerounais et à 4,3% parmi ceux de la RDC, contre 0,9% dans la population générale (ECDC, 2016).

5. DÉPISTAGE DU VIH ET DES AUTRES IST

Recours au dépistage

Dans l'Enquête de Santé de l'ISP de 2013, 54,9% des personnes de 15 ans et plus nées en Afrique (hors Maroc) ont rapporté avoir fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie et 19,2% dans les 12 derniers mois (*vs* 24,9% et 4,9% des personnes de 15 ans et plus nées en Belgique) (Charafeddine, communication personnelle).

Diagnostic tardif

40,5% des nouvelles infections diagnostiquées parmi les ressortissants d'ASS à Bruxelles en 2015 étaient des diagnostics tardifs (<350 CD4/mm3), contre 25,8% des nouvelles infections chez les Belges (Sasse, communication personnelle).

Barrières d'accès au dépistage

Les freins au dépistage parmi les migrants originaires d'ASS sont la crainte d'un résultat positif, le manque d'information sur le VIH, une faible attitude préventive en matière de santé, la faible perception du risque et les opportunités manquées (cf. *infra*). Pour les jeunes, les demandeurs d'asile et les primo-arrivants, il convient aussi de souligner les barrières financières (Manirankunda et al., 2009).

Opportunités manquées de dépistage

Les opportunités manquées de dépistage sont élevées parmi les migrants, notamment chez les médecins généralistes. En effet, sur les 215 patients enrôlés en Belgique dans l'étude européenne *aMASE*, 66% ont eu accès à au moins un service de santé dans les deux ans précédant leur diagnostic et, plus spécifiquement, 65% ont consulté un médecin généraliste. Parmi ceux-là, seuls 35% se sont vu proposer ou ont discuté d'un dépistage du VIH (Gennotte, 2016).

Taux de découverte de séropositivité du VIH parmi les SAM

Sur les 567 SAM dépistés en 2014 au centre Elisa, 40% étaient des femmes, 50% étaient des hommes hétérosexuels et 10% étaient des HSH. Parmi les SAM, les taux de découverte de séropositivité étaient de 4,4% chez les femmes, 2,4% chez les hommes hétérosexuels et 9,1% chez les HSH. Le taux global était de 3,5% chez les SAM et de 1,3% sur l'ensemble des personnes dépistées en 2014 (Gennotte et La Morté, 2015).

Le projet Action Test[26] a permis de réaliser 250 tests de dépistage rapide (TROD) du VIH entre février et octobre 2017 à Bruxelles. 63,1% des personnes testées étaient originaires d'ASS et 25,2% étaient des femmes. 3 personnes – 2 hommes et 1 femme, tous originaires d'ASS – ont eu un test réactif, correspondant à un taux de 1,3% (Lion et al., 2017).

Dans le cadre d'une convention entre le centre ELISA et Médecins du Monde (consultations CASO), en 2015, 355 dépistages anonymes et gratuits du VIH et des IST ont été offerts à des migrants précarisés ou sans statut de séjour légal

[26] Action Test est un projet bruxellois de dépistage décentralisé du VIH à destination des communautés migrantes d'Afrique subsaharienne. Il a débuté en 2016 et est coordonné par la Plate-Forme Prévention Sida /SidAids Migrants et l'Observatoire du sida et des sexualités.

dont la majorité étaient originaires d'ASS. 5 personnes (1,4%) ont ainsi reçu un diagnostic positif et sont entrés dans les soins (Gennotte, communication personnelle).

6. VIE RELATIONNELLE ET SEXUELLE

Entrée dans la sexualité

En Belgique, selon les données de l'Enquête de Santé de 2013, 5,2% des personnes de 15 ans et plus nées en Afrique (hors Maroc) et 4,9% des personnes de 15 ans et plus nées en Belgique sont entrées dans la sexualité avant l'âge de 15 ans (Charafeddine, communication personnelle). Dans l'enquête HBSC-FWB[27], les adolescents[28] nés en ASS (n=100) étaient moins nombreux à déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel comparé aux adolescents nés en Belgique de parents nés en Belgique (n=2371) (47,0% *vs* 53,5%), mais la différence n'était pas significative (Sipes - ULB, communication personnelle).

Vie relationnelle et sexuelle, mobilité sexuelle, orientation sexuelle parmi les SAM

Parmi les SAM ayant participé à l'étude *Together* à Anvers (Loos et al., 2017) :

- 23,2% des femmes et 39,8% des hommes qui étaient mariés ou en relation stable au moment de l'enquête ont eu un autre partenaire sexuel au cours de l'année précédente.
- 6,0% des femmes et 14,5% des hommes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles lors d'un voyage en Afrique au cours de l'année précédente et respectivement 5,2% et 7,2% lors d'un voyage en Europe.
- 93% des hommes et 92,8% de femmes préfèrent des partenaires sexuels du sexe opposé, contre 3,7% des partenaires du même sexe ou des deux, 3,3% des participants ayant préféré ne pas répondre.

[27] L'enquête « Santé et bien-être des jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles » est le versant francophone de l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children » en Belgique coordonnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (Moreau N et al., 2017).

[28] Les données portent sur les jeunes âgés de 16 à 20 ans de 4e, 5e et 6e-7e secondaires.

Violences sexuelles parmi les SAM

Toujours selon l'étude *Together*, 16,4% des femmes et 13,0% des hommes ont déclaré avoir déjà vécu des violences conjugales et respectivement 10,5% et 4,4% rapportaient avoir déjà été forcés à avoir des relations sexuelles.

Multipartenariat

Au Centre Elisa en 2014, 25% des hommes et 13% des femmes hétérosexuels originaires d'ASS ont déclaré avoir eu 3 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois, contre respectivement 45% des hommes et 44% des femmes hétérosexuels d'origine belge. C'était le cas pour 74% des HSH subsahariens et pour 80% des HSH d'origine belge (Gennotte et La Morté, 2015).

Mixité sexuelle

Au Centre Elisa en 2014, 62% des personnes originaires d'ASS déclaraient avoir eu une personne originaire d'ASS comme dernier partenaire et 24% une personne d'origine belge (Gennotte et La Morté, non publié, 2017).

Pratiques sexuelles

Les rapports sexuels anaux ont été rapportés par 86% des HSH, 13% des hommes hétérosexuels et 9% des femmes originaires d'Afrique subsaharienne ayant réalisé un test de dépistage du VIH au centre Elisa entre 2008 et 2014 (Gennotte et al., 2014).

7. PRÉVENTION, PROTECTION, RÉDUCTION DES RISQUES

Connaissances relatives au VIH

Dans l'Enquête de Santé de 2013, 29,2% des personnes de 15 ans et plus nées en Afrique (hors Maroc) avaient une connaissance étendue et correcte du VIH/sida[29], contre 22,6% des personnes de 15 ans et plus nées en Belgique (Charafeddine, communication personnelle). Chez les adolescents, les scores de connaissance sur les risques de transmission du VIH n'étaient pas

[29] La connaissance du VIH/sida est mesurée par un score regroupant un ensemble de questions sur les modes de transmission et les moyens de protection efficaces ou non.

significativement différents entre ceux nés en ASS et ceux nés en Belgique de parents belges (83,0% avaient plus de 7 réponses correctes, contre 86,9%). Cependant, ceux nés en ASS étaient significativement moins nombreux à recevoir de l'information sur l'EVRAS au cours de l'année scolaire (53,7% *vs* 64,6%) (Sipes - ULB communication personnelle).

Recours au préservatif

Dans l'Enquête de Santé de 2013, 31,4% des personnes nées en Afrique (hors Maroc) déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, contre 12,6% des Belges (Charafeddine, communication personnelle). Dans l'étude *Together*, 23% des SAM (27,7% des femmes et 16,9% des hommes) déclaraient peu probable qu'ils utilisent un préservatif avec un futur nouveau partenaire. En même temps, 32,3% des SAM ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, l'utilisation étant plus élevée lors de voyage en Afrique (92,7%) ou en Europe (95,9%) (Loos et al., 2017). Enfin, dans l'enquête HBSC-FWB, les adolescents nés en Afrique subsaharienne étaient significativement plus nombreux que ceux nés en Belgique de parents belges à déclarer avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (74,4% vs 44,4%) (Sipes - ULB, communication personnelle).

Barrières à l'utilisation du préservatif

Parmi les SAM ayant fréquenté le centre Elisa en 2014, les raisons de non utilisation du préservatif les plus fréquemment évoquées sont le fait d'être en couple stable, le fait de faire confiance à son ou sa partenaire, le fait de ne pas avoir l'impression d'être à risque et le fait que cela diminue les sensations (Gennotte et La Morté, non publié, 2017).

Connaissance et recours au TPE

Selon les données de fréquentation du centre Elisa pour l'année 2014, parmi les 503 personnes originaires d'ASS ayant répondu à cette question, 22% des femmes et 28% des hommes connaissent l'existence du TPE et respectivement 3% et 6% en ont déjà bénéficié (Gennotte et La Morté, non publié, 2017). De même, parmi les 1.357 personnes ayant bénéficié d'un TPE au CHU Saint-Pierre entre 2011 et 2013, 13,6% (n=185) étaient originaires d'ASS (Malinverni et al., 2016).

Connaissance et recours à la PrEP

Parmi les SAM ayant fréquenté le Centre Elisa en 2014, 8% des femmes, 9% des hommes hétérosexuels et 25% des HSH connaissaient l'existence de la PrEP (Gennotte et La Morté, non publié, 2017). Depuis l'arrivé de la PrEP en Belgique et son remboursement, les consultations ont majoritairement attiré des HSH, et il n'a pas été documenté de personnes originaires d'ASS fréquentant les dispositifs en place.

8. MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH (VVIH)

Modes de transmission

Les ressortissants d'ASS représentaient 36,1% des 3.755 personnes vivant avec le VIH résidant à Bruxelles en suivi médical en 2015[30]. Les contacts hétérosexuels étaient le mode de transmission majoritaire parmi les SAM VVIH, avec 90,4% des infections, dont 68,8% parmi des femmes. Les transmissions HSH, mère-enfant et UDI représentaient respectivement 3,9%, 2,9% et 0,3% des infections (Van Beckhoven, communication personnelle).

Continuum des soins

76,2% des ressortissants d'ASS vivant avec le VIH et connaissant leur diagnostic en Belgique en 2014 ont atteint une charge virale contrôlée (<200 copies/mL) (contre 81,9% des Belges). Au sein du continuum de soins, les écarts se manifestent au niveau du maintien dans les soins (87,1% des ressortissants d'ASS entrés en soins étaient maintenus dans les soins contre 90,8% des Belges) et de l'atteinte d'une charge virale contrôlée suite à la mise sous ARV (93,6% des ressortissants d'ASS sous ARV atteignaient une charge virale contrôlée contre 96,1% des Belges) (Ost, communication personnelle). Cependant, à l'heure actuelle en Belgique, l'étape pour laquelle il reste le plus d'efforts à fournir est celle du dépistage et du diagnostic : on estime à 15,3% la proportion de patients vivant avec le VIH en Belgique en 2015 qui ignorent leur séropositivité. Ces chiffres ne sont pas disponibles spécifiquement pour les personnes d'ASS. Le dépistage est donc considéré comme la priorité pour améliorer le continuum de soins (Van Beckhoven, communication personnelle).

[30] En excluant les données pour lesquelles la nationalité n'était pas disponible.

Espérance de vie des SAM VVIH et taux de mortalité lié au VIH/sida

L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral approche aujourd'hui celle des personnes séronégatives (May et al., 2012), mais le sida continue de causer un nombre important de décès – notamment parmi les SAM – en raison d'un taux élevé de personnes qui sont diagnostiquées tardivement, qui ne sont pas en lien avec le système de soins, qui sont perdues de vues ou qui ne sont pas mises sous traitement antirétroviral (May, 2016). En effet, le VIH/sida était la deuxième **cause de mortalité** des femmes ayant une nationalité d'ASS résidant à Bruxelles sur la période 2005-2014, avec un taux de mortalité de 25,9 pour 100.000. Pour les hommes, c'était la huitième cause de mortalité, avec un taux de mortalité de 8,6 pour 100.000 (Observatoire de la santé et du social, communication personnelle).

Co-infections

988 cas de **tuberculose** ont été enregistrés en Belgique en 2015, dont 30,8% (n=304) en Région bruxelloise. 12,5% (n=38) des infections concernaient des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et 3,6% des personnes infectées en Région bruxelloise concernaient des personnes séropositives au VIH (FARES asbl, 2017). La prévalence des hépatites B et C parmi les migrants VVIH n'est pas disponible en Belgique, cependant, au vu des prévalences dans la population générale migrante, on pourrait penser que les co-infections sont importantes.

Santé mentale

Les SAM VVIH sont également sujets à des problèmes de **santé mentale**. Dans l'étude Parcours, 31% des femmes et 20% des hommes originaires d'ASS vivant avec le VIH en Europe avaient un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère (score au PHQ-4[31] ≥ 6) (Pannetier et al., 2017), soit jusqu'à 3 fois supérieur aux scores de la population générale[32] (Löwe et al., 2010 in Pannetier et al., 2017).

[31] Le PHQ-4, Patient Health Questionnaire-4, est un outil de dépistage rapide de l'anxiété et de la dépression.
[32] Cet outil a été validé sur une seule population générale en Europe : en Allemagne. Cette dernière est donc prise comme population de référence.

Caractéristiques socio-démographiques des Africains VVIH

L'enquête de Pezeril C (2012) renseigne les **caractéristiques socio-démographiques** des PVVIH en Belgique francophone (n=340). Les Africains[33] VVIH :

- étaient plus jeunes que les Belges : 41,9% avaient moins de 40 ans et 17,5% avaient 50 ans ou plus (contre respectivement 30,2% et 32,4% des Belges).
- étaient une population composée en majorité de femmes : 68,9% étaient des femmes, contre 42,5% chez les Belges.
- étaient autant ou moins diplômés : 42,0% des Belgo-Africains avaient un diplôme d'études supérieures, contre 18% de ceux qui ne déclaraient qu'une nationalité africaine et 43,5% des Belges ;
- étaient plus précaires que les Belges : 44,2% vivaient avec moins de 1.000€ par mois (contre 25,5% des Belges) ; 36,8% avaient des difficultés à payer leurs soins de santé (contre 28,4% des Belges) et 12,7% n'avaient pas de mutuelle (contre 1% des Belges).
- étaient légèrement plus nombreux à être en couple : 60,9% déclaraient avoir un partenaire stable (contre 56,7% des Belges).

Vie affective et sexuelle des Africains VVIH

Concernant la vie affective et sexuelle et le rapport à la prévention, l'étude montrait que les Africains VVIH :

- étaient davantage hétérosexuels : seuls 2,1% des répondants africains se déclaraient homo-bisexuels (contre 44,5% des Belges).
- étaient plus sujets aux ruptures affectives et sexuelles suite à la découverte de leur séropositivité : 25,5% ont rapporté l'arrêt de leur sexualité suite au diagnostic (contre 17,5% des Belges) et 39,5% ont vécu une rupture de relation suite à la découverte de leur séropositivité (contre 24,5% sur l'échantillon total) (Pezeril, 2012).

[33] Dans l'étude, le terme « Africains » regroupe toutes les personnes déclarant une nationalité africaine (Afrique subsaharienne et Afrique du Nord), y compris celles ayant une deuxième nationalité.

- étaient moins nombreux à ne pas se protéger : 11,3% déclaraient ne jamais utiliser de préservatif avec leur partenaire stable (contre 22,8% des Belges). Cependant, certaines femmes rapportaient ne pas se protéger systématiquement, notamment en raison d'un désir de grossesse (Arrey et al., 2015).

- étaient plus nombreux à ne pas savoir si leur charge virale était indétectable : 22,1% contre 8% des Belges.

- avaient davantage peur de transmettre le VIH : 70,8% lors des relations sexuelles (contre 52,7% des Belges) et 26,8% lors de gestes de la vie courante (contre 14% des Belges) (Pezeril, 2012).

Conditions de vie des Africains VVIH

Enfin, concernant les conditions de vie et les expériences de stigmatisation, d'auto-stigmatisation ou de discrimination, les Africains VVIH :

- étaient moins nombreux à révéler leur statut sérologique : 9,3% ne l'avaient dit à personne (contre 5,3% sur l'ensemble des répondants) et seuls 30% en avaient informé leur mère (contre 53% des Belges).

- étaient plus nombreux à fréquenter des associations de soutien aux personnes séropositives : 20,1% en bénéficiaient (contre 7,2% des Belges), mais 22,5% en ignoraient l'existence.

- étaient relativement nombreux à citer spontanément le viol comme mode de transmission probable : 10% le mentionnaient (contre 3% des Belges). Les acteurs de prévention évoquent effectivement l'importance des viols de guerre dans le récit des modes de transmission, avec les expériences traumatiques qui y sont liées (Pezeril, 2012).

Discriminations liées au VIH

L'analyse des signalements pour **discriminations** liées au VIH reçus par Unia renseigne sur l'intersection entre le racisme, le sexisme et la sérophobie. Sur les 141 signalements reçus entre 2003 et 2014, bien qu'un seul articule explicitement l'état de santé et le critère de la couleur de peau, « plusieurs

dossiers [faisaient] en effet état de suspicion de séropositivité de femmes du seul fait de la perception de leur couleur de peau » (Pezeril, 2017 : 140).

Demandes de régularisation pour raisons médicales

Le durcissement de la procédure de régularisation pour raisons médicales (9*ter*) suite à l'instauration du filtre médical est illustré par l'analyse des dossiers des 254 patients séropositifs ayant fait une demande de régularisation pour raisons médicales au CHU Saint-Pierre entre le 01/01/2013 et le 31/12/2014. 82% d'entre eux étaient originaires d'ASS. A la fin de la période, 65% étaient régularisés (dont 72% avec un permis de séjour de longue durée) et 31% ne l'étaient pas. Seuls 53% de ceux ayant obtenu un permis de séjour de longue durée l'ont obtenu pour raisons médicales, les autres l'ayant obtenu pour d'autres motifs (Gennotte et al., 2016).

9. TRAVAIL DU SEXE

Relations transactionnelles

Dans l'enquête *Together*, 28,8% des hommes et 4,3% des femmes originaires d'ASS déclaraient avoir déjà payé pour avoir des relations sexuelles. De même, 14% des femmes et 9,9% des hommes avaient déjà eu des relations transactionnelles[34] (Loos et al., 2017).

Importance des SAM parmi les travailleurs du sexe (TDS) bruxellois

Les travailleurs et travailleuses du sexe (TDS) originaires d'ASS représentaient 17% des 441 personnes suivies par l'asbl Espace P (public : femmes cisgenres et transgenres) à Bruxelles en 2014 (Alias et al., 2015) et 4,9% des 204 personnes suivies par l'asbl Alias (public : hommes cisgenres et femmes transgenres) en 2016 (Alias, 2017).

[34] Les relations transactionnelles désignent ici le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec quelqu'un en échange de cadeaux, de nourriture, d'argent, de papiers ou de logement.

10. TABAC, ALCOOL, MÉDICAMENTS ET USAGES DE DROGUES

Consommation d'alcool

Les personnes de 15 ans et plus nées en Afrique (hors Maroc) ayant répondu à l'Enquête de Santé sont 61,8% à avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois (contre 84,3% des personnes de 15 ans et plus nées en Belgique) et 0,5% à avoir une consommation d'alcool considérée à risque (contre 5,3%) (Charafeddine, communication personnelle).

Consommation d'alcool pendant un rapport sexuel

Dans l'étude *Together*, 12% des femmes et 19% des hommes ont rapporté avoir consommé de l'alcool lors de leur dernier rapport sexuel (Loos et al., 2017).

Non recours au préservatif lié à la consommation d'alcool

Enfin, 6% des hommes et 8,5% des femmes originaires d'ASS ayant fréquenté le centre Elisa en 2014 ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans préservatif à cause de l'usage d'alcool ou d'autres substances dans les 12 derniers mois précédant leur dépistage (Gennotte et La Morté, non publié, 2017).

Consommation de cannabis

De même, 8,2% des personnes de 15 ans et plus nées en Afrique (hors Maroc) ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre 15,6% de celles de 15 ans et plus nées en Belgique (Charafeddine, communication personnelle).

Consommation d'autres drogues

Concernant les autres drogues, la cocaïne était la substance la plus consommée par les SAM ayant fréquenté le centre Elisa en 2014. Cependant, seulement 5% des femmes, 3% des hommes hétérosexuels et 21% des HSH en avaient consommé au cours des 12 derniers mois, contre respectivement 12%, 17% et 19% des Belges (Gennotte, communication personnelle).

4.4. PROBLÉMATIQUE

La problématique synthétise les indicateurs les plus saillants du diagnostic épidémiologique et social et résume le défi auquel le plan d'action devra répondre. Cette formulation a été discutée et validée lors de l'atelier du 21 juin 2017 par les acteurs professionnels et les relais qui y ont participé. Toutefois, il faut noter que de nombreux indicateurs sont manquants. En effet, pour de nombreuses questions nous ne disposons que d'intuitions, d'observations de terrain ou de la littérature européenne. Des sujets tels que l'accès et l'utilisation effective du préservatif féminin, la sexualité des jeunes, la structure des réseaux socio-sexuels et les lieux de consommation sexuels restent en grande partie sans réponse et nécessiteraient d'être investigués par une enquête de grande ampleur.

Les SAM font face à un nombre élevé de nouveaux diagnostics du VIH et d'autres IST par rapport à la taille de leur population et à une prévalence élevée des hépatites B et C. Cette situation résulte de la conjugaison de facteurs **environnementaux** (prévalence élevée dans une population restreinte avec des réseaux sexuels en majeure partie intra-communautaires), **comportementaux** (recours tardif au dépistage, recours non systématique au préservatif, connaissance insuffisante des autres outils de la prévention combinée), **éducationnels** (tabou sur la sexualité et l'homosexualité, manque de connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH et des IST), institutionnels (précarité sociale et administrative, discriminations raciales) et **physiologiques** (plus grande vulnérabilité des femmes et des HSH).

Les SAM recourent davantage au dépistage du VIH que la population générale mais insuffisamment par rapport à leur exposition au risque. En effet, le taux de **dépistage tardif** est particulièrement élevé et les **opportunités manquées** également, notamment chez les médecins généralistes. De même, c'est dans la population SAM hétérosexuelle que la prévalence des **infections non-diagnostiquées** est la plus importante, juste après les HSH non-Belges. La discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, ainsi que la peur du VIH sont des obstacles majeurs au dépistage.

Les SAM ont davantage recours au préservatif que la population générale mais de façon non systématique et insuffisante par rapport à leur exposition au risque. Les femmes font face à des difficultés spécifiques pour négocier le port du préservatif, en particulier au sein du couple. Les autres moyens de protection et de réduction des risques (TasP, PrEP, TPE) disponibles en Région bruxelloise sont peu ou pas ou mal connus et insuffisamment utilisés.

Le multipartenariat ne semble pas plus important chez les SAM qu'en population générale, mais certaines données indiquent l'importance des relations concomitantes. En effet, les situations de précarité sociale et administrative favorisent la mise en place de **partenariats concomitants** (pour les hommes), **transactionnels** (pour les femmes) ou **occasionnels.** Les consommations d'alcool et de drogues restent moins élevées que dans la population générale, mais les violences conjugales et sexuelles sont une réalité à ne pas négliger, surtout pour les femmes.

Dévoiler son statut sérologique et vivre sa séropositivité au sein de son entourage restent difficiles pour les SAM en raison d'une forte stigmatisation intra et extra-communautaire, ce qui a un impact sur la gestion de la maladie. De plus, les personnes séropositives doivent faire face à de multiples discriminations, notamment dans le domaine de l'accès à l'emploi ou aux assurances. L'isolement social reste important malgré les actions des associations de soutien.

4.5. ACTEURS CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE

Trois types d'acteurs ont été mobilisés pour participer à la mise à jour du cadre de référence. Cette section les caractérise de manière synthétique.

4.5.1. Les acteurs de prévention des IST/VIH

Ces organismes conduisent des activités de promotion de la santé sexuelle, de prévention des IST/VIH/hépatites et de réduction des risques qui tiennent

compte des besoins spécifiques des migrants. Certains organismes visant la population générale touchent également le public migrant.

Un des objectifs de ces associations est d'offrir un soutien aux personnes séropositives et un espace de socialisation. En effet, la sérophobie isole les personnes vivant avec le VIH dans la société en général et au sein de leurs communautés en particulier, ce qui peut nuire à la prise en charge médicale et psychologique.

Les acteurs de seconde ligne tels que les centres et instituts de recherche sont également inclus dans cette définition des acteurs de prévention. Ils visent à la planification des interventions, au développement des connaissances et fournissent éventuellement une aide à la décision ou un appui méthodologique et scientifique aux acteurs de première ligne.

4.5.2. Les acteurs de santé / psycho-médico-sociaux

Ces acteurs offrent un accompagnement médical, paramédical, psychologique ou social et travaillent en cabinet privé ou dans des organismes divers (hôpitaux et cliniques, Centres de référence SIDA, centres de planning familial, organisations de promotion de la santé, maisons médicales, CPAS, centres d'accueil pour demandeurs d'asile etc.).

Différentes professions sont incluses dans cette catégorie : médecins généralistes et spécialistes, psychologues, psychothérapeutes, sexologues, assistants sociaux, infirmiers généralistes et spécialisés, aides-soignants, intervenants en promotion de la santé. D'autres acteurs n'ayant pas d'activité psycho-médico-sociale, mais évoluant dans ces milieux, sont également pris en compte le cas échéant (personnel d'entretien, de cuisine).

4.5.3. Les acteurs communautaires

Une partie des acteurs communautaires est composée des établissements commerciaux de sociabilité fréquentés exclusivement ou en majorité par des personnes migrantes – et spécifiquement d'origine africaine – à Bruxelles. Le type de commerce est très variable : il s'agit des cafés, restaurants, bars, boîtes

de nuit, salons de coiffure, etc. Certains établissements sont mixtes (Belges et étrangers), d'autres regroupent des membres d'une seule origine nationale (camerounaise, congolaise etc.). La liste exhaustive et les caractéristiques précises de ces lieux ne sont malheureusement pas connues. Les patrons ou travailleurs de ces lieux, ainsi que les organisateurs d'événements festifs à l'attention de ce même public cible (festivals, évènements culturels ou sportifs, soirées récurrentes) sont des relais de première importance.

D'autres acteurs communautaires sont des associations culturelles ou politiques regroupant des membres d'une ou de plusieurs communautés nationales. Certains sont constitués en ASBL. Le paysage associatif n'est pas suffisamment connu. Certaines de ces associations jouent un rôle en tant que relais en matière de prévention et d'autres pourraient également y contribuer.

4.5.4. Autres acteurs

D'autres acteurs sont concernés par la problématique, mais le travail en ateliers, avec un nombre de participants nécessairement limité, n'a pas permis de les impliquer directement dans le processus de mise à jour.

- Les familles et les communautés de vie ;
- Les associations de défense des droits et ONG ;
- Les centres régionaux d'intégration (CRI) ;
- Les acteurs politiques et administratifs ;
- Les acteurs religieux ;
- Les acteurs de la formation médicale, paramédicale et des travailleurs sociaux ;
- Le milieu d'accueil de la petite enfance et de l'adolescence.

4.6. COMPORTEMENTS ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social, le diagnostic comportemental a été construit lors d'un atelier exploratoire avec l'ensemble des acteurs concernés (voir la section méthodologique). Ensuite, des déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels ont été

identifiés pour ces différents comportements. La synthèse ci-dessous reprend les principaux éléments de cette analyse collective, pour les quatre publics repris dans cette mise à jour :

4.6.1. Migrants d'Afrique Subsaharienne

Les participants aux ateliers ont d'abord identifié les barrières suivantes à l'utilisation du préservatif : son indisponibilité, notamment en milieu fermé, le manque d'informations ciblées à l'égard des populations d'ASS, la difficulté à proposer le préservatif vu comme un objet « immoral », « banalisant la sexualité et l'homosexualité » et « dédramatisant l'infidélité ».

L'utilisation des nouveaux outils de la prévention combinée (TasP, TPE, PrEP) a ensuite été évoquée et les constats suivants établis : peu de migrants disposent d'information sur ces outils, y compris sur leur disponibilité. Il apparaît globalement que la prise de médicaments dans une visée préventive et non curative reste mal comprise. Des craintes ont été identifiées quant à l'utilisation combinée de la PrEP et des contraceptifs tels que la pilule.

Différents facteurs qui rendent cette population vulnérable et exposée aux IST/VIH ont été mis en lumière. Il ressort en effet que le recours au dépistage du VIH est régulier chez les participants (un peu plus que dans la population générale) mais que le dépistage est souvent tardif. Ce comportement serait dû aux difficultés pour les patients de s'orienter au sein du système de santé bruxellois où l'offre de soins est fractionnée et peu ou mal connue. D'autres barrières, comme le non remboursement du dépistage anonyme des autres IST dans les CDAG et des freins liés à l'utilisation de l'autotest (coût, isolement, besoin d'accompagnement, etc.), ont été pointées du doigt.

4.6.2. Migrants d'ASS vivant avec le VIH

Les échanges sur la thématique des migrants d'ASS vivant avec le VIH étaient centrés sur leur qualité de vie. L'on a ainsi pu retenir que ces derniers ont une vie relationnelle, affective et sexuelle qui peut être empreinte de rejet, de craintes diverses et de sentiment d'exclusion/culpabilité. La crainte de la transmission du VIH au(x) partenaire(s) et les différents inconforts qu'entraine la prise du traitement antirétroviral justifient parfois l'abandon voire le dégoût pour la sexualité, l'isolement affectif et jusqu'à la rupture du couple. Les

discriminations et/ou la sérophobie institutionnelle dont ont fait état les participants sont les suivantes : refus ou report de soins, refus d'assurance, absence de confidentialité et d'anonymat dans les salles d'attente et chambres des hôpitaux, barrière de la langue pour le suivi avec les professionnels de santé, barrières à la régularisation pour raisons médicales (refus, allongement de la durée des procédures, etc.). Pour les personnes en demande de régularisation pour raisons médicales ou pour les demandes d'accès à l'AMU (aide médicale urgente), le droit autorise le partage du secret professionnel, ce qui peut entraîner de la méfiance du point de vue des demandeurs. La nécessité d'avoir une adresse pour bénéficier de l'AMU et la perméabilité de l'information médicale et sociale vers les services des étrangers en cas de demande d'AMU sont des freins à l'accès à l'AMU. Par ailleurs, la longueur et la lourdeur des procédures administratives pour l'aide sociale et la couverture santé ont été identifiées comme freins à des soins meilleurs pour les PVVIH.

4.6.3. Acteurs de prévention

Les acteurs de prévention des IST/VIH/sida à Bruxelles font face à des difficultés qui peuvent être liées à une connaissance parfois limitée du public cible. Les participants aux divers ateliers ont en effet mentionné les comportements et attitudes suivantes de ces derniers : présupposés négatifs ou culturalistes sur les connaissances et les aptitudes des migrants d'ASS, adoption d'un discours normatif à leur égard, crainte de stigmatiser les migrants d'ASS (en leur proposant un dépistage par exemple). Cette attitude serait la conséquence d'une formation insuffisante et donc d'une connaissance limitée des besoins et difficultés spécifiques de la population afin d'adapter l'offre de soins. D'autres facteurs ont été cités comme freins à l'accès aux informations ciblées et adaptées : absence d'agents de terrain dans les lieux de vie prioritaires (centres d'accueil, prisons et centres de santé), restrictions politiques à la diffusion des spots de prévention IST/VIH (peu diffusées à la télévision et le cas échéant après 22h).

4.6.4. Acteurs psycho-médico-sociaux

Les médecins généralistes, les pharmacien(e)s et les centres de planning familial constituent les acteurs psycho-médico-sociaux (PMS) de première ligne qui font face selon les participants à divers obstacles. Certains d'entre eux hésiteraient par exemple à proposer le dépistage des IST y compris le VIH aux SAM par peur de paraître discriminants, bien que les recommandations nationales et internationales suggèrent de le faire proactivement et régulièrement. Lorsque ce test est proposé, d'autres contraintes subsistent : difficulté pour les laboratoires de réaliser les tests gratuitement pour les patients sans mutuelle, et pour le cas de l'autotest, le manque de formation pour la pratique de ce test, en pharmacie notamment.

5
PLAN OPÉRATIONNEL

5. PLAN OPÉRATIONNEL

Pour rappel (voir section méthodologique), le plan opérationnel se compose :

- **d'un objectif spécifique formulé à partir de la problématique. Cet objectif cadre l'ensemble des stratégies ;**
- **de plusieurs objectifs opérationnels définis à partir des comportements et des pratiques des acteurs-actrices ;**
- **d'une série d'activités concrètes visant à atteindre les objectifs et in fine à influencer les déterminants des comportements. Pour certaines activités, des critères de qualité ont déjà été identifiés.**

La prochaine étape du cycle de projet devra permettre de déterminer des critères et indicateurs d'évaluation des stratégies, objectifs et activités et de mettre en œuvre un processus d'évaluation du plan.

5.1. OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Diminuer l'incidence et la prévalence du VIH et des autres IST dont les hépatites parmi les migrants – notamment originaires d'Afrique subsaharienne – et plus largement, améliorer la santé sexuelle de ces populations en Région de Bruxelles-Capitale.

Cet objectif spécifique se décline en deux orientations principales :

- **Promouvoir les nouveaux outils de la prévention combinée et une approche préventive de la santé sexuelle, en favorisant les démarches communautaires et la participation des publics, tout en prenant en compte :**
  - les situations sociales de vulnérabilité d'une partie du public migrant qui limitent leur accès effectif au système de santé, notamment eu égard au statut de séjour, logement, pauvreté, éducation, barrière de la langue etc.
  - les spécificités de chaque communauté en termes de réseau de sociabilité, stratégies de communication, langues parlées et rapport à la santé et à la prévention ;
  - la diversité des trajectoires migratoires ;
  - les questions de genre et la diversité des pratiques, des orientations sexuelles et des identités de genre ;

- **Lutter contre les discriminations au sein des populations migrantes et parmi les acteurs PMS, les acteurs de prévention et les acteurs et communautaires et notamment :**
  - la sérophobie ;
  - le racisme ;
  - le sexisme ;
  - l'homophobie et la transphobie.

5.2. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIVITÉS PAR THÉMATIQUE

Cette section détaille la formulation des objectifs opérationnels par thématique. Ils sont accompagnés des activités qui ont été jugées pertinentes et prioritaires afin d'agir sur les déterminants de santé et d'atteindre les objectifs. Elles sont classées en fonction de l'acteur qui doit les mettre en place.

1. DÉPISTAGE

OBJECTIF 1 : Les migrants – notamment originaires d'Afrique subsaharienne – réalisent des tests de dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST précocement et régulièrement. *Focus public : personnes sans statut de séjour légal ; femmes.*
Acteurs psycho-médico-sociaux
1.1. Elaborer et diffuser des lignes directrices concernant la proposition proactive de tests de dépistage du VIH, des hépatites et des autres IST aux personnes qui en ont besoin.
1.2. Elaborer et diffuser des lignes directrices concernant la proposition de vaccination de l'hépatite B aux personnes originaires de pays endémiques et notamment d'Afrique subsaharienne.
1.3. Développer des stratégies pour permettre le dépistage des personnes sans mutuelle. a) *Négocier avec les laboratoires d'analyse pour bénéficier d'analyses gratuites.* b) *Utiliser des TROD (coût faible et résultat instantané).*
1.4. Mettre à disposition une information (brochures et affiches) adaptée et ciblée, à destination du public SAM, dans les salles d'attentes, les cabinets, les pharmacies etc.
Acteurs de prévention
1.5. Promouvoir et diversifier les offres de dépistage à destination du public migrant. a) *Produire une campagne de promotion du dépistage du VIH et des autres IST.*

b) *Développer des offres de dépistage diversifiées.*

c) *Développer un plaidoyer pour la mise en place effective du dépistage démédicalisé.*

Critères de qualité :

- Aborder l'efficacité et l'accessibilité des traitements antirétroviraux.
- Développer une offre globale (pas uniquement santé sexuelle ou VIH) qui soit axée sur les priorités et les besoins de la population (exemple : alimentation, hypertension, diabète, cancers etc.) en mobilisant le réseau des acteurs communautaires, PMS et de prévention.
- Impliquer les communautés à tous les stades des projets.
- Aller vers les communautés, développer les méthodologies d'*outreach.*
- Utiliser des outils, médias et réseaux de communication communautaires.
- Produire les outils d'information en plusieurs langues et de façon à être compris par les personnes non lettrées.

1.6. Mener des recherches sur les représentations des migrants sur le dépistage, la sexualité et les IST/VIH.

1.7. Réaliser une cartographie des structures de santé les plus fréquentées par le public migrant par zones géographiques.

1.8. Développer un plaidoyer politique sur l'accès aux soins et à la santé.

a) *Demander le respect des législations existantes.*

b) *Demander l'assouplissement du filtre médical de la procédure de demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales*[35].

1.9. Développer des outils pratiques à destination des acteurs PMS.

a) *Contribuer à la conception d'un guide de bonne pratique clinique pour faciliter la prise de décision des acteurs PMS concernant la proposition de dépistage du VIH, des hépatites ou des autres IST aux migrants.*

b) *Lister les lieux et ressources où référer les patients nécessitant une aide sociale ou juridique (femmes victimes de violences conjugales, personnes sans statut de séjour légal, personnes LGBTQI, etc.)*

1.10. Diffuser de l'information et mettre en œuvre des formations à destination des acteurs PMS.

a) *Développer un plaidoyer pour l'inclusion d'un module sur la santé*

[35] Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

sexuelle et la sexualité dans la formation initiale des médecins généralistes.

b) Mettre en place des formations continues.

Critères de qualité :

- Aborder l'épidémiologie, les populations clés et les facteurs de risque.
- Prendre en compte la diversité des sexualités et les questions de genre.
- Prendre en compte les questions de stigmatisation et discriminations des publics.

1.11. Mobiliser et former les associations communautaires et les leaders religieux.

Critères de qualité :

- Aborder la santé sexuelle, les atouts du dépistage et des généralités sur le VIH et les autres IST.
- Former des relais communautaires.
- Maintenir la motivation en participant aux frais et en défrayant les bénévoles.
- Tenir compte des parcours migratoires individuels et de leurs potentiels impacts sur les représentations liées à la sexualité.

1.12. Développer un plaidoyer pour une augmentation des ressources des associations communautaires et des associations de prévention.

1.13. Acteurs communautaires

1.14. S'investir dans la promotion du dépistage et mobiliser leurs réseaux.

1.15. Mettre en place un transfert d'expertise vers les acteurs de prévention et les acteurs PMS concernant les techniques de communication et de mobilisation efficaces pour le public migrant.

Tous les acteurs

1.16. Investiguer la faisabilité de l'utilisation du dossier médical global comme outil de rappel automatique de la périodicité du dépistage en fonction des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé.

2. PRÉSERVATIFS ET LUBRIFIANT

OBJECTIF 2 : Les migrants – notamment originaires d'Afrique subsaharienne – recourent davantage aux préservatifs masculin et féminin et au lubrifiant. Ils l'utilisent de façon adéquate et systématique en l'absence d'autres moyens de prévention/RdRs.

Acteurs de prévention

2.1. Développer et diffuser des outils de promotion du préservatif et des campagnes d'information à destination du public migrant.

a) *Développer des capsules vidéo et audio en différentes langues et les diffuser via les médias communautaires.*

b) *Développer des outils de prévention en ligne.*

c) *Développer des interventions de proximité collectives et individuelles dans les milieux de vie (écoles, lieux festifs, centres d'accueil, prisons etc.)*

Critères de qualité :

- Mobiliser les communautés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et activités de prévention.
- Impliquer, sensibiliser et collaborer avec des relais et des médiateurs de santé (leaders religieux ou communautaires, patrons de bars, sportifs, coiffeurs etc.) et des associations communautaires.
- Aborder en particulier les sujets du TasP, du TPE, de la PrEP, du dépistage, des différentes stratégies de prévention et de réduction des risques.
- Intégrer la prévention combinée dans une intervention de santé globale (santé sexuelle, IST, tension artérielle, vaccination, diabète etc.).
- Cibler à la fois les lieux de socialisation et de drague et les milieux précaires (centres de santé mentale, centre de demandeurs d'asile etc.).
- Inclure les animations sur la pose du préservatif dans les programmes EVRAS, dans les files d'attente des permanences de dépistage, lors des interventions en outreach etc.
- Utiliser les réseaux de diffusion d'information propres aux communautés.
- Utiliser les réseaux sociaux en particulier pour les jeunes.
- Utiliser des supports et des méthodes diversifiées (activités attractives, festives, conviviales etc.).
-

2.2. Développer des interventions de lutte contre la sérophobie auprès des communautés migrantes.

2.3. Développer un plaidoyer pour l'élargissement des plages horaires de diffusion des campagnes de prévention dans les grands médias.

Tous les acteurs

2.4. Assurer l'accessibilité des préservatifs masculin et féminin et du lubrifiant.

Critères de qualité :

- Mettre gratuitement à disposition des préservatifs masculins et féminins et du lubrifiant dans :
  - les lieux de socialisation et/ou de drague ;
  - les centres de santé généraliste, les dispositifs de santé sexuelle et les centres de santé mentale ;
  - les centres d'accueil et les structures d'accueil et d'orientation pour les primo-arrivants ou les publics précarisés ;
  - les cabinets de consultation des acteurs PMS, les centres et les structures de dépistage.

3. NOUVEAUX OUTILS DE LA PRÉVENTION COMBINÉE

OBJECTIF 3 : Les migrants reçoivent une information ciblée et adaptée sur la prévention combinée. Ils utilisent suffisamment et correctement les nouveaux outils.

Acteurs de prévention

3.1. Développer et diffuser des outils de promotion des nouveaux outils de la prévention combinée et des campagnes d'information à destination du public migrant.

a) Développer des capsules vidéo et audio en différentes langues et les diffuser (à diffuser) via les médias communautaires.

b) Développer des outils de prévention en ligne, par exemple des applications mobiles pour estimer son exposition au risque et identifier les premiers symptômes ou un portail d'information en ligne.

c) Développer des interventions de proximité collectives et individuelles dans les milieux de vie (écoles, lieux festifs, centres d'accueil, prisons etc.)

Critères de qualité :

- Mobiliser les communautés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et activités de prévention.
- Impliquer, sensibiliser et collaborer avec des relais et des médiateurs de santé (leaders religieux ou communautaires, patrons de bars, sportifs, coiffeurs etc.) et des groupes ou associations communautaires.
- Aborder en particulier les sujets du TasP, du TPE, de la PrEP, du dépistage, des différentes stratégies de prévention et de réduction des risques.
- Intégrer la prévention combinée dans une intervention de santé globale (IST, tension artérielle, vaccination, diabète etc.).
- Cibler à la fois les lieux de socialisation et de drague et les lieux fréquentés par un public précarisé (centres de santé mentale, centre de demandeurs d'asile etc.).
- Utiliser des supports et des méthodes diversifiés (activités attractives, festives, conviviales etc.).

3.2. Distribuer et rendre accessible du matériel de prévention

3.3. Diffuser de l'information et mettre en œuvre des formations à destination des acteurs PMS

Critères de qualité :

- Aborder les questions de la PrEP, de la CVI, du dépistage du VIH et des autres IST et de la réorientation des personnes vers les structures compétentes si nécessaire.

3.4. Mobiliser, informer et former les associations communautaires autour de la prévention combinée

a) *Recruter des relais et mettre en place des formations.*

b) *Concevoir et diffuser un guide communautaire PrEP.*

3.5. Développer un plaidoyer pour l'accessibilité de la PrEP et du TPE pour tous, quel que soit le statut d'assurabilité et/ou le statut de séjour.

Tous les acteurs

3.6. Assurer un premier accueil de qualité (écoute, informations adaptées sur la PrEP, CVI, dépistage, TPE) et une ré-orientation vers les structures compétentes.

3.7. Contribuer à développer et mettre à disposition de l'information de proximité (brochures, guides, affiches…), adaptée et ciblée en utilisant les réseaux internes de communications propres à chaque communauté.

4. CONTINUUM DES SOINS ET SANTE SEXUELLE DES PVVIH

OBJECTIF 4 : Les migrants vivant avec le VIH entrent dans les soins, s'y maintiennent et atteignent une charge virale indétectable. Ils sont dans un environnement social et médical bienveillant et favorable à la révélation de leur statut sérologique. Ils ont une vie sociale et sexuelle satisfaisante.

Focus public : personnes sans statut de séjour légal

Acteurs de prévention

4.1 Mettre en œuvre des recherches sur les représentations culturelles liées au VIH dans les communautés migrantes.

4.2 Mettre en place un suivi et un monitoring des « perdus de vue » afin d'analyser les causes de la non-rétention dans les soins.

Critères de qualité :

- Utiliser des méthodes qualitatives et quantitatives.

4.3 Développer des interventions pour augmenter la rétention dans les soins.

Critères de qualité :

- Utiliser des méthodes innovantes.
- Insister sur la capacitation, le renforcement des individus.
- Informer les médecins généralistes sur l'importance du dépistage d'éventuelles pathologies ou difficultés de santé mentale pouvant entraver l'observance.
- Impliquer et former les pharmaciens à la confidentialité.

4.4 Mettre en place des actions spécifiques pour les migrants vivant avec le VIH.

a) *Développement d'ateliers de sensibilisation visant à diminuer l'auto-stigmatisation.*

b) *Production et diffusion d'informations spécifiques sur leurs droits.*

Critères de qualité :

- Aborder notamment les modes de transmission et la CVI, ainsi que les droits et les recours en cas de discrimination.
- Impliquer les personnes vivant avec le VIH et les relais et leaders communautaires.

4.5 Améliorer la confidentialité dans les hôpitaux.

a) *Mettre en place un groupe de travail impliquant les acteurs PMS, les acteurs de prévention et les PVVIH.*

4.6 Créer un service d'accompagnement à l'annonce de sa séropositivité à ses proches, notamment pour les jeunes ou les personnes en couple.
4.7 Développer un plaidoyer pour l'allègement des procédures pour l'accès à l'AMU pour les personnes séropositives.
4.8 Développer un plaidoyer pour faciliter l'accès aux aménagements raisonnables du temps de travail pour les PVVIH.
4.9 Développer un plaidoyer pour le respect de la confidentialité concernant le statut sérologique par la justice et les services administratifs pour les personnes en procédure de régularisation.

5. SANTÉ SEXUELLE

OBJECTIF 5 : Les migrants bénéficient d'une information complète et diversifiée sur la santé sexuelle et utilisent les dispositifs de santé sexuelle.

Focus public : personnes sans statut de séjour légal.

Acteurs PMS

5.1 Accompagner les consultations, et notamment les dépistages du VIH ou des autres IST d'une discussion sur des sujets concernant la santé sexuelle.

Critères de qualité :

- Prise en compte des diversités de genre et de sexualités (ne pas présumer de l'hétérosexualité ou de l'identité de genre des patients).
- Prise en compte des diversités des parcours, notamment migratoires.

Acteurs de prévention

5.2 Développer et diffuser des outils de promotion de la santé sexuelle et des campagnes d'information à destination du public migrant.

a) Mettre à jour ou produire des guides de santé sexuelle adaptés.

b) Produire des affiches et des brochures.

c) Mettre en place des ateliers collectifs et individuels.

d) Développer des outils en ligne et sur les réseaux sociaux.

Critères de qualité :

- Décliner les outils et formations en plusieurs langues et de façon adaptée aux personnes non lettrées.
- Utiliser différents canaux de diffusion professionnels (cabinets de médecins généralistes, maisons médicales, planning familial, bars, clubs, coiffeurs etc.).
- Répertorier les lieux utiles de diffusion concernant la santé sexuelle (dépistage, information, soins) ou les problématiques sociétales (violences conjugales, homophobie ou transphobie etc.).
- Cibler de façon spécifique les interprètes, les parents, les jeunes, les hommes (consentement, masculinité etc.), les femmes (négociation de la protection, violences conjugales etc.).
- Intégrer les notions de diversité de genre et de sexualités.
- Prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (éducation, logement, emploi etc.).

- Aborder la santé sexuelle de façon globale.
- Eviter d'adopter un discours normatif, adapter son discours aux ressources et moyens individuels.

5.3 Mener des recherches sur les représentations et les pratiques liées à la sexualité dans les communautés.

5.4 Mobiliser et former les associations communautaires et les leaders religieux sur la santé sexuelle.

Critères de qualité :

- Aborder la santé sexuelle, les atouts du dépistage et des généralités sur le VIH et les autres IST.
- Former des relais communautaires.
- Maintenir la motivation en participant aux frais et en défrayant les bénévoles.
- Tenir compte des parcours migratoires individuels et de leurs potentiels impacts sur les représentations liées à la sexualité.

5.5 Développer un plaidoyer pour l'augmentation du financement des acteurs de prévention.

5.6 Développer un plaidoyer pour l'augmentation du financement des associations communautaires.

5.7 Développer un plaidoyer pour la mise en place de l'EVRAS également dans les DASPA.

Acteurs communautaires

5.8 Mettre en place un transfert d'expertise vers les acteurs PMS et les acteurs de prévention concernant les techniques de mobilisation et de communication adaptées pour le public migrant.

Critères de qualité

- Intégrer les notions de diversité de genre et de sexualités.

6 TRANSVERSALITÉS

OBJECTIF 6 : Les acteurs PMS, les acteurs de prévention et les acteurs communautaires travaillent en réseau et mutualisent leur expertise.

Acteurs PMS

6.1 Mettre en place une formation continue pour les acteurs de prévention et les acteurs communautaires par les médecins spécialistes du VIH.

Acteurs de prévention

6.2 Créer un réseau multidisciplinaire regroupant tous les acteurs.

a) *Mobiliser les leaders religieux et communautaires.*

b) *Mobiliser les organisations communautaires et festives.*

Critères de qualité :

- Défrayer les bénévoles et participer aux frais des organisations pour maintenir la motivation.
- Impliquer les acteurs à tous les stades du projet.

6
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alias et al. (2015) *Testcentra voor sekswerkers* - Centre de dépistage travailleurs du sexe, rapport d'activité pour l'INAMI, Bruxelles, 87 p.

Alias (2017) *Rapport d'activité de l'asbl Alias* : Pour son programme d'action à destination des travailleurs du sexe masculin à Bruxelles, Bruxelles, 25 p.

Arrey A E et al. (2015) « Sexual Behaviour among Sub-Saharan African Migrant Women with HIV/AIDS in Belgium : A Qualitative Study », *International Journal of Health.*

Demart S., Schoumaker B., Adam I., Godin M. (2017), «Belgo-Congolais, Belgo-Rwandais, Belgo-Burundais : portrait de nos concitoyens aux racines africaines », Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 223 p., https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20171121_CF

Demart S., Schoumaker B., Adam I., Godin M. (2017), «Burgers met Afrikaanse roots: een portret van Congolese, Rwandese en Burundese Belgen», Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 223 p.

Desgrées du Lou A et al. (2015) Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013, *Euro Surveillance*, vol. 20, n° 46.

Desgrées du Lou A et al. (2017) « Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée » in Desgrées du Loû A (dir.) Parcours : *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, p. 27-50.

European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC (2016a) *Technical Report : Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA*, Stockholm, 89 p.

Fonds des affections respiratoires [FARES] asbl (2017) *Registre belge de la tuberculose 2015*, mars, 49 p.

Gennotte AF et al. (2014) « Socio-demographical and behavioural characteristics of Sub-Saharan Africans (SSA) attending a Voluntary Counseling and Testing (VCT) Centre in Brussels », *BREACH Symposium 2016*, Charleroi, BREACH, 25 novembre 2016.

Gennotte AF & La Morté C (2015) *Rapport annuel du centre Elisa*.

Gennotte AF (2016) Enquête sur l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des migrants en Europe : l'étude aMASE, *AFRAVIH 2016*.

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.

Lion E et al. (2017) « Results from ACTION TEST : first rapid HIV testing project for SAM in Brussels », *BREACH Symposium 2017*, Bruxelles, BREACH, 24 novembre 2017.

Loos J et al (2017) « First HIV prevalence estimates for a representative sample of sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium », *Plos ONE*, vol. 12, n° 4, avril.

Malinverni S et al. (2016). « Prescription of Non-Occupational Post-Exposure HIV Prophylaxis by Emergency Physicians : An analysis on Accuracy of Prescription and Compliance », *Plos ONE*, vol. 11, n° 1, avril.

Manirankunda L (2009) « "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among Sub-Saharan African migrants in Belgium », *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, n° 6, p 582-593.

Marty L et al. (2017) « Unraveling the geographic and population heterogenity of the HIV epidemic in Belgium » *IAS 2017*, Paris, 25 juillet 2017.

May M et al. (2012) « Life expectancy of HIV-1-positive individuals approaches normal conditional on response to antiretroviral therapy: UK Collaborative HIV Cohort Study », *Journal of International AIDS Society*, vol. 15, n° 4.

May M (2016) « Better to know : the importance of early HIV diagnosis », *The Lancet Public Health*, vol. 2, n° 1, janvier, e6-e7.

Moreau N, Lebacq T, Dujeu M, de Smet P, Godin I, Castetbon K (2017), *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e -6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles*, Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. Disponible sur : http://sipes.ulb.ac.be/

Myria (2016), *La migration en chiffres et en droits*, Bruxelles, 249 p.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016) *Baromètre social : Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 63 p.

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 29/11/2017).

Pannetier J et al. (2017) « Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression », in Desgrées du Loû A (dir.) *Parcours : Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, p. 287-298.

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 "les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone". Rapport court*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités, 28 p.

Pezeril C (2017) *La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH/sida chez Unia (2003-2014). Résumé d'enquête*, Bruxelles, Unia, 41 p.

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

Sasse A et al. (2017), *Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2016*, Bruxelles, Institut de Santé Publique (WIV-ISP), 73 p.

Schoonvaere Q (2010) *Etude de la migration congolaise et de son impact sur la présence congolaise en Belgique : Analyse des principales données démographiques*, Groupe d'étude de Démographique Appliquée (UCL) & Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 87 p.

Service public fédéral [SPF] Economie, P.M.E, Classes moyennes et Energie (2015), *Population au 1er janvier 2015 : Population par nationalité et par sexe. Population totale, étrangère et belge*, accessible sur : http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_totale_etrangere_et_belge.jsp

Service public fédéral [SPF] Emploi, Travail et Concertation sociale, Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations (2015) *Monitoring socio-économique*, Bruxelles, 262 p.

Torrekens C., Adam I., « Belgo-Marocains, Belgo-Turcs: (auto)portrait de nos concitoyens », *Fondation Roi Baudouin*, Bruxelles, mai 2015.

Triandafyllidou A et al. (2009) *Clandestino project - Final Report*, Sofia, Hellenic Foundation for European and Foreign Policy (ELIAMEP), 190 p.

Unia (2017) *Rapport annuel chiffres : Année 2016*, Unia, 57 p.

Vause S (2011) « Différences de genre en matière de mobilité professionnelle des migrants congolais (RDC) en Belgique », *Espace populations sociétés*, 2, p. 195-213.

Verbrugge R et Crucitti T (2015), *Institut de santé publique, surveillance des IST 2002-2014 : Données nationales et régionales des laboratoires vigies de microbiologie*, Bruxelles, Institut de Santé Publique (WIV-ISP), 50 p.