



## **Rapport de consultation communautaire**

### **Auprès des gays, bisexuels et autres HSH<sup>1</sup> et des travailleurs du festif en Wallonie**

**Rédaction :** Thomas Ronti, Observatoire du sida et des sexualités

**Partenaires :** Ex Æquo, Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des Risques de la province de Namur, SIDA-IST Charleroi-Mons, SidaSol.

---

<sup>1</sup> Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

## **Table des matières**

<b>Ateliers participatifs organisés avec les gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie</b>	<b>5</b>
<b>Organisation des ateliers</b> .....	<b>6</b>
<b>Mobilisation communautaire et promotion</b> .....	<b>6</b>
<b>Animation des ateliers</b> .....	<b>7</b>
<b>Participant-e-s</b> .....	<b>7</b>
<b>Analyse des données récoltées</b> .....	<b>8</b>
1. Prévention, protection et réduction des risques.....	8
a) Recours au préservatif.....	8
b) Les traitements comme prévention: .....	9
c) Les autres stratégies de réduction des risques sexuels.....	10
d) Les stratégies de réduction des risques liés à la consommation de substances illicites. ....	10
2. Comportements de dépistage du VIH et des autres IST.....	11
a) Recours aux différents dispositifs de dépistage VIH .....	11
b) Freins au dépistage.....	11
c) Fréquence de dépistage du VIH .....	12
d) Autotest du VIH .....	12
e) Le dépistage des autres IST .....	13
3. Rapport à la séropositivité.....	13
a) Sérophobie.....	13
b) Dicibilité du statut sérologique.....	14
4. Tabac, alcool, médicaments et usage de substances/produits illicites .....	14
a) Les produits consommés .....	14
b) Le chemsex .....	14
c) Accès à l'information et encadrement médical .....	15
<b>Les entretiens individuels avec les travailleurs du milieu festif en Wallonie</b> .....	<b>16</b>
<b>Contexte, objectifs et méthodologie</b> .....	<b>17</b>
<b>Analyse des données récoltées</b> .....	<b>18</b>
1. Lieux de sociabilité des gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie .....	18
2. Prévention chez les gays, bisexuels et autres HSH fréquentant les lieux de sociabilité.	18
3. Consommation de substances illicites .....	19

# Introduction

## **Une base de travail pour la révision du cadre de référence**

Ce rapport de consultation communautaire a été conçu comme une base de travail pour l'atelier des Stratégies Concertées de prévention des IST/SIDA<sup>2</sup> (SCSS) intitulé « Santé sexuelle, prévention et réduction des risques pour les gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie » organisé le 14 septembre 2016.

Afin d'optimiser la mise en oeuvre de la prévention combinée<sup>3</sup>, validée par le Plan VIH 2014-2019, et d'atteindre l'objectif « 90-90-90 »<sup>4</sup> promotionné par l'ONUSIDA, le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des SCSS a entamé en 2016 un cycle de mise à jour du cadre de référence de prévention des IST/VIH pour l'un des publics prioritaires identifiés par le Plan national VIH à savoir les gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations avec des hommes (HSH).

## **La prévention se régionalise : une opportunité pour la lutte contre le VIH en Wallonie**

Dans le contexte de la régionalisation de la promotion de la santé, le CPAM a souhaité développer un cadre de référence spécifique pour la Wallonie. La régionalisation constitue une opportunité pour rénover le cadre d'action 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 deux régions est toujours estimé pertinent par le CPAM, il est désormais essentiel de penser les spécificités régionales afin d'adapter les stratégies de prévention pour les gays, bisexuels et autres HSH aux réalités provinciales.

## **Un cadre de référence à visée opérationnelle pour lutter contre le VIH et les autres IST pendant la période 2017-2020**

Le cadre de référence – feuille de route construite de manière conjointe – servira de support à :

1. la diffusion de messages et d'outils actualisés sur l'ensemble des moyens de protection, à savoir le traitement comme prévention, le traitement post-exposition (TPE) et le traitement pré-exposition (PrEP), le préservatif et le lubrifiant et toutes les autres stratégies de réduction des risques ;
2. l'opérationnalisation d'une offre de dépistage diversifiée, en ce compris le dépistage communautaire délocalisé/décentralisé, démedicalisé et l'autotest ;
3. l'amélioration de l'entrée et du maintien dans les soins des gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH (PVVIH) ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie.

## **Une méthode de planification participative**

La méthode utilisée repose sur la participation d'acteurs représentatifs concernés, afin de formuler en consensus une problématique, des objectifs et des activités pertinentes pour agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux. Ce processus permet ainsi d'accroître la pertinence du cadre de référence et d'améliorer l'adhésion des acteurs concernés au plan stratégique.

---

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur les Stratégies Concertées : <http://www.strategiesconcertees.be>.

<sup>3</sup> Le concept de prévention combinée vise à articuler de façon conjointe prévention primaire, dépistage et traitements et prône l'alliance entre 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 autres IST.

<sup>4</sup> Pour 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique ; 90% d'entre elles doivent recevoir un traitement antirétroviral durable ; 90% de celles-ci doivent avoir une charge virale durablement indétectable.

Les cadres de références précédents regroupaient tous les acteurs concernés par la problématique. Pour cette mise à jour, seuls quatre d'entre eux ont été retenus en raison de la priorité à mobiliser ceux qui sont les plus proches et les plus concernés par la prévention des IST/VIH auprès du public cible. Il s'agit des acteurs suivants:

- les gays, bisexuels et autres HSH
- les acteurs de prévention
- les acteurs psycho-médico-sociaux
- les acteurs communautaires et du milieu festif.

Afin d'accroître la participation de deux publics spécifiques, à savoir les gays, bisexuels et autres HSH et les acteurs du festif, une consultation communautaire a été organisée en amont de l'atelier du 14 septembre 2016. Le rapport de consultation propose des éléments de réflexion et de discussions pour cette journée stratégique.

Il se base sur les données récoltées pendant:

1. **Des ateliers participatifs** organisés avec des gays, bisexuels et autres HSH, à Liège, Charleroi et Namur, avec pour objectifs de :
  - transmettre des éléments informatifs issus d'enquêtes récentes sur la santé sexuelle du public cible ;
  - récolter des données au sujet de leurs expériences, vécus et points de vue en regard du diagnostic épidémiologique et social ;
  - diffuser des messages de prévention sur les sujets comme le TasP, le TPE, la PrEP.
2. **Des entretiens individuels** semi-directifs, organisés avec des patrons et des travailleurs de bars/saunas/sex shops s'adressant aux gays, bisexuels et autres HSH à Liège et à Charleroi uniquement, puisqu'il n'y a pas d'endroits spécifiquement réservés à ce public dans les provinces de Namur et dans le reste de la province du Hainaut. Les patrons et le personnel des lieux de sociabilité sont en proximité avec les clients gays, bisexuels et HSH et ils ont souvent une relation de confiance avec eux. Ils constituent donc des acteurs relais de première importance.

Le présent rapport propose une synthèse de cette consultation et une analyse thématique des données récoltées.

### **Remerciements**

*Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accordé du temps lors de cette consultation communautaire ainsi que les partenaires qui ont contribué à la rédaction de ce rapport, à savoir le Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des Risques de la province de Namur (SASER), SIDA-IST Charleroi-Mons, SidaSol et Ex Æquo.*

# **Ateliers participatifs organisés avec des gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie**

## Organisation des ateliers

Quatre ateliers à l'attention des gays, bisexuels et autres HSH ont été organisés entre mars et juin 2016, aux lieux et dates suivantes :

Date	Ville	Endroit
24/03/2016	Liège	Maison Arc-en-Ciel
26 /04/2016	Charleroi	Bar « The Boys »
02/06/2016	Namur	Salle Humanescence
09/06/2016	Liège	Permanence CHEL au SIPPS

Les ateliers ont été organisés, dans la mesure du possible, dans des endroits proches du public cible (Maisons Arc-en-Ciel, bars, etc.) afin de faciliter la mobilisation du public et afin de se rapprocher au plus des codes culturels de celui-ci.

Les ateliers ont nécessité la mobilisation des ressources humaines suivantes:

- 1 animateur-trice ;
- 1 personne se chargeant de la prise de note globale pour la synthèse ;
- 1 acteur-trice de prévention assurant la prise de note concernant les thématiques abordées par les participants et nécessitant un complément d'informations en fin d'atelier (voir plus loin) ;
- 1 personne par organisation de prévention pour présenter les activités de celle-ci.

## Mobilisation communautaire et promotion

La mobilisation communautaire s'est faite via différents canaux de communication et a été réalisée de manière systématique pour chacun des ateliers selon le schéma suivant :

1. **Distribution de flyers** : un flyer a spécialement été créé pour chaque événement et distribué lors de deux tournées de bars/saunas/sex shops organisées dans les trois semaines précédant chaque atelier. Cette étape a concerné uniquement Charleroi et Liège puisqu'il n'y a pas de lieux de sociabilité spécifiquement destinés aux gays, bisexuels et autres HSH à Namur et Mons;
2. **Envoi d'invitations sur les sites de rencontres** : deux semaines avant chaque atelier, un message d'invitation a été envoyé manuellement par message privé à tous les membres des sites de rencontre « *gayroméo* » et « *gaypax* » habitant dans la région de l'atelier (ces sites offrent la possibilité de faire un tri en fonction de la région). Lorsque cela a été possible, les membres de ces sites ont également reçus un rappel d'invitation quelques jours avant l'atelier;
3. **Envoi d'invitations sur les applications mobiles de rencontre** deux semaines avant chaque atelier, un message d'invitation a été envoyé manuellement par message privé à tous les membres des applications mobiles *Grindr*, *Hornet* et *Growlr* connectés au moment de l'envoi. L'accès gratuit aux membres de ces applications mobiles est cependant limité. Par conséquent, seulement un nombre restreint de messages a pu être envoyé. Lorsque cela a été possible, les membres de ces applications ont également reçus un rappel d'invitation quelques jours avant l'atelier ;
4. **Envoi d'un message promotionnel dans les groupes Facebook à destination des gays, bisexuels et autres HSH en Belgique** : deux semaines avant chaque atelier, un message promotionnel (texte, lien vers l'événement Facebook et image) a été posté manuellement dans 50 groupes Facebook différents à l'attention des gays, bisexuels et autres HSH en Belgique (19 groupes) et en Wallonie (31 groupes). Un rappel d'invitation a également été posté quelques jours avant chaque atelier. Ces groupes comptent au total plus de 23 000 abonnés, dont 11 000 dans les groupes concernant spécifiquement la Wallonie;

5. Publication sur les **sites et pages Facebook des partenaires** et envoi de lettres d'informations par les partenaires.

Au total, 620 personnes ont été contactées sur les applications mobiles et sites de rencontres dans la province de Liège, 285 dans la ville de Charleroi et 420 dans la province de Namur.

## Animation des ateliers

Les 4 ateliers étaient calibrés sur une durée de 2 heures et répondaient au schéma suivant :

1. **Présentation** des données épidémiologiques de l'infection à VIH et des autres IST en Wallonie et dans chaque province (5 minutes) ;
2. **Animation** d'une durée de 80 minutes autour de 4 thématiques, choisies à partir des données récoltées dans le diagnostics épidémiologiques et social pour les gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie (20 minutes par thématique) :
  - Sérophobie, discriminations et vécu des personnes vivant avec le VIH ;
  - Comportements de dépistage de l'infection à VIH et des autres IST ;
  - Comportements de prévention/protection et recours aux stratégies de réduction des risques ;
  - Consommations diverses.
3. **Présentation des partenaires** (acteurs de prévention provinciaux et Ex Æquo) et de leurs activités (10 minute) ;
4. **Apport d'informations** (25 minutes) : les acteurs-trices de prévention prenaient des notes pendant l'animation et les discussions afin d'apporter des compléments d'informations sur les thématiques de prévention et de réduction des risques (RdR) abordées ou pour répondre aux questions soulevées par les participant-e-s.

Au cours de l'animation (partie 2), chaque thématique était divisée en deux temps : 5 minutes d'accroche à l'aide d'outils d'animation (vidéos, campagnes de prévention, etc.) et 15 minutes de discussions et de débats sur chaque thématique. L'animation s'est faite de manière non-interventionniste, l'animateur laissant les participants choisir les sujets qu'ils désiraient aborder. Cette méthode nécessitait également que l'animateur n'intervienne pas dans les débats entre les participants, même lorsque des erreurs et des fausses croyances en termes de prévention étaient énoncées. Les seules interventions possibles de l'animateur avaient pour objectifs de relancer la discussion si celle-ci était au point mort ou d'intervenir en cas de propos discriminants. Comme mentionné plus haut, une personne était chargée de la prise de note durant l'entretien, qui a servi de base pour l'analyse ci-dessous.

## Participant-e-s

Ces 4 soirées ont réuni au total 54 personnes, dont 49 hommes, 3 femmes cisgenres et 2 femmes trans\*, répartis de la manière suivante :

Date	Ville	Nombre de participant-e-s
24/03/2016	Liège	4 hommes et 1 femme trans*
26 /04/2016	Charleroi	11 hommes et 1 femme trans*
02/06/2016	Namur	12 hommes et 1 femme
09/06/2016	Liège	23 hommes et 3 femmes

Par souci de confidentialité, aucun tour de table n'a été réalisé. Cependant, au travers des récits de chacun, nous avons pu constater que la composition des groupes était diversifiée

tant au niveau des âges, des milieux de vie, des statuts sérologiques que des orientations sexuelles. Si des personnes proches des organisations LGBTQIA+<sup>5</sup> ou de prévention du VIH étaient présentes à chaque événement (bénévoles, salariés, etc.), elles ne représentaient qu'une minorité des participants. Il faut également souligner que des personnes n'ayant jamais été en contact avec les acteurs de prévention se sont présentées à chaque atelier.

## Analyse des données récoltées

L'analyse des données récoltées s'est faite par thématique et les affirmations et réflexions des participants ont été explicitées pour chacune d'entre elle. Les thématiques ont été classées par ordre d'importance donnée par les participants à chacune d'entre elle, la première thématique reprise ci-dessous étant celle ayant engendré le plus de discussions. L'analyse des données a été fait uniquement sur l'échantillon d'hommes gays, bisexuels et autres HSH. Puisque seulement 6 femmes cisgenres et transgenres ont participé aux ateliers, leurs interventions ont été exclues de cette analyse, à cause d'un manque de représentativité. Enfin, les données ont été présentées conjointement pour toutes les provinces. En effet, aucune différence importante n'a pu être constatée entre les différentes localités sur les thématiques reprises ci-dessous.

### 1. Prévention, protection et réduction des risques

Les participants ont été sondés sur leurs connaissances en termes d'outils de prévention et plus spécifiquement sur la palette d'outils de prévention combinée/diversifiée. Ils étaient invités à réagir sur la version 2015 de la vidéo « Les bons réflexes » de la Plate-Forme Prévention Sida<sup>6</sup> (PPS) et sur la campagne « Prévention combinée »<sup>7</sup> créée par AIDES en 2016. Ces deux campagnes présentent tous les outils de prévention combinée/diversifiée et en diffusent les deux concepts principaux : la diversification des stratégies de prévention (comportementales et biomédicales) et la possibilité pour chacun de choisir la stratégie la plus adéquate au gré des situations et des pratiques sexuelles.

Pour rappel, viennent s'ajouter à l'utilisation du préservatif et du gel lubrifiant : *le traitement comme prévention (TasP), le dépistage communautaire décentralisé/délocalisé et/ou démedicalisé, le traitement post-exposition (TPE), la prophylaxie pré-exposition (PrEP), les autres stratégies de réductions des risques sexuels (adaptation des pratiques sexuelles, retrait avant éjaculation, etc.) et les stratégies de réduction des risques liés à la consommation de drogues.*

Le concept de prévention combinée/diversifiée semble difficile à comprendre pour les participants, aussi bien à travers la vidéo que la campagne visuelle. La notion de « boîte à outils » dans laquelle les personnes peuvent choisir le moyen le plus adéquat de se protéger n'est pas connu et donc pas comprise par tous. Dès lors, certains s'étonnent de la diversification des outils (« *tout ça, c'est pour se protéger ?* »), doutent de leur efficacité ou remettent en question la possibilité d'un choix face aux stratégies de prévention (« *le seul outil efficace pour pas l'attraper, c'est le préservatif* »).

#### a) **Recours au préservatif**

Dans la palette d'outils, tous les participants connaissent le préservatif et la plupart d'entre eux l'identifient comme le pilier unique de la prévention du VIH. Ils recourent majoritairement et presque exclusivement à cet outil pour se protéger. Certains affirment l'utiliser tout le temps, d'autres « *tout le temps même si c'est déjà arrivé de se dire qu'il est 'clean' et de ne pas en mettre* ». Des questions ont été posées par le public sur la nécessité ou non d'utiliser le préservatif lors de la fellation pour se protéger du VIH et des autres IST. Les données sur les comportements de prévention des gays, bisexuels et autres HSH

<sup>5</sup> Lesbiennes, gays, bisexuel-le-s, transgenres, queers, intersexes, asexuel-le-s et +.

<sup>6</sup> Disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=2yftoD4eGKo>.

<sup>7</sup> En date du 31/08/2016, cette campagne n'était plus en ligne.



montrent que ceux-ci n'utilisent pas le préservatif lors de la fellation, pratique pour laquelle le risque d'acquisition du VIH est particulièrement faible. Ces remarques pointent une méconnaissance du risque de transmission du VIH en fonction des pratiques sexuelles. Enfin, la qualité des préservatifs distribués gratuitement est remise en cause par certains participants qui pensent que « *il faut mettre le prix pour avoir des choses qui tiennent* ».

### **b) Les traitements comme prévention:**

La biomédicalisation de la prévention englobe différents outils et stratégies se basant sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) pour lutter contre la transmission du VIH. Il est communément fait référence au « traitement comme prévention » (TasP, abrégé de l'anglais *Treatment as Prevention*) pour parler de la stratégie de maintien de la charge virale des personnes séropositives à un niveau indétectable (CVI) afin d'empêcher la transmission du VIH à une personne séronégative. Cependant, le traitement comme prévention, dans son acception la plus large, désigne l'ensemble des approches préventives à base d'antirétroviraux, y compris le traitement post-exposition (TPE) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP, abrégé de l'anglais *Pre-Exposure Prophylaxis*). La dénomination « les traitements comme prévention » est utilisée dans ce document pour faire référence à cette dernière définition.

De nombreux participants ne connaissent pas l'existence de ces stratégies et outils de prévention biomédicale. Parmi ceux qui affirment les connaître, la plupart les confondent (« *le TasP, c'est comme PrEP ?* »), n'arrivent pas à en définir les usages, ne connaissent pas les lieux de délivrance ou doutent de leur efficacité. Seul un participant remarque qu'il est de « *la responsabilité de chacun de maîtriser les outils de prévention qui permettra de l'éviter* ».

**Efficacité du TasP.** L'animation s'est ouverte sur l'affirmation suivante : « *Une personne vivant avec le VIH, suivant un traitement antirétroviral, ayant une CVI depuis plus de six mois et pas d'IST ne transmet pas le virus par voie sexuelle à ses partenaires* ». Les gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH présents aux ateliers sont en général au courant des effets positifs des ARV sur leur santé et leur qualité de vie. Par contre, la majorité des participants, séropositifs et séronégatifs confondus, ne connaissent pas l'efficacité de ceux-ci au niveau préventif. Nombreux sont ceux qui disent ne pas connaître l'affirmation ci-dessus. Certaines personnes disent également ne pas la comprendre. Deux participants affirment avoir déjà « *vu ce message sur des flyers* » ou l'avoir entendu « *via un acteur de prévention* ». Un autre explique quant à lui être au courant qu'un homme vivant avec le VIH « *est bien soigné et on est donc sûr qu'il n'y a pas de problème* ». Des participants relèvent que la vidéo de la PPS mentionne un risque « *quasi nul* »<sup>8</sup> de transmission du VIH et l'un d'entre parle d'un sentiment de méfiance face à ce message : « *Quasi nul c'est pas nul, il y a un monde de différence, je ne voudrais pas être dans les 3 ou 4 %* ». L'un des participants explique que, même si son partenaire sexuel actuel a une CVI, ils ont fait le choix de continuer à utiliser le préservatif.

**Recours au TPE.** Les gays, bisexuels et autres HSH ayant participé à ces ateliers ont un taux de connaissance contrasté concernant le TPE. Certains connaissent l'outil et savent où se le procurer, mais la plupart d'entre eux ne maîtrisent pas l'information complète, à savoir les lieux, délais et conditions de délivrance. Le TPE doit, selon certains, être utilisé « *après avoir couché avec quelqu'un d'infecté* » et est régulièrement défini comme « *traitement du lendemain* ». La question des effets indésirables du TPE est fréquemment évoquée comme frein au recours à celui-ci, puisque la majorité des participants craignent d'être malades lors de la prise du traitement. Enfin, l'un des participants refuse catégoriquement l'utilisation de ce type d'outil, mentionnant que « *si on baise avec un séropo, qu'on devient séropo, c'est la vie* ».

**La prophylaxie pré-exposition (PrEP).** La majorité des participants ne connaissent pas l'outil ou le confondent avec le TPE, mélangeant par conséquent les

---

<sup>8</sup> Depuis lors, la PPS a sorti une nouvelle version de cette vidéo, dans laquelle il est expliqué qu'une CVI permet « d'empêcher la transmission » du VIH. L'expression « quasi nul » a été retirée.

concepts de prophylaxie pré et post exposition. Certains affirment ne pas comprendre les concepts de prophylaxie et ne pas en « voir d'intérêt ». Des participants s'étonnent de ne jamais en avoir entendu parler (« on ne nous l'a jamais proposé ») alors que d'autres mentionnent le fait qu'ils étaient informés grâce aux réseaux sociaux ou des amis français, même s'ils considèrent que « l'info n'est pas très précise ». Quelques gays, bisexuels et autres HSH étaient venus spécialement pour recevoir des informations sur cet outil. Parmi ceux-ci, certains expriment un intérêt particulier pour la PrEP, notamment « pour le côté liberté et maîtrise de sa prévention ». Des questions et des craintes sont soulevées par la thématique, notamment autour des schémas de prise (concernant le schéma intermittent : « est-ce qu'on sait à l'avance qu'on va prendre des risques ? »), du coût du traitement et de son accessibilité en Belgique. Enfin, la question de l'impact de la PrEP sur les comportements de prévention est posée par différents intervenants, principalement sur l'utilisation ou non du préservatif en complément de la PrEP.

### **c) Les autres stratégies de réduction des risques sexuels.**

La littérature scientifique et les constats de terrain montrent que les gays, bisexuels et autres HSH utilisent de nombreuses autres stratégies de réduction des risques sexuels, en combinaison ou en remplacement des outils mentionnés ci-dessus. Il s'agit notamment du retrait avant éjaculation, de l'adaptation des pratiques sexuelles (notamment le « séro-positionning » qui consiste à préférer pratiquer la pénétration insertive, moins à risque), le sérotriage (le choix de partenaire(s) sur la base du statut sérologique présumé et donc de la concordance sérologique présumée), etc. L'efficacité de ces stratégies est, pour la plupart d'entre elles, prouvée scientifiquement, même si, globalement, elle reste plus basse que celles des outils listés plus haut.

Néanmoins, peu de participants aux ateliers mentionnent y avoir recours ou même les connaître. Un participant se demande même « pourquoi faire la promotion d'outils qui ne sont pas suffisamment efficaces ? ».

### **d) Les stratégies de réduction des risques liées à la consommation de substances illicites.**

Les outils présentés dans l'animation sont le « roule-ta-paille » (pour le sniff) et le kit d'injection. La plupart des participants n'utilisent pas ces outils, même ceux qui disent consommer, et ne connaissent pas les autres techniques de stratégies de réduction des risques liés à la consommation de substances illicites. La pratique du chemsex chez les gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie est abordée en détails plus loin dans ce rapport.

Cette consultation communautaire met en lumière le manque de connaissances des participants wallons sur l'existence des différents outils de prévention, entraînant une sous-utilisation de ceux-ci pour réduire le risque d'acquisition du VIH, alors même que l'efficacité d'une stratégie combinée/diversifiée est prouvée et soutenue scientifiquement depuis plusieurs années. Les raisons de ce manque de connaissances sont multiples: accès difficile à de l'information actualisée et vulgarisée autour de messages de prévention complexes, manque de communication sur la prévention combinée/diversifiée adaptée au public, contradictions dans les messages de prévention combinée/diversifiée, etc. Ce déficit de connaissances amène ce public à identifier le préservatif comme unique pilier de la prévention, ne lui permettant dès lors pas d'opérer un choix dans l'offre de prévention, en fonction des situations et pratiques. Cette représentation du préservatif dénote d'une mauvaise communication de la part des acteurs de prévention autour du paradigme de réduction des risques et de l'efficacité en vie réelle des différents outils de prévention. Enfin, ce manque de connaissances de la part du public se traduit par une forte crédulité, voire une défiance, à l'encontre du modèle de prévention combinée/diversifiée et engendre une relative confusion dans l'esprit du public concerné.

## **2. Comportements de dépistage du VIH et des autres IST**

Les participants ont été consultés sur leurs comportements de dépistage du VIH et des autres IST. L'animation était construite autour de deux outils, sur lesquels les gays, bisexuels et autres HSH ont été invités à se prononcer. D'un côté, une campagne de AIDES et le Centre LGBT Paris-ÎdF<sup>9</sup> sur la fréquence de dépistage et sur l'outil « Suis-je dû pour un dépistage »<sup>10</sup> du site Prêtpourlaction.com (financé par la COCQ-SIDA). Cette animation visait à stimuler la discussion autour du type de tests choisi par les participants, la fréquence à laquelle ceux-ci y recourent et les freins rencontrés dans le parcours de dépistage. Les personnes présentes aux ateliers ont principalement parlé du dépistage du VIH. Les données reprises aux points **a**, **b** et **c** font donc état de leurs pratiques de dépistage du VIH. Une section est dédiée spécifiquement au dépistage des IST au point **e** de ce chapitre.

### **a) Recours aux différents dispositifs de dépistage VIH**

La littérature scientifique montre que les gays, bisexuels et autres HSH wallons ont recours à différents dispositifs de dépistage du VIH. Les dires des participants confirment ces données. Ils déclarent se faire principalement dépister chez leur médecin généraliste et auprès des acteurs de prévention. La tendance semble être à l'alternance entre ces dispositifs : ils consultent une fois leur généraliste et, la fois suivante, se rendent à une action de dépistage proposée par un acteur de prévention. Cette alternance dépend notamment des contingences horaires (« *Ca dépend de mon planning, ce qui m'arrange le mieux* »).

### **b) Freins au dépistage**

Les freins au dépistage les plus fréquents sont identifiés dans la littérature scientifique et se situent aussi bien au niveau individuel (*manque de perception du risque, anticipation de la stigmatisation, peur de la maladie et/ou de la mort, etc.*) qu'au niveau opérationnel (*disponibilité du service, accessibilité, formation du personnel, etc.*). Les gays, bisexuels et autres HSH ayant participé aux ateliers font également mention de nombreux freins au dépistage, quel que soit le dispositif mobilisé. Ces freins sont décrits en détails ci-dessous.

**La peur d'un résultat positif** a été fréquemment mise en avant comme frein principal au dépistage. Cette peur peut notamment être induite par une mauvaise compréhension des pratiques à risque et donc une sur-évaluation de l'exposition au VIH. Par ailleurs, les participants n'ont pour la plupart pas connaissance de l'efficacité des ARV et du bénéfice d'une mise sous traitement précoce en cas de diagnostic positif, alors même que ces avancées biomédicales peuvent représenter un élément incitant à un dépistage précoce.

**La relation avec son médecin généraliste** peut être un frein au dépistage. Parler de sexualité à son médecin traitant et lui demander un dépistage reste, pour beaucoup, très compliqué, surtout « *quand c'est le médecin de famille. Quand j'étais avec ma femme, j'allais à Bruxelles* ». Plusieurs participants affirment également que les médecins généralistes méconnaissent les risques d'exposition au VIH et les pratiques sexuelles du public concerné, nécessitant parfois de devoir guider le médecin et « *lui rappeler quoi faire* ». Certains sont usagers d'une maison médicale et ne peuvent donc pas systématiquement choisir le médecin rencontré, nécessitant de raconter son parcours et sa sexualité à chaque fois. D'autres, par contre, affirment préférer leur généraliste, parce qu'« *il connaît mon passé* » ou parce que quand « *il me voit, il sait pourquoi* ».

---

<sup>9</sup> En date du 31/08/2016, cette campagne n'était plus en ligne.

<sup>10</sup> Consultable sur : <http://www.pretpourlaction.com/quiz/>.

**Les couvertures horaire et géographique** des dispositifs de dépistage (centralisés ou non) ne sont pas, selon les participants, optimales et rendent par conséquent l'accès au dépistage compliqué (« *deux soirs par semaines, c'est trop peu* »). Le manque de couverture géographique au sein des provinces est aussi mentionné, certaines villes (en dehors de Namur, Charleroi et Liège) n'étant que peu ou pas couvertes par des dispositifs de dépistage (même délocalisés) à l'attention des gays, bisexuels et autres HSH (« *Il n'y a rien de facile pour moi* »).

**Le counselling** proposé par les acteurs de dépistage est apprécié par certains (« *J'aime bien car les questions sont nombreuses et ils peuvent conseiller les autres tests* »), alors que d'autres y voient un frein parfois majeur au dépistage, l'un des participants expliquant même que le counselling reçu par un acteur de prévention lui a fait « *très peur. Je suis arrivé, je pensais que j'étais sain. En sortant, j'avais d'énormes doutes. Maintenant je me confie au médecin, c'est lui qui juge si je dois faire un dépistage* ».

**L'accès à l'information** concernant le dépistage est, selon certains, compliqué, notamment parce que celle-ci n'est pas centralisée ou parce qu'elle n'est pas suffisamment mise en avant sur les sites de prévention. Un participant raconte notamment avoir « *cherché sur internet. Il y a des gros sites, et puis il fallait aller loin dans un site pour trouver un lieu où se rendre* ».

### **c) Fréquence de dépistage du VIH**

Les normes de santé internationales recommandent un dépistage du VIH en routine tous les trois à six mois pour les gays, bisexuels et autres HSH afin de briser la chaîne de contaminations en envisageant une mise sous traitement précoce en cas de résultat positif. Ces recommandations restent à adapter aux situations et contextes individuels (tous les 12 mois en cas de partenaire sexuel exclusif). De manière générale, la fréquence de dépistage des participants varie et il semble que le taux de connaissance ne soit pas uniforme autour de cette question. Certains se font dépister « *tous les 3 mois parce que mon médecin me le rappelle* », d'autres estiment que c'est « *c'est très variable* » ou que « *c'est mieux tous les 6 mois* », même s'ils ont été exposés à des risques d'acquisition du VIH (« *avec d'autres mecs, je n'ai pas pensé à aller me faire dépister, ça dépend comment ça se passe* »). Les participants réagissent clairement au message « *un dépistage tous les 3 mois ou tous les 10 mecs* » et se posent la question de l'adaptation de cette norme à leur situation individuelle et leurs pratiques sexuelles, notamment dans le cas d'un « *couple fermé* ». Les participants ont également orienté les discussions autour des périodes fenêtrées à respecter avant d'effectuer un test de dépistage. À nouveau, le taux de connaissance à ce sujet semble inégal.

### **d) Autotest du VIH**

L'animation ouvrait la discussion sur le taux de connaissance et d'acceptabilité de l'autotest auprès des participants. La majorité d'entre eux n'en avaient pas entendu parler et étaient en demande d'informations sur le sujet. Des questions sur la fiabilité de ce type de dépistage ont directement fait surface tout autant que des demandes d'éclaircissement sur la période fenêtrée à respecter. En ce qui concerne l'acceptabilité, les commentaires divergent : certains préféreraient utiliser l'autotest « *car mon médecin a toute la famille, et si j'étais séropositif, j'aurais peur qu'il le dise à ma famille, c'est ce qui se passe déjà pour mes problèmes de santé* », d'autres expriment leurs craintes d'avoir à affronter un résultat positif sans encadrement. Un seul participant explique avoir réalisé un dépistage via l'enquête « *Swab2know* »<sup>11</sup>, menée par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et affirme, que pour certains, ce type de dépistage est « *leur seul moyen de le faire* ».

---

<sup>11</sup> Plus d'informations sur l'enquête Swab2know disponibles sur <https://www.swab2know.eu>.

### e) Le dépistage des autres IST

Le dépistage des autres IST est absent des discussions chez les gays, bisexuels et autres HSH présents aux ateliers. Lorsque celui-ci est mentionné, les taux de connaissance concernant les types et fréquence de dépistages, les symptômes et les modes de transmission semblent particulièrement bas. Certains participants pensent que toutes les autres IST se détectent par « *une prise de sang. La totale : VIH et les autres* », d'autres pensent que leur « *généraliste le coche d'office, donc c'est fait systématiquement* ». Plusieurs participants mentionnent même qu'ils ont été freinés dans leur demande de dépistage par divers acteurs psycho-médico-sociaux. Le témoignage illustre ce problème: « *Jeune, j'ai eu la syphilis donc je refais toujours le test une fois par an. L'hôpital a dit à mon médecin de ne plus faire le test car on ne peut pas rattraper la syphilis. Le médecin aussi me disait qu'il ne fallait pas car je ne prends pas de risques* ».

Cette consultation communautaire met en avant un nombre important de freins au dépistage du VIH pour les gays, bisexuels et autres HSH rencontrés lors des ateliers. De plus, la plupart d'entre eux semblent y avoir recours de manière trop tardive et/ou à une fréquence insuffisante. Les participants semblent ne pas recevoir suffisamment d'informations sur les recommandations en termes de fréquence, de période fenêtre à respecter et les différences entre les différents dispositifs. En ce qui concerne les autres IST, il ressort que les participants ne se dépistent pas ou peu et que les freins sont multiples et incluent une méconnaissance de toutes les IST chez les acteurs psycho-médico-sociaux.

## 3. Rapport à la séropositivité

### a) Sérophobie

Les participants étaient conviés à réagir à des extraits de la vidéo « *HIV-positive guys reading mean dating app messages* »<sup>12</sup>. Cette vidéo montre des gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH lisant des messages sérophobes reçus sur les applications mobiles de rencontre au moment de parler de leur statut sérologique. L'animation abordait ce sujet en premier lieu. Les réactions des participants n'ont pas été denses et divergentes. Les témoignages ci-dessous montrent l'étendue des réactions face à la potentialité d'avoir un partenaire vivant avec le VIH. Certains de ces témoignages ont nécessité l'intervention de l'animateur, afin d'apporter un complément d'informations sur la sérophobie ou interrompre des propos discriminants.

#### L'exclusion des gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH

« *Il est mignon mais c'est pas possible car il est séropo* ».  
« *J'ai des amis séropos, on peut partir en vacances, dormir ensemble mais je ne pourrais pas être en couple, avec une intimité* ».  
« *J'ai déjà des problèmes avec les préservatifs, donc je ne pourrais pas. Je sais que je finirais par l'attraper, donc je ne sais pas s'il faut se lancer dedans* ».

#### La possibilité d'un partenaire vivant avec le VIH

« *Chaque personne a le droit de choisir son partenaire et d'avoir une réticence* ».  
« *Je ne l'exclus pas, mais ça me fait réfléchir. Ça ne m'est jamais arrivé. On aurait beaucoup de conversations pour savoir comment sa vie va avec ça. Je n'y connais rien* ».  
« *Être en couple avec un séropo, ça rend les choses compliquées* ».  
« *Pas que ça me dérangerait de coucher avec un séropositif, avec les protections* ».

#### L'acceptation d'un partenaire vivant avec le VIH

« *Je suis tombé amoureux d'une personne qui m'a avoué avant de passer à l'acte qu'elle était séropositive sous CVI. Et de toute façon il y avait protection, ça n'a rien changé* ».

<sup>12</sup> La vidéo disponible sur youtube: « *HIV-positive guys reading mean dating app messages* »

## **Refus de connaître le statut sérologique du/des partenaire(s)**

« Dans les endroits de sexe, les gens ne se posent pas la question du statut sérologique de l'autre personne ».

### **a) Dicibilité du statut sérologique**

Dans trois des quatre ateliers, plusieurs hommes ont parlé ouvertement de leur séropositivité. À partir de la même animation qu'au point précédent, ils ont eu l'occasion de parler de leur propre vécu en termes de dicibilité de leur statut sérologique face à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Ils constatent tous qu'il est particulièrement difficile, voire impossible, de parler de leur statut sérologique : « Il ne faut pas dire la vérité car sur les sites, on a du refus si on marque 'séropositif', il y a des discriminations ». Certains l'indiquent sur leur profil ou en parle si on leur demande (« Quand on me le demande, je dis la vérité, mais je ne l'expose pas spécialement »). Ils pointent presque tous le fait que les personnes connaissant leur statut ne respectent pas la confidentialité de cette information : « Lorsque une personne vivant avec le VIH en parle, l'information circule ». Ces témoignages n'ont cependant pas engendré de réactions de la part des autres participants.

Cette consultation communautaire semble mettre en lumière un rejet important des gays, bisexuels et autres HSH vivant avec le VIH en Wallonie. La notion de sérophobie recouvre des réalités différentes, allant de la mise à l'écart, à l'exclusion systématique des hommes vivant avec le VIH ou la violence verbale. Le manque de débat autour de cette thématique montre un relatif malaise de la part des participants à aborder la séropositivité. Enfin, les témoignages ci-dessus montre que la sérophobie est importante chez les gays, bisexuels et autres HSH ayant participé aux ateliers, rendant notamment difficile voire impossible la dicibilité du statut sérologique.

## **4. Tabac, alcool, médicaments et usage de substances/produits illicites**

Les gays, bisexuels et autres HSH ayant participé aux ateliers ont visionné la vidéo « CHEMSEX, THE MOVIE. Official Trailer »<sup>13</sup> sur le phénomène du chemsex à Londres. Les réactions sont presque unanimes : les participants constatent une prévalence importante du phénomène en Wallonie. Dans un premier temps, ils expliquent qu'ils consomment plusieurs substances illicites et que beaucoup de leurs amis, connaissances et partenaires en consomment également. Les produits utilisés sont licites (alcool, Viagra, etc.) et illicites. Dans un deuxième temps, ils affirment avoir « déjà vu sur Grindr » des plans chems, s'être déjà fait proposer des plans « slam sur Grindr et Gayroméo » ou avoir déjà « été invité à une soirée du type, par curiosité ». La plupart insistent sur le fait que la consommation de substances illicites est souvent précédée d'alcool, parce que « ça désinhibe, ça donne du courage. Avec l'âge, on a besoin de plus ».

### **a) Les produits consommés**

Les gays, bisexuels et autres HSH présents lors des ateliers ont choisi de parler des types de substances consommées en Wallonie. Ils mentionnent les substances suivantes : cannabis, LSD, métamphétamine et GHB. Les produits de synthèse sont rapportés comme étant les plus fréquemment utilisés, à part le crystal meth qui serait, selon certains, utilisé uniquement à Bruxelles. Globalement, les participants déclarent « consommer de tout » et disent qu'il est facile de se procurer des produits de synthèse par courrier (« ça se répand facilement, ça ne coûte pas si cher »).

### **b) Le chemsex**

Certaines substances sont utilisées spécifiquement comme stimulants sexuels par les gays, bisexuels et autres HSH. Les modes de consommation varient (ingestion, sniff,

<sup>13</sup> La vidéo est disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=sZLqFHVnaMs>.

injection ou pratique du slam, etc.) autant que les lieux de consommation (dans des soirées privées, des lieux de cruising, etc.). L'expression « chemsex » est utilisée ci-après pour décrire des rapports sexuels entre hommes sous l'influence de substances prises avant et/ou pendant les rapports sexuels. Le phénomène est rapporté à Liège et à Namur. Aucune personne n'en fera mention à Charleroi.

Les participants estiment qu'il y a une certaine « pression sociale et communautaire poussant à l'utilisation » et que le chemsex peut leur permettre de trouver leur « place dans la société actuelle ». Cette pression ressentie par certains est décrite comme un problème parce que « tout le monde est obligé de consommer ou de boire » et que « certaines personnes n'arrivent plus à s'amuser sans cela ». L'un des participants dira que cette pression sociale pourrait selon lui être liée à « une culture de la performance sexuelle » chez les gays, bisexuels et autres HSH. Certains d'entre eux estiment notamment que les chemsexers sont « ceux qui pratiquent une sexualité ouverte et en groupe ».

Plusieurs participants parlent également de quelques effets indésirables constatés lors de la consommation de certains produits et mettent en avant des problèmes physiques (coma, malaise, etc.), psychologiques (paranoïa, changement de comportement, violence, etc.) et d'addiction.

### **c) Accès à l'information et encadrement médical**

Les participants mettent en avant le manque d'accès à une information complète sur les produits consommés et le chemsex (« il y a très peu d'outils, de brochures »). Ils se tournent dès lors vers Internet : « On trouve toute l'information sur internet. Par contre sur Infor-Drogues, il n'y a que 5 drogues ». Il est également mentionné que « dans toutes ces soirées avec consommation, la prévention au niveau sexuel (et au niveau drogue aussi) n'existe pas ».

Les participants expriment leur souhait d'encadrement et de soutien psycho-médico-social sur les différentes problématiques qu'ils rencontrent. Ils déclarent cependant n'avoir pas réussi à trouver de l'information et du soutien après des acteurs de prévention (« le médecin qui me suit pour la PrEP, je lui ai parlé de cathinones, il ne connaissait même pas le nom, alors que c'est un médecin spécialisé en prévention, qui voit des gays ») ou des institutions médicales (« Certains médecins ne sont pas au courant »).

<p>Cette consultation communautaire apporte des éléments de réponse quant à la consommation de substances illicites par les gays, bisexuels et autres HSH ayant participé aux ateliers. Le chemsex semble être pratiqué et les participants dessinent les contours des problématiques qui pourraient en découler. Les produits de synthèse sont consommés par les gays, bisexuels et autres HSH présents aux ateliers et ceux-ci ne trouvent pas de soutien lorsqu'ils en cherchent auprès des spécialistes de santé. Les acteurs de prévention du VIH et des autres IST semblent également absents des soirées chemsex.</p>
--

# **Les entretiens individuels avec les travailleurs du milieu festif en Wallonie**



## Contexte, objectifs et méthodologie

Cette deuxième partie de la consultation communautaire visait à développer des connaissances sur la clientèle des lieux de sociabilité à l'attention du public gays, bisexuels et autres HSH dans les villes de Charleroi et Liège. Il n'y a pas d'endroits spécifiquement réservés à ce public dans les provinces de Namur et dans le reste de la province du Hainaut. Dès lors, les données récoltées ci-dessous ne se rapportent qu'aux deux villes mentionnées ci-dessus.

Lors de cette étape, tous les patrons et travailleurs des bars, saunas, sex shop réservés aux gays, bisexuels et autres HSH ont été contactés à Charleroi et Liège afin de leur proposer un entretien. Ont été interrogés à Liège : deux patrons de saunas, un patron de sex shop, un patron et deux travailleurs de bars. À Charleroi, trois patrons ou gérants de bars ont accepté notre proposition. Tous ont été questionnés sur les profils et les comportements de prévention de leurs clients. Ils ont également été questionnés sur les outils et campagnes de prévention ainsi que sur leurs besoins en termes de mise à jour sur la prévention du VIH et des autres IST.

Cette récolte de données a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs d'une durée de 30 minutes en moyenne. La démarche méthodologique s'est tout d'abord construite autour de ce type d'entretiens adaptés à « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs représentations sociales, leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences.* »<sup>14</sup> Afin d'assurer l'engagement des personnes interrogées dans la problématique, une réelle proximité avec celles-ci a été créée plaçant l'interrogeant dans un mode d'entretien compréhensif<sup>15</sup>. Pour ce faire, les personnes rencontrées ont été interrogées dans leur environnement de travail, en utilisant un vocabulaire et des codes culturels proches d'elles. La problématique générale de prévention du VIH et des autres IST n'était pas non plus abordée frontalement avec les interlocuteurs, mais faisait partie d'une problématique plus globale : ils étaient invités à « discuter » de leurs constats et interactions avec leur clientèle à propos de sexualité, pratiques sexuelles, etc.

Sur la base d'un guide d'entretien, les rencontres ont balayé les thématiques suivantes :

- le profil sociodémographique du public fréquentant leur établissement ;
- la qualité et la pertinence des campagnes/outils de prévention ;
- l'organisation générale des interventions de prévention dans leur(s) établissement(s) (distribution de préservatifs, dépistage en outreach) ;
- le niveau de connaissance et les recours aux outils de prévention au sein du public cible ;
- les pratiques sexuelles du public gays, bisexuel et HSH bruxellois ;
- la consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes (il-)licites ;
- l'homophobie et la sérophobie.

Les questions du guide d'entretien n'ont pas été posées systématiquement dans l'ordre, puisqu'il s'agissait de laisser au maximum la parole à l'intervenant, afin que celui-ci se livre ouvertement sur les thématiques abordées.

En fin d'entretien, chaque personne a été interrogée sur ses propres besoins et ses souhaits en matière de formation sur les nouveaux outils et les nouvelles stratégies de prévention.

---

<sup>14</sup> Quivy R., Van Campenhoudt L., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 2006, p. 175

<sup>15</sup> Kaufmann J.-C., De Singly F., L'entretien compréhensif, Paris : Armand Colin, 2004

# Analyse des données récoltées

## **1. Lieux de sociabilité des gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie**

Les travailleurs du festif mettent tous en avant une diminution de leur clientèle depuis plusieurs années. Ils tentent tous d'apporter des explications à ce phénomène et y voient quatre raisons principales:

**L'avènement des applications mobiles de rencontre** : les gays, bisexuels et autres HSH wallons ne viendraient plus dans leurs établissements pour rencontrer de potentiels partenaires sexuels puisque les espaces de rencontres seraient devenus presque exclusivement virtuels (sites de rencontre, applications mobiles et réseaux sociaux), facilitant notamment l'accès aux partenaires sexuels grâce à la technologie de géolocalisation.

**L'augmentation des lieux de cruising** : les gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie rencontreraient leur(s) partenaire(s) sexuels en dehors de leur(s) établissement(s), notamment sur les parkings ou dans des « plans voitures ». Cet élément est notamment corroboré par les affirmations des participants aux différents ateliers, qui mettent massivement en avant les rencontres sexuelles sur les parkings. Une des explications principales apportée par les travailleurs du festif est la diminution du pouvoir d'achat des gays, bisexuels et autres HSH en Wallonie, ne leur permettant plus de dépenser de l'argent dans les lieux de sociabilité.

**L'augmentation des soirées privées** : la plupart des travailleurs du festif disent constater une augmentation des soirées privées entraînant une diminution de leur clientèle. Certains pensent toutefois qu'elles ne concernent qu'un petit nombre de personnes pratiquant le sexe en groupe.

**La mobilité des gays, bisexuels et autres HSH wallons**: les travailleurs du festif affirment que de nombreux clients se déplacent régulièrement vers des soirées organisées à Bruxelles (Démence et Révélation), à Maastricht ou en Allemagne, entraînant de fait une diminution de la fréquentation dans leurs établissements.

## **2. Prévention chez les gays, bisexuels et autres HSH fréquentant les lieux de sociabilité**

Les travailleurs du festif affirment que leurs clients ne parleraient pas de sexualité avec eux. Ils constatent cependant que les personnes fréquentant leurs établissements parlent de sexualité entre eux mais la distance reste de mise entre clients et travailleurs sur ce sujet-là.

**Les thématiques relatives à la prévention** ne sont pas non plus abordées avec les travailleurs du festif. Les clients ne se tournent pas vers eux pour recevoir des informations ou des conseils. La seule demande de ceux-ci est de recevoir des préservatifs dans les lieux de sociabilité. Les travailleurs interrogés estiment unanimement que les gays, bisexuels et autres HSH discuteraient peu de prévention.

**Les campagnes prévention (affiches, brochures, flyers)** sont distribués par les acteurs de prévention et mis à disposition des clients. Les travailleurs interrogés mettent tous en avant le fait que les clients ne les regarderaient pas et ne les prendraient pas. Selon eux, les gays, bisexuels et autres HSH ne les consulteraient même pas sur place. L'un d'eux affirmera qu'il « *faudrait arrêter de faire des campagnes que les gens ne voient pas* ».

**Les préservatifs** sont délivrés en suffisance par les acteurs de prévention et ils sont mis à

disposition de la clientèle. Les travailleurs du festif identifient Ex Æquo comme centrale d'achat des préservatifs et entretiennent une relation efficace avec les acteurs provinciaux comme relais de distribution. Les réactions sont mitigées quant à l'utilisation des préservatifs par les clients : certains travailleurs estiment que la clientèle se sert et utilise toujours autant cet outil de prévention, à l'intérieur ou en dehors de leurs établissements (notamment sur les plans parking ou plan voiture). D'autres estiment que la consommation de préservatifs dans leurs établissements diminue depuis plusieurs années. Enfin, l'un d'entre eux estime que les pipelifts ne sont pas efficaces parce qu'elles entraînent un gaspillage important des préservatifs. Ils préfèrent d'ailleurs tous les distribuer à l'entrée ou les mettre à disposition sur le bar.

**La question du dépistage décentralisé** dans les établissements visités est abordée avec les travailleurs du festif. Une différence existe entre les deux villes. À Charleroi, aucune action de dépistage décentralisée n'a jusqu'à présent été réalisée dans les lieux de sociabilité réservés aux gays, bisexuels et autres HSH, alors qu'à Liège, certains bars et saunas accueillent régulièrement les acteurs de prévention organisant du dépistage en « outreach ». Cependant, certains lieux visités à Liège n'en organisent pas encore et la question de l'acceptabilité de ce type de dispositif a donc été posée aux travailleurs. Que ce soit à Liège ou Charleroi, l'acceptabilité reste relative auprès des travailleurs, puisque certains estiment qu'il est difficile de combiner « festif » et « dépistage » et d'autres pensent que leur clientèle ne serait pas intéressée. La question de la faisabilité de ce type d'action est également à envisager puisque certains endroits visités ne disposent pas de l'espace suffisant pour l'organisation de ce type d'action.

Les autres outils et stratégies de prévention n'ont pas été abordés par les travailleurs du festif. Seule une personne a mentionné le TPE et a affirmé que ses clients connaissent son existence parce qu'il en a déjà entendu parler. Le TasP, la PrEP et les autres stratégies de RdR sexuels sont donc absents des discours des personnes rencontrées.

**En termes de formation**, seule une minorité de travailleurs du festif aimeraient recevoir des informations sur la prévention combinée/diversifiée et avoir accès à une brochure informative pour qu'ils puissent assurer un relais efficace vers le public ciblé. L'un des patrons a également mentionné qu'il serait prêt à organiser une formation à l'attention des salariés de son établissement. Cependant, la plupart des personnes interrogées ne sont pas en demande d'un renforcement de la présence de terrain ou de l'offre de formation sur la prévention du VIH et des autres IST.

### **3. Consommation de substances illicites**

Les travailleurs du festif ont été questionnés sur les diverses substances consommées par les gays, bisexuels et autres HSH fréquentant leurs établissements. Ils mentionnent tous que le cadre légal répressif en matière de drogues les empêche de pouvoir mettre en œuvre des stratégies de RdR efficaces. Ils sont donc contraints d'appliquer une tolérance zéro quant à la consommation de substances illicites dans leurs établissements. Cependant, toutes les personnes interrogées mettent en avant une consommation importante des substances suivantes : cocaïne, cannabis et GHB. La cocaïne est, selon eux, le produit le plus utilisé par leurs clients et certains regrettent de ne pas pouvoir distribuer de roule-ta-paille légalement. Par contre, le crystal meth ne semble pas circuler dans leurs établissements. Enfin, ils mentionnent tous que leurs clients ont une consommation importante d'alcool et que ce phénomène se retrouve dans toutes les tranches d'âges, jeunes compris.