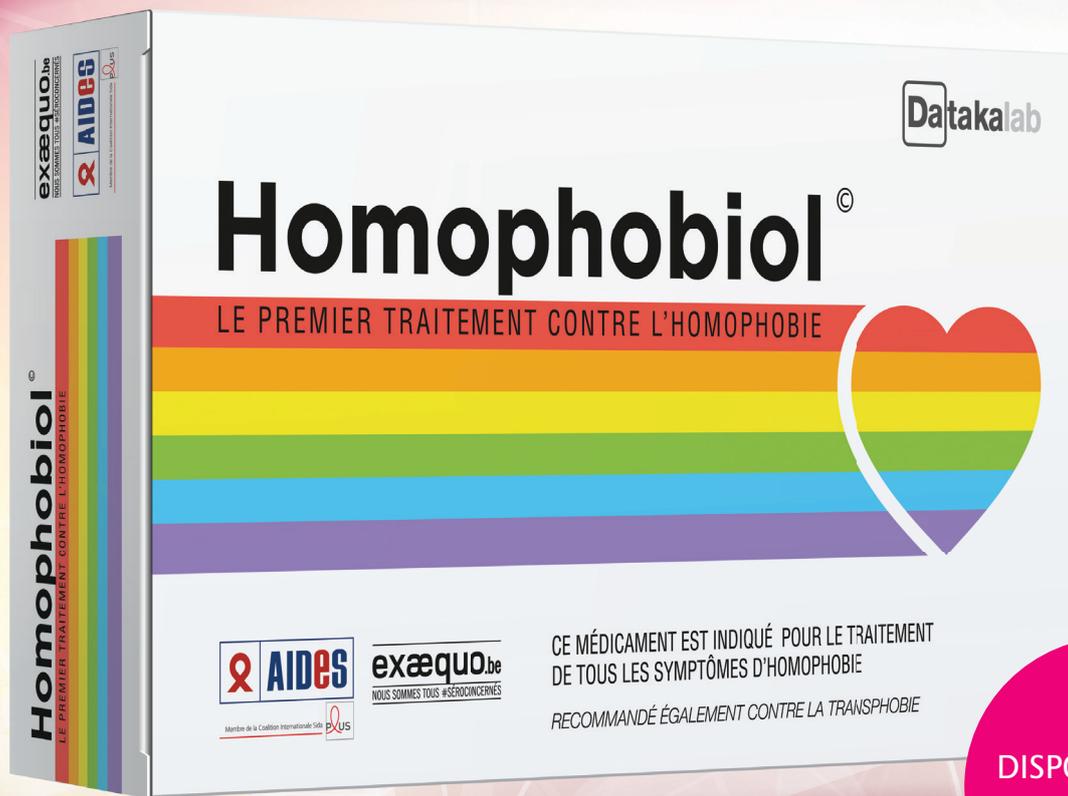


Pour la santé gay
on n'est jamais trop aidé.



DISPONIBLE SUR
www.exæquo.be

Traiter l'homophobie
c'est aussi faire reculer le sida.

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2016

exæquo

TON PARTENAIRE **SANTÉ GAY**

à Bruxelles et en Wallonie depuis 1994

TABLE DES MATIÈRES

Bref historique	3
Analyse épidémiologique	4
La Belgique à l'heure de la prévention combinée ?	7
Notre projet associatif	11
Nos axes	12
Organisation interne	
Organisation statutaire	13
Le conseil d'administration	14
Organisation du bénévolat	14
L'équipe des permanents	16
Actions socles	
Actions de proximité – visibilité	17
Actions innovantes	
Accueil en réduction des risques sexuels avec ou sans dépistage	20
Je cherche un très très bon médecin	23
Accompagnement et support des usagers de soins vivant avec le VIH	25
Finances	
Résultats financiers 2016	28
Prévisions 2017	29
État des financements publics 2012-2016	30
Mot de conclusion	
2016 une année charnière pour Ex Æquo	31

En couverture: développé en collaboration avec Aides France, partenaire privilégié d'Ex Æquo tant pour la communication que pour la formation, Homophobiol a été un grand succès de l'année 2016. Une approche légère qui a rappelé avec humour que «traiter l'homophobie, c'est aussi faire reculer le sida».



Ex Æquo, TON PARTENAIRE SANTÉ GAY

En vingt années de lutte contre les nouvelles contaminations du VIH et des IST, Ex Æquo a développé bon nombre de projets ponctuels, dont certains – face à l’ampleur de la mission ou de succès unanimes – sont devenus des actions régulières. Depuis sa création en 1994, Ex Æquo a toujours été soutenue par la Communauté française de Belgique. En 2010, se conclue une nouvelle convention entre Ex Æquo et la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui perdure depuis lors. L’association détient un agrément en tant qu’opérateur de promotion à la santé et elle cultive sa différence par le développement d’outils innovants grâce à un ancrage fort au sein de sa communauté.

Au fil du temps, Ex Æquo a notamment su développer un réseau de partenariats très étroits avec les lieux HSH, qu’ils soient communautaires comme les Maisons Arc-en-Ciel de Wallonie ou celle de Bruxelles, ou de sociabilité comme les bars, les saunas et autres lieux de rencontre ou de consommation sexuelle. Héraut de la santé sexuelle auprès des HSH, Ex Æquo s’est engagée dans la lutte contre les discriminations, aussi bien sur base du statut sérologique que de l’orientation sexuelle : parce que combattre l’homophobie et la sérophobie, c’est aussi permettre à tous les HSH de pouvoir prendre soin d’eux-mêmes. C’est pourquoi, l’association a été présente à la fondation de la Maison Arc-en-Ciel du Brabant Wallon (2015), puis celle de Verviers (2016), et qu’elle veille dans toutes les instances politiques sectorielles à ce que les problématiques LGBT ne soient pas éclipsées.

La partie professionnelle du réseau de partenaires bénéficie aussi du soutien de l’asbl par un projet de centrale d’achat, initié dès 2010 et renforcé en 2013 grâce au soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, permettant à tous les lieux de consommation sexuelle d’obtenir à prix coûtant le matériel de protection nécessaire à leurs clients et de renforcer la couverture globale des lieux de vie HSH des autres programmes subsidiés¹.

Ex Æquo a été la première association communautaire, en 2013, à proposer un projet pilote de dépistage délocalisé et démedicalisé du VIH. Il s’agit de réaliser des dépistages à partir de tests rapides d’orientation diagnostique (TROD) par des pairs spécifiquement formés et pour leurs pairs au sein du public-cible HSH. Reconnu par l’INAMI dans un premier temps, le financement du projet pilote fut arrêté (03/2015) mettant en péril sa survie. Cependant, convaincu de l’importance du projet, Ex Æquo a décidé de permettre sa continuation grâce à ses fonds propres et à des dons privés. Cet épisode a été le déclencheur de la refonte globale du projet associatif transformant Ex Æquo d’acteur de prévention à destination d’une communauté en association de santé communautaire, avec des projets portés par des volontaires spécifiquement formés.

Aujourd’hui, Ex Æquo se positionne toujours au plus proche des attentes de son public en coordonnant l’ouverture des premières consultations communautaires PrEP à Bruxelles. Ce projet anticipe encore une fois l’application des innovations en promotion de la santé et en réduction des risques sexuels par le Ministère fédéral de la santé.

C’est dans cette capacité de rechercher des partenaires que se trouve la véritable richesse de Ex Æquo, savoir trouver ailleurs des compétences qui lui font défaut, s’interroger pour être toujours plus efficace, écouter ses bénéficiaires pour répondre à leurs attentes en matière de santé sexuelle. Cette approche, loin d’être un long fleuve tranquille, est saluée régulièrement que ce soit sous les arcades du Parlement lors d’une première reconnaissance du dépistage démedicalisé et délocalisé, ou auprès de bailleurs publics ou privés finançant régulièrement certaines activités.

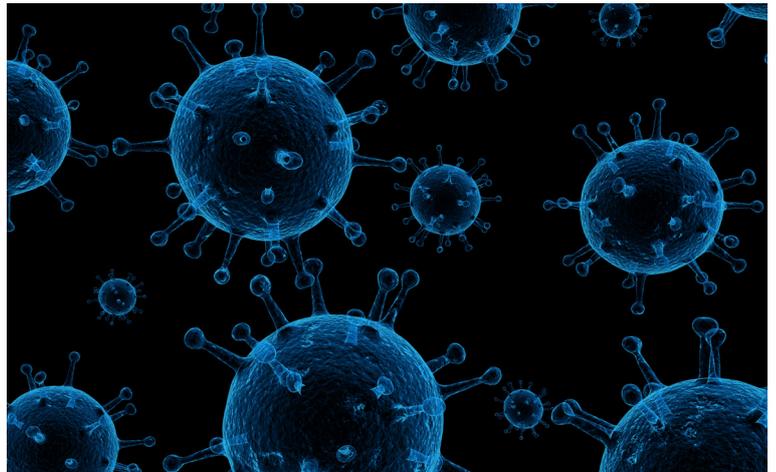
ANALYSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

LES HSH FACE AU VIH EN BELGIQUE

Trente-six ans après la détection des premiers cas de sida, l'épidémie continue et son visage s'est modifié. Grâce à la recherche et la mobilisation des communautés, des progrès sans précédent ont été obtenus en matière de prévention, de dépistage, de traitement antirétroviral et l'épidémie a très nettement régressé dans le monde. Mais cette réalité masque une transformation d'une épidémie qui reste très active au sein des groupes les plus exposés au VIH : les populations clés. En Europe occidentale, ces populations clés sont identifiées : ce sont les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), les personnes transgenres, les personnes incarcérées, les travailleurs du sexe et les personnes migrantes et/ou réfugiées.

Un acquis de santé publique devenu un consensus mondial décrie que pour en finir avec l'épidémie de sida à l'horizon 2030, les efforts doivent être alloués vers ces publics clés en priorité pour faciliter l'accès aux services de prévention et de soin existant, ainsi qu'un déploiement de nouveaux services adaptés et pensés pour être directement accessibles à ces communautés.

À ce jour², le VIH reste un problème de santé important en Belgique, avec 15 266 personnes séropositives au VIH suivies médicalement³ et 1 001 nouvelles infections en 2015, soit 2,7 nouveaux cas par jour. Bien qu'en 2014, pour la première fois après 15 ans de croissance continue, on a constaté une diminution du nombre de diagnostics enregistrés dans le public des gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les statistiques fournies en 2016 confirment le constat émis l'an dernier : cette baisse ne signifiait pas nécessairement une baisse de l'incidence, même si le nombre de dépistage reste stable.



Le groupe des gays, bisexuels et autres HSH reste touché de manière disproportionnée. Ainsi, en 2015, 363 contaminations avaient été identifiées comme ayant eu lieu lors de rapports HSH, ce qui représente 50% des nouvelles infections pour lesquelles le mode de contamination est connu (n=727)^{2B}. Ceci représente une augmentation de 5% par rapport à l'année précédente : elle touche l'ensemble des sous-groupes ethniques HSH, mais – au niveau régional – l'espace francophone est bien plus impacté que la région flamande (i.e. Bruxelles-Capitale +13%, Région Wallonne +10%)^{2B}. L'ISP signale également que le nombre de dépistages tardifs continue à augmenter parmi les HSH ces sept dernières années atteignant, en 2015, 27% des nouveaux diagnostics^{2B}. Sur base du HIV Modelling Tool créé par l'ECDC⁴, l'ISP a évalué le nombre de HSH séropositifs belges en vie en 2014 : il s'agirait de 8 600 hommes dont 12,5% (n=1070) ne connaîtraient pas leur statut sérologique^{2B}.

La prévalence du VIH auprès de cette population est, elle, estimée entre 9,7% et 12,3% pour la Région bruxelloise (EMIS 2010 ; SIALON II 2013) soit donc un résultat proche des autres grandes villes européennes (Barcelone, Lisbonne, Brighton, Bucarest). Ces chiffres sont aussi à mettre en relation avec un taux de dépistage de 62 tests pour 1000 habitants, et un taux de réactivité de 1,45%^{2B}. Les diagnostics chez les HSH concernent principalement des personnes de nationalité belge (66%), avec une forte proportion de personnes citoyens de l'Union européenne (18% ; principalement français, néerlandais et espagnols).

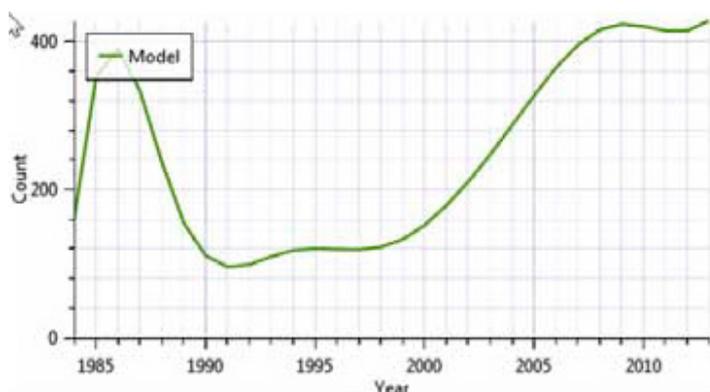


Illustration 1:
Incidence parmi les HSH en Belgique (2013) (HIV Modeling Tool - ECDC)



LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La situation au sujet des contaminations des autres infections sexuellement transmissibles est moins précise mais offre un ensemble d'indicateurs de tendances. De manière globale^{2c}, les gays, bisexuels et autres HSH représentent 62% des cas d'IST documentés dans le réseau sentinelle clinicien⁵. Lorsque les pratiques sexuelles ont été rapportées, les gays, bisexuels et autres HSH représentent la première population-clef pour l'ensemble des cas documentés d'hépatite C (100%), de LGV (100%), de syphilis (88%), de gonorrhée (84%). Ils sont également sur-présentés pour l'herpès (43%), la chlamydia (36%) et le virus du papillome humain (17,5%). L'ISP^{2c} constate une augmentation constante depuis 2002 pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis qui touchent majoritairement les hommes âgés de 20 à 24 ans. Parmi les personnes qui se sont fait tester chez Ex Æquo en 2015 (n=297), 33% déclaraient déjà avoir eu au moins une IST, notamment la syphilis pour un tiers d'entre-eux.

D'un point de vue des opportunités de dépistage, près 61% des diagnostics d'IST chez les hommes sont posés suite à des symptômes chez le patient ou son/sa/ses partenaire(s), contre 34% après une demande de dépistage opportuniste. Toujours parmi la population masculine, 2,3% des nouvelles sérologies positives pour le VIH sont connues à l'occasion d'un dépistage des IST, cela représente donc une porte d'entrée^{2c}. D'autant plus que pour un quart des tests réalisés le statut sérologique au VIH est inconnu ou non recherché dans le réseau sentinelle^{2c}.

La situation concernant l'hépatite C (VHC) est particulière : en l'absence de réseau de déclaration similaire au VIH, l'épidémie de VHC reste très globalement sous-estimée en Belgique. Malgré un plan national VHC⁶ (2014), il n'est pas possible aujourd'hui de distinguer les populations-clefs et de connaître la répartition régionale. Les données de l'INAMI donnent quelques indications : la prévalence était estimée à 0,12% de la population générale en 2003 ; 1443 génotypages ont été demandés en 2014 permettant de soupçonner une intention de traitement ; parmi ceux-ci 17% concernaient des bénéficiaires domiciliés en Région Bruxelles-Capitale et 42% provenaient de Wallonie⁷.

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Selon l'ISP, le maintien en soins des patients en suivi est élevé : 92,1% des patients en soins en 2013 ont été retenus en 2014^{2B}. Parmi les patients suivis dans les Centres de référence sida (CRS) en 2013, 89,4 % recevaient un traitement antirétroviral avec des taux de succès virologique élevé : 94,7 % avaient une charge virale contrôlée (<200 copies/ml). Ainsi pour l'année 2014, la Belgique respecterait quasiment l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA⁸, du moins pour les PvVIH pris en charge dans un CRS⁹.

(Absolu)	Belgique ^{2A}	CRS ^{2A}	ONUSIDA
Période	2007-2011	2014	
Pris en charge	98,2%	-	-
Retenus	90,8%	92,1%	90%
Avec ARV	83,3%	82,33%	98,2%
CV contrôlée	-	77,97%	98,2%
CV indétectable	69,5%	-	98,2%
(Relatif)			
Pris en charge	98,2%	-	-
Retenus	92,46%	92,1%	90%
Avec ARV	91,74%	89,4%	90%
CV contrôlée	-	94,7%	90%
CV indétectable	83,43%	-	-

Tableau 1:
Continuum de soin
en Belgique

Ces résultats sont à nuancer si l'on considère l'ensemble de la population séropositive du VIH, puisqu'une part significative sont en dehors du parcours hospitalier¹⁰. De plus, les données fournies par l'ISP ne permettent pas de rendre compte de la répartition régionale des PvVIH ou leur orientation sexuelle. Le continuum varie selon les études concernant les gays, bisexuels et autres HSH. Selon le dernier rapport détaillé^{2A}, pour la cohorte des HSH séropositifs entre le début de l'épidémie et 2011 : 95% d'entre-eux sont entrés dans les soins, 86% de ceux-ci avaient accès aux ARV, et 88% de ces derniers avaient une CVI inférieure à 50 copies/ml. En prenant en compte les sérologies inconnues, la proportion de PvVIH HSH avec une CVI tomberait à 69% durant cette période^{2A}. L'étude SIALON II actualise partiellement ces données, en Région Bruxelles-Capitale, puisque 99,6% des répondants connaissant leur statut sérologique séropositif bénéficiaient d'ARV, dont 94% avec une CVI. Le continuum pour le Nord-Pas-de-Calais, en 2014, est lui de 96% des PvVIH suivies bénéficient des ARV et 92% d'entre-eux ont une CVI. Les différences majeures au niveau régional se situent au niveau du maintien dans les soins et à la délivrance des ARV.

Enfin, il est aussi à noter que parmi les 4478 patients HSH suivis en Belgique, 32% ont plus de 50 ans. À titre de comparaison, la Région Nord-Pas-de-Calais, comporte environ 1200 patients HSH (n=3062) et un vieillissement de la file active à hauteur de 40%. La Belgique est ainsi au début des problématiques liées au vieillissement de sa population HSH PvVIH.

	UE ^{2F}	Belgique ^{2F,2A}	France ^{2F,2E}	Bruxelles ^{2A}	Wallonie ^{2A}	Nord ^{2D}
Tests						
Par hab.		6,2‰	8,0‰	10,8‰	6,7‰	7,4‰
Nb 2014		697684	5266055	-	-	-
Nb 2013		695433	5225638	-	-	-
Réactifs		(1,49‰)	(2,1‰)	1,5‰	0,7‰	0,8‰
Sérologies positives						
Nb 2014	29992	1039	4327 (6584)	198	166	161
.10-4 hab.	5,9	9,3	6,6	-	-	-
Nb 2013	32459	1125	5525	-	-	-
.10-4 hab.	6,3	10,1	8,4	-	-	-
HSH parmi les sérologies positives						
Nb 2014	12677	335 (366)	1136 (≈2800)	91	61	≈101
Nb 2013	13514	425	1584	-	-	-
%	-	(46%)	(42%)	46%	37%	63%
Tardif	37%	22%	(17%)	-	-	-
Nationaux	70,4%	(65,80%)	(≈82,00%)	41,80%	78,70%	-
UE	5,9%	(17,40%)	(≈4,00%)	35,20%	8,20%	-

Tableau 2: Synthèse des données épidémiologiques concernant la Belgique

LA BELGIQUE À L'HEURE DE LA PRÉVENTION COMBINÉE ?

Formalisé par le Plan national VIH (2014-2019), l'ensemble des acteurs du secteur adhère au constat qu'une lutte efficace et efficace nécessite **une stratégie de prévention combinée**. Elle consiste à associer les approches comportementales et biomédicales en misant sur leur complémentarité. Plus précisément, il s'agit d'articuler la prévention primaire, le dépistage et les moyens de prise en charge. Aujourd'hui, les outils sont nombreux pour prévenir les nouvelles contaminations :



- Le **counseling**, individuel ou collectif, afin que chacun puisse maîtriser ses prises de risque ;

- La promotion du préservatif et du **gel lubrifiant** ;

- L'**échange de matériel stérile** et autres outils de réduction des risques pour les consommateurs de produits psycho-actifs ;

- La **PrEP** – ou prophylaxie pré-exposition, c'est-à-dire un traitement antirétroviral permettant d'éviter une contamination avant une prise de risque – ;

- Le **TPE** – ou traitement post-exposition, c'est-à-dire un traitement antirétroviral permettant réduire le risque de contamination après une exposition – ;

- Le **dépistage** permettant de connaître son statut sérologique, que ce soit par un prélèvement intraveineux ou un test rapide à orientation diagnostique faits par un professionnel de la santé, un pair issu de la communauté ou soi-même (i.e. autotest) ;

- L'**accès à un traitement au plus tôt**, connu sous le nom de TaSP ou « traitement comme prévention », qui permet à toute personne vivant avec le VIH d'atteindre une charge virale indétectable et de ne plus pouvoir transmettre le virus.

- La prévention, le dépistage et le traitement des **autres IST** sont également très importants, notamment du fait que la présence d'IST augmente le risque de transmission du VIH et vice-versa.



Depuis cette année, cette approche se concrétise visuellement chez Ex Æquo avec la modification de notre logo, anticipant ainsi nos objectifs d'offrir à tous nos bénéficiaires l'ensemble de la prévention combinée.

exæquo.be

NOUS SOMMES TOUS #SÉROCONCERNÉS



LETS TALK + STAY SAFE + STAY WET + TEST MORE



exæquo.be

NOUS SOMMES TOUS #SÉROCONCERNÉS



STAY NEG + STAY SAFE + PLAY SAFE + TEST MORE + LET'S TREAT



LETS TALK

Hérité des programmes agréés par la Fédération Wallonie-Bruxelles¹¹, la sensibilisation des bénéficiaires se déroule lors d'actions collectives sur le terrain. L'approche pair à pair, individuelle ou en dehors des lieux de sociabilité est ainsi proscrite dans le champ de la promotion de la santé mais relève de l'éducation permanente et de l'action sociale. Ces dispositions, si elles sont conservées dans les décrets régionaux suite à la 6ème réforme de l'État, ne permettent donc pas d'action en outreach (e.g. lieux de rencontre en extérieur ou LRE, actions numériques) ou de créer un accueil. **Le morcellement des compétences dans des agréments différents limite donc la portée et l'efficacité du counselling.**



STAY SAFE

Les préservatifs et les dosettes de gel lubrifiant sont subsidiables, pour autant qu'ils soient distribués sous forme de pack. Le matériel en vrac, jusqu'à dix fois moins cher et beaucoup plus pratique, est pourtant nécessaire pour tous les lieux de consommation sexuelle où le matériel de prévention peut être mis facilement à disposition du public

À titre de comparaison, **la centrale d'achat – menée par Ex Æquo sur fonds propres depuis 5 ans – représente aujourd'hui 200 000 préservatifs et autant de dosettes de gel, soit une augmentation moyenne de 33% par an.**



STAY SAFE

La réduction des risques liés à l'usage de drogues dans un contexte sexuel est faiblement documentée en Belgique. Les seules données disponibles, jusqu'aux résultats de la recherche-action chemsex¹², sont l'étude SIALON II (2016) et la récolte de données auprès des usagers de Ex Æquo. **Parmi les personnes venues au projet de dépistage délocalisé chez Ex Æquo en 2015, 21% des personnes déclaraient avoir consommé des drogues par voie nasale et 5,6% dans les 12 derniers mois.** Dans l'étude SIALON II, ce sont 9,5% des répondants bruxellois qui déclaraient s'être déjà injecté des drogues au moins une fois, dont presque la moitié avant ou pendant un acte sexuel endéans les derniers six mois. Le phénomène est donc présent et largement sous-estimé.

Malgré la documentation et la reconnaissance internationales des effets positifs des services de réduction des risques, notamment par l'OMS et l'ONUSIDA, l'offre reste très limitée en Belgique du fait du morcellement des compétences. Les assuétudes sont ainsi traitées par d'autres opérateurs, notamment Modus. Pourtant, au-delà de la nécessité d'informer et de sensibiliser le public sur ses consommations de produits psycho-actifs, l'usage de drogues en contexte sexuel augmente les risques épidémiologiques du VIH et du VHC, que ce soit par des rapports moins protégés ou l'échange de matériel (e.g. paille, seringue). Il est donc important d'offrir des outils et des services adaptés aux pratiques du public HSH usagers de drogues.



STAY NEG

Malgré les recommandations dans le Plan national VIH (#34 et #39), la PrEP n'était ni autorisée, ni prise en charge, ni remboursée en Belgique pendant la période (2016) qui concerne ce rapport. L'Agence européenne du médicament avait pourtant octroyé une autorisation de mise sur le marché du Truvada[®] au titre d'une utilisation préventive¹³.

Disponible dans d'autres pays dont la France, l'équipe de Ex Æquo est confronté à de nombreux HSH qui utilisent la PrEP de façon « sauvage », c'est-à-dire sans aucun suivi médical et parfois même sans dépistage VIH au préalable. Ces utilisateurs obtiennent les traitements anti-rétroviraux auprès des personnes séropositives de leur entourage, par des médecins à travers un TPE, ou encore par des achats sur Internet avec le risque d'obtenir des produits de qualité douteuse. Cet environnement abandonne les usagers à des pratiques risquées, qui peuvent nuire à leur santé voire même à la création de résistance lorsqu'une séroconversion passe inaperçue.

Dès lors que la PrEP sera autorisée en Belgique, il se posera la question de l'accompagnement communautaire. Également mentionné dans le Plan national VIH, l'apport des pairs permet de se concentrer sur la variable comportementale des usagers de prévention médicalisée afin d'accroître significativement l'adhésion et l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition. Ce type de programme nécessite alors un suivi individuel, contrevenant – jusqu'à présent – aux prescrits concernant la promotion de la santé (cf. le premier point d'état des lieux).



STAY NEG

Souhaité comme un traitement accessible rapidement et gratuit, le traitement post-exposition a connu trois années sans financements publics, son décret étant devenu caduque. Face à cette situation critique, certains centres d'urgence ont fait le choix de limiter son accès (e.g. deux demandes par an) voire même à supprimer ce service (CHU Gand). **En 2016, le TPE est de nouveau financé¹⁵. Toutefois, son accès reste toujours limité** : il ne peut être disponible que dans un centre spécifiquement conventionné par l'INAMI, en lien avec l'un des centres référence sida et ne peut dépasser 653€.



LOCALISATION

De fait, **ces limitations imposent des choix de molécules anciennes propices aux effets secondaires et une grande partie du territoire francophone n'est pas couvert** : pour certains il s'agira de plus d'une heure en voiture... ou de solliciter un hôpital frontalier. De plus, dans le système actuel, le recours au TPE pour les plus jeunes (16-25 ans) peut être synonyme d'un outing forcé par l'administration : bien que gratuit, les actes nécessitent une intervention des mutualités et dès lors des documents peuvent mettre en alerte les responsables légaux de ces jeunes HSH.

Comparée à d'autres pays européens, la Belgique a un taux de dépistage du VIH relativement élevé et constant, avec un nombre total de tests médicalisés porté à 697 684 unités soit une moyenne de 6,2‰ habitants. Malgré ces chiffres, **en moyenne 38% des diagnostics positifs sont tardifs** et la proportion parmi les HSH augmente sensiblement depuis les cinq dernières années¹⁶. Ce constat associé avec une incidence élevée forme ce que certains appellent un « paradoxe belge » qui exprime un dépistage très présent mais qui ne parvient pas à toucher sa cible.

Le dépistage est très clairement ancré dans une pratique médicalisée et facturée. Le pays ne s'est doté que de trois centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG), réparti dans chaque région (i.e. Anvers, Liège, Bruxelles). Ces CDAG sont obligatoirement rattaché à un centre de référence SIDA et sont dotés – depuis 2007 – d'un budget forfaitaire de 242 500€ par centre¹⁷, soit près de 5 000 tests selon la nomenclature. Cela signifie que l'immense majorité des dépistages belges sont réalisés sur base du remboursement offert aux assurés, soit un reste à charge variant entre 3€ et 12€, et qu'ils ont lieu sur une base proactive du patient ou sur une proposition opportuniste d'un médecin.

Parmi les praticiens menant au dépistage, le médecin généraliste attiré est mentionné par la majorité des répondants à l'enquête EMIS (2014) ciblant les HSH. Dans l'étude, ils sont près de la moitié à s'être fait dépister endéans l'année écoulée, mais 20% n'y ont jamais eu recours¹⁸. Dans les données 2015 du projet Test Out mené par Ex Æquo font émerger l'existence de plusieurs freins au dépistage médicalisé et un accès aux soins difficile : 32% des bénéficiaires n'avaient pas de médecin généraliste attiré, 42% de ceux qui avaient un généraliste ne l'avaient pas informé de leurs pratiques sexuelles, et 15% n'étaient pas affiliés à une mutuelle en association hautement significative avec le manque de ressources financières.

L'une des solutions avancées pour amener le dépistage au plus près des populations-clefs est le dépistage démedicalisé et délocalisé. Un programme comme celui de Ex Æquo permet d'atteindre un taux de réactivité nettement supérieur : en 2015, il était de 4% (n=297), soit 27 fois supérieur au taux national. Cependant, malgré un objectif spécifique dans le Plan national VIH (#38), un avis favorable de l'Ordre des Médecins (2014), un autre du Conseil supérieur de la Santé¹⁹ et une résolution parlementaire adoptée en Chambre²⁰, ce modèle ne bénéficie toujours pas d'une reconnaissance et d'un encadrement légal adéquats. Ce constat valable pour le VIH l'est également pour le dépistage de l'hépatite C, qui n'avait l'objet d'aucune initiative communautaire – faute de moyens – jusqu'à présent et qui ne bénéficie d'aucun support institutionnel.



TEST MORE



LETS TREAT

En ce qui concerne le TasP, le remboursement du traitement antirétroviral est toujours conditionné²¹. Ces limitations ne permettent pas aux personnes séropositives de pouvoir initier un traitement dès qu'elles le souhaitent et impose des délais – parfois en années – avant l'accès aux traitements permettant ainsi au virus de circuler au sein des populations-clefs sans mise sous contrôle.

Le parcours thérapeutique actuel permet une grande liberté de choix pour les PVIH qui peuvent opter pour un suivi en médecine générale. Toutefois, le recours à un infectiologue est toujours nécessaire pour le renouvellement annuel de l'autorisation de délivrance des antirétroviraux par l'un des médecins-conseils de l'INAMI. La polyvalence des modalités du suivi soulève le problème du parcours coordonné de soins, qui est inexistant en Belgique. Alors que la qualité de vie des PVIH a été prise en compte pour l'établissement du conventionnement des centres de référence sida (CRS), l'aspect de médecine-préventive en lien avec une population vieillissante exposées à des comorbidités plus nombreuses et précoces n'a pas fait l'objet de protocole. Ce suivi est dès lors laissé à la discrétion de chaque praticien et de ses connaissances en matière de VIH.

Le conventionnement des CRS a fixé leur nombre à six pour l'espace francophone, complété par deux autres centres ayant la capacité de les rejoindre à moyen terme²². Les services complémentaires en promotion de la santé²³ proposés par les CRS bénéficiaient autrefois d'un forfait (624€) par patient suivi. Le budget alloué à ce programme a été réduit de 20% en 2015, au terme de l'ancienne période de conventionnement. L'enveloppe globale de 6 276,5k€ est ensuite répartie en fonction du nombre de personnes suivies dans chaque centre. De fait le budget par patient se réduit d'année en année, à cause d'une fil active grandissante et vieillissante.

SOURCES ET LÉGENDES:

1. À l'heure actuelle, les seuls programmes de matériel de prévention subsidiés sont celui de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (à destination des centres de planning), celui de la Plate-forme des Campagnes de Prévention SIDA, et celui d'Ex Æquo.
2. Sources :
 - 2A: SASSE A. et al. (2014), Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2013.
 - 2B: SASSE A. et al. (2016), Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2015.
 - 2C: VERBRUGGE R. et al. (2014), Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les trois Régions.
 - 2D: COREVIH 59-62 (2015), Rapport d'activité.
 - 2E: INVS (2016), « Découvertes de séropositivité VIH et de sida : Point épidémiologique », Bulletin de veille sanitaire.
 - 2F: ECDC (2014), HIV/AIDS Surveillance in Europe.
3. Selon la méthodologie employée par l'ISP, « Les patients sont considérés comme étant suivis médicalement si au cours de l'année écoulée au moins une mesure de charge virale a été réalisée. Puisque les Laboratoires de Référence Sida (LRS) sont en charge de l'ensemble des mesures de charge virale, il est possible de connaître le nombre total de personnes en suivi médical. ». SASSE 2014, p. 65. À noter que les LRS sont au nombre de sept dans le pays : Universiteit Gent, Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen, Katholieke Universiteit Leuven ; Université Catholique de Louvain-la-Neuve, Université de Liège ; Université Libre de Bruxelles, Insitut Bordet – Vrije Universiteit Brussel.
4. Cf. <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/pages/hiv-modelling-tool.aspx>
5. Le réseau sentinelle est constitué de 59% des laboratoires de microbiologie du pays, d'environ 1% des praticiens spécialistes et de 1,5% de la population suivie en médecine générale. VERBRUGGE (2014), pp. 15-19.
6. « Protocole d'accord « Plan VHC » », Moniteur belge, C – 2014/24267, 8 août 2014.
7. MUYLDERMANS G., Virus de l'hépatite C (VHC) – Note de l'Institut de Santé Publique (2015)
8. ONUSIDA, 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, 2014.
9. Le pays comporte dix centres de référence sida, à savoir : CHU Charleroi, CHU Liège, CHU Dinant-Godinne [Wallonie] ; Hôpital Saint-Luc, CETIM – CHU Saint-Pierre, CHU Erasme, CHU UZ Jette [Bruxelles] ; UZ Gand, UZ Louvain, ITG Anvers, AZ Sint-Jan Bruges [Flandre].
10. Le suivi en CRS n'est pas obligatoire : il peut se faire soit auprès d'un médecin spécialiste en infectiologie non rattaché à l'un des dix centres (CHU Verviers, CHR Citadelle - Liège, Clinique Saint-Joseph Liège, IRIS Ixelles-Etterbeek, CHR Namur, CHU Mons, Clinique Saint-Pierre Ottignies), soit auprès d'un médecin généraliste.
11. Sur base du Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, 14/07/1997 – consolidé 26/03/2003.
12. Projet mené en partenariat par l'Observatoire du sida et des sexualités et Ex Æquo, fin 2016.
13. Voir l'avis d'autorisation de mise sur le marché, EMA/561440/2016 – 21/07/2016.
14. Voir l'avis du Comité des médicaments à usages humains, EMA/CHMP/596525/2016 – 15/09/2016.
15. Arrêté royal fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux Centres de référence VIH/SIDA pour le traitement prophylactique en cas d'exposition accidentelle non-professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'exposition accidentelle professionnelle, 26/12/2015.
16. SASSE A. et al. (2015), Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2014.
17. Cf. Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida et de son traitement, 28/12/2006 – consolidé 16/05/2012.
18. The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries, Stockholm : ECDC, 2013, pp.85-86.
19. Avis n°9224, 07/2015.
20. Résolution visant à permettre le recours au dépistage décentralisé et démedicalisé à l'égard de groupes cibles prioritaires particulièrement vulnérables face au VIH, Parlement fédéral, législation 54, n°54K1206, 28/04/2016. À noter que le projet Test Out est explicitement nommé dans la résolution, apportant une reconnaissance officielle malgré la suppression du projet-pilote par l'INAMI.
21. À savoir : soit lorsque le nombre de CD4 est inférieur à 500.mm⁻³ ; une manifestation clinique liée au VIH (stades B et C) ; un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 25% des lymphocytes totaux ; chez la femme enceinte. À noter que le critère « une charge virale supérieure à 5000 copies.ml⁻¹ » avait été supprimé par la révision de la nomenclature en 2008, avant d'être réintroduit pour certaines trithérapies avec le seuil de 100 000 copies.ml⁻¹ au maximum. Voir : INAMI, Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, Chapitre IV (médicaments avec autorisation préalable du médecin-conseil), paragraphes 1320101, 1320102, 5270000, et sq.
22. Voir l'avis d'autorisation de mise sur le marché, EMA/561440/2016 – 21/07/2016.
23. Il s'agit obligatoirement : d'un infirmier, d'un diététicien et d'un psychologue.

NOTRE PROJET ASSOCIATIF

L'asbl Ex Æquo a été fondée en 1994 alors que le contexte de l'épidémie du sida était au plus fort des contaminations et que les perspectives thérapeutiques étaient encore limitées. Elle s'est donnée pour missions :

- La diminution des nouvelles infections au VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) en Belgique francophone.
- La réduction de l'impact psycho-social négatif de l'infection au VIH, en particulier, la lutte contre toute discrimination et stigmatisation liée au statut sérologique.
- La formation à la prévention, à l'éducation sexuelle et affective et à toutes les questions relatives à l'homosexualité, au sida et aux infections sexuelles transmissibles.
- L'encouragement, la promotion, la participation ou le soutien de toute recherche scientifique, et à tout effort ou initiative de prévention en matière du sida ou de maladies sexuellement transmissibles, des instances publiques, des associations, mouvements ou autres institutions du milieu médical, des centres psycho-médico-sociaux, des planning familiaux et d'autres organismes à vocation sanitaire, sociale ou humanitaire, tant en Belgique qu'à l'étranger, en rapport à ces actions.



Ex Æquo est une association à l'approche communautaire : c'est-à-dire que tant la planification de son programme d'action que sa mise en œuvre et son évaluation sont réalisées par des membres de la communauté, par et pour leurs pairs. Ce programme d'action s'appuie avant tout sur les ressources humaines et matérielles existantes dans la communauté HSH à Bruxelles et en Wallonie, pour développer l'entraide et le soutien social, tout en renforçant la participation et la maîtrise des questions de santé sexuelle.

L'association s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Ses actions visent à augmenter l'autonomie et les capacités des personnes à agir (empowerment) et à améliorer leur santé, tout en partant des stratégies de réduction de risques que les individus et groupes HSH mettent déjà en place. Son programme d'action vise à contribuer à une transformation sociale, vers davantage d'équité en matière de santé, en assurant un accès à la santé d'une population HSH particulièrement exposée aux IST et en luttant contre toute forme de discrimination, intolérance, stigmatisation et exclusion. Ex Æquo adopte donc une approche globale de la santé : pour atteindre un état de bien-être à la fois physique, psychique et social, l'association fournit des outils qui permettent aux HSH « d'identifier et réaliser leurs désirs, de satisfaire leurs besoins et d'agir face à leur environnement » (cf. OMS, Charte d'Ottawa, 1986).

Les actions menées par Ex Æquo aussi bien sur le terrain, que dans les locaux ou auprès de partenaires et des pouvoirs politiques tendent à répondre au principe GIPA (ONUSIDA, 1994). Conçu comme outil de lutte contre la pandémie de VIH/sida dans le monde, le principe vise une plus grande implication des personnes concernées par le VIH dans la prise en charge de leur santé. En plus d'une approche globale de santé, de contribuer à la transformation sociale et augmenter l'empowerment des individus, l'association offre le cadre aux HSH séroconcernés de participer à la définition des politiques, d'apporter l'expertise de la communauté pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et de porter la voix de leurs pairs.

NOS PRINCIPES D'ACTION

Action communautaire
Approche globale de la santé
Transformation sociale
Empowerment

NOS PRINCIPES ÉTHIQUES

Non jugement
Confidentialité
Indépendance idéologique

NOS AXES

Afin de consolider l'approche communautaire au sein de l'association, de son projet et de son organisation politique, ainsi que de contribuer à la transformation sociale notamment à travers des actions socles et la mise en œuvre d'actions innovantes, Ex Æquo se donne pour la période 2017-2022 les axes suivants :

1. MOBILISER LA COMMUNAUTÉ LGBTQIA+ DANS ET AUTOUR DE EX ÆQUO

- Mobiliser des volontaires, les former afin de pouvoir s'investir en tant qu'acteurs des projets de l'association.
- Sensibiliser et former les acteurs de la communauté (professionnels, associatifs) pour se faire relais de prévention.
- Favoriser l'acquisition de connaissances par le public-cible afin qu'il gagne en autonomie dans la prise en charge de sa santé sexuelle.

2. INSTALLER ET PÉRENNISER LE SOCLE D'ACTION

- Déterminer le périmètre des actions socles, fondamentales dans le quotidien de l'asbl, en fonction des moyens dont elle dispose.
- Assurer une couverture territoriale conforme aux conventions et agréments.
- Garder une veille permanente sur les thématiques et les besoins émergents.

3. DIVERSIFIER LES SOURCES DE FINANCEMENT

- Diversifier les sources de financement public, notamment par d'autres agréments.
- Développer les financements et dons privés.
- Développer des partenariats privilégiés amenant des ressources complémentaires.
- Développer des sources de financement par des services facturables.

4. DÉVELOPPER DES ACTIONS INNOVANTES

- Structurer un projet d'accompagnement individuel autour de la PrEP, du dépistage et du suivi des PVVIH pour enclencher une demande d'agréments.
- Développer les moyens nécessaires aux activités en outreach, notamment à destination des lieux de rencontre en extérieur et des publics isolés de l'environnement communautaire.
- Promouvoir et diversifier l'offre d'outils de RDRS et de RDRCPP.

Les données belges dévoilent de nombreuses faiblesses. Celles-ci sont tout autant de marges sur lesquelles un investissement permettrait d'optimiser l'efficacité de la lutte contre le VIH et les IST. En comparant avec les données européennes et régionales, cinq objectifs de plaidoyer épidémiologique peuvent être exprimés :

1. Augmenter le nombre de dépistages en Belgique, en particulier en Wallonie.
2. Optimiser le ciblage des HSH bénéficiaires du dépistage en Wallonie et développer des stratégies spécifiques pour les HSH européens, en particulier à Bruxelles.
3. Favoriser l'entrée puis le maintien dans les soins.
4. Appeler à la création d'un fichier permettant le suivi épidémiologique du VHC.
5. Réclamer la mise à disposition d'outils innovants dans la lutte contre les IST et le VIH.

PAR, POUR, AVEC LES HSH ET LES GAYS

ORGANISATION STATUTAIRE

Ex Æquo asbl est statutairement composée d'une assemblée générale et d'un conseil dont les administrateurs sont élus au sein des membres effectifs de l'asbl. Les membres adhérents sont des personnes choisies « pour leur engagement en matière de santé sexuelle ou au sujet de l'homosexualité, ou pour leur compétence professionnelle dans le domaine de la santé, de la santé publique ou de la prévention » ou « ayant un lien direct avec les objectifs de l'association et démontrant une collaboration active avec celle-ci » [Statuts, Art.7, 2016].

COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale ordinaire du 27 février 2016 comportait 35 membres effectifs, dont 9 nouvelles adhésions qui viennent compenser les 3 démissions entérinées durant la réunion. La composition de l'assemblée générale présente plusieurs particularités :

- La taille de l'assemblée a quasiment doublé au terme de la deuxième période d'agrément. Adjoint à un faible taux de sortie, ceci démontre un intérêt pour l'asbl et ses missions, mais aussi une adhésion forte à son projet.
- Les volontaires, actifs dans la vie quotidienne de l'asbl, occupent une place de plus en plus importante dans l'association, grâce à l'impulsion donnée par les administrateurs-délégués en 2014. Aujourd'hui, ils constituent près de la moitié de l'assemblée générale, offrant ainsi l'opportunité d'une réelle implication politique et de mettre en œuvre l'approche communautaire.
- L'année 2016 marque l'adhésion de personnes morales au sein de l'Assemblée générale, grâce à la réforme statutaire initiée par le conseil d'administration.

	2013	2014	2015	2016
Membres	18 1,00	19 1,06	29 1,61	35 1,94
Entrées	-	2 11%	13 45%	9 26%
Sorties	2 11%	1 5%	3 10%	3 9%
Volontaires	3 17%	3 16%	13 45%	18 51%

LA RÉFORME STATUTAIRE 2016

Lors des assemblées générales de 2015 (extraordinaire) et 2016 (ordinaire), plusieurs modifications des statuts ont été proposées en lien avec la refonte du projet associatif et les modifications organisationnelles du secteur de la promotion de la santé :

1. Modification de l'exercice social associatif, correspondant dorénavant à l'année civile.
2. Ajout d'une mission statutaire permettant à Ex Æquo de se déclarer association de patients afin de prendre en compte les personnes vivant avec le VIH et les enjeux de la santé sexuelle auprès des opérateurs de soin.
3. L'ouverture des adhésions pour les personnes morales, permettant d'intégrer les partenariats forts et dans un contexte où la collaboration inter-associative est nécessaire.

35

membres
à l'AG

51%

de volontaires
à l'AG

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMPOSITION

Le conseil est composé de neuf administrateurs, dont une personne morale (AIDES). À ceux-ci s'ajoute un invité permanent en vue de son élection en 2017. Le conseil s'est ainsi agrandi de cinq membres, diversifiant alors les compétences présentes au sein du conseil d'administration pour lui permettre de répondre à ses missions politiques.

Un mandataire délégué à la gestion journalière, devenu non-votant par lien de subordination depuis son élection par les membres effectifs, complète le conseil avec pour mission de faire respecter les principes de bonne gouvernance, notamment en matière financière.

Concernant l'exercice de la responsabilité juridique de la personne morale, 2016 marque le départ de Michel CHAUVAUX, remplacé par Pierre MAYEUR, renouvelé pour un deuxième mandat d'administrateur. Outre cette fonction, la gestion de l'asbl est également confiée à deux autres personnes, formant alors un bureau exécutif : un administrateur-délégué avec signature sociale afférente (Mike MAYNE) et un membre de l'équipe salarié (Arnaud RUSCH) sans signature sociale afférente.

RÉFORME DU RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil se réunit de manière mensuelle.

Jusqu'à la restructuration de 2016, le rôle du conseil d'administration était une validation a posteriori des initiatives prises par l'équipe de permanents dans le cadre d'un exercice budgétaire pré-défini. La refonte du modèle de gouvernance, amenant une plus grande implication des pairs, a modifié ce schéma pour que le conseil d'administration devienne un organe de définition des orientations stratégiques de l'asbl. Son rôle se concentre dès lors sur la définition d'une recommandation associative en fonction d'un besoin identifié et exprimé par les publics-cibles.

Cette modification substantielle dans le modèle de gouvernance a nécessité plusieurs temps de rencontre à destination des administrateurs, tant pour définir des objectifs (i.e. séminaire interne, 07/2016) que pour fixer le projet associatif (i.e. formation externe, AIDES, 08/2016).



délégués
à la gestion



administrateurs
élus



en Conseil
+27h en Bureau



de séminaires
et de formations

ORGANISATION DU BÉNÉVOLAT

DU BÉNÉVOLE AU MILITANT

Depuis le renforcement de l'approche communautaire souhaitée par le Conseil d'Administration, le bénévolat chez Ex Æquo ne consiste plus seulement à mettre à disposition de la structure du temps libre. Les personnes impliquées dans le quotidien de l'asbl sont non seulement des pairs issus du public-cible ou en lien avec ce dernier, mais aussi des pairs éducateurs séroconcernés se faisant relais de promotion à la santé sexuelle.

Avec comme point central la maxime « par, pour et avec les pairs », le groupe de volontaires de Ex Æquo est au cœur des principes de gouvernance. Ils se voient alors consultés et mobilisés tout au long des projets, faisant part de leurs attentes, de leurs expériences et de leurs compétences.

La réaffirmation de l'approche communautaire, couplée à une mobilisation sur le terrain autour du volontariat, a amené une augmentation de 70% du groupe en une année. Même si l'adhésion est forte – environ 10 nouveaux volontaires par semestre – on peut toutefois constater que la plus grande implication des volontaires en tant que pairs éducateurs a provoqué des défections durant le second semestre. Ce constat était attendu, puisque les modifications dans l'approche au sein de l'asbl ont été très fortes.

Volontaires	Fin 2015	2016	2016 - S1	2016	2016 - S2
Inscrits	20	-	29	-	34
Nouveaux	-	10	-	9	-
Désinscrits	-	-	-1	-	-4

PARCOURS DE FORMATION

En tant que pairs éducateurs au sein de la communauté gay, bisexuelle et HSH, les volontaires de Ex Æquo portent également la mission de faire gagner en autonomie les bénéficiaires d'actions en matière de santé sexuelle. Au-delà du partage d'expérience, les volontaires bénéficient – au même titre que l'équipe des permanents – d'un ensemble d'activités en vue de gagner en compétences. C'est pourquoi, l'accent a été porté sur un cycle de formation complet, plus approfondi, notamment autour des interactions avec les bénéficiaires (i.e. counseling).

Le cycle s'articule sous deux formes :

- Après une formation socle autour de l'approche communautaire (3h), les compétences théoriques autour du VIH, des IST et des outils s'effectuent durant une formation théorique initiale (16h) puis en marge des réunions mensuelles en fonction de l'actualité (16h) ;
- Sur base des connaissances socles, et en fonction des projets dans lesquels le volontaire souhaite s'impliquer, un ensemble de formations complémentaires sont prévues : autour de l'accueil – counseling (16h), des dépistages démedicalisés (20h) et de l'accompagnement PrEP (12h). À cela s'ajoutent d'autres formations plus spécifiques, comme l'animation de groupe et de formateur (48h), destinée à ceux qui souhaitent encadrer ces temps communs.

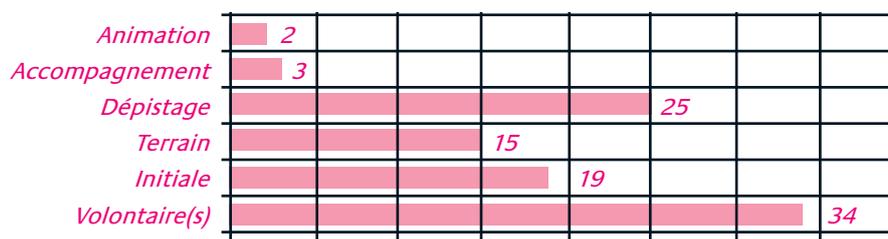


Illustration 3: Volontaires formés (2016)

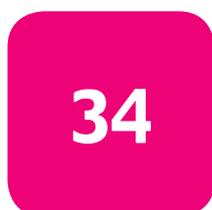
En plus d'un réseau d'experts mobilisables et des formations internes (e.g. notions pratiques du dépistage), une large part du cycle s'effectue par un apport de AIDES, grâce au protocole d'accord établi début 2016. L'association française met ainsi à disposition son équipe de formateurs et ses documents pédagogiques, en vue d'autonomiser les équipes d'Ex Æquo.

En marge du cycle proposé et encadré au sein de l'association, divers temps de formation sont organisés en lien avec des événements du secteur. Ce fut notamment le cas cette année avec le congrès de l'AfraVIH, qui a eu lieu à Bruxelles (avril 2016), auquel 4 volontaires et 1 permanent ont assisté.

ESPACES DE MOBILISATION

Les volontaires actifs au sein de Ex Æquo peuvent s'engager à trois niveaux décisionnels différents :

- Les espaces statutaires, comme l'Assemblée générale, le Conseil d'Administration et le Bureau exécutif. Les volontaires sont alors au cœur des responsabilités associatives, élaborant de concert l'orientation politique de l'association et les axes du projet associatif.
- Les espaces de réflexion, dans l'un des cinq groupes de travail (i.e. terrain, dépistage, PrEP, santé/TTBM et PvVIH) se réunissant chaque mois autour des problématiques organisationnelles, la définition des objectifs et le suivi des projets.
- Les espaces d'action, regroupés en cinq pôles, à savoir la représentation associative, l'animation de groupes (i.e. ateliers de santé, éducation thérapeutique), les actions auprès des publics-prioritaires (e.g. stand de visibilité, entretiens en rue), les permanences de santé sexuelle dans les locaux ou en outreach avec ou sans dépistage et les accompagnements individuels (i.e. accueils en santé sexuelle, réorientations TTBM, PvVIH, PrEP).



volontaires



de formation
interne



accueillies pour
le volontariat



niveaux
de mobilisation

L'ÉQUIPE DES PERMANENTS

Le conseil d'administration d'Ex Æquo a procédé, fin 2015, à une restructuration de l'équipe permanente, d'une part à cause des conséquences de la VI^e réforme de l'État modifiant certaines conditions salariales, d'autre part suite aux incertitudes sur le versement des subsides 2016. Ceci a amené au licenciement conservatoire de l'ensemble de l'équipe et de la suppression d'avantages salariaux non subsidiés (e.g. chèques repas). Finalement, le départ de l'ancienne équipe – pour des raisons diverses – a créé les

conditions d'une refonte de l'organigramme des missions de chaque permanent et une modification du schéma organisationnel, permettant de concrétiser le renforcement de l'approche communautaire au sein de Ex Æquo par une présence accrue sur le terrain et un redéploiement à destination des publics-cibles. Ce fut également l'occasion d'une restructuration de la masse salariale au sein de l'asbl pour passer sous le seuil de 65% du budget.

Aujourd'hui, l'équipe est constituée de deux agents de terrain (2 ETP) : l'un prioritairement disponible pour la Région Bruxelles-Capitale (Emmanuel BAILLEUX) ; l'autre pour la Région wallonne (Jean-Luc LADRIÈRE). Les agents de terrain ont pour missions :

- Représenter l'association auprès du public cible et auprès d'autres acteurs en lien avec ce public (associations, établissements commerciaux, etc.) ;
- Observer les réalités du terrain et analyser le public cible afin d'identifier les besoins et les attentes ;
- Assurer le recrutement, l'encadrement, la dynamisation et le suivi de l'équipe de volontaires tout en assurant leur autonomisation, en accord avec les principes de gouvernance communautaire ;
- Coordonner la logistique des espaces de mobilisation au sein de l'association (actions de proximité, counseling, formation, etc.).

À cela s'ajoute un coordinateur - économiste (1 ETP ; Arnaud RUSCH), qui a comme mission de :

- Coordonner et suivre les projets et les objectifs des différents axes de travail défini dans le projet associatif ;
- Coordonner l'équipe et gérer les ressources humaines (coaching et appui des salariés, supervision, animation des réunions d'équipe, suivi des prestations et des horaires, etc.) ;
- Assurer la coordination financière (suivi de la prévision budgétaire, encodage des factures comptables, préparation du bilan annuel et des dossiers justificatifs, etc.), demandes de subsides et recherche active de financements pour de nouveaux projets ;
- Assurer la représentation de l'association dans différentes plates-formes et lieux de représentation, coordination du travail en réseau.

3

permanents

1

chargé(e-s)
de missions

28,5

mois ETP

4

stagiaires

De manière ponctuelle, grâce à des fonds supplémentaires ou des reliquats, des personnes peuvent être chargés de missions spécifiques. C'est le cas, en 2016, de Grâce KITENGE, recrutée pour trois mois sur une mission méthodologique autour des actions et de la mise en place de l'accompagnement communautaire en vue de l'ouverture des consultations PrEP à Bruxelles. Ce type d'aide supplémentaire s'avère particulièrement nécessaire dans un contexte de renouvellement permanent de la prévention et de l'accompagnement communautaire, mais aussi durant cette période de restructuration du mode de gouvernance.

ACTIONS DE PROXIMITÉ, VISIBILITÉ

PROBLÉMATIQUE

En tant que seule association francophone de la communauté gay, bisexuelle et HSH orientée santé sexuelle, Ex Æquo occupe une responsabilité importante au sein de la communauté. Les liens entretenus avec le reste des acteurs de la communauté ne se limitent à pas s'assurer de relais de diffusion des outils de sensibilisation ou de promotion des actions menées par Ex Æquo. La présence continue dans le réseau communautaire permet de maintenir les liens avec le public-cible et d'entretenir le rôle de référent santé pour les HSH.

Ces acteurs mis en réseau sont de nature différente, avec des attentes spécifiques : d'une part les associations LGBTQIA+ ; d'autre part les établissements privés, qu'ils soient commerciaux, de sociabilité, festifs, ou de consommation sexuelle. L'ensemble de ces acteurs forme un tissu assez dense à Bruxelles, où se concentre la communauté LGBT, contrairement à la Wallonie où la présence de lieux LGBT décroît. De fait, mis à part Liège qui possède encore quelques établissements animant la vie LGBT locale, les autres centres urbains wallon n'ont plus que le milieu associatif pour assurer une visibilité de la communauté. Dès lors, atteindre le public-cible nécessite de déployer d'autres stratégies pour s'assurer d'une visibilité des outils de sensibilisation.

De plus, les relations privilégiées avec la plupart des acteurs de la communauté permettent d'envisager la création d'un réseau de pairs relais en promotion de la santé sexuelle. En faisant gagner en compétence les équipes des établissements, en mobilisant les chefs d'établissement ou en formant les permanents des associations, les messages clefs de la prévention du VIH et des IST peuvent être diffusés au détour d'une conversation ou d'un accueil. C'est alors un réseau à mobiliser régulièrement et à former continuellement.

PUBLIC-CIBLE

- HSH fréquentant les lieux de sociabilisation et/ou de consommation sexuelle (i.e. associations, établissements commerciaux, événements)
- HSH fréquentant les lieux de sociabilisation virtuels (i.e. réseaux sociaux, sites et applications de rencontres)

APPROCHE OPÉRATIONNELLE

Les actions de proximité se structurent autour de trois axes principaux : l'accès au matériel de prévention (e.g. préservatifs, dosettes de gel) ; la diffusion des outils de sensibilisation ; et l'empowerment des acteurs festifs et communautaires.

Matériel de prévention :

L'accès au matériel de prévention est assuré de deux manières différentes, selon les acteurs : il peut être fourni gratuitement, dans des quantités limitées, principalement dans les bars et les lieux de sociabilité sans consommation sexuelle ; ou les établissements ayant une consommation sexuelle et les associations qui sont invités à acheter le matériel mis à disposition de leurs visiteurs. Pour ces derniers, le prix d'achat est le principal déterminant mis en avant lors des consultations faites pour le Cadre de référence HSH en RBC (2016). C'est pourquoi Ex Æquo a continué le programme « 1+1 : un préservatif acheté, un préservatif offert » initié en 2013 par la ministre Fadila Laanan.

Réseau relais de diffusion :

Les différents acteurs communautaires reçoivent soit lors d'une « tournée », soit par envoi d'un courrier sur demande, un ensemble de flyers et d'affiches. Une analyse des besoins est faite en amont, pour déterminer quel type d'outil mettre à disposition en fonction des sous-groupes du public HSH (e.g. une brochure « No Classics » dans les lieux de rencontre « fetish » ou « hard »).

Empowerment de la communauté :

L'augmentation en compétence des acteurs de la communauté prend aussi bien la forme d'atelier ou de temps de concertation organisé par l'un des acteurs de promotion à la santé, mais aussi par un travail plus régulier – de pair à pair – lors des tournées des agents de terrain qui sont autant d'occasions pour aborder les thématiques présentes dans l'association et l'évolution des outils de prévention.

ÉVALUATION DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1 : Documenter, renouveler et analyser une cartographie du terrain (II.2)

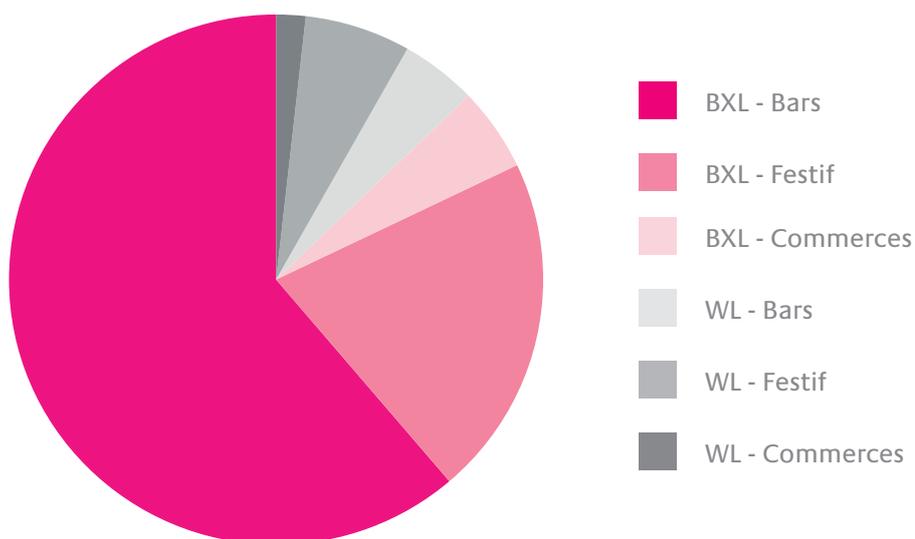
La cartographie du terrain, dont l'approche méthodologique s'est renouvelée en 2016 autour des espaces associatifs LGBT et les nouveaux lieux de sociabilité numériques, s'est concentrée sur trois zones : la région bruxelloise, le bassin liégeois, et le tournaisis. Le réseau est déterminé grâce aux sollicitations directes de flyers ou de brochures, mais surtout par des conventions établissant les devoirs de Ex Æquo et du partenaire. Ce document et les explications l'entourant permettent ainsi de s'assurer d'une conscientisation des partenaires quant à la disponibilité du matériel de prévention et de sensibilisation.

Le réseau des relais de prévention :

	Bruxelles	Brabant	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
asbl LGBT	4 [/6]	1	1 [/2]	1	1	2 [/2]
Commerces	0 [/3]	0	0 [/2]	0	0	1 [/2]
Bars	8 [/15]	0	0 [/4]	0	0	2 [/4]
Lieux festifs	2 [/5]	0	0 [/0]	0	0	1 [/1]
LCS	6 [/7]	0	1 [/1]	0	1	4 [/5]
Autres asbl	5	0	2	0	1	4

OBJECTIF 2 : Documenter, renouveler et analyser une cartographie du terrain (II.2)

Les dépôts de matériel se sont effectués lors d'une des 55 tournées organisées dans l'année : 87% d'entre-elles ont concerné les partenaires bruxellois, tandis que 13% ont eu lieu en Wallonie, principalement à Liège conjointement avec SIDA Sol. Cette disproportion ne traduit toutefois pas un délaissement du territoire wallon, puisqu'une large partie de l'animation du réseau s'est effectuée à distance, via un partenaire du secteur VIH local (e.g. SIDA/IST Charleroi-Mons) ou en marge d'une autre action de Ex Æquo comme une permanence de santé. De fait, seule Liège a bénéficié d'une présence physique, d'une part pour compléter la présence sur le terrain, d'autre part par un tissu LGBT à couvrir plus dense.



En termes de matériel de prévention, ce sont 23000 préservatifs et dosettes de gel qui ont été distribués dans les établissements partenaires (-44%). Toutefois, ce nombre déjà conséquent n'a pu couvrir l'ensemble des besoins, en particulier durant le second semestre puisque le coût excessif des packs (i.e. 46 cents pièce) a limité leur acquisition pour éviter de peser sur le budget des actions de terrain. Une solution alternative a été élaborée à partir de matériel en vrac, mis à disposition dans les établissements, soit 20000 préservatifs et autant de dosettes de gel.

OBJECTIF 3 : Mobiliser les patrons des établissements gays dans la promotion de la santé sexuelle (I.3)

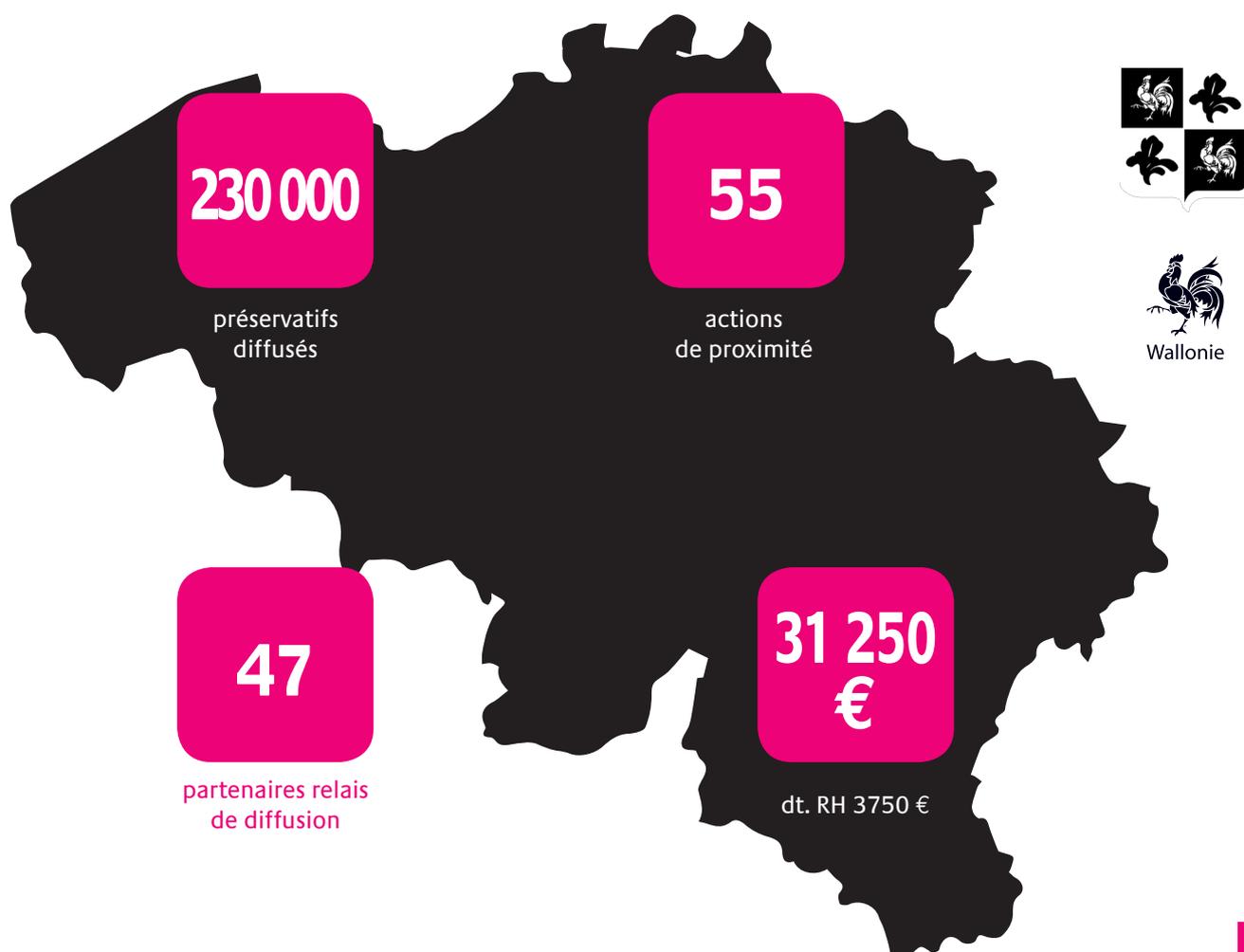
En plus du maintien des liens forts lors des actions de terrain, l'autre principal levier de mobilisation des patrons reste la centrale d'achat, à laquelle les plus gros établissements peuvent se fournir et bénéficier du programme « 1+1 ». Celle-ci a connu une augmentation de son volume avec 285000 préservatifs (+29%) et 210000 dosettes de gel (+14%) distribués. L'augmentation, significative, s'explique par l'adhésion au programme de nouveaux établissements tandis que la consommation des partenaires historiques stagne voire baisse légèrement.

OBJECTIF 4 : Organiser des temps de concertation et de formation en matière de santé sexuelle, à destination des acteurs festifs et communautaires (I.3)

Plusieurs réunions (i.e. 17, dont 2 en Wallonie) ont été planifiées durant l'année avec les acteurs festifs. L'objet de ces rencontres était de coordonner la présence de Ex Æquo dans les lieux pour d'autres actions, mais aussi de faire des remontées de terrain en vue d'une analyse individuelle des besoins et des freins. Faisant écho au diagnostic posé lors du Cadre de référence HSH où les patrons faisaient part de leur crainte de « faire fuir la clientèle en cas d'implication plus importante sur le sujet de la prévention », l'attention s'est portée davantage sur la levée des freins autour des outils de communication et des outils de prévention (e.g. dépistage, RDR-CPP), afin que les principaux lieux de la communauté – en priorité ceux accueillant une consommation sexuelle – puisse en bénéficier. En effet, nombreux sont les responsables d'espaces de vie HSH craignant une promotion trop visible de la réduction des risques au détriment de l'aspect festif. Ce travail de proximité continu permet ainsi de faire évoluer les piliers de communauté.

PERSPECTIVES

- Continuer la mise à jour de la cartographie du terrain et faire une veille permanente des lieux communautaires.
- Planifier d'autres rencontres avec les piliers communautaires, afin de les faire gagner en connaissance au sujet des outils de prévention.
- Renforcer les liens avec les patrons d'établissement, puis organiser un temps de concertation pour une analyse sectorielle des besoins.
- Augmenter la disponibilité du matériel de prévention, dont celui de RDR-CPP.
- Développer des solutions innovantes pour permettre le déploiement des autres outils de RDRS.



ACCUEIL EN RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS AVEC OU SANS DÉPISTAGE

PROBLÉMATIQUE

Le constat initial fait par Ex Æquo, lors de la création de son projet pilote en 2013 à destination de l'INAMI, était qu'une forte proportion de HSH n'ont pas eu recours au dépistage, qu'un grand nombre des sérologies sont connues tardivement, et que l'offre de dépistage anonyme et/ou gratuit est limitée (i.e. un seul CDAG par région, soit le Centre Elisa pour Bruxelles et le CHU de Liège pour la Wallonie).

En 2016, ces constats n'ont que peu évolué : 27% des sérologies positives sont détectées tardivement ; le seul CDAG de la capitale ne peut répondre à la demande lui imposant une sélection des bénéficiaires (cf. site Internet du CHU Saint-Pierre) ; près de 10% de nos bénéficiaires n'ont jamais fait de test avant de se présenter chez Ex Æquo et 30% avaient réalisé un test il y a un an ou plus. Les déterminants menant à retarder la connaissance de son statut sérologique sont plus que jamais d'actualité : problème de disance des pratiques à risque ne permettant pas une prise en charge adéquate de la santé sexuelle ; nombre d'occasions de dépistage manquées par les praticiens, notamment généralistes ; peur du résultat, imputable principalement aux stigmatisations intra-communautaires voire à l'auto-stigmatisation ; ou tout simplement manque de connaissances liées au VIH.

PUBLIC-CIBLE

- Hommes gays, bisexuels et autres HSH, en particulier présentant certaines vulnérabilités sociales (i.e. jeunes, statut administratif), comportementales (i.e. usager de drogues, partenaires multiples), ou en lien avec la disance de ses pratiques sexuelles (i.e. HSH ne s'identifiant pas comme homo- ou bisexuels)
- Prestataires de soins, notamment médecin généralistes, centres de santé sexuelle et CDAG.

APPROCHE OPÉRATIONNELLE

L'action de dépistage s'articule autour des permanences hebdomadaires fixes au sein des locaux de l'association et d'une série d'actions mensuelles sur le terrain dans les lieux de sociabilité et/ou de consommation sexuelle (e.g. saunas, cruising bar).

Ces actions proposent un horaire décalé, correspondant aux disponibilités du public-cible, afin de susciter l'opportunité d'un dépistage à résultat immédiat, mais aussi d'aller au plus proche du public au sein de son environnement. À cela s'ajoute une semaine de dépistage, « Testing week », lors de la Semaine européenne de dépistage (novembre), dont le but est moins le ciblage du public prioritaire qu'une visibilité du dépistage.

L'approche du public s'effectue selon deux manières complémentaires : soit la prise de rendez-vous ; soit un travail sur le terrain invitant au dépistage. A cela s'ajoute une campagne d'information du public, via affichage et annonce sur les réseaux sociaux, annonçant le lieu et la date de la prochaine action. Deux équipes opèrent donc en parallèle : l'une pour l'accueil, strictement composée de volontaires ayant achevé un cycle de formation complet ; et une seconde menée par un agent de terrain.

Après un questionnaire sur les habitudes du bénéficiaire en matière de santé sexuelle et les pratiques sexuelles, les volontaires mènent une discussion ouverte sur la sexualité, selon les principes éthiques de l'association (i.e. bienveillance, non-jugement, respect des opinions, etc.), cherchant à mettre en exergue les déterminants dans les habitudes du bénéficiaire et lui apporter les informations nécessaires à sa propre recherche de solution en matière de réduction des risques. Le counseling rejoint ainsi la notion d'empowerment (i.e. permettre à l'individu de gagner en autonomie et de pouvoir agir sur sa santé), et bénéficiant d'une construction collective du savoir.

Le test, en lui-même, consiste en un dispositif à membrane active recherchant les anticorps du VIH-1 et VIH-2. Ce test ELISA de 3e génération s'effectue à partir d'un échantillon sanguin par prélèvement capillaire. L'acte n'est donc pas invasif et ne nécessite pas de matériel spécifique, contrairement au prélèvement intraveineux opéré par les professionnels de la santé. Une manipulation technique simple est ensuite à effectuer sur le dispositif réactif. Le seul point de vigilance sera autour du protocole à suivre pour réduire le risque d'exposition au sang (e.g. gants, containers DASRI, etc.).

Après avoir été informé sur l'existence de la période fenêtre du test (i.e. ici 12 semaines), le bénéficiaire de l'action sera réorienté au besoin vers les programmes – associatif ou médicaux – adéquats à sa situation. En cas de test réactif, une confirmation en laboratoire par un test de 4e génération par prélèvement intraveineux est nécessaire. Le bénéficiaire obtient ainsi les informations utiles à sa prise en charge, soit en autonomie, soit au sein d'un parcours coordonné proposé par l'association avec un centre de référence, soit encore par un accompagnement physique et personnalisé pour les premières démarches.

La récolte de données opérée durant les actions permet ensuite de dresser un profil des bénéficiaires du dépistage communautaire, mais aussi d'évaluer le projet et le ciblage du public-cible.

ÉVALUATION DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1 : Développer un plaidoyer puis veiller à la disponibilité des outils de dépistage communautaire (V.5)

L'expertise accumulée par Ex Æquo depuis 2013 a favorisé l'évolution du cadre législatif : d'une part une résolution parlementaire à la Chambre (24/06/16 ; mentionnant Ex Æquo), puis par la modification de l'article 145 du Code Pénal (07/12/16) ouvrant la voie à la démedicalisation du dépistage communautaire. Cette modification de l'environnement d'exercice permet aujourd'hui un développement du projet par une reconnaissance de l'approche communautaire.

Le projet de dépistage a rejoint – en 2016 – le programme européen Euro HIV EDAT / COBATEST mettant en réseau les différents centres de santé sexuelle travaillant avec le public HSH. L'un des permanents s'est ainsi rendu à un séminaire de travail, en Slovénie, en octobre 2016, afin de bénéficier de l'expertise des autres centres mais aussi d'intégrer un système de récolte de données mises en réseau. Ainsi, l'action menée par Ex Æquo pourra être mise en perspective dans le rapport annuel du programme européen.

OBJECTIF 2 : Favoriser l'utilisation du dépistage comme outil au sein de la prévention combinée (IV.1)

La sensibilisation du public et l'appel au dépistage s'est effectué via l'utilisation du flyer Va te faire... dépister, réactualisé en 2016. Il a été diffusé à hauteur de 15 000 exemplaires dans l'ensemble du réseau de diffusion et auprès des partenaires associatifs ou médicaux, mais aussi lors de toutes les actions auprès des publics prioritaires.

L'annonce des actions de dépistage s'est effectué par affichage public dans les lieux accueillant une permanence, mais aussi sur les réseaux sociaux (e.g. Facebook, actu-gay.com) ou un site Internet dédié à la Testing Week (testingweek.be). Bien que l'impact de l'affichage physique soit difficilement évaluable, ceux sur les réseaux sociaux ont connu une fréquentation comprise entre 260 et 980 personnes par publication, tandis que le site Web dédié couplé à une campagne sur les applications de rencontre a représenté un impact de 2938 visiteurs durant la semaine d'action. La géolocalisation des utilisateurs numériques montre une répartition de 70% pour la Région Bruxelles-Capitale, 20% pour la Région wallonne et 10% pour un public international vraisemblablement de passage.

L'offre de dépistage a été renforcée durant 2016, malgré l'absence de financement, et développée en proposant un second test (i.e. VIH + syphilis). Ainsi, nous avons accueilli 45% de bénéficiaires de plus par rapport à 2015 (n=432) et réalisé 585 tests VIH et/ou syphilis (+97%). Les prises de rendez-vous représentent 27% des sollicitations auprès de l'équipe des permanents entre juillet et décembre 2016 mais ne représentent que 18% des personnes accueillies lors des actions. Le mode d'information menant au dépistage reste avant tout les annonces numériques (32%), puis la promotion par les équipes de terrain (23%) et enfin les réseaux communautaires (22%). La récolte des données faites pour le projet permet une évaluation du projet de dépistage démedicalisé et délocalisé. Pour 2016, le taux de tests réactifs au sein du programme s'élève à 2,17% pour le VIH (n=9) et 0,65% pour la syphilis (n=1). En l'attente des données de l'ISP, aucune comparaison fiable n'est possible pour cette année. Toutefois, en 2015, ce taux au sein du projet a été de 4.04% contre 0.107% pour l'ensemble des tests réalisés au sein du système médicalisé, soit une efficacité 38 fois plus grande. En terme de personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH, Ex Æquo a contribué à hauteur de 11.5% aux nouveaux diagnostics dont le mode de transmission est connu en Région Bruxelles-Capitale. Ces conclusions rejoignent celles déjà émises en 2014, démontrant ainsi la force de l'approche communautaire pour cibler et accueillir les HSH ayant besoin de dépistage. En Région wallonne, le bilan est plus nuancé, puisque le public wallon ne représente que 10% des personnes accueillies pour 2,3% des actions réalisées (n=88). Cette différence s'explique par le financement du projet, sur fonds propres ou communaux, favorisant ainsi les actions à Bruxelles. En terme de public ciblé, la répartition de chaque sous-groupe HSH est : pour les vulnérabilités sociales (jeunes de moins de 30 ans : 37%, sans couverture médicale : 9,8%), comportementales (usager de drogues : 20,9% dont 0,26% en injectable, partenaires multiples : 46% ayant 10 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois, 48% ayant des rapports occasionnels non protégés), ou en lien avec l'orientation sexuelle (44% des bénéficiaires du dépistage chez Ex Æquo n'évoquent pas leurs pratiques sexuelles avec leur médecin).

OBJECTIF 3 : Sensibiliser et former les acteurs de la communauté pour se faire relais de prévention (I.2)

Dans le cadre de la Testing week (novembre 2016), une campagne d'information à portée large a été organisée suite au communiqué de presse autour des résultats 2015 (conférence organisée le 17/11). Bénéficiant d'un climat médiatique favorable avec l'arrivée des autotests, le programme de dépistage de Ex Æquo a été le sujet de plusieurs reportages : une interview diffusée dans la Matinale sur la Première (18/11/16), deux reportages audiovisuels faits par les étudiants de l'ULB et de l'ISFSC (diffusion interne) et un reportage audio-visuel diffusé dans le journal télévisé de la RTBF (22/11/16).

Les médias ne se sont pas uniquement focalisés sur la semaine de dépistage, puisqu'un autre projet a bénéficié d'une couverture (i.e. Televesdre, L'Avenir, La Meuse et le

site actualités de la RTBF) : le projet Test & Vous mené par Ensemble Autrement asbl à Verviers avec le support méthodologique et technique de Ex Æquo. En plus d'un transfert méthodologique et des outils de récolte de données, l'équipe de Verviers a ainsi bénéficié d'un cycle complet de formation (i.e. deux fois 5h) autour du dépistage, complété par une séance d'information sur le VIH et les IST, puis d'un coaching de l'équipe durant tout le second semestre avec l'organisation de temps d'échange de bonnes pratiques. Un partenariat fort s'est dès lors instauré, avec des équipes conjointes et l'augmentation progressive de l'offre de dépistage pour le bassin verviétois.



Illustration 5: Thèmes abordés durant les accueils en RDRS (2016)

PERSPECTIVES

- Développer les outils d'orientation vers le dépistage en fonction des territoires où le dépistage communautaire est actif (i.e. Bruxelles, Verviers, Hainaut, Luxembourg)
- Augmenter l'offre (i.e. VIH, syphilis, VHC) et support en matière de dépistage à résultat rapide à tout partenaire associatif faisant la demande.
- Optimiser la couverture des permanences, notamment en mobilisant un réseau de partenaires à sensibiliser à la technique du TROD.
- Développer l'approche ciblée des publics vulnérables, notamment les HSH européens à Bruxelles et les HSH ne s'identifiant pas comme homo- / bisexuels en Wallonie.
- Participer, à la hauteur des données récoltées, à une analyse inter-régionale du dépistage et de la santé communautaire.

21,7
%

tests réactifs
1,67 ‰ en LRS

+97%

de tests par
rapport à 2015

88

permanences
avec dépistages

24 900
€

50% sur dons
dt. RH 3750 €



JE CHERCHE UN TRÈS TRÈS BON MÉDECIN

PROBLÉMATIQUE

Parfois, la relation entre patient gay, bisexuel ou HSH d'une part, et un prestataire de soin d'autre part, peut s'avérer délicate. Pour les patients, vivant ou non avec le VIH, il n'est pas toujours facile de parler librement à son médecin de son orientation ou de ses pratiques sexuelles. Pour les médecins, aborder ces thématiques peut également s'avérer sensible. Outre les témoignages reçus lors des accueils, l'enquête menée par l'Observatoire du sida et des sexualités (2011) a démontré une différence de prise en charge des patients séropositifs au VIH par une partie corps médical. Selon ces données, 22% des PvVIH gay ou bisexuels interrogés déclarent avoir déjà vécu un refus de soin. En France, les résultats de la 5ème enquête sur les discriminations à l'encontre des PvVIH par Sida Info Service (2012) traduit un paradoxe : alors que le sentiment global de discrimination tend à reculer, le domaine de la santé reste le plus visé. Plus grave encore, ce serait le seul domaine dans lequel le pourcentage des discriminations a augmenté par rapport à l'enquête précédente. Pourtant, selon l'OMS, la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité : pouvoir affirmer son identité sexuelle fait partie des déterminants de santé qui concourent à ce bien-être qu'évoque la définition de l'OMS.

Initié sous forme de projet pilote financé par la Commission Communautaire Française en 2013, « Je cherche un TTBM (*Très Très Bon Médecin) » a été testée auprès des Bruxellois francophones. Les retours encourageants ont appelé l'association à développer le concept en étendant le champ d'action à l'ensemble de l'espace francophone belge, mais aussi en opérationnalisant le processus de recommandation de praticiens adhérant à une charte éthique en faveur des HSH.

PUBLIC-CIBLE

- Gays, bisexuels ou autres HSH, notamment ceux vivant avec le VIH.
- Prestataires de soin.

APPROCHE OPÉRATIONNELLE

Au cœur de ce dispositif, le site Internet www.trestresbonmedecin.be se veut être une interface entre patients gays et médecins. Inauguré aux alentours de la Journée mondiale contre le sida 2014, le site Internet se compose de deux parties : la première, destinée aux HSH, comporte une série de témoignages et des conseils pratiques pour instaurer le dialogue patient-praticien ; la seconde, destinée aux médecins, expose différentes informations de sensibilisation au public spécifique des HSH et leurs attentes. À cela s'ajoute, le dispositif d'adhésion au programme, tant du côté praticiens par la mise à disposition de la charte TTBM, que du côté patients par un formulaire de contact en vue de solliciter les coordonnées d'un médecin du programme.

Le volet communicationnel se complète ensuite par une série d'actions de terrain à destination des deux publics-cibles du projet, sous la forme de visuels informatifs (e.g. affiches, flyers) disposés dans les lieux communautaires, les partenaires associatifs du secteur SIDA et LGBT, ainsi que les Centres de référence sida d'une part ; et sous la forme d'un démarchage individuel ou en groupe de praticiens via les GLEM (Groupe Local d'Évaluation Médicale).

La partie animation de la liste et les réponses données aux patients s'effectuent par un groupe de trois volontaires, formés à la méthodologie propre du projet et ayant des connaissances spécifiques au parcours de soin. Les réponses, standardisées, donnent un extrait de la liste des praticiens adhérents, en cherchant à correspondre autant que possible à la demande de l'utilisateur.

ÉVALUATION DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1 : Documenter les problématiques d'accès aux soins, puis développer un plaidoyer en vue d'intégrer plus largement l'orientation sexuelle et le statut sérologique comme des déterminants du bien-être global en approche de santé (V.3)

Au détour des sollicitations de mise en contact avec un médecin par les usagers, les difficultés de parler de sa sexualité avec un professionnel de la santé sont régulièrement mentionnées. Toutefois, plusieurs demandes ont été plus motivées, dont la majorité souhaitait obtenir les coordonnées d'un autre praticien pour éviter un médecin de famille pour un suivi suite à une infection sexuellement transmissible. Ces demandes sont assez symptomatiques de l'état de la relation patient-praticien, telle qu'elle est imaginée – à tort ou à raison –, mais aussi globalement du problème de dicibilité de son état de santé et de sa sexualité.

OBJECTIF 2 : Favoriser la démarche du public-cible dans la prise en charge de sa santé sexuelle en influant sur les barrières menant aux soins (I.3)

Sur l'ensemble de l'année, 427 demandes (+230%) sont parvenues à l'équipe de volontaires. Cette augmentation significative des sollicitations se retrouve également dans le nombre de visiteurs du site Internet (i.e. 1751, +262%). Elles tirent leur origine de la campagne média réalisée en 2015 et poursuivie en 2016 avec le reste des flyers et des affiches disponibles en attendant une nouvelle déclinaison.

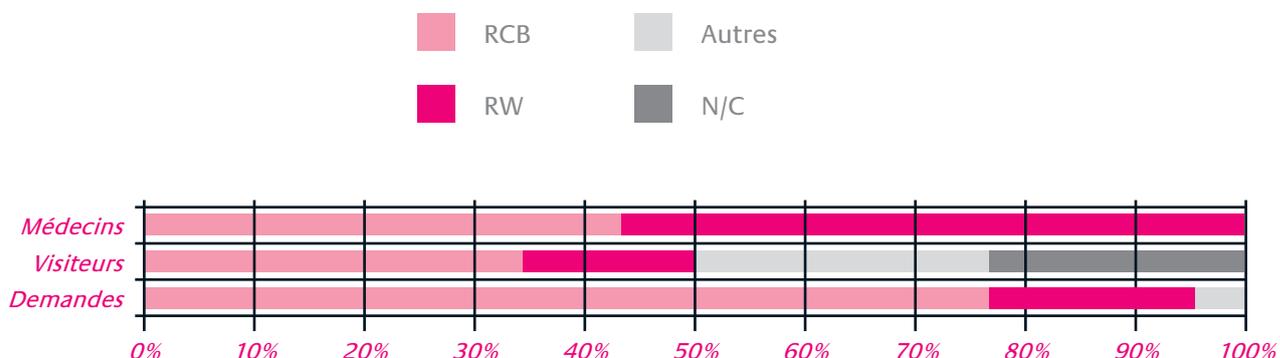


Illustration 6: Répartition géographique au sein du projet TTBM (2016)

Le nombre de praticiens a augmenté de 148% (n=34), principalement en Région Bruxelles-Capitale bien que déjà fortement représentée comparée au territoire wallon à couvrir, mais le fait le plus significatif est l'adhésion du premier dentiste (09/2016) TTBM. Les spécialités présentes dans la liste montrent une très forte représentation des médecins généralistes (65%) suivis de la santé mentale (e.g. psychologie, 23,5%). Même si 80% des demandes concernent des médecins généra-

listes, cette disproportion entre les disciplines couplée à une couverture faible en Région wallonne ont amené à répondre défavorablement à 14% sollicitations ou à réorienter dans des communes avoisinantes pour 18%. En Région Bruxelles-Capitale, ces réponses concernent principalement les spécialités en lien avec le suivi en santé sexuelle (i.e. urologue, proctologue), tandis qu'en Région wallonne elles concernent les médecins généralistes pour des communes de moins de 100 000 habitants.

OBJECTIF 3 : Informer et sensibiliser les prestataires de soin aux problèmes de santé sexuelle parmi les gays, bisexuels et autres HSH (I.2)

Aucune activité spécifique n'a été développée en 2016, seuls plusieurs entretiens individuels (4) avec des nouveaux médecins TTBM – tous généralistes – ont été réalisés.

PERSPECTIVES

- Rechercher à documenter plus précisément les leviers motivationnels d'une demande ou d'une adhésion au programme TTBM.
- Identifier les lacunes de la liste afin d'augmenter la couverture générale du programme.
- Proposer un cadre aux médecins adhérents afin de pouvoir les faire gagner en compétences au sujet du patient HSH et/ou PvVIH.

427

demandes TTBM

68%

de réorientations
de proximité

1
seul

médecin dentiste
(RBC)

2 100
€

dt. RH 1 400 €



Wallonie

ACCOMPAGNEMENT ET SUPPORT DES USAGERS DE SOINS VIVANT AVEC LE VIH

PROBLÉMATIQUE

Depuis l'apparition de la trithérapie antirétrovirale, l'espérance de vie des PVVIH a constamment augmenté. De plus, les nouvelles contaminations augmentent continuellement le nombre de personnes séropositives suivies en Belgique, portant leur nombre à plus de 16000 patients. La séropositivité au VIH est devenue une affection de longue durée, une maladie chronique. **Dès lors, les PVVIH sont confrontés à de nouvelles problématiques sortant du champ strictement médical et s'inscrivant dans la durée** (cf. Plan National VIH 2014-2019, actions 41-53) : le suivi infectiologique et des pathologies émergeant précocement (i.e. co-morbidités) dans un contexte de responsabilité partagée entre les médecins spécialistes du VIH et leurs confrères généralistes ; l'éducation thérapeutique et la gestion des prises de risque sexuels sur le

long terme, nécessitant une autonomisation des PVVIH dans un contexte de raréfaction des ressources d'accompagnement médicalisé ; les projets de vie affectifs ou professionnels souvent confrontés aux discriminations et aux stigmatisations (e.g. internes, communautaires, externes voire même criminalisation). Ces constats viennent également faire écho au principe GIPA (ONUSIDA, 1994), qui vise à garantir aux PVVIH l'exercice de leurs droits et de leurs responsabilités y compris leur droit à l'autodétermination et à la participation aux processus de prise de décisions qui affectent leur propre vie. L'empowerment des personnes séropositives est ainsi la pierre angulaire pour l'ensemble des objectifs nationaux ou internationaux, afin d'influer sur la prise en charge médicale et sur les leviers des discriminations / stigmatisations.

PUBLIC-CIBLE

- Gays, bisexuels ou autres HSH vivant avec le VIH ou co-infecté avec le VHC.

APPROCHE OPÉRATIONNELLE

L'opérationnalisation du principe GIPA au sein de l'association s'est traduite par la création ou l'aménagement d'espaces dans lesquels les PvVIH peuvent s'impliquer. Leur empowerment est toujours basé sur des besoins exprimés, et il s'effectue soit de manière ascendante, dans le cadre de focus groupe ou de groupe auto-support, soit de manière descendante, par exemple dans le cadre d'ateliers thérapeutiques. Mis à part les participations dans les lieux de représentation et les sollicitations extérieures, au sein de Ex Æquo deux projets se sont structurés autour des PvVIH : l'accompagnement psycho-médico-social et le groupe auto-support.

Que ce soit à la suite des permanences de santé, ou par la réorientation des usagers après un test effectué par d'autres associations ou seul (i.e. autotest), l'association propose un suivi des personnes vivant avec le VIH par un pair. Les services proposés s'articulent autour de deux aspects : soit l'accompagnement psycho-social des personnes vivant avec le VIH, en proposant des temps d'écoute ou de rencontre ; soit l'accompagnement dans les démarches médicales, en particulier pour les personnes à la sérologie positive nouvellement connue, tant lors l'une des permanences de santé de Ex Æquo qu'après un test réactif réalisé seul (i.e. autotest) ou par une autre structure (e.g. médecin généraliste, association du secteur).

Lors du diagnostic des besoins des PvVIH de l'association, mais aussi pour concrétiser le principe GIPA, **un groupe d'auto-support a été créé au début de l'année 2016.** Le fonctionnement du groupe s'articule entre convivialité, écoute et analyse des besoins en vue de proposer des actions soit à faire remonter via les circuits de représentation, soit à travers des projets ou des campagnes propres à l'asbl.



ÉVALUATION DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1 : Documenter les problématiques inhérentes à la séropositivité, puis développer un plaidoyer en vue d'améliorer la qualité de vie et le bien-être global des personnes vivant avec le VIH (V.3)

L'année 2016 a été marquée par l'affirmation de la place donnée aux personnes vivant avec le VIH au sein de Ex Æquo, et par là même du rôle joué par l'association vis-à-vis des patients d'affection de longue durée. Au-delà de la mission de lutte contre la sérophobie, déjà présente dans les activités des années antérieures, la première étape non moins symbolique a été une modification des statuts de l'asbl permettant une reconnaissance comme association de patients. Cette nouvelle mission permettait alors une adhésion à la fédération francophone des patients, la LUSS, mais aussi d'avoir une certaine légitimité pour intervenir dans les organes de démocratie sanitaire. Ces derniers sont peu développés à l'heure actuelle.

De manière moins formelle, puisque supporté de manière individuelle, Ex Æquo a pu porter sa voix au sein du conseil national consultatif des personnes vivant avec le VIH (i.e. Conseil Positif) auprès du Ministère fédéral de la Santé. En effet, l'un des membres de l'asbl a été élu comme coordinateur régional pour la Wallonie. Les activités du Conseil Positif ont abouti à un diagnostic présenté au Plan National VIH (2014-2019) avec des thématiques prioritaires, à savoir l'accès universel au traitement, le message à transmettre au sujet des risques résiduels de transmission du virus en cas de charge virale indétectable et l'épineuse question de la prise en charge – médical et sociale – du vieillissement avec le VIH.

En interne, deux temps de diagnostic des besoins ont été organisés : le premier autour de la prise en charge actuelle, le second autour de la charge virale indétectable coorganisé par les Stratégies concertées et le Conseil Positif (i.e. atelier « La CVI c'est quoi pour toi ? », oct. 2016). Les résultats mettent en avant plusieurs problématiques transversales : la coordination du trajet de soin des HSH séropositifs et la prise en compte de pathologies spécifiques à cette population clef ; les lacunes dans l'accompagnement psycho-social des PvVIH, et notamment l'isolement affectif ou social ; l'approche parfois hétérocentrée des messages issus de recommandation officielle, excluant alors la population-clef HSH ; et enfin le manque de recul dans les messages fondés sur l'état de santé.

OBJECTIF 2 : Favoriser une approche intégrée et holistique des PvVIH par les prestataires de soin (I.2)

Pour répondre aux différentes conclusions des diagnostics menés en 2016, le pôle PvVIH de Ex Æquo a bénéficié du cadre de quelques acteurs du secteur en vue de participer aux concertations. Ainsi, trois HSH séropositifs de l'association ont pu faire part de leurs interrogations lors d'une table-ronde réunissant les acteurs associatifs et les laboratoires pharmaceutiques en marge du congrès AfraVIH (avril 2016), en particulier autour de la question du vieillissement et de l'observance (i.e. évaluation de l'application Let's talk élaborée par Gilead Science). D'autres contributions ont été faites en participant au développement d'outils par des partenaires : autour de la relation patient-médecin avec une liste des thèmes à aborder avec son médecin, par Gilead Science ; et autour de la criminalisation des personnes vivant avec VIH, par EATG.

L'une des avancées les plus significatives concernant les personnes vivant avec le VIH a été l'avis émis par le Conseil Positif à propos de l'accès universel au traitement et par là-même son utilisation comme moyen de prévention en faisant baisser la charge virale communautaire (i.e. TasP). Ce document, élaboré de concert par les différents groupes PvVIH du pays et de l'expertise des associations, a été présenté à la ministre fédérale de la santé, Maggie de Block à l'automne.

NOUS SOMMES TOUS

OBJECTIF 3 : Favoriser les conditions nécessaires au maintien dans les soins et à l'observance des PvVIH (IV.1)

Un total de douze personnes ont été suivies par l'un des deux pairs éducateurs PvVIH de l'association, s'assurant du lien avec les soins et permettant une évaluation en fin d'exercice du maintien dans les soins. Parmi ces bénéficiaires : 58% avaient été rencontrés lors de nos actions (dont 6 sur 7 avec un dépistage à résultat immédiat), 33% ont bénéficié d'un accompagnement physique à l'hôpital, et 17% des suivis concernait des PvVIH ayant des problèmes pour leur suivi. Au début de l'année 2017, seul un bénéficiaire n'a pas pu résoudre les problématiques de sa prise en charge, tous les autres ont vu leur situation prise en charge ou améliorée suite à l'intervention de Ex Æquo. Le taux de maintien dans les soins au terme de l'année pour les bénéficiaires du dépistage est, lui, de 100%. Ce succès s'explique par le protocole et la relation privilégiée avec les centres de prise en charge, permettant de faciliter les premières démarches (i.e. confirmation, ouverture du dossier administratif, éventuellement mise à jour de l'affiliation à l'assurance maladie).

OBJECTIF 4 : Favoriser l'acquisition de connaissances par le public-cible, afin qu'il gagne en autonomie dans la prise en charge de son affection de longue durée (I.3)

Réuni par quatre fois, le groupe auto-support d'Ex Æquo est à la fois un lieu de sociabilisation et d'écoute entre pairs, mais surtout un espace de réflexion autour de problématiques communes en vue d'élaborer des actions à destination des HSH, des autres PvVIH, des prestataires de soin ou des décideurs politiques. Ce groupe est principalement constitué de volontaires de l'association, même si l'adhésion à l'asbl stricto sensu n'est pas un critère. Au fil de l'année ce sont onze personnes qui se sont inscrites au groupe et qui ont été le moteur pour que le vécu de la séropositivité redevienne un thème de l'association.

PERSPECTIVES

- Proposer des outils spécifiques pour les médecins généralistes ou les centres de santé, afin de permettre un meilleur suivi des personnes vivant avec le VIH.
- Veiller à la pérennité des centres de référence SIDA, à leur mode de financement et plus particulièrement aux conventions de prise en charge des ALD.
- Formaliser les protocoles de prise en charge et d'accompagnement avec les Centre de référence SIDA dans les territoires où des permanences sont organisées.
- Développer les activités du groupe auto-support, notamment grâce à une recherche de financement, et accroître sa visibilité pour une plus grande adhésion.



personnes
accompagnées



de maintien
dans les soins



personnes dans
le groupe PvVIH



dt. RH 0 €



#SÉROCONCERNÉS

RÉSULTATS FINANCIERS 2016

EXERCICE SOCIAL :
01/01/2016 – 31/12/2016

	Somme
Actif	86.823 €
Immob. incorporelles	4.469 €
Immob. corporelles	0 €
Immobilisations fin.	2.777 €
Créances commerciales	1.754 €
Subsides à recevoir	31.719 €
Dons à recevoir	0 €
Placements	40.611 €
Liquidités	5.493 €
Charges à reporter	0 €

	Somme
Passif	86.823 €
Fonds associatif	2.500 €
Résultats N	36.035 €
Résultats N-1	46.713 €
Subsides en capital	4.469 €
Provisions	3.187,21 €
Dettes commerciales	2.791 €
Dettes fiscales	0 €
Dettes sociales	-8.872 €
Comptes de régulation	0 €

	Somme
Recettes	254.918 €
Vente Centrales d'achat	8.775 €
Cotisations	23 €
Charges récupérées	1.309 €
Dons des particuliers	5.680 €
Dons des entreprises	0 €
Dons spécifiques	2.745 €
Soldes de subs. struct.	0 €
Soldes de subs. proj.	0 €
Subsides structurels	0 €
Subsides de projets	207.000 €
Subsides immobilisés	29.386 €

	Somme
Dépenses	224.013 €
Fournitures	4.509 €
Communications	3.357 €
Locaux et assurances	24.186 €
Publications légales	125 €
Comptabilité	4.441 €
Matériel de prévention	15.728 €
Matériel dépistage	1.886 €
Matériel hors subs.	0 €
Campagnes et publi.	9.276 €
Projets	3.003 €
Formation	948 €
Frais de déplacement	3.094 €
Frais de convivialité	1.734 €
Autres frais d'activité	4.981 €
Rémunérations brutes	140.919 €
Services sociaux	1.030 €
Dot. amortissements	4.695 €
Moins-values	100 €

	Somme
Produits financiers	5.130 €
Intérêts bancaires	207 €
Amortissements	4.469 €
Frais bancaires	-63 €
Moins-values sur actif	0 €
Différences	517 €

Total	36.035 €
--------------	-----------------



- Recettes ;
- Charges d'exploitation ;
- Rémunérations ;
- Privés ;
- Charges d'activité ;
- Amortissements ;
- Publics
- 0% Activité non subsidiées ;
- Pertes

PRÉVISIONS 2017

EXERCICE SOCIAL :

01/01/2017 – 31/12/2017

VALIDATION :

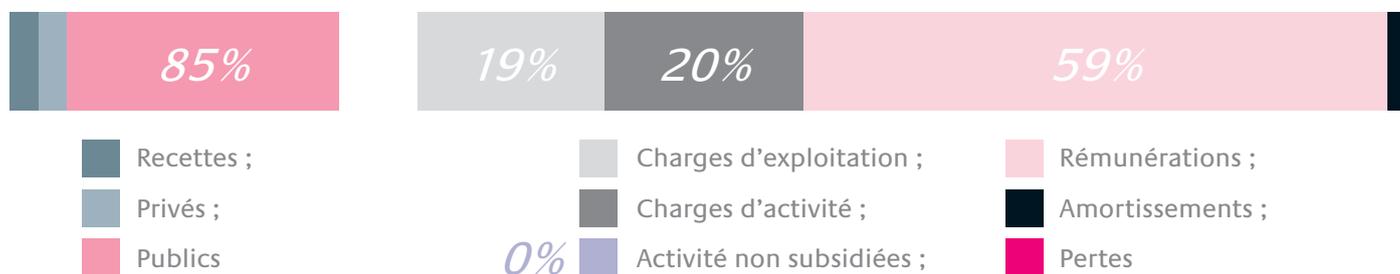
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE, 04 MARS 2017

	Somme
Recettes	244.851 €
Vente Centrales d'achat	8.301 €
Cotisations	100 €
Charges récupérées	16.650 €
Dons des particuliers	5.300 €
Dons des entreprises	7.500 €
Dons spécifiques	0 €
Soldes de subs. struct.	0 €
Soldes de subs. proj.	0 €
Subsides structurels	207.000 €
Subsides de projets	0 €
Subsides immobilisés	0 €
Liquidations	0 €

	Somme
Produits financiers	4.469 €
Intérêts bancaires	205 €
Amortissements	4.469 €
Frais bancaires	-55 €
Moins-values sur actif	-150 €
Différences	0 €

Total	0 €
--------------	------------

	Somme
Dépenses	249.320 €
Fournitures	3.200 €
Communications	4.100 €
Locaux et assurances	35.600 €
Publications légales	250 €
Comptabilité	2.100 €
Matériel de prévention	17.301 €
Matériel dépistage	6.000 €
Matériel hors subs.	0 €
Campagnes et publi.	6.000 €
Projets	3.150 €
Formation	7.500 €
Frais de déplacement	5.800 €
Frais de convivialité	2.600 €
Autres frais d'activité	1.550 €
Rémunérations brutes	148.000 €
Services sociaux	1.700 €
Dot. amortissements	4.469 €
Moins-values	0 €



ÉTAT DES FINANCEMENTS PUBLICS 2012-2016

- Agrément FWB : 01/09/2012-31/10/2015
- Standstill (6e réforme de l'État) : 01/11/2015 – 31/12/2017

État des financements publics 2012-2016

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES – PROMOTION À LA SANTÉ

Arrêté	Date	Montant	Période
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/09/2012 – 31/08/2013
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	34.500,00 €	01/09/2013 – 31/10/2013
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/11/2013 – 31/10/2014
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/11/2014 – 31/10/2015

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCOPHONE (RÉGION BRUXELLES-CAPITALE)

Arrêté	Date	Montant	Période
2016/939	03/09/15	11.500,00 €	01/11/2015 – 31/12/2015
2016/136	03/03/16	69.000,00 €	01/01/2016 – 31/12/2016
2017/54 AB.230030004.3300 Visa.1720272	09/03/17	69.000,00 €	01/01/2017 – 31/12/2017

AVIQ – PROMOTION DE LA SANTÉ (RÉGION WALLONNE)

Arrêté	Date	Montant	Période
N/C Visa 15/14950	11/06/15	23.000,00 €	01/11/2015 – 31/12/2015
2016/136	30/05/16	138.000,00 €	01/01/2016 – 31/12/2016
N/C Visa 1711741	28/04/17	138.000,00 €	01/01/2017 – 31/12/2017

État des financements publics 2012-2016

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES – PROMOTION À LA SANTÉ

Arrêté	Date	Montant	Période
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/09/2012 – 31/08/2013
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	34.500,00 €	01/09/2013 – 31/10/2013
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/11/2013 – 31/10/2014
A.B. 33.02.24 – DO16	12/05/12	207.000,00 €	01/11/2014 – 31/10/2015

NIVEAU FÉDÉRAL

Organisme	Arrêté	Date	Montant	Période	Projet
INAMI	2013.593	/	43.500,00	01/01/2013 – 31/12/2013	Dépistages
INAMI	2014.350	17/02/14	44.106,60	01/01/2014 – 31/12/2014	Dépistages

NIVEAU LOCAL (PROVINCE, COMMUNE)

Organisme	Arrêté	Date	Montant	Période	Projet
Ville de Bruxelles	EC/75	26/06/14	500,00 €	01/05/2014 – 30/06/2014	Unhappy birthday
Ville de Bruxelles	NC	/	3.200,00 €	01/12/2015 – 31/12/2015	Journée mondiale VIH
Ville de Bruxelles	NC	/	2.000,00 €	01/11/2016 – 31/12/2016	Testing week (médias)

NIVEAU RÉGIONAL

Organisme	Arrêté	Date	Montant	Période	Projet
COCOF – Santé	2013/1129	10/10/13	5.500,00 €	01/10/2013 – 30/11/2013	TTBM
RBC – ÉdC	2014/71 Visa 201404352	18/09/13	12.206,00 €	01/10/2013 – 31/12/2013	Alex (traduction)
RBC – ÉdC	NC	/	14.989,00 €	01/01/2015 – 31/12/2015	Création spot sérophobie
RBC – ÉdC	2015/35 Visa 201503560	29/07/15	9.847,00 €	01/01/2015 – 31/12/2015	Diffusion spot sérophobie
Wallonie – DGO5	A.B. 33.01.12 Visa 15/19137	25/09/15	4.160,00 €	01/01/2015 – 31/12/2015	TTBM
COCOF – Santé	2015/1666	27/11/15	6.096,00 €	01/10/2015 – 31/12/2015	Testing week

NIVEAU LOCAL (PROVINCE, COMMUNE)

Organisme	Arrêté	Date	Montant	Période	Projet
Gilead Science	/	/	7.500,00 €	01/01/2015 – 31/12/2015	Structure
Gilead Science	/	/	2.800,00 €	01/11/2015 – 31/12/2015	Testing week (dépistage)
Euroclear Bank	/	/	7.500,00 €	01/01/2015 – 31/12/2015	Dépistages
Swim for Life	/	/	2.400,00 €	01/01/2016 – 31/12/2016	Dépistages
AMUB asbl	/	/	2.500,00 €	01/01/2017 – 31/12/2017	Dépistages

2016 ÉTAIT UNE ANNÉE CHARNIÈRE POUR EX ÆQUO

Au niveau de sa gouvernance et son fonctionnement, l'association a renforcé de façon significative son approche communautaire, en repensant et en mettant en place des outils qui permettent aux HSH d'augmenter leur autonomie et leurs capacités à agir (empowerment) et à améliorer leur santé. Nous sommes convaincus qu'une transformation de la société commence par cette capacité à agir des personnes (sero)concernées. Dans ce sens, les victoires politiques de l'association ne se limitent pas, par exemple concernant le dépistage démedicalisé, à l'inscription de ce modèle dans le Plan national VIH, au lobbying menant à des avis favorables de l'Ordre des Médecins (2014), du Conseil supérieur de la Santé (2015), du Parlement fédéral (résolution du 28/04/2016 mentionnant directement Ex Æquo) ou encore la modification de l'article 145 du Code Pénal (07/12/16). Le changement commence par une personne vivant avec le VIH qui ose, pour la première fois, s'exprimer ouvertement au sein du groupe d'auto-support de l'association, devant des bénéficiaires ou dans les médias, voire même devant des représentants de la Ministre fédérale de la Santé en tant que membre du conseil national consultatif.

Cette approche communautaire est d'autant plus pertinente lorsqu'on prend en compte les nouveaux défis qui nous attendent dans le champ de la lutte contre le VIH et les IST : le besoin d'augmenter et de mieux cibler le nombre de dépistages gratuits et anonymes ; l'évolution rapide dans le champ de la prévention du VIH (avec notamment la disponibilité de nouveaux types de tests, la mise sur le marché de nouvelles molécules antirétrovirales ou de nouveaux agents antiviraux directs plus performants, etc.) ; l'émergence d'un risque infectieux inédit à l'hépatite C associé au chemsex, ainsi que le manque de suivi spécialisé pour les consommateurs de produits qui souhaitent gérer autrement, réduire ou arrêter leur consommation ; les violences homophobes et/ou sérophobes auxquelles les membres de la communauté gay / HSH continuent à être exposés, etc.

Ces changements sociétaux nécessiteront des approches innovantes, comme davantage d'actions numériques afin de couvrir l'entièreté du territoire wallon ; une complémentarité entre Ex Æquo et son expertise en matière de santé gay en Belgique francophone d'une part, et les acteurs wallons locaux, couvrants des zones géographiques ou des populations plus limitées mais avec leur connaissance du terrain local d'autre part. Au sein même de l'association, répondre de façon efficace à ces défis nécessitera le maintien de la mobilisation des volontaires, ainsi que la consolidation de leurs compétences (notamment avec des formations par rapport aux compétences théoriques, à l'accueil et au counseling vis-à-vis des bénéficiaires).



exæquo

www.exaequo.be



asbl ex aequo



@ExAequo

Ex Æquo - Rue des Pierres 29 - 1000 Bruxelles
02 736 28 61 - info@exaequo.be