

**Comprendre et travailler
avec les hommes ayant
des relations sexuelles
avec d'autres hommes:**
pour une prévention combinée
et une prise en charge globale
des IST et du VIH

RAF
VIH

RESEAU
AFRICAIN
DES
FORMATIONS
SUR LE VIH-SIDA



**Comprendre et travailler
avec les hommes ayant
des relations sexuelles
avec d'autres hommes:**
pour une prévention combinée
et une prise en charge globale
des IST et du VIH

MANUEL DE FORMATION DES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH EN AFRIQUE

MODULE N°1

Comprendre et travailler avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes: pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH



Editeurs: Dr Jean-Baptiste Guiard-Schmid, Dr Steave Némandé, Pr Y. Joseph Drabo

Coordination de l'édition: Dr Jean-Baptiste Guiard-Schmid

Module 1 : Comprendre et travailler avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes: pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH

Version 1.0

Première impression: Juin 2012

Conception: Nazaire Erick Zongo - Oméga Vision

Couverture et illustrations: Damien Glez

Impression: Oméga Vision

DROITS DE REPRODUCTION






Ce module, développé par le Réseau Africain des Formations sur le VIH (RAF-VIH), fait l'objet d'une licence libre de Creative Commons:



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage des Conditions Initiales à l'Identique 3.0 non transposé (CC BY-NC-SA 3.0)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr>

L'utilisation et la copie sont libres dans la mesure où:

-  • Vous devez citer le nom du RAF-VIH à chaque utilisation ou reproduction (Attribution);
-  • Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce module à des fins commerciales (Pas d'Utilisation Commerciale);
-  • Si vous modifiez, transformez ou adaptez cette création, vous n'avez le droit de distribuer la création qui en résulte que sous un contrat identique à celui-ci (Partage des Conditions Initiales à l'Identique).

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à:

<http://raf-vih.net/component/contact/12-contacts/1-raf-vih.html>

UNE INVITATION À UTILISER CE MANUEL DE FORMATION

Au moment où nous entrons dans une quatrième décennie de lutte contre la pandémie du VIH, certains constats restent encore d'actualité:

- Le virus du VIH affecte de façon plus marquée certaines communautés spécifiques, telles que les travailleurs du sexe et leurs clients, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH), et les utilisateurs de drogues injectables;
- La transmission du virus est aggravée, non seulement par des facteurs biologiques et comportementaux, mais aussi par des facteurs liés aux droits humains et à l'environnement social et politique dans lesquels vivent ces groupes hautement vulnérables;
- De façon paradoxale, les ressources allouées à la réponse à l'épidémie ne profitent souvent pas ou peu aux groupes de populations les plus vulnérables.

Cela peut changer si les acteurs de la lutte contre le VIH prennent conscience du besoin urgent d'améliorer la qualité de nos programmes et de mieux les orienter vers les populations qui sont les plus exposées et en ont donc le plus besoin.

Nous pouvons faire beaucoup mieux en abordant frontalement les tabous et en basant nos actions sur les réalités de la sexualité humaine et sa diversité, ainsi que sur des évidences scientifiques actualisées et fiables.

En participant à ce module de formation en qualité d'apprenant ou de formateur, vous êtes parmi le nombre grandissant de professionnels de santé et psycho-sociaux qui franchissent ce pas et souhaitent que des services de prévention et de prise en charge de qualité puissent atteindre les populations les plus vulnérables, y compris les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

L'approche de ce manuel se base sur le concept de la prévention combinée, qui allie les techniques biomédicales, comportementales et de changement structurels afin de prévenir de nouvelles infections par le VIH et les IST, ou à en réduire l'impact.

Le non-respect des droits humains élémentaires, la violence à leur rencontre et le rejet social sont trop souvent vécus quotidiennement par les HSH. Le rôle des professionnels de santé et psycho-sociaux est déterminant pour créer des environnements favorables à l'accès aux services de prévention et de prise en charge (soins, traitement et suivi). Nous espérons que ce module de formation vous offrira la base de connaissance nécessaire à la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé auprès de communautés souvent qualifiées «d'invisibles».

Ce module vous aidera plus particulièrement à répondre à certaines questions:

- *Que dois-je savoir pour travailler auprès de cette population ?*
- *Que dois-je faire pour contribuer à la prévention et aux soins de cette population de façon efficace et respectueuse ?*
- *Comment mesurer la qualité de mes interventions auprès des HSH?*

Initié par le **Réseau Africain des Formations sur le VIH-sida (RAF-VIH)**, ce module de formation a bénéficié d'une large expertise associant des professionnels de santé et des sciences humaines pour sa réalisation. Les auteurs du manuel travaillent tous dans le champ du VIH, de la santé sexuelle et reproductive dans divers pays Africains. L'apport d'experts en droits humains a également été crucial pour réaliser ce travail.

Avec votre concours, nous espérons que ce module sera constamment enrichi grâce à votre expérience et qu'il servira de référence à un nombre grandissant de professionnels de santé et psycho-sociaux en Afrique francophone.

Bon apprentissage et bien cordialement,

Dr Cheikh Traoré

Conseiller, VIH et diversité sexuelle (PNUD)

Bechir N'Daw

Conseiller régional en Droits Humains et aux lois (PNUD)

COORDINATEURS

Youssoufou Joseph Drabo est Professeur titulaire de Médecine Interne à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou (UO) et Chef du Service de Médecine Interne au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHU-YO). Il a développé depuis 2001 plusieurs vastes programmes de formation des acteurs de la lutte contre le VIH en Afrique francophone. Co-fondateur du Diplôme Inter-Universitaire de «*Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne*» (DIU-VIH, UO et Université Paris VI, 2004), puis du *RAF-VIH* (2007), il en assure la coordination et la présidence respectivement. Membre de plusieurs sociétés savantes, il a participé à l'élaboration de nombreuses recommandations nationales et internationales sur le VIH, notamment sur la classification de l'infection (OMS, 2006), les stratégies thérapeutiques (Mémento Thérapeutique VIH Africain, 2009), etc. (yjdrabo@yahoo.fr)

► *A contribué aux sessions 1 et 15*

Jean-Baptiste Guiard-Schmid est spécialiste en médecine interne, maladies infectieuses et tropicale, Médecin des Hôpitaux de Paris, ancien Chef de Clinique - Assistant et chargé d'enseignement à l'UFR Médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI). Il a monté depuis 1996 plusieurs programmes de coopérations nord-sud pour développer des centres de référence en matière de prise en charge du VIH en Afrique subsaharienne. Co-fondateur du *DIU-VIH* (UO et UPMC), puis du *RAF-VIH*, il a intégré l'équipe inter-pays de l'OMS en Afrique de l'Ouest en 2007 pour y développer l'assistance technique aux pays bénéficiaires du Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il enseigne dans différentes formations diplômantes affiliées au RAF-VIH. (jbgs.bf@gmail.com)

► *A contribué aux sessions 1, 5 et 15*

Steve Némandé est médecin. Impliqué dans la lutte contre le VIH depuis 2002, il est co-fondateur de l'association *Alternatives-Cameroun* et du *Centre Access* à Douala (Cameroun), qui propose prévention, dépistage, prise en charge du VIH, des hépatites et IST aux HSH. Il est en Afrique l'un des défenseurs des droits des personnes LGBTI les plus connus au plan international (*Prix Alison Des Forges de Human Rights Watch* en 2010, *Prix des Droits de l'Homme du Cinquantenaire des Indépendances Africaines* en 2010). Il préside désormais l'association *Evolve* au Cameroun (drnemande@yahoo.co.uk)

► *A contribué aux sessions 1, 6, 11 et 15*

Camille Kacou Anoma est médecin et titulaire du master de santé publique de l'IMT¹ d'Anvers, Belgique. Il est membre fondateur et coordonateur de l'ONG Espace Confiance (Côte d'Ivoire) qui participe à l'amélioration de la couverture nationale et de la qualité des services liés aux IST/VIH pour les TS et les HSH et développe des plaidoyers pour les droits humains de ces groupes. Il contribue au renforcement des capacités des acteurs de prévention et de soins auprès de ces populations cibles. (*anomacamille@yahoo.fr*) ► *A contribué à la session 7*

Patrick Awondo est anthropologue de la santé (EHESS², Paris) et travaille à l'Unité de Recherche migration et société de l'IRD-Paris VIII. Il collabore depuis 3 ans à un projet ANRS sur «mobilisations des HSH et des TS face au sida dans les capitales d'Afrique francophone: Bamako, Abidjan, Yaoundé». Il travaille aussi à la documentation des expériences des HSH en situation d' «exil sexuel», hors de leurs pays et sur les pratiques sexuelles face au Sida en milieu migrant. (*pawondo2005@ehess.fr*) ► *A contribué aux sessions 3 et 13*

Dieudonné Bassonon est psychologue et communicateur. Au sein de l'ONG IPC³ à Ouagadougou, il est conseiller du Pôle Régional d'Appui Technique de l'Alliance Internationale pour la Région AOC, spécialisé dans le renforcement des systèmes communautaires en santé et les programmes de prévention ciblant les groupes vulnérables. Intervenant en formation sur la stigmatisation et la discrimination, les droits humains et le leadership, il a également contribué à divers outils d'intervention sur les HSH et les TS. (*dbassonon@yahoo.fr*) ► *A contribué aux sessions 4 et 14*

Mark Canavera est diplômé en politique publique (Harvard University), ancien rédacteur du *Harvard Journal of African American Public Policy*. Depuis 12 ans, il travaille dans l'action humanitaire et le développement, notamment sur la protection et la réinsertion des enfants vulnérables en Afrique. Il est aussi blogueur pour *The Huffington Post* (USA), en particulier sur les affaires africaines, sur le mouvement gay africain et la lutte contre le VIH/sida. (*mark.canavera@gmail.com*)

► *A contribué aux sessions 3 et 13*

Kemal Cherabi est médecin de santé publique, spécialisé dans les différents aspects de la lutte contre le VIH : prévention, soins et prise en charge psychosociale, planification stratégique avec une large expérience de travail en Afrique sub-saharienne, au Maghreb et au Moyen-Orient, il se partage entre l'expertise (BM⁴, ONUSIDA, OMS, UNICEF), la formation (RAF-VIH, IMEA Paris, ULB Belgique et ULSS d'Alexandrie - Égypte) et la recherche opérationnelle (migrations/mobilités et risque VIH, observance des ARV...) (*dockem@yahoo.fr*)

► *A contribué aux sessions 2, 12 et 14*

Cyrille Alexandre Compaoré est sociologue (Université Lumière Lyon). Investi depuis 17 ans dans la recherche action sur la santé et le VIH/sida, ses activités

1 IMT : Institut de Médecine Tropicale

2 EHESS: École des Hautes Études en Sciences Sociales

3 IPC : Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/sida

4 BM : Banque Mondiale

se sont focalisées ces dernières années sur le renforcement des capacités en matière de prévention dans les groupes vulnérables (HSH, TS). Fort de cette expérience, il est devenu personne ressource du CMLS/MASSN⁵ au Burkina Faso et a contribué à de nombreux travaux/études spécifiques. (*compncyrlle@yahoo.fr*)

► *A contribué à la session 12*

Mamadou Dao est diplômé en sciences sociales de l'Université de Ouagadougou et termine actuellement une formation en santé publique à l'Université de Nancy (France). Après 7 années passées dans divers projets et ONG auprès des jeunes, des orpailleurs, des TS et de leurs clients, il est depuis 2006 chargé de programme pour la prévention du VIH/IST au PAMAC⁶ (Burkina Faso), où il travaille plus spécifiquement en direction des populations hautement vulnérables. (*benbairai@yahoo.fr*) ► *A contribué à la session 10*

Charlotte Dézé est médecin, titulaire d'un diplôme en médecine tropicale (IMT d'Anvers, Belgique) et d'un master en santé publique (LSHTM⁷, Royaume Uni). D'abord coordinatrice médicale pour Médecins du Monde en Ouganda et à Madagascar, elle a intégré SOLTHIS⁸ en 2005 pour appuyer l'accès aux ARV au Niger puis comme chargée de formation en Afrique de l'Ouest. Elle collabore régulièrement aux activités du RAF-VIH. (*charlotte.deze@solthis.org*)

► *A contribué aux sessions 1 et 11*

Demba Diack est économiste social et socio-anthropologue. Il a été responsable du développement local et de la formation à ESTHER⁹, puis conseiller technique au PAMAC de 2007 à 2011 (Burkina Faso). Il a ainsi développé des compétences propres en ingénierie de formation, appui méthodologique et stratégique pour la conception et la gestion de programmes dans la lutte contre le VIH, mais aussi en matière de transfert et capitalisation d'expériences des acteurs communautaires. (*diackdemba09@gmail.com*) ► *A contribué à la session 11*

Mamadou Dieng est socio-anthropologue de formation. Il a travaillé au *Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida* (Espace Régional Santé Publique) de la région Rhône-Alpes et a été chef de service à l'association *Le Thianty* pour la prévention en milieu gay, migrant et festif en Haute-Savoie. Il est actuellement chargé de cours à Paris I Sorbonne et responsable du pôle Accompagnement Psychologique et Santé Communautaire depuis 2007 à ESTHER. (*mamadou.dieng@esther.fr*) ► *A contribué à la session 11*

Joseph Larmarange est démographe à l'Institut de Recherche pour le Développement et membre du CEPED¹⁰. Il a notamment participé au projet de recherche ELIHoS (*Évaluer Les Interventions auprès des Homosexuels masculins au Sénégal*), une importante enquête épidémiologique et socio-comportementale réalisée auprès de HSH au Sénégal en 2007 avec l'appui financier de l'ANRS¹¹. (*joseph.lamarange@ceped.org*) ► *A contribué à la session 5*

5 CMLS : Comité Ministériel de Lutte contre le VIH/sida du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale

6 PAMAC : Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire

7 LSHTM : London School of Hygiene & Tropical Medicine

8 SOLTHIS : Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida

9 ESTHER : Groupement d'Intérêt Public 'Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau'

10 Centre Population et Développement (UMR 196 - Université Paris Descartes - Ined - IRD).

11 Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (France)

Françoise Linard est psychiatre et psychanalyste et partage son temps entre exercice privé et consultations hospitalières (Hôpital Tenon, Paris). Elle collabore à de nombreux projets de recherche (ANRS, Sidaction) sur différentes thématiques : troubles psychiques et VIH, dimensions éthiques des vaccins contre le VIH et conduites à risques chez les HSH. Elle enseigne au DIU-VIH de l'UO et l'UPMC. (*francoise.linard@hotmail.fr*) ► *A contribué aux sessions 2, 8 et 12*

Bara Ndiaye est chirurgien-dentiste, formé en santé publique et communautaire à Nancy et en management des institutions et organisations sanitaires et sociales à Paris XIII. Il a travaillé comme consultant en politique de santé, gestion des services de santé, etc. A ENDA Santé, il est chargé de projets et appuie le développement organisationnel des associations communautaires et des programmes pays. (*barandiaye@gmail.com*) ► *A contribué à la session 4*

Georges Ouédraogo est pneumologue, assistant à l'UO (UFR/SDS), praticien hospitalier au CHU-YO de Ouagadougou. Depuis 2005, il coordonne au Burkina Faso les activités d'ESTHER (partenariats inter-hospitaliers, appui communautaire et formations). Il enseigne dans plusieurs formations diplômantes affiliées au RAF-VIH, dont le DIU-VIH de l'UO et l'UPMC. (*georges.ouedraogo@yahoo.fr*)

► *A contribué à la session 5*

Fabrice Renaud coordonne depuis 15 ans les actions de lutte contre le VIH/sida et les hépatites dans différentes villes du réseau AIDES en France. De plus, il travaille au déploiement de la démarche qualité en promotion de la santé et comme expert en formation pour AIDES. Depuis 2007, Fabrice est notamment impliqué dans les actions internationales de AIDES (Africagay contre le Sida, formation des pairs-éducateurs HSH en Afrique). (*frenaud@aides.org*)

► *A contribué aux sessions 2, 6 et 10*

Kalifa Soulama est éducateur spécialisé, diplômé en santé publique (ENSS et Université de Dakar). Depuis 10 ans, il se consacre à l'appui organisationnel et programmatique aux OSC burkinabè dans les domaines de la santé, du genre et du développement humain. Il est fondateur et coordinateur de l'ONG CVEC-SD¹², qui contribue à la lutte contre le VIH/sida par la promotion des meilleures pratiques et le renforcement des capacités des intervenants en santé communautaire.

(*kalifasoulama@hotmail.com*) ► *A contribué à la session 4*

Cheick Traoré est médecin, diplômé en santé publique (LSHTM, Royaume-Uni). Après avoir travaillé 10 ans au Royaume-Uni (Terrence Higgins Trust à la municipalité de Londres), Cheikh travaille depuis 2009 au PNUD comme conseiller en charge des questions de recherche, politiques et programmes de développement en faveur des minorités sexuelles. Il est le point focal au sein du programme conjoint de l'ONUSIDA sur les questions relatives aux HSH, aux personnes transgenres et aux TS. (*cheick.traore@undp.org*)

► *A contribué à la session 6*

REMERCIEMENTS

Dès sa création, plusieurs partenaires ont d'emblée fait confiance et se sont engagés au côté du **Réseau Africain des Formations sur le VIH -Sida (RAF-VIH)** pour l'accompagner dans sa volonté de renforcer par la formation les compétences des acteurs de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne.

Le présent manuel est donc le fruit d'une collaboration entre le RAF-VIH et ces partenaires, sur l'un des thèmes prioritaires de formation continue que le réseau a identifié.

Je voudrais ici leur exprimer la reconnaissance de tout le comité directeur du réseau.

Mes remerciements vont en particulier à l'OMS (Equipe d'appui Inter-Pays pour l'Afrique de l'Ouest), à l'ONUSIDA (Bureau régional Afrique de l'Ouest et Central), au PNUD (Siège et Bureau Régional de Dakar), à l'Ambassade de France au Burkina Faso (MAEE), à Sidaction, à Desmond Tutu HIV Foundation (Cape Town, Afrique du Sud), à AIDES Fédérations, à ESTHER (GIP et Coordination au Burkina Faso), à Solthis, au Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST du Burkina Faso (CNLS/IST), au Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire du Burkina Faso (PAMAC) et à Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/sida au Burkina Faso (IPC/HIV Alliance).

Professeur DRABO

Président du Comité Exécutif du RAF-VIH



SOMMAIRE

PREFACE	vii
COORDINATEURS	ix
CONCEPTEURS	x
REMERCIEMENTS	xiii
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	xix
GLOSSAIRE	xx
GUIDE D'UTILISATION DU MANUEL ET DU CD	xxiii
Ouverture de la formation et présentation du module	1
<i>Les Objectifs</i>	2
<i>L'essentiel</i>	2
Objectif principal du module	2
Objectifs spécifiques du module	2
Méthodes pédagogiques employées dans le module	2
Contenu global de la formation	3
Évaluation de la formation	3
Détail des sessions	4
Questionnaire de recueil des expériences et attentes des participants	5
Questionnaire pré et post formation	7
<i>La fiche technique</i>	9
Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles	11
<i>Les Objectifs</i>	12
<i>L'essentiel</i>	12
La liste des affirmations	12
<i>Première série d'affirmations</i>	12
<i>Deuxième série d'affirmations</i>	13
<i>Troisième série d'affirmations</i>	13
<i>Quatrième série d'affirmations</i>	13
Quelques exemples de représentations	13
<i>Discussion sur l'affirmation: «Il faut être homosexuel pour parler aux homosexuels»</i>	13
<i>Discussion sur l'affirmation: «L'homosexualité est contre-nature»</i>	14
<i>La fiche technique</i>	15
Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes: généralités et perspectives en Afrique subsaharienne	17
<i>Les Objectifs</i>	18
<i>L'essentiel</i>	18

Qu'est-ce-que l'identité sexuelle?	18
Qu'est-ce que le comportement sexuel?	19
Qui sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes?	19
Les HSH et l'identité sexuelle	19
Aperçu sur les HSH et les pratiques sexuelles	20
Les HSH «situationnels» ou «circonstanciels»	20
Les HSH et les hommes gays	20
Quelle est la situation des HSH en Afrique subsaharienne?	21
<i>Les stéréotypes et idées reçues</i>	21
<i>Le déni</i>	21
<i>La dénégation des HSH</i>	22
<i>Pour en savoir plus</i>	24
<i>La fiche technique</i>	25
Stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH en Afrique subsaharienne	27
<i>Les Objectifs</i>	28
<i>L'essentiel</i>	28
Introduction	28
Comprendre la vulnérabilité des HSH au VIH	29
<i>La vulnérabilité d'identité (le soi) est influencée par:</i>	29
<i>La vulnérabilité relationnelle (la situation) est influencée par:</i>	29
<i>La vulnérabilité contextuelle (l'environnement sociétal) est influencée par:</i>	29
Les déterminants de la vulnérabilité	30
<i>La stigmatisation</i>	30
<i>L'auto-stigmatisation</i>	31
<i>La discrimination</i>	31
<i>Les inégalités/iniquités liées au genre et la vulnérabilité des HSH</i>	32
L'articulation des déterminants	32
<i>Qui, comment, où et pourquoi rendre vulnérables les HSH ?</i>	34
Comment lutter contre la discrimination et la stigmatisation et réduire la vulnérabilité des HSH au VIH lorsqu'on est un professionnel de santé ou psycho-social?	35
<i>Pour en savoir plus</i>	36
<i>La fiche technique</i>	37
Situation épidémiologique du VIH et des IST en Afrique de l'Ouest & Centrale et aspects spécifiques chez les HSH	39
<i>Les Objectifs</i>	40
<i>L'essentiel</i>	40
Introduction	40

L'épidémie de l'infection à VIH	40
<i>État des lieux et tendances actuelles de l'épidémie</i>	40
<i>Etat des lieux de la réponse à l'épidémie</i>	41
Pourquoi s'intéresser aux groupes hautement exposés dans la lutte contre le VIH	42
Enjeux et stratégies de lutte contre	43
L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST)	43
VIH et IST: une synergie épidémiologique pour une association de malfaiteurs	45
<i>La fiche technique</i>	47
Connaissances clés sur les pratiques sexuelles entre hommes: données descriptives, liens avec la transmission des IST et du VIH, enjeux de santé publique	49
<i>Les Objectifs</i>	50
<i>L'essentiel</i>	50
» Introduction	50
Les pratiques sexuelles entre hommes	50
<i>Préliminaires</i>	50
<i>Rapports sexuels</i>	51
Rôles sexuels et plaisir	52
Contexte de rencontres et de rapports sexuels	52
Éléments à prendre en compte dans l'évaluation des rapports sexuels entre HSH en fonction des modes de transmission et des conduites à risques	53
Les enjeux en matière de sexualité concernant es HSH	55
Les interventions possibles auprès des HSH pour réduire les risques	56
<i>Intervenir, mais comment ?</i>	56
<i>Interventions possibles auprès des HSH pour la réduction des risques de transmission des IST/VIH (prévention combinée)</i>	56
<i>Pour en savoir plus</i>	57
<i>La fiche technique</i>	58
Spécificités de la prise en charge médicale du VIH et des IST chez les HSH	54
<i>Les Objectifs</i>	60
<i>L'essentiel</i>	60
Introduction	60
Aspects cliniques des IST et du VIH et leurs interactions	60
<i>Tableau 1 : les IST à expression locale</i>	61
<i>Tableau 2 : les IST à diffusion systémique</i>	63

<i>Interactions / relations entre IST/VIH</i>	63
Consultation médicale pour les HSH	64
<i>La relation soignant-soigné</i>	64
<i>Le déroulement de la consultation</i>	65
Examen physique spécifique orienté sur la santé sexuelle d'un HSH	67
<i>Déroulement de l'examen de la santé sexuelle du HSH</i>	69
<i>Diagnostic biologique des IST</i>	71
<i>Traitement des IST non systémiques</i>	71
<i>Traitement du VIH</i>	72
<i>Prise en charge globale</i>	72
<i>Pour en savoir plus</i>	73
<i>La fiche technique</i>	74
Santé mentale des HSH et aspects psychologiques liés aux IST et au VIH	75
<i>Les Objectifs</i>	76
<i>L'essentiel</i>	76
L'homosexualité et la psychiatrie	76
L'homosexualité et l'adolescence	76
La consultation psychiatrique/psychologique	77
Les troubles psychiques	78
<i>La dépression</i>	78
<i>Les troubles anxieux</i>	79
<i>Le suicide</i>	79
L'annonce de la séropositivité et/ou de l'homosexualité	81
<i>Pour en savoir plus</i>	81
<i>La fiche technique</i>	82
Prise en compte de situations particulières dans la lutte contre le VIH chez les HSH	83
<i>Les Objectifs</i>	84
<i>L'essentiel</i>	84
Le burn-out	84
<i>Définition</i>	84
<i>Causes</i>	84
<i>Manifestations</i>	84
<i>Prévention</i>	84
<i>Prise en charge</i>	84
L'environnement hostile	85
<i>Définition</i>	85
<i>Types d'environnements hostiles</i>	85

<i>Stratégies pour contrer les environnements hostiles</i>	86
<i>Les crises et leur gestion</i>	86
<i>La fiche technique</i>	89
Outils et moyens de prévention des IST et du VIH chez les HSH	91
<i>Les Objectifs</i>	92
<i>L'essentiel</i>	92
Les outils de prévention	93
<i>Les outils techniques</i>	93
<i>La communication interpersonnelle</i>	93
<i>La prévention de proximité</i>	93
<i>Les outils de communication</i>	94
Les méthodes biomédicales	95
<i>Le dépistage des IST et du VIH</i>	95
<i>Les outils de soins au service de la prévention</i>	95
Les méthodes qui n'ont pas fait leurs preuves	96
L'accessibilité et la disponibilité des outils et moyens de prévention	96
<i>Pour en savoir plus</i>	98
<i>La fiche technique</i>	99
Initiatives de prévention parmi les HSH: partage d'expériences	101
<i>Les Objectifs</i>	102
<i>L'essentiel</i>	102
Le rôle primordial du monde associatif dans la prévention du VIH et des IST parmi les HSH	102
Types d'organisations et exemples d'initiatives de prévention du VIH et des IST parmi les HSH	104
<i>Organisations identitaires de défense des Droits Humains développant des programmes sur la santé (prévention IST/VIH chez les HSH)</i>	104
<i>organisations de lutte contre le VIH/Sida développant des actions de prévention à destination des HSH</i>	105
<i>Pour en savoir plus</i>	105
<i>La fiche technique</i>	106
Améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des HSH	109
<i>Les Objectifs</i>	110
<i>L'essentiel</i>	110
Introduction	110

Interventions visant à améliorer l'accès des HSH	
à la prévention, aux soins et aux droits	110
<i>Promotion d'une démarche fondée sur les droits humains</i>	111
<i>Promotion d'une démarche de médiation socio-sanitaire</i>	114
<i>Promotion d'une démarche d'auto-support</i>	114
<i>Promotion d'une démarche de pair-éducation</i>	115
<i>Pour en savoir plus</i>	115
<i>La fiche technique</i>	116
Implication du mouvement associatif et communautaire	
 dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination:	
 exemples, état des lieux et perspectives	117
<i>Les Objectifs</i>	118
<i>L'essentiel</i>	118
Actions de lutte contre la discrimination et la stigmatisation	
des HSH au niveau individuel: le soutien aux HSH	118
Actions de lutte contre ceux qui infligent violences,	
harcèlement, extorsion ou autre forme de discrimination	
aux HSH: sensibiliser les agresseurs	118
Actions de lutte contre la discrimination et la stigmatisation	
des HSH en direction des décideurs nationaux: lutter pour	
la défense des droits fondamentaux	119
Exemples de mutualisations ayant donné lieu à des	
actions de lutte contre la discrimination et la	
stigmatisation des HSH:	120
<i>Mutualisation au niveau national:</i>	120
<i>Mutualisation nationale soutenue par un partenaire du Nord</i>	120
<i>Mutualisation inter-pays: les réseaux</i>	120
<i>Pour en savoir plus</i>	122
<i>La fiche technique</i>	123
Planification opérationnelle axée sur les résultats	
et indicateurs de suivi évaluation des interventions	
en direction des HSH	125
<i>Les Objectifs</i>	126
<i>L'essentiel</i>	126
Les concepts de la planification opérationnelle	126
<i>Définition</i>	126
<i>Principales caractéristiques du Plan Opérationnel</i>	126
<i>La Chaîne des Résultats</i>	127
Le suivi-évaluation en pratique	128
<i>La fiche technique</i>	129

Évaluation et clôture du module de formation	131
<i>Les Objectifs</i>	132
<i>L'essentiel</i>	132
Évaluation du processus de formation	132
Évaluation des résultats	132
Évaluation des effets	133
Évaluation de l'impact	133
<i>La fiche technique</i>	137
BIBLIOGRAPHIE	139
AGENDA	148

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

<i>AOC</i>	Afrique Occidentale et Centrale
<i>ARV</i>	AntiRétroviraux
<i>HSH</i>	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
<i>ILGA</i>	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex Association
<i>IST</i>	Infection Sexuellement Transmissible
<i>LGBTI</i>	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres et Intersexués.
<i>OSC</i>	Organisation de la Société Civile
<i>PPA</i>	Probabilité Par Acte
<i>PEC</i>	Prise En Charge
<i>PvVIH</i>	Personne vivant avec le VIH
<i>RAF-VIH</i>	Réseau Africain des Formations sur le VIH-Sida
<i>RS</i>	Rapport Sexuel
<i>SIDA</i>	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
<i>TPE</i>	Traitement Post-Exposition
<i>TS</i>	Travailleur(se)s du Sexe
<i>UFR/SDS</i>	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
<i>ULSS</i>	Université Léopold Sédar Senghor
<i>VIH</i>	Virus de l'Immunodéficiency Humaine

Anulingus («rimming»)	Pratique de sexe oro-anal qui consiste à lécher l’anus.
Anxiété	Émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l’attente plus ou moins consciente d’un danger ou d’un problème à venir. C’est un phénomène normal. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations: on parlera alors de troubles anxieux.
Commerce sexuel	Echange de services sexuels contre des biens ou services (argent, cadeaux, hébergement, nourriture, etc.).
Coming out	Désigne le moment où un individu homosexuel ou bisexuel révèle ouvertement son orientation sexuelle à son entourage.
Comportement sexuel	Se distingue de l’identité sexuelle. Il s’agit des actes sexuels qu’un individu pratique: cela peut être considéré comme la manière dont l’individu exprime sa sexualité (cf. session 3).
Dépression	Trouble de l’humeur caractérisé par un état de perte de motivation ou d’élan vital chez un individu, associé ou non à différents symptômes.
Discrimination	Toute forme de distinction, d’exclusion ou de restriction arbitraires à l’égard d’une personne, en fonction d’une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier. La discrimination est la conséquence de la stigmatisation.
Doigté	Utilisation d’un ou plusieurs doigts pour stimuler les parties génitales, incluant l’insertion d’un ou plusieurs doigts dans le vagin ou dans l’anus.
Entre-cuisses	Pratique sexuelle qui consiste pour l’un des partenaires à frotter son pénis entre les cuisses de l’autre partenaire.
Fellation	Pratique sexuelle qui consiste à lécher ou sucer le pénis d’un partenaire.
Fist-fucking	Pratique sexuelle qui consiste à pénétrer l’anus avec la main.
Frottage	Pratique sexuelle qui consiste pour les partenaires à frotter leurs pénis l’un contre l’autre en guise de stimulation sexuelle.
Homophobie	Aversion, hostilité à l’égard de l’homosexualité et des homosexuel(le)s, qu’ils soient gays, lesbiennes, bisexuel(les)s ou transgenres.

HSH Expression désignant les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cette catégorie relève du comportement sexuel et non pas de l'identité sexuelle. Par essence, l'expression désigne des individus qui ont en commun des pratiques sexuelles, mais pas forcément une identité sexuelle.

Identité sexuelle Propre à chaque personne, l'identité sexuelle se détermine selon 3 niveaux indépendants (cf session 3):

- Sexe biologique;
- Orientation sexuelle;
- Identité de genre.

Identité de genre Indique la manière dont une personne s'identifie par rapport aux genres masculin ou féminin. A noter que l'identité de genre et le sexe biologique ne correspondent pas toujours (cf session 3).

Lubrifiant Substance à base d'eau ou de corps gras utilisée pour réduire les frottements pendant les relations sexuelles. De nombreux types de lubrifiants sont utilisés par les HSH (vaseline, crème cosmétiques, salive, savons, etc.). Seuls les lubrifiants à base d'eau devraient être utilisés, car ils ne détériorent pas le latex des préservatifs (contrairement aux lubrifiants gras).

Masturbation Pratique sexuelle consistant à caresser le pénis (ou la vulve) avec la main pour obtenir une excitation sexuelle, pouvant aller jusqu'à l'orgasme.

Orientation sexuelle Attirance sexuelle et/ou émotionnelle exercée par le sexe opposé (hétérosexuel), le même sexe (homosexuel) ou les deux sexes (bisexuel). L'orientation sexuelle ne résulte pas d'un choix, elle s'impose à l'individu (cf session 3).

Partenaire insertif ou actif Au cours d'une relation sexuelle ano-génitale, désigne le partenaire qui fait pénétrer son pénis dans l'anus de l'autre partenaire.

Partenaires multiples Désigne le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels au cours d'une même période (mais pas nécessairement au cours d'un même rapport sexuel).

Partenaire réceptif ou passif Au cours d'une relation sexuelle ano-génitale, désigne le partenaire dont l'anus est pénétré par le pénis de son partenaire.

Personne bisexuelle (bi) Personne dont l'orientation sexuelle va à la fois vers les personnes du même sexe et les personnes du sexe opposé.

Personne hétérosexuelle (hétéro) Personne dont l'orientation sexuelle va principalement vers des personnes du sexe opposé.

Personne homosexuelle (homo, gay, lesbienne) Personne dont l'orientation sexuelle va principalement vers des personnes du même sexe.

Personne intersexuée	Autrefois appelée hermaphrodite, individu né avec une combinaison d'organes reproductifs, de chromosomes et/ou d'hormones à la fois masculins et féminins, complètement ou partiellement développés.
Personne transgenre (trans)	Individu dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe biologique (cf session 3).
Personne transsexuelle	Personne ayant changé de sexe, en cours de changement de sexe ou souhaitant changer de sexe, par des moyens médicaux (chirurgie et/ou traitement hormonal).
Prévention combinée	Interventions de prévention contre le VIH associant des méthodes comportementales, biomédicales et des interventions politiques structurelles favorisant le recours aux services de santé (prévention et soins) et l'amélioration des conditions de vie.
Relation sérodiscordante (ou sérodifférente)	Relation émotionnelle et/ou sexuelle entre deux personnes qui ont un statut sérologique VIH différent (l'un est séropositif, l'autre est séronégatif).
Sérosorting ou sérotriage	Sélection d'un partenaire sexuel basée sur son statut sérologique VIH. Par exemple, un homme séropositif pour le VIH cherchant uniquement des relations sexuelles avec d'autres hommes séropositifs.
Sexe anal	Pratique sexuelle impliquant la pénétration du pénis dans l'anus, parfois appelée sodomie.
Sexe biologique	Indique le sexe (homme ou femme) déterminé par les organes génitaux de l'individu et par d'autres caractéristiques physiques, notamment les caractères sexuels secondaires (cf session 3).
Sexe oral	Pratiques sexuelles consistant à utiliser la bouche, la langue dans le but de lécher, sucer ou embrasser les parties génitales du partenaire (pénis, testicules/scrotum, anus, vulve, clitoris, vagin).
Sexe oro-anal	Pratiques sexuelles consistant à utiliser la bouche, la langue dans le but de lécher, sucer ou embrasser l'anus et la région située autour de l'anus (périnée, sillon fessier, etc.).
Stigmatisation	Mise à l'écart ou blâme d'un individu ou d'un groupe d'individu, du fait de leurs caractéristiques ou de leurs croyances, perçues comme allant à l'encontre des normes culturelles de la société dans lesquelles elles évoluent.
Stigmatisation double ou multiple	Stigmatisation due à deux ou plusieurs différences perçues, par exemple, l'orientation sexuelle, le statut VIH, la religion ou la couleur de la peau.
Travesti(e)	Personne qui s'habille avec des vêtements du genre opposé, indépendamment de son identité ou orientation sexuelle.

GUIDE D'UTILISATION DU MANUEL ET DU CD

» UTILISATION DU MANUEL PÉDAGOGIQUE





Ce manuel et le CD qui l'accompagne sont à l'attention:

- Des acteurs de la lutte contre le VIH travaillant ou susceptibles de travailler au contact des HSH, pour compléter leurs connaissances et prendre en compte dans leurs pratiques professionnelles les spécificités des interventions en direction de ce groupe cible;
- Des formateurs qui dispensent ce module de formation. Ils y trouveront toutes les informations pour mener à bien ses 15 sessions.

Si des questions subsistent, les concepteurs des modules se tiennent à disposition par courriel pour apporter des informations complémentaires aux formateurs.

» POUR CHAQUE SESSION

Dans le manuel, chaque session est composée des sections suivantes:

« <i>Page de garde</i> » illustrée avec le titre et le contexte;	
« <i>Les objectifs</i> » de la session	
« <i>L'essentiel</i> »: résumé du contenu théorique reprenant les principaux points qui sont détaillés pendant la session (dans le cas où un apport de connaissances théoriques est prévu)	
« <i>Pour en savoir plus</i> »: références bibliographiques et/ou des documents complémentaires, en fonction des sessions.	
« <i>Fiche technique</i> » détaillant: <ul style="list-style-type: none">▪ les spécificités attendues des formateurs;▪ les méthodes pédagogiques proposées;▪ les documents nécessaires à l'animation de la session pour les formateurs et les documents à distribuer aux participants;▪ les modalités d'utilisation des matériels pédagogiques proposés;▪ les éléments à prendre en compte pour la préparation de la session;▪ un guide horaire pour le déroulement de la session.	

» DOCUMENTS CONTENUS DANS LE CD

Le CD contient tous les documents nécessaires à la bonne réalisation de la formation:

- Des documents administratifs (planning, feuille d'émargement, etc.);

- Des documents d'évaluation (recueil des attentes, questionnaire pré et post-test, questionnaire de satisfaction...);
- Des documents d'animation (présentations PowerPoint, corrigés d'exercices, consignes d'animation...);
- Des documents à remettre aux participants (exercices, documents de référence...).

» NOTE À L'ATTENTION DES FORMATEURS

» » PRÉPARATION DE LA FORMATION

» » » Briefing logistique préparatoire

- Prévoir une salle suffisamment spacieuse pour convenir à la fois aux sessions en plénière et aux travaux de groupes;
- Prévoir une salle séparée pour la gestion des aspects administratifs et logistiques, notamment les travaux de reprographie des matériels pédagogiques.

» » » Briefing initial des formateurs

- Attribuer les différentes sessions aux formateurs et leur permettre de se concerter sur les co-animations, si besoin;
- Identifier un ou deux modérateurs par demi-journée;
- Demander aux formateurs de noter au fur-et-à-mesure les points forts et les faiblesses ou difficultés dans leur(s) session(s), afin de pouvoir en débattre en séance de débriefing et de renseigner en fin de formation le questionnaire de satisfaction et d'analyse de la formation dédié aux formateurs;
- Prévenir les formateurs qu'une séance de débriefing aura lieu chaque soir après la dernière session, pour analyser le déroulement de la journée et prévoir l'organisation et les ajustements pour la suite de la formation.

» » DÉROULEMENT DE LA FORMATION

» » » Conseils aux formateurs

Caractéristiques de la pédagogie adaptée aux adultes (l'andragogie)

- Tenir compte des expériences personnelles et professionnelles du participant, car c'est à ses expériences qu'il va confronter les nouvelles connaissances et pratiques transmises pendant cette formation;
- Tenir compte des attentes du participant : si les objectifs de formation sont éloignés de ses attentes, il ne sera pas attentif;
- Expliquer les raisons pour lesquelles il est important d'aborder tel ou tel sujet;
- L'andragogie est basée sur le principe de réalité, la diversité et la richesse des expériences exposées. La formation doit être conçue autour de situations réelles et d'exemples pratiques qui vont interpeller le participant et le stimuler¹.

¹ Lorto V., Mosquet M.-J. (2009) Formation en éducation pour la santé - Repères méthodologiques et pratiques. INPES

Quelques trucs pour bien réussir son animation

- Préparer l'animation à l'avance, pour gagner en confiance lors de vos interventions;
- Prévoir tout le matériel nécessaire pour la session avant de démarrer;
- Arriver en avance pour disposer la salle et les équipements;
- Faire attention à l'ensemble des participants: ne pas interrompre les participants, mais ne pas perdre non plus la maîtrise des échanges; équilibrer les temps de parole entre participants; soutenir les participants en difficulté, notamment en leur donnant un rôle dans un travail de groupe qui ne demande pas de connaissances pointues; encourager et gratifier les participants après chaque session de travail de groupe;
- Le formateur d'adultes n'est pas un enseignant mais plutôt un facilitateur, qui va aider les participants à formuler leurs idées, à partager leurs expériences et à dégager ensemble ou reformuler les messages-clés des sessions de la formation;
- Ne pas hésiter à recourir au «*je ne sais pas*» ou «*je vous donnerai la réponse plus tard*» si la réponse à une question n'est pas connue;
- Lorsqu'un participant donne une réponse inadaptée, ne pas émettre de jugement utilisant des appréciations comme «*c'est faux*» ou «*ce n'est pas vrai*» mais plutôt demander aux autres participants ce qu'ils pensent de la réponse en question pour obtenir la rectification adéquate;
- Rester dans une position d'empathie vis-à-vis des participants et placer le discours à leur niveau de compréhension. Utiliser un vocabulaire précis et limité (un seul mot pour un même concept idéalement) en précisant en début de session que tel mot sera utilisé pour parler de ou désigner tel concept;
- Éviter les questions fermées de type «*c'est clair pour tout le monde?*»;
- Ne pas utiliser d'abréviations ou en limiter l'usage à des abréviations ou acronymes prédéfinis ou connus de tous;
- Finir la session par une synthèse des messages-clés à faire passer.

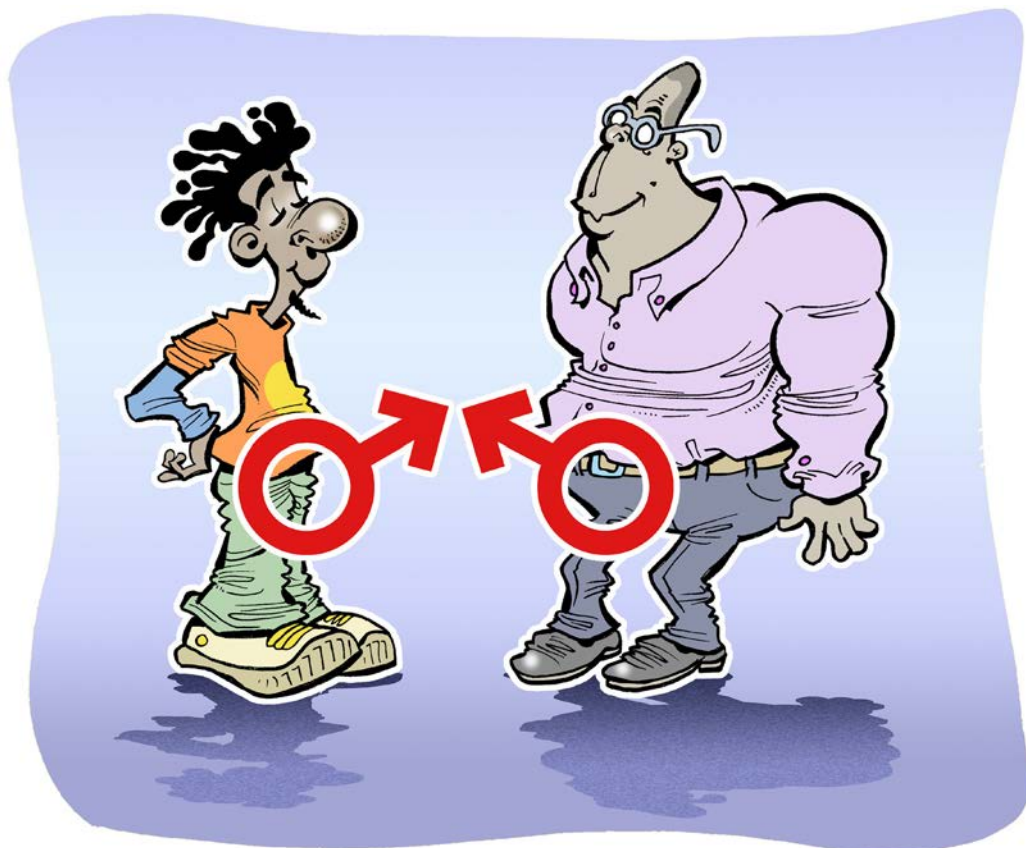
» » » Débriefing des formateurs

Tous les soirs après la dernière session, les formateurs se retrouvent pour analyser la journée et préparer celle du lendemain. Ce débriefing dure 30 minutes, au maximum 1 heure. Les thèmes de discussion proposés sont:

- Tour de table sur les impressions de la journée;
- Gestion des participants (surtout le premier jour): identifier les différents caractères et compétences, identifier les rivalités, identifier les apprenants susceptibles d'aider les formateurs et ceux qui pourraient les mettre en difficultés, etc.;
- Revenir sur les moments de la journée qui se sont particulièrement bien passés et ceux qui nécessiteraient des modifications ou aménagements;
- Préparer la journée suivante: qui fait quoi, répartition des animations, désignation des modérateurs, modifications éventuelles de l'agenda, etc.

Ouverture de la formation et présentation du module

Session 1



C'est le moment de faire connaissance et d'instaurer un dialogue rassurant et une ambiance conviviale de travail. La qualité de l'ouverture de la formation est un déterminant de sa réussite.

Pour les formateurs, c'est également un moment-clé pour cerner l'expérience théorique et pratique de chacun des participants sur les HSH, les IST et le VIH. La présentation des participants et le recueil de leurs expériences et attentes aideront à révéler leurs acquis personnels. Les formateurs pourront ainsi savoir sur qui s'appuyer, qui stimuler, qui valoriser, comment former les groupes, etc.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants auront fait connaissance avec les autres participants et les formateurs. Ils seront également en mesure de:

- S'approprier la logique de la formation;
- Confronter leurs attentes aux objectifs de formation;
- Intégrer le déroulement de la formation et ses différents aspects;
- Éclaircir les questions pratiques de mise en œuvre.



L'ESSENTIEL

Ce module de formation s'adresse à tous les acteurs qui s'engagent en matière d'information, de sensibilisation, de prévention, de soins et de soutien auprès des HSH.

» OBJECTIF PRINCIPAL DU MODULE

Améliorer la compétence et l'engagement des professionnels de santé et des intervenants psycho-sociaux en matière de prévention combinée et de prise en charge globale des IST et du VIH chez les HSH en Afrique subsaharienne.

» OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU MODULE

- Expliquer l'identité sexuelle et les pratiques sexuelles entre hommes sur la base de données socio-anthropologiques, épidémiologiques et de santé publique;
- Transmettre les connaissances clés sur les IST et le VIH parmi les HSH en Afrique subsaharienne notamment l'épidémiologie, les principes de prévention, de diagnostic et de traitement;
- Adopter les concepts de prévention combinée et de prise en charge globale appliqués aux HSH;
- Employer les concepts et outils de lutte contre la stigmatisation et la discrimination appliqués aux HSH;
- Appliquer les bonnes pratiques de prévention auprès des HSH;
- Appliquer les bonnes pratiques de prise en charge auprès des HSH;
- Planifier, suivre et évaluer les activités en faveur des HSH.

» MÉTHODES PÉDAGOGIQUES EMPLOYÉES DANS LE MODULE

Cette formation fait appel aux méthodes fondamentales de l'andragogie active:

- Adaptation de l'enseignement aux profils et expériences des acteurs ciblés, travaillant ou souhaitant travailler dans le contexte de la prévention et de la prise en charge globale du VIH chez les HSH;
- Adaptation de l'enseignement aux réalités de l'Afrique subsaharienne, dans une approche de santé publique, intégrant les expériences de terrain et de recherche opérationnelle, notamment en socio-anthropologie;
- Pas de recherche de l'exhaustivité des connaissances;

- Utilisation de techniques pédagogiques variées pour permettre non seulement l'acquisition mais aussi l'application des connaissances pendant la formation;
- Acquisition des connaissances selon différentes modalités pédagogiques:
 - » **Cours magistraux** de courte durée centrés sur les points importants ou complexes du sujet;
 - » **Exposé interrogatif** faisant appel à l'expérience des participants;
 - » **Ateliers interactifs d'application des connaissances** basés sur des situations pratiques;
 - » **Restitutions des travaux de groupes en séance plénière**, suivis de synthèse par les enseignants experts permettant de dégager les messages-clés.

» CONTENU GLOBAL DE LA FORMATION

La formation se déroule sur cinq (5) jours et se compose de quinze (15) sessions (Cf. infra)

» ÉVALUATION DE LA FORMATION

En ce qui concerne les participants, l'évaluation se composera de:

- Une évaluation des résultats immédiats, c'est-à-dire de la mesure de l'acquisition des connaissances. Cette évaluation quantitative sera basée sur la comparaison des résultats entre les questionnaires répondus par les participants en début et en fin de formation;
- Une évaluation des effets, c'est-à-dire de la mesure des changements de pratiques dans le contexte de travail des participants. Cette évaluation quantitative et qualitative sera basée sur la triangulation de trois démarches:
 - » **Questionnaire aux participants 3 mois après la formation;**
 - » **Visite dans les sites de travail des participants (si possible);**
 - » Questionnaire de satisfaction des bénéficiaires (HSH).
- Les participants auront également l'occasion de remplir un questionnaire de satisfaction et d'évaluation de la formation afin que leurs avis soient pris en compte pour une amélioration constante de la formation.

» DÉTAIL DES SESSIONS

Session 1	Ouverture de la formation et présentation du module.
Session 2	Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles.
Session 3	Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes: généralités et perspectives en Afrique subsaharienne.
Session 4	Stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH en Afrique subsaharienne.
Session 5	Situation épidémiologique du VIH et des IST en AOC, et aspects spécifiques chez les HSH.
Session 6	Connaissances clés sur les pratiques sexuelles entre hommes: données descriptives, liens avec la transmission des IST et du VIH, enjeux de santé publique.
Session 7	Les spécificités de la prise en charge médicale du VIH et des IST chez les HSH.
Session 8	Santé mentale des HSH et aspects psychologiques liés aux IST et au VIH.
Session 9	Prise en compte de situations particulières dans la lutte contre le VIH chez les HSH.
Session 10	Outils et moyens de prévention des IST et du VIH chez les HSH .
Session 11	Initiatives de prévention parmi les HSH: partage d'expérience.
Session 12	Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des HSH.
Session 13	Implication du mouvement associatif et communautaire dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation: exemples, état des lieux et perspectives.
Session 14	Planification opérationnelle axée sur les résultats et indicateurs de suivi évaluation des interventions en direction des HSH.
Session 15	Évaluation du module de formation et perspectives de suivi des initiatives pays, séance de clôture.

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

- **Pour la session 2** à *ARCAD-SIDA* (Mali), *REV+* (Burkina Faso), *Yeewu-Yeetee* (Sénégal) et à *AIDES* (France) pour la conception du «jeu de la ligne».
- **Pour la session 4** à *International HIV/AIDS Alliance* pour la conception du jeu «nommer le problème».
- A Charlotte Dézé pour sa relecture critique et attentive du manuel.

» QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES EXPÉRIENCES ET ATTENTES DES PARTICIPANTS

Merci de répondre de façon claire, concise et précise aux questions suivantes:

Entourez votre réponse

1. *Votre travail vous amène-t-il à travailler avec des HSH ?*

a Jamais	contexte de travail
b Rarement	f Peut-être qu'ils existent dans mon contexte de travail mais je ne les ai pas identifiés
c Parfois	g Les HSH représentent la majorité de mes clients/patients/usagers
d Souvent	
e Les HSH n'existent pas dans mon	

2. *Avez-vous déjà demandé à vos clients / patients / usagers s'ils ont déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes ?*

a Oui	b Non
-------	-------

3. *Avez-vous déjà discuté de pratiques sexuelles entre hommes avec vos clients / patients / usagers ?*

a Oui	b Non
-------	-------

4. *Parlez-vous librement de relations sexuelles qu'ont les hommes avec d'autres hommes lors d'une discussion de groupe (conseil de groupe, groupe de parole, etc.) ?*

a Oui	b Non
-------	-------

5. *Avez-vous déjà reçu une formation concernant les HSH sur :*

a Les conseils à prodiguer sur le sexe entre hommes ?	Oui	Non
b Les problèmes de santé relatifs aux pratiques des HSH (notamment VIH / sida et IST) et comment s'en prévenir ?	Oui	Non
c La santé mentale ?	Oui	Non
d Autres thématiques ? (merci de citer)		

.....

6. *Quelles sont les raisons majeures pour lesquelles vous souhaitez aujourd'hui participer à cette formation ? (vous pouvez entourer plusieurs réponses)*
 - a vous travaillez avec des HSH, mais vous estimez ne pas avoir assez de compétences spécifiques en la matière
 - b vous travaillez avec des HSH, mais vous ne comprenez pas leurs attitudes / comportements
 - c vous pensez que certains de vos clients / patients / bénéficiaires sont HSH, mais vous ne savez pas comment les identifier

- d vous pensez que certains de vos clients / patients / bénéficiaires sont HSH, mais vous ne savez pas comment les aider
- e vous cherchez à vous spécialiser dans un domaine spécifique du VIH et cette formation est une bonne opportunité
- f vous souhaitez obtenir un nouvel emploi dans une structure travaillant avec les HSH
- g autre:
.....
.....

7. *Quelles sont vos principales attentes par rapport à cette formation ?*

.....
.....
.....

8. *Quels sont vos questions et / ou autres commentaires éventuels ?*

.....
.....
.....
.....

» QUESTIONNAIRE PRE ET POST FORMATION

QUESTIONS

RÉPONSES

1	Tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont des rapports de pénétration anale.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
2	Les homosexuels séropositifs ne doivent pas avoir de relations sexuelles.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
3	La stigmatisation des HSH rend difficile la prévention auprès d'eux.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
4	L'identité sexuelle d'une personne concerne son attirance par les personnes du même sexe, du sexe opposé, ou des deux sexes.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
5	Une personne transgenre est une personne qui s'habille dans les habits typiques du sexe opposé de son sexe biologique.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
6	Quels sont les déterminants particuliers qui influencent la transmission du VIH et des IST chez les HSH? Citez-en 3.	1 2 3		
7	Citez les différentes formes de stigmatisation et discrimination dont sont victimes les HSH dans votre contexte. Citez-en 3.	1 2 3		
8	Entre 2001 et 2009, la prévalence du VIH s'est globalement stabilisée sur le continent africain et s'est même significativement réduite dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
9	La prévalence du VIH parmi les HSH est globalement plus élevée que chez les professionnel(le)s du sexe dans la plupart des pays africains de l'Ouest et du Centre.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
10	Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, moins de 50% des HSH déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle en 2010.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
11	Quelles sont les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes chez les HSH ? Citez-en 3.	1 2 3		
12	Les approches qui encouragent la peur du SIDA offrent les meilleurs résultats de prévention avec les HSH.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
13	Il est possible pour tout HSH d'utiliser les préservatifs à chaque rapport sexuel pour le restant de sa vie.	VRAI	FAUX	Ne sait pas
14	Quelles sont les conséquences potentielles de l'absence de prise en charge de la dépression chez les personnes vivant avec le VIH ? Citez-en 3.	1 2 3		

15	Quelles sont les difficultés psychiques particulières rencontrées par l'adolescent lorsqu'il prend conscience de ses attirances homosexuelles (sans employer les mots stigmatisation et discrimination)? Citez-en 3.	1 2 3
16	Quels sont les éléments les plus importants de l'examen médical complet d'un HSH ? Citez-en 4 .	1 2 3 4
17	Quels sont les éléments à prendre en compte pour reproduire une expérience de prévention du VIH chez les HSH d'un pays à un autre ? Citez-en 3.	1 2 3
18	Citez cinq outils de prévention adaptés aux HSH dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.	1 2 3 4 5
19	Comment peut-on hiérarchiser les outils de prévention des IST et du VIH auprès des HSH ?	
20	Quelles compétences vous paraissent nécessaires pour effectuer la médiation dans le cadre de l'accès à la prévention et aux soins pour les HSH ? Citez-en 2.	1 2
21	Pouvez-vous citer 3 aptitudes d'un bon médiateur ?	1 2 3
22	Quelle différence faites-vous entre fait, valeur et opinion ?	
23	Selon vous, depuis quand date la mobilisation du milieu associatif HSH en Afrique de l'Ouest et du Centre ? <i>Entourez la bonne réponse.</i>	1. <i>Les années 80</i> 2. <i>Les années 90</i> 3. <i>Les années 2000</i>
24	Selon vous, que sont AfricaGay, PanAfricallga et AMSHER ? <i>Entourez la bonne réponse.</i>	1. <i>Des associations de prise en charge du VIH pour les HSH</i> 2. <i>Des associations de défense des droits des HSH</i> 3. <i>Des réseaux identitaires</i>
25	Formulez un indicateur d'activité concernant une intervention de pair-éducation auprès des HSH:	
26	Formulez un indicateur de résultat concernant une intervention de pair-éducation auprès des HSH:	



LA FICHE TECHNIQUE

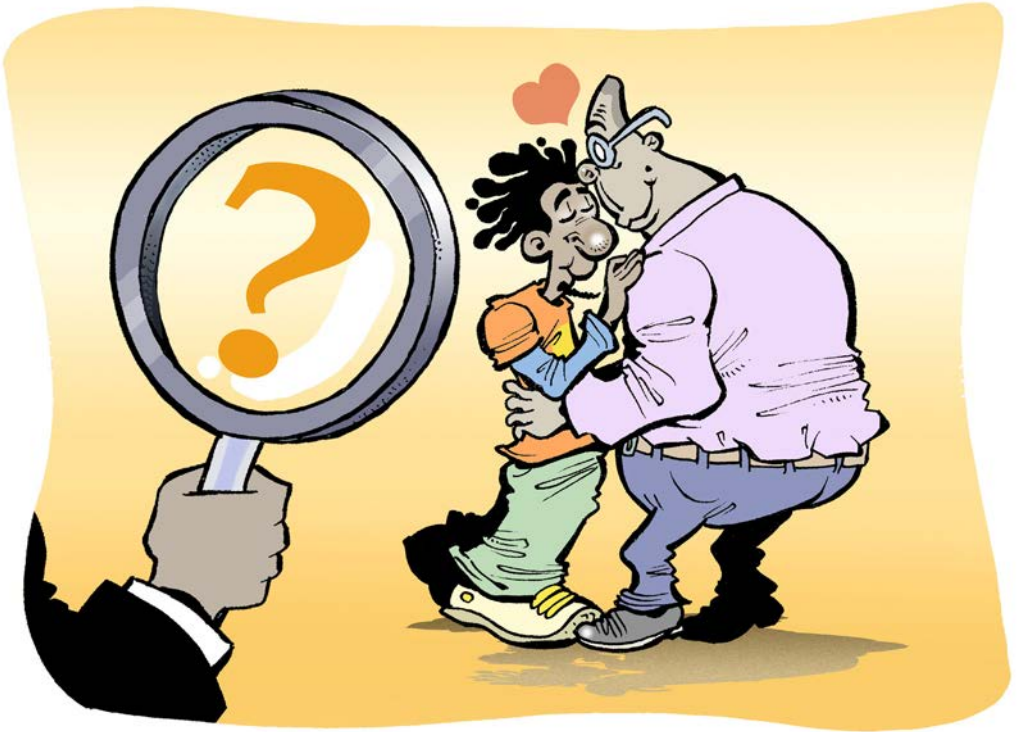
Session 1	Ouverture de la formation
Durée	2h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Responsables de la formation et de la structure/institution accueillante. Possibilité d'inviter des autorités nationales ou locales de la lutte contre le VIH/sida et les partenaires techniques et financiers à la cérémonie d'ouverture.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Tour de table de présentation complet (apprenants + formateurs + personnes invitées) Exposé magistral Questions-réponses à l'oral et à l'écrit
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> Consignes d'animation (formateurs) Présentation power-point (formateurs) Questionnaire pré-test corrigé (formateurs) Recueil des expériences et attentes (participants) Questionnaire pré-test énoncé (participants)
Matériels pédagogiques	Ordinateur, vidéoprojecteur et pointeur laser
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> Prévoir un maître de cérémonie (MC) qui distribue la parole Si des autorités représentatives participent à la cérémonie d'ouverture, préparer avec elles le protocole adéquat Se préparer à des questions d'ordre matériel (per-diem, horaires, etc.)
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
15 mn	Ouverture & présentation des enseignants
20 mn	Présentation des participants
30 mn	Remplissage du questionnaire pré-test pour les participants. Distribuer le document «Recueil des expériences et attentes des participants»
15 mn	Remplissage des expériences et attentes des participants. Distribuer le document «Questionnaire pré et post-test».
20 mn	Présentation du module.



Utiliser la PPT «Présentation du module»

Distribuer le planning de cours.

Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles



Quelles sont nos représentations sur les HSH? Les confronter à celles des autres nous permet-il d'en prendre conscience, de les valider, ou au contraire, de les rejeter? Quelle est réellement leur influence sur notre travail et comment réduire cette influence?

Les représentations sont des sortes de filtres qui permettent à chacun de voir, comprendre et intégrer son propre environnement, le monde dans lequel il vit. Elles participent à notre manière d'aborder les relations interpersonnelles.

Le jeu de la ligne est une technique d'animation interactive qui permet de répondre à ces questions tout en mettant en pratique les règles de fonctionnement d'un groupe.

LES OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

- Identifier les représentations individuelles et celles du groupe (croyances, perceptions, attitudes, connaissances, etc.) sur les pratiques sexuelles entre hommes, sur l'homosexualité, sur les HSH et sur l'épidémie d'infection à VIH chez les HSH, dans le cadre de la prévention et de l'accès aux soins pour cette population en Afrique subsaharienne;
- Appréhender l'impact de ces représentations sur chaque participant;
- Prendre en compte l'influence de ces représentations sur la qualité des interventions de prévention et de prise en charge.



L'ESSENTIEL



Cette session a pour but de mettre en lumière et comprendre l'impact des représentations individuelles et collectives sur les manières de penser et d'agir des acteurs de prévention et de soins travaillant avec les HSH et dans le contexte du VIH/Sida en Afrique subsaharienne.

Le jeu de la ligne est une technique d'animation active qui incite les participants à prendre position par rapport à une série d'affirmations concernant l'homosexualité, les HSH et le VIH. Par exemple, les participants sont-ils d'accord avec l'affirmation «*les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont tous des homosexuels?*» En exposant leur avis (d'accord ou pas d'accord) et les raisons qui sous-tendent cet avis, les participants dévoilent leurs croyances, leurs perceptions, et leurs conceptions de l'homosexualité et des HSH, en d'autres mots ce que l'on peut appeler leurs représentations. Les représentations que l'on a du monde se forment dès la plus tendre enfance. Elles se modifient au cours de la vie en fonction de l'éducation, des rencontres et des connaissances que l'on acquiert. Certaines sont collectives, elles s'illustrent alors dans les discours publics et/ou médiatiques.

Prendre conscience de ces représentations et les confronter à celles des autres participants permet d'y réfléchir, de questionner leur validité, et de tenter de limiter leur influence dans le champ des pratiques professionnelles.

» LA LISTE DES AFFIRMATIONS

Les formateurs veilleront à choisir au minimum une affirmation dans chacune des 4 catégories.

» » PREMIÈRE SÉRIE D'AFFIRMATIONS

Elle concerne les pratiques sexuelles entre hommes :

- «*Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont tous des homosexuels*»;
- «*Les pratiques sexuelles entre hommes sont le plus souvent motivées par l'argent*»;
- «*Les pratiques sexuelles entre hommes sont arrivées en Afrique au temps de*

la colonisation»;

» » DEUXIÈME SÉRIE D’AFFIRMATIONS

Elle concerne les homosexuels:

- «Être homosexuel: cela se voit !»;
- «Un homosexuel est un homme malheureux»;
- «Les homosexuels ont nécessairement des relations avec des femmes»
- «Les homosexuels ont beaucoup de partenaires»;
- «Les homosexuels ont la langue facile»;
- «Il faut être homosexuel pour parler aux homosexuels»;
- «Les bisexuels sont des homosexuels qui ne s’assument pas»;
- «Les homosexuels efféminés devraient être plus discrets, ils nuisent à la cause»;
- «Quand on est seulement actif, on n’est pas homosexuel»;
- «En proportion, il y a plus d’homosexuels en France que dans n’importe quel pays d’Afrique».

» » TROISIÈME SÉRIE D’AFFIRMATIONS

Elle concerne l’homosexualité:

- «L’homosexualité est une punition divine»;
- «L’homosexualité est contre nature»;
- «On peut guérir de l’homosexualité»;
- «L’homosexualité est un choix».

» » QUATRIÈME SÉRIE D’AFFIRMATIONS

Elle concerne l’épidémie de VIH chez les homosexuels:

- «Le VIH/sida est une maladie d’homosexuel»;
- «Une vie sérieuse et stable est une garantie de ne pas contracter le VIH/sida»;
- «Il est facile pour un homosexuel de se soigner».

» QUELQUES EXEMPLES DE REPRÉSENTATIONS

On reprend ci-dessous quelques exemples de représentations issus de la première session de formation du module¹

» » DISCUSSION SUR L’AFFIRMATION: «IL FAUT ÊTRE HOMOSEXUEL POUR PARLER AUX HOMOSEXUELS»

» » » Quelques participants sont d’accord:

- «J’ai compris le sens de «parler» comme faire comprendre quelque chose d’essentiel. Les HSH s’identifieront à celui qui viendra leur parler, ils seront plus ouverts à la personne si c’est aussi un HSH»;
- «Les gens demandent à savoir si le médecin qu’ils vont rencontrer est

¹ Ouagadougou, mars 2011. 'Synthèse du jeu de la ligne' (voir CD)

«homo», sinon ils ont une certaine réticence»;

- «Les gens qui vivent les mêmes réalités sont plus aptes à écouter».

» » » **D'autres, plus nombreux, ne sont pas d'accord:**

- «On peut (leur parler) si on les accepte et on ne les juge pas»;
- «Savoir parler à une population donnée: c'est une aptitude, mais aussi une technique qui s'acquiert».

» » » **Synthèse du formateur:**

Trois axes intéressants sont ressortis des points de vue exposés et des argumentaires correspondants:

- La question de l'identification: être «pareil» peut faciliter le travail des acteurs de prévention et de soins et cela peut contribuer à une meilleure prise en charge;
- Éviter le jugement (moral, religieux, culturel), est essentiel: il s'agit de tolérance, de confiance, des valeurs essentielles pour instaurer une relation de qualité;
- La qualité d'une relation se travaille.

» » DISCUSSION SUR L'AFFIRMATION: «L'HOMOSEXUALITÉ EST CONTRE-NATURE»

» » » **Un tiers des participants est d'accord:**

- «Dans la logique des choses, il y a le mâle et la femelle et les rapports qui régissent ces 2 êtres existent depuis le début du monde»;
- «Ce n'est pas prévu par la nature, nos ancêtres, la bible...».

» » » **La majorité n'est pas d'accord:**

- «Il existe des études historiques et anthropologiques sur le sujet qui font référence à l'homosexualité»; «qu'est-ce que la nature?»; «On trouve Sodome et Gomorrhe dans la Bible et dans certaines espèces animales, des individus mâles ont des rapports sexuels entre eux»;
- «La sexualité n'a pas pour unique but la reproduction...».

» » » **Synthèse du formateur:**

- Le questionnement sur la nature convoque les sciences, l'histoire, la religion, la culture...
- Mais les notions de liberté et de choix individuels complexifient ces analyses;
- La différence entre nature et culture est questionnée ici;
- Les différentes finalités de la sexualité sont aussi évoquées.

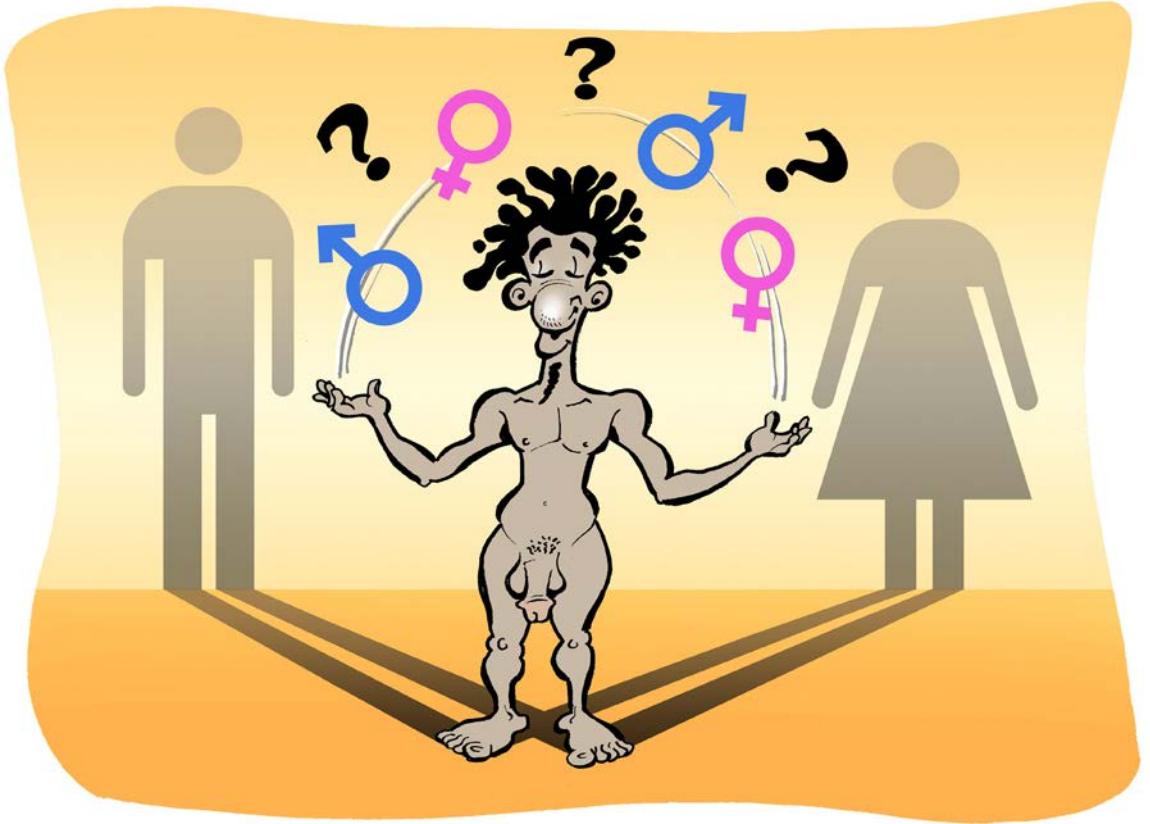


LA FICHE TECHNIQUE

Session 2	Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles
Durée	1h30
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience en sciences sociales ▪ Connaissance des spécificités culturelles africaines quant aux questions socio-sexuelles ▪ Deux formateurs sont nécessaires: <ul style="list-style-type: none"> » L'un anime et facilite les échanges entre participants et est garant du cadre de ces échanges (animateur/facilitateur); » L'autre suit le déroulement de l'exercice en notant tous les points importants mis à jour durant les échanges (observateur/rapporteur): explications de leur choix par les participants, réponses aux questions du facilitateur et attitudes des participants. Il utilisera ses notes pour proposer la synthèse en fin de jeu.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Technique active du «jeu de la ligne», favorisant l'expression des représentations et l'échange entre participants; ▪ Synthèse par les formateurs.
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des affirmations (formateurs); ▪ Consignes d'animation (formateurs); ▪ Synthèse de l'exercice réalisée lors de la 1ère session à Ouagadougou (formateurs).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un espace dégagé suffisamment grand dans la salle (au moins 5 x 6 mètres) pour permettre le déplacement du groupe de participants dans l'espace, sans se gêner physiquement; ▪ Une craie pour tracer la ligne, ou un fil/ruban/câble, figurant une délimitation de l'espace utilisé en 2 parties égales; ▪ Des affichettes «D'accord» et «Pas d'accord» à coller au mur de part et d'autre de la ligne séparant les 2 parties de l'espace.
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménager la salle pour créer l'espace nécessaire (déplacer les tables et les chaises au besoin); ▪ Tracer une ligne au centre de l'espace; ▪ Apposer les affichettes en regard de chaque espace; ▪ Définir quel formateur va jouer le rôle d'animateur/facilitateur et lequel va jouer le rôle d'observateur/rapporteur de l'exercice; ▪ Choisir au moins 1 affirmation dans chacune des 4 catégories de la liste des affirmations du jeu (voir ci-dessus).
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
10 mn	Introduction par le formateur n°1: Contexte, objectifs, règles du jeu.
40 mn	Dérouler le jeu avec les 4 propositions retenues (10 min par proposition), par l'animateur/facilitateur. <i>Pour les 2 premières parties, utilisez les consignes d'animation pour le formateur n°1.</i>
20 mn	Synthèse et restitution par l'observateur/rapporteur <i>Utilisez les consignes d'animation pour le formateur n°2.</i>
10 mn	Recueil des impressions des participants à l'issue de l'exercice.

Session 3

Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes: généralités et perspectives en Afrique subsaharienne



Qu'est-ce que l'identité sexuelle, le genre et le comportement sexuel? Qui sont les HSH?

La définition de ces concepts et leur compréhension selon diverses variables, notamment historique, socio-anthropologique et juridique, vont permettre de mieux comprendre la situation actuelle des HSH en Afrique subsaharienne.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Expliquer le concept d'identité sexuelle et les facteurs qui l'influencent;
- Expliquer la différence entre l'orientation sexuelle et l'identité de genre;
- Expliquer la différence entre l'identité sexuelle et les comportements sexuels;
- Décrire la situation des HSH dans les sociétés de l'Afrique subsaharienne, d'un point de vue socio-anthropologique;
- Expliquer pourquoi il reste difficile pour les HSH d'extérioriser leur identité et/ou comportements sexuels;
- Se positionner en face des stéréotypes communs sur les minorités sexuelles dans le contexte socioculturel africain.



L'ESSENTIEL

» QU'EST-CE-QUE L'IDENTITÉ SEXUELLE?

De la même manière que chaque personne a une empreinte ou un visage unique, chaque personne a une identité sexuelle unique.

L'identité sexuelle est déterminée selon trois niveaux indépendants les uns des autres. Chaque niveau comprend une gamme de différence qui varie selon l'individu en question:

- **Le niveau biologique:** il détermine notre sexe, celui d'un homme ou celui d'une femme, en fonction de nos organes génitaux et d'autres caractéristiques physiques (souvent appelés caractères sexuels secondaires). Cependant, une petite minorité de personnes naît «intersexuée», c'est à dire avec des organes génitaux dits «ambigus» ou «non concluants» (on ne peut déterminer s'ils sont ceux d'une femme ou d'un homme), ou bien encore avec des tissus internes sécrétant des hormones du sexe opposé au sexe apparent. La gamme biologique de l'identité sexuelle s'étend donc de l'homme à la femme en passant par l'intersexué.

HOMME INTERSEXUÉ FEMME

- **Le niveau psychologique:** il concerne notre orientation sexuelle, c'est-à-dire dans quelle mesure un individu est attiré – sexuellement, émotionnellement – par le sexe opposé, le même sexe ou les deux sexes. Il est important de noter que l'orientation sexuelle d'un individu peut évoluer au fil du temps (changer, se développer). Cependant, cette orientation sexuelle – soit hétérosexuelle, bisexuelle, ou homosexuelle – s'impose à l'individu et ne se choisit pas consciemment. La gamme psychologique de l'identité sexuelle s'étend donc d'homosexuel à hétérosexuel, en passant par bisexuel.

HOMOSEXUEL BISEXUEL HÉTÉROSEXUEL

- **Le niveau social:** il concerne notre interaction avec les normes sociales en ce qui concerne le *genre*. *L'identité de genre* indique la manière dont une

personne s'identifie au genre masculin ou au genre féminin. L'identité de genre et le sexe biologique correspondent chez la plupart des personnes. Cependant, une personne «transgenre» est une personne qui a l'impression (le sentiment, la certitude) d'être née dans un corps qui ne lui correspond pas: son *identité de genre* ne correspond alors pas à son *identité sexuelle* biologique. Un homme transgenre peut, par exemple, se sentir plus à l'aise en s'habillant en femme. La gamme sociale de l'identité sexuelle s'étend donc de masculin à féminin en passant par transgenre.

MASCULIN TRANSGENRE FÉMININ

» QU'EST-CE QUE LE COMPORTEMENT SEXUEL?

Le comportement sexuel diffère de l'identité sexuelle. Il s'agit là des actes sexuels que les individus pratiquent. C'est la manière selon laquelle un individu exprime sa sexualité: dans l'intimité physique ou émotionnelle et dans les contacts sexuels proprement dits. Pénétration vaginale, anale, stimulation orale ou encore masturbation mutuelle en sont des exemples.

Les pratiques sexuelles des HSH sont développées et explicitées dans la session 6.

» QUI SONT LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES?

Les HSH sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cette catégorisation de population se situe du côté du *comportement sexuel* plutôt que de l'*identité sexuelle*. Par la terminologie même, nous parlons à travers cette expression de pratiques sexuelles plutôt que d'identités, parce que les identités sexuelles des HSH sont complexes et variées. En effet, les HSH peuvent s'auto-identifier comme homosexuels, gays, bisexuels, ou même hétérosexuels. Dans l'optique de santé publique dans laquelle s'est établie la prévention du VIH, il est plus efficace de lutter contre les comportements à risque qui peuvent être observés parmi les HSH que de vouloir discuter (encore moins intervenir) sur les questions complexes d'identité sexuelle des individus ressortant de cette catégorie.

Le terme HSH englobe également les hommes qui ont des rapports sexuels à la fois avec des hommes et des femmes et les hommes qui ont des rapports avec des hommes du fait de situations particulières, où ils n'ont pas de libre choix quant au sexe de leur partenaire. Cette dernière situation étant volontiers indépendante des préférences sexuelles des individus en question.

» LES HSH ET L'IDENTITÉ SEXUELLE

En matière d'*identité sexuelle*, la plupart des HSH s'auto-identifient en tant qu'hommes hétérosexuels, avec une *identité de genre* masculine. Il est donc parfaitement possible (et d'ailleurs fréquent) qu'un HSH ait une femme et des enfants et qu'il soit perçu comme hétérosexuel et masculin par son entourage privé et professionnel. Il a alors peu de chances d'être reconnu comme HSH par les professionnels de santé. Les HSH qui se présentent sous une identité de genre féminine (souvent appelés «efféminés» ou «folles»), par exemple partiellement ou intégralement travestis en femme, ont souvent une expérience de préjudice

et de discrimination à des niveaux plus élevés que les HSH qui ont une identité de genre plus masculine. Ils ont alors plus de chances d'être reconnus comme HSH par les professionnels de santé, mais malheureusement aussi plus de risque d'être discriminés, voire rejetés.

» APERÇU SUR LES HSH ET LES PRATIQUES SEXUELLES

C'est un mythe de croire que tous les HSH ont des relations sexuelles avec pénétration anale et, a contrario, il est parfaitement établi que le sexe anal est également pratiqué entre hommes et femmes.

Les HSH peuvent avoir des rapports sexuels seulement avec des hommes, avec des hommes et des femmes, ou seulement avec des femmes, selon les circonstances ou les périodes de leur vie.

Les rôles sexuels n'étant pas définis en fonction des rôles biologiques et fondés sur le sexe, les rapports sexuels entre hommes peuvent inclure une gamme plus complexe et plus variée de comportements. Un homme peut choisir d'être soit actif ou passif pendant les rapports sexuels oraux ou anaux, ou peut choisir les deux rôles à la fois. Il existe de nombreuses variantes et préférences en matière d'activité sexuelle parmi les HSH.

» LES HSH «SITUATIONNELS» OU «CIRCONSTANCIELS»

Ce terme définit certaines circonstances qui peuvent inciter des hommes à avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes: prisons, casernements militaires, hébergements ou environnements non mixtes (internats scolaires), etc. D'autres circonstances, telles que la pauvreté ou la précarité socio-économique, peuvent être propices à l'échange de services sexuels entre hommes, contre de l'argent ou des biens, un logement, de la nourriture. Enfin, toute pratique sexuelle entre hommes n'est pas forcément volontaire, les hommes pouvant être victimes de viol.

» LES HSH ET LES HOMMES GAYS

Tous les HSH ne s'auto-identifient pas comme étant «gays» («Branchés» en Côte d'Ivoire, «Nkoandengué» au Cameroun), en dépit de leurs relations sexuelles, parfois même exclusives avec d'autres hommes. Cela s'explique parce que l'identité et le comportement sexuel ne sont pas nécessairement liés et parce que le concept (et l'appellation) d'homosexualité est souvent considéré comme inacceptable. L'identité «gay» est considérée par certains comme trop visible, trop stigmatisante. En Afrique, nombreux sont ceux qui pensent que la sexualité ne doit pas être discutée ouvertement et que les relations sexuelles entre hommes ne peuvent être tolérées que tant qu'elles ne sont pas visibles. L'homosexualité est par ailleurs très souvent considérée comme étant importée, «eurocentrique», «occidentale», en tous cas «non-africaine», «non-chrétienne» ou «non-musulmane». C'est là qu'il est important de rappeler que **les hommes** (pas plus que les femmes) **ne choisissent pas leur orientation sexuelle** et qu'**ils ne sont pas en mesure de la changer**.

» QUELLE EST LA SITUATION DES HSH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE?

Pour mieux appréhender cette situation, il faut prendre en compte deux axes: un axe concernant les stéréotypes et idées reçues (perceptions et représentations culturelles, religieuses, morales) et un axe juridique et politique (législation contre certaines pratiques sexuelles). Ces deux axes contribuent ensemble à la stigmatisation et à la mise à l'écart des HSH dans de nombreuses sociétés.

» » LES STÉRÉOTYPES ET IDÉES REÇUES

Il existe dans la plupart des pays et régions de l'Afrique subsaharienne une constante autour des idées reçues sur les HSH et les minorités sexuelles. Parmi ces idées reçues, figurent les exemples suivants:

- *Les HSH ne sont pas une réalité africaine*: c'est-à-dire que ce sont des pratiques importées, notamment pendant la colonisation (la modernité et les étrangers sont à l'origine du développement de l'homosexualité);
- *Les HSH africains ont des pratiques sexuelles «déviantes» uniquement pour gagner de l'argent* (la pauvreté est à l'origine du développement de l'homosexualité);
- *Les HSH ont des pratiques «contre-nature»* (il y a un «ordre des choses» immuable, naturel, légitime, religieux, biologique dans lequel l'homosexualité ne peut exister);
- *Les HSH sont des malades mentaux* (la maladie mentale est à l'origine du développement de l'homosexualité).

Ces arguments, habituellement utilisés pour combattre, stigmatiser, voire persécuter les HSH, peuvent se regrouper autour de deux types de mécanismes psychosociologiques de rejet: le *déni* et la *dénégation*.

» » LE DÉNI

C'est un mécanisme par lequel on refuse à l'homosexualité une histoire sur notre continent. Il repose sur des arguments «culturels» et/ou «traditionnels», qui prétendent que l'homosexualité est contre la «culture africaine». Or, des recherches très anciennes dans toutes les régions du monde et du continent africain ont depuis longtemps démontré l'inverse: des pratiques sexuelles entre hommes existent depuis la nuit des temps sur le continent et étaient même parfaitement reconnues et tolérées dans certaines cultures.

A titre d'exemple, dans toute la région de l'Afrique de l'Ouest et particulièrement dans des pays aussi variés que le Sénégal, le Mali, le Burkina Faso et le Niger, des expressions très anciennes existent pour désigner des HSH («Gor-jigen» en wolof). Les peuples haoussa, pratiquant le rite Bori (culte de possession), connaissent les «yan daudu», ces entremetteurs et rabatteurs qui ont des rapports sexuels avec des hommes. C'est une institution culturelle très ancienne dans cette société. On retrouve d'autres exemples au Zimbabwe, en Égypte, etc.

Dans toutes ces époques et cultures, il apparaît que des formes très anciennes de pratiques sexuelles entre individus de même sexe existaient bien avant que la colonisation ne soit pensée par l'Occident.

Pour simplifier, on retiendra deux formes de pratiques HSH sur le continent africain dans les temps anciens :

- Une sexualité entre individus de même sexe, pratiquée entre des catégories d'âge et souvent de «classes sociales» différentes;
- Une sexualité entre individus de même sexe mais assumant des identités de genres différents.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les pratiques sexuelles entre hommes et aussi entre femmes ont été multifformes et renvoient à des réalités sociales et culturelles très diverses, observées dans le monde entier, y compris en Afrique, correspondant à différentes constructions du genre et différentes identités sexuelles.

» » LA DÉNÉGATION DES HSH

» » » La question juridique et des lois homophobes

C'est un mécanisme qui permet le rejet d'un phénomène en le détournant vers autre chose pour mieux le repousser. Par exemple, pour rejeter l'homosexualité, on l'assimile à la colonisation. L'homosexualité serait une «*chose importée*» venue avec la colonisation et qui aurait été imposée au continent africain.

Il convient ici de faire deux remarques qui donnent à réfléchir :

- Dans beaucoup de cas où la colonisation est venue avec de nouvelles religions, notamment le christianisme, elle est aussi venue avec la généralisation de l'interdiction des pratiques sexuelles entre individus de même sexe. En d'autres termes, c'est la colonisation qui aurait plutôt introduit et même largement stimulé le développement de l'homophobie sur le continent;
- Du point de vue institutionnel, la plupart des lois prohibitives contre l'homosexualité sont inspirées directement de lois issues des administrations coloniales.

EXEMPLE D'HOMOSEXUALITÉ TRADITIONNELLE

«Chez les Mossi dans ce qui est aujourd'hui le Burkina Faso, les pages (soghonés), choisis parmi les plus beaux garçons âgés de sept à quinze ans, étaient habillés en femmes et adoptaient leurs attributs et rôles pour les chefs, pour qui les rapports sexuels avec les femmes étaient interdits le vendredi. Je n'ai pas trouvé d'indication d'interdit de sexualité dans l'étude de Tauxier (1912: 569-70) pour le reste de la semaine. Il a insisté sur le fait que seuls les chefs avaient interdiction de rapports sexuels avec des femmes le vendredi et que les soronés qui montraient leur discrétion devenaient des confidents du roi. Tout en servant comme un soroné, il

y avait des tests annuels pour s'assurer que le garçon n'avait pas eu de rapports sexuels avec une femme. Dès que le garçon atteignait la maturité, le chef lui donnait une épouse. Le premier enfant né de ces unions appartenait au chef. Si c'était un garçon, il se mettait au service du roi comme l'était son père en qualité de soroné, une fille était donnée en mariage par le roi (comme l'aurait été sa mère)».

Référence : Murray et Roscoe, *Boy-Wives and females husband*, 1998, introduction « Homosexuality in "Traditional" Sub-Saharan Africa and Contemporary South Africa. An overview by Stephen O. Murray, p. 9 (traduction de Patrick Awondo).

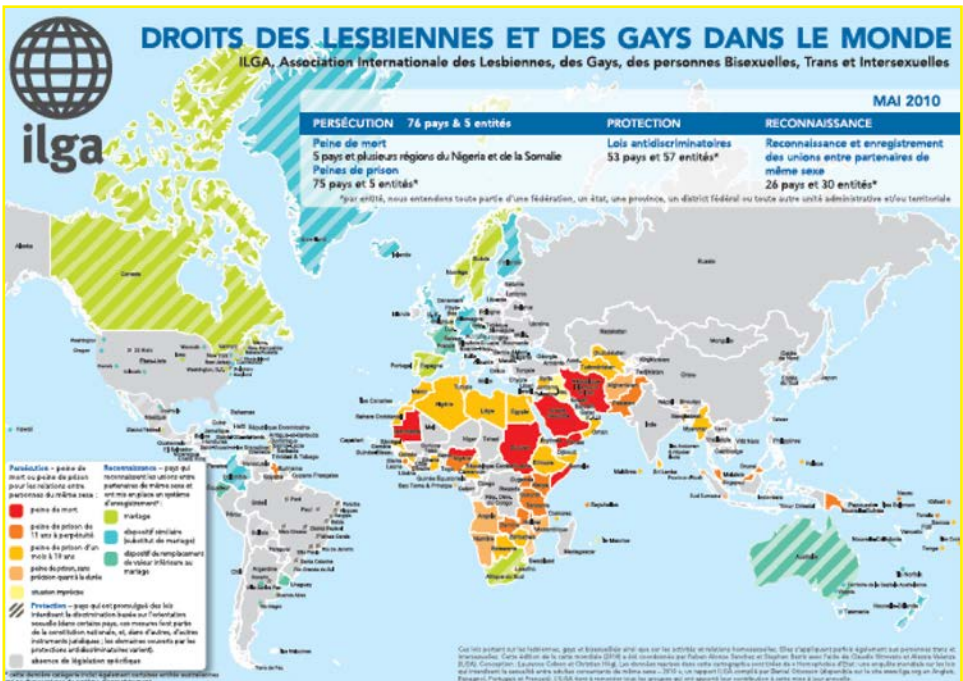


Fig. 3-1: Droits des lesbiennes et des gays dans le monde

La carte de l'ILGA (*International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex Association*), montre que 38 pays du continent africain ont des lois criminalisant l'homosexualité et les pratiques sexuelles entre individus de même sexe.

On y dégage quelques regroupements:

- Des pays proposant la peine de mort pour punir les pratiques homosexuelles: Mauritanie, Soudan & Sierra Leone;
- Des pays qui proposent des peines de prison sans précision de durée pour punir les pratiques homosexuelles: Angola, Namibie
- Des pays qui condamnent d'1 mois à 10 ans de prison les pratiques homosexuelles: Cameroun, Guinée Équatoriale, Rwanda, etc;
- Des pays qui condamnent les pratiques homosexuelles à des peines de 11 ans à la perpétuité: Nigéria, Ouganda, etc;
- Des pays qui n'ont pas de législation spécifique contre les pratiques homosexuelles: Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire.

A contrario, la carte montre également que des pays ont mis en place des lois de protection constitutionnelles contre toutes les discriminations basées sur l'orientation sexuelle et le genre (pays en vert): Mozambique et Afrique du Sud.

Enfin, l'Afrique du Sud est le seul pays qui autorise les unions matrimoniales entre individus de même sexe sur le continent.

Les mécanismes de déni et de dénégation induisent des vulnérabilités spécifiques en matière de santé sexuelle. Les caractéristiques de cette vulnérabilité, c'est-à-dire l'incidence directe sur la vie des individus, seront explicitées dans la session 4.


POUR EN SAVOIR PLUS



- Awondo P. (2012) Homosexualité, sida et constructions politiques. Ethnographie des trajectoires entre le Cameroun et la France. *Thèse de Doctorat en Anthropologie, EHESS, Paris.*
- Gaudio R.P. (2009) Allah Made Us: Sexual Outlaws in an Islamic African City. *Oxford: Wiley-Blackwell.*
- Epprecht M. (2008) Heterosexual Africa? : The History of an Idea from the Age of Exploration to the Age of AIDS. Athens: *University of Ohio Press.*
- Gueboguo C. (2006) La Question homosexuelle en Afrique: Le cas du Cameroun. *Paris: L'Harmattan.*
- Murray S.O. & Roscoe W. (1998). Boys-Wives and Female Husbands: Studies in African Homosexualities. *New York: Palgrave.*



LA FICHE TECHNIQUE

Session 3	Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes: généralités et états des lieux en Afrique subsaharienne
Durée	3h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Parcours de sciences sociales, Connaissances sur la diversité sexuelle et sur les spécificités culturelles africaines quant aux questions socio-sexuelles.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif; Travaux de groupes; Discussions en plénière.
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> Consignes d'animation (formateurs); Présentation power point (formateurs); Narratif pour la PPT (formateurs); Concepts clés (participants); Carte juridique (participants); Manifeste ivoirien «branché» (participants).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Ordinateur portable et vidéoprojecteur; Paper board et marqueurs de couleurs.
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> Répartir l'animation entre les formateurs; Préparer des espaces de travail pour les travaux de groupes; Préparer la répartition des participants en 3 groupes
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
45 mn	<p>Identité sexuelle et comportement sexuel <i>Utiliser la PPT «Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques» partie 1 et le document narratif accompagnant la PPT'</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">  <p style="text-align: center;">Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes: généralités et états des lieux en Afrique sub-saharienne</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Module de formation continue VIH / IST et HSH de BAP-VIH</p> </div> <p>A la fin de la présentation, distribuer le document «concepts clés», «carte juridique» et «manifeste ivoirien branché»</p>
45 mn	<p>Travaux en petits groupes et restitution en plénière <i>Suivre les consignes d'animation pour les formateurs</i></p>
45 mn	<p>Aspects socio-anthropologiques de la sexualité entre hommes en Afrique subsaharienne <i>Utiliser la PPT «Identité sexuelle et aspects socio-anthropologiques» partie 2 et le document narratif accompagnant la PPT'</i></p>
45 mn	<p>Discussion en plénière sur la situation socio-anthropologique des HSH en Afrique subsaharienne <i>Suivre les consignes d'animation pour les formateurs</i></p>

Session 4

Stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH en Afrique subsaharienne



Quels sont les déterminants de la stigmatisation, de la discrimination des HSH en Afrique subsaharienne? Quel impact la stigmatisation et la discrimination ont-elles sur la vulnérabilité des HSH? Comment soutenir au mieux les HSH face à la stigmatisation et la discrimination?

Les HSH sont victimes de stigmatisation et de discrimination en Afrique subsaharienne. Ils subissent volontiers une double stigmatisation, liée à leur orientation sexuelle et en cas d'infection à VIH. Cela engendre toutes sortes de violences physiques et morales et entraîne même fréquemment une «auto-stigmatisation», dont les conséquences peuvent être lourdes en matière d'accès aux services de prévention et de soins. La discrimination à l'égard des HSH s'exprime en Afrique subsaharienne à travers les droits, les lois et les pratiques.

La stigmatisation et la discrimination sont à l'origine de la vulnérabilité des HSH. L'analyse des déterminants de ces phénomènes permet de mieux comprendre les souffrances qu'ils engendrent chez les HSH et de les soutenir au mieux pour y faire face.

LES OBJECTIFS



A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Décrire les situations de vulnérabilité, de stigmatisation et de discrimination vécues par les HSH en Afrique subsaharienne;
- Analyser les déterminants de la vulnérabilité, de la stigmatisation et de la discrimination, vécues par les HSH en Afrique subsaharienne;
- Identifier et analyser les déterminants de la vulnérabilité à l'infection à VIH et aux IST appliqués aux HSH;
- Mettre en évidence les liens entre ces différents déterminants;
- S'approprier les outils et méthodes d'analyse des facteurs de risques et des déterminants de la vulnérabilité;
- Éviter d'être stigmatisant et discriminant au contact des HSH.



L'ESSENTIEL

» INTRODUCTION

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH sont des phénomènes répandus dans la majorité des pays d'Afrique.

La stigmatisation liée à l'orientation sexuelle des HSH et aux constructions sociales basées sur le genre peut parfois se doubler d'une stigmatisation liée au VIH, fondée sur la peur et «l'immoralité» de l'infection. Lorsque ces formes de stigmatisation sont intériorisées, elles donnent lieu à ce qu'on appelle l'auto-stigmatisation, qui entraîne un repli sur soi, conduit à une exclusion sociale, des souffrances psychologiques, voire des troubles psychiques.

La stigmatisation entraîne la discrimination. Celle-ci s'exprime à travers des pressions sociales d'ordre culturel, moral et religieux, l'institutionnalisation des pratiques homophobes, la répression et la criminalisation des relations sexuelles entre partenaires de même sexe, alors même qu'elles concernent des adultes consentants.

La stigmatisation et la discrimination des HSH, en d'autres termes l'homophobie, conduisent à une marginalisation des HSH qui les confine dans le silence et la clandestinité. Alors que la prévalence du VIH chez les HSH est considérablement plus élevée que dans la population générale, cette marginalité crée des obstacles dans l'accès au dépistage du VIH, à l'information, aux moyens de prévention, aux soins, aux traitements et aux services d'appui et, par conséquent, augmente les risques de transmission du VIH¹.

Une meilleure compréhension des déterminants de la vulnérabilité des HSH permet de réaliser l'importance de changer les pratiques, notamment chez les acteurs de prévention et de soins et d'inciter les autorités à mettre en œuvre des interventions structurelles basées sur le respect, la préservation ou la promotion des droits humains et du droit à la santé.

¹ Vezina (2009) La vulnérabilité au VIH des homosexuels en Afrique: une analyse basée sur le droit à la santé R.D.U.S 40 : 132-197 http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Vezina.pdf

«Homophobia is fueling the HIV pandemic and complicating our efforts to stop the spread of HIV»

«L'homophobie attise l'épidémie à VIH et complique nos efforts pour stopper la propagation du VIH.»

Andrea Chin See, Board Member of Jamaica AIDS Support for Life

» **COMPRENDRE LA VULNÉRABILITÉ DES HSH AU VIH**

La vulnérabilité, quelle qu'elle soit, repose sur 3 composantes qui interagissent entre elles: le soi, la situation et la société. Dans le contexte des HSH face au VIH, les composantes de la vulnérabilité peuvent être schématisées de la manière suivante:

» » **LA VULNÉRABILITÉ D'IDENTITÉ (LE SOI) EST INFLUENCÉE PAR:**

- Les connaissances que possède l'individu sur les modes de transmission et de prévention du VIH et des IST, sur les services de lutte contre le VIH et les IST disponibles, sur ses droits en général et sur ses droits à accéder aux services de prévention et de prise en charge du VIH et des IST en particulier;
- Les capacités de l'individu à rechercher de l'aide, des conseils et des soins adaptés;
- L'expérience acquise de l'individu face aux risques que représentent le VIH et les IST (l'âge peut jouer ici un rôle important);
- L'estime de soi;
- La gestion de ses diverses identités par l'individu (identité sexuelle, orientation sexuelle, identité de genre) et des rôles qui se jouent dans la société.

» » **LA VULNÉRABILITÉ RELATIONNELLE (LA SITUATION) EST INFLUENCÉE PAR:**

- La prévalence du VIH dans l'environnement de l'individu;
- Les pratiques sexuelles et le nombre de partenaires sexuels de l'individu;
- Les risques liés aux situations dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels: échange de services sexuels contre de l'argent ou des biens (situation de prostitution), décalage générationnel entre partenaires, usage de la force ou de la contrainte, etc.;
- Les facteurs de risque additionnels, tels que l'usage de produits psychoactifs (alcool, cannabis, GHB, cocaïne, etc.) et les facteurs psychologiques (symptômes dépressifs, passages à l'acte, équivalents suicidaires...).

» » **LA VULNÉRABILITÉ CONTEXTUELLE (L'ENVIRONNEMENT SOCIÉTAL) EST INFLUENCÉE PAR:**

- Le contexte socioéconomique et politique dans lequel évolue l'individu et son vécu: niveau socio-économique, position sociale, répression et pénalisation des relations sexuelles entre hommes, etc.
- Le réseau de soutien, notamment familial, de l'individu, les pressions sociales et familiales, l'environnement professionnel, etc.;

- Les services disponibles, notamment la prise en charge communautaire, l'éducation par les pairs, l'existence d'associations d'auto-support et identitaires, l'accès à des services et commodités de proximité et la qualité de ces services.

» LES DÉTERMINANTS DE LA VULNÉRABILITÉ

La vulnérabilité des HSH vis-à-vis du VIH est donc déterminée par de multiples facteurs, qui peuvent agir indépendamment les uns des autres, interagir et/ou se combiner.

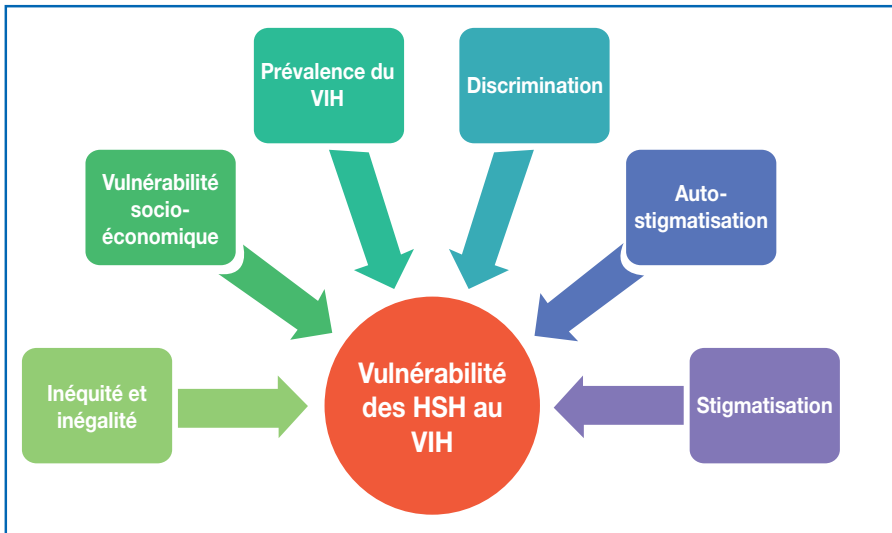


Fig. 4-1: Déterminants de la vulnérabilité des HSH vis-à-vis du VIH et des IST

» » LA STIGMATISATION

La stigmatisation a été décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui «*discrédite significativement*» un individu aux yeux des autres. Les caractéristiques sur lesquelles se porte la stigmatisation, par exemple la couleur de la peau, la manière de parler et l'orientation sexuelle, peuvent être totalement arbitraires. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur².

La stigmatisation est fondée sur les différences, la peur, la crainte, les jugements moraux et la désinformation.

Comme rappelé en introduction, les HSH font parfois face à une double stigmatisation lorsqu'ils sont confrontés à l'infection par le VIH, considérée comme une maladie honteuse, «immorale», un danger pour les autres, ou encore une condamnation à mort imminente (stigmatisation spécifique liée au VIH). La stigmatisation relative à l'orientation sexuelle (stigmatisation pré-existante) est liée à la déviation supposée par rapport à une norme, qui entraîne distanciation, évitement et rejet (stigmatisation mise en acte). Ces différents aspects de la stigmatisation interagissent et s'alimentent mutuellement.

² Adapté de Parker R. et Aggleton P (2002) : HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Population Council: Horizons Project. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncpt-lfrmwrk.pdf>

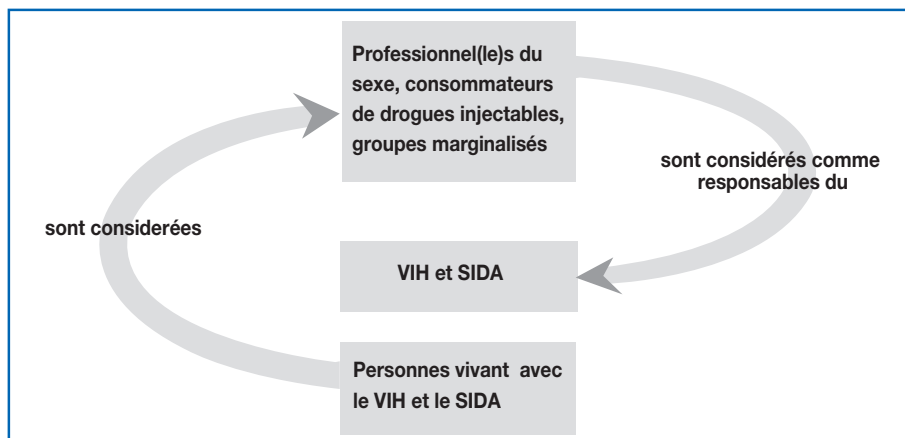


Fig. 4-2: Cycle de la stigmatisation et de la marginalisation adapté de Parker R. et Aggleton P (2002)

» » L'AUTO-STIGMATISATION

L'auto-stigmatisation ou stigmatisation intériorisée est un processus complexe qui est lié au sens du soi de l'individu (auto-perception) ainsi qu'à des influences externes et physiques. Vivre dans un contexte hostile peut effectivement conduire à un sentiment général de perte de contrôle. Les pressions extérieures continues et multiformes peuvent engendrer des sentiments profonds de honte, de culpabilité, d'angoisse et de peur. En réponse à un vécu de stigmatisation, les HSH (vivant ou non avec le VIH) adoptent volontiers des attitudes de protection (éviter la confrontation avec les autres, s'exclure de situations familiales, sociales ou professionnelles potentiellement stigmatisantes, cacher son orientation sexuelle, un problème de santé, sa séropositivité). Ces attitudes ou postures vont à leur tour tendre à renforcer et légitimer une auto-stigmatisation.

» » LA DISCRIMINATION

La discrimination renvoie à « toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier »³. La discrimination est la conséquence de la stigmatisation.

» » » La discrimination agit à travers les droits, les lois et les pratiques

Lorsqu'un pays ratifie les déclarations universelles de droits (droits de l'homme, droit à la santé), il n'est pas autorisé à créer des exceptions telles que « les droits s'appliquent à tous sauf aux HSH ou aux PvVIH ». Pourtant, dans la pratique, les HSH, et notamment ceux vivant avec le VIH, ne sont pas en mesure d'accéder à tous leurs droits, souvent par le fait de lois répressives nationales ou de pratiques discriminatoires et/ou hostiles⁴. En effet, nombreux sont les pays (38 en Afrique sub-saharienne) qui, au mépris des droits fondamentaux pourtant universels et prévalant donc sur le droit national, ont légiféré la discrimination à l'égard des pratiques sexuelles entre partenaires de même sexe, validant notamment ainsi

3 ONUSIDA (2001) Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_fr.pdf

4 Moody K. (2009) Ensuring human and sexual rights for men who have sex with men living with HIV Bull World Health Organ 87 :875-876

toutes les pratiques violentes et humiliantes à l'endroit des HSH et de ceux qui les soutiennent. Même dans des pays où des lois favorables existent, comme en Afrique du Sud, les pratiques restent volontiers en décalage par rapport au cadre normatif et institutionnel.

MAIS FINALEMENT, QU'EST-CE QUE L'HOMOPHOBIE ?

L'homophobie décrit la désapprobation ou la haine irrationnelle des rapports sexuels entre hommes ou entre femmes. Elle s'exprime par la stigmatisation, la discrimination et dans les cas les plus extrêmes, peut conduire à la violence ou au meurtre. L'homophobie reflète souvent des attitudes juridiques, religieuses et sociales.

L'homophobie est souvent dirigée contre les personnes que d'autres considèrent comme gays ou efféminées en s'appuyant sur leur comportement ou leur habillement. Toutefois, l'homophobie affecte toutes les personnes gays, les HSH et leurs proches

en les forçant à cacher ou à masquer certains aspects de leur comportement (par exemple, en se mariant contre leur gré ou en ayant des relations sexuelles en secret, souvent dans des lieux dangereux).

L'homophobie fait qu'il est difficile de fournir des services de santé sexuelle dans la mesure où les gens peuvent ne pas désirer révéler d'informations sur leur sexualité. Certaines organisations peuvent refuser de travailler avec les HSH, ou encore permettre que leur personnel réserve un mauvais traitement aux HSH lorsque ceux-ci viennent solliciter des services.

» LES INÉGALITÉS/INIQUITÉS LIÉES AU GENRE ET LA VULNÉRABILITÉ DES HSH

Les racines des problèmes liés au genre sont aussi les déterminants de la vulnérabilité vis-à-vis de l'infection à VIH. Les inégalités entre les sexes se conjuguent en effet à d'autres inégalités sociales, notamment celles associées à la classe sociale, à l'âge, à la religion et à la sexualité, toutes choses qui rendent certains groupes systématiquement plus vulnérables que d'autres et influent sur la transmission du VIH. Par exemple, on sait que des facteurs comme la pauvreté, les migrations et l'urbanisation jouent des rôles essentiels dans l'épidémie à VIH (Sweat et Denison, 1995).

Les images stéréotypées des hommes (par exemple, le fait de les dépeindre aussi identiques qu'intrinsèquement hétérosexuels, ou bien comme source de toutes les inégalités entre les sexes) sont peu susceptibles de contribuer à l'élaboration des programmes et de permettre aux hommes de maximiser leur propre santé sexuelle et celle de leurs partenaires.

Il faut donc tenir compte de ces différents aspects dans l'élaboration des programmes, afin de remédier convenablement aux inégalités entre hommes et femmes, notamment sur le versant de la sexualité.

» L'ARTICULATION DES DÉTERMINANTS

Il existe un cercle vicieux qui relie la stigmatisation, la discrimination et la violation des droits de l'homme, qui peut être schématisé comme suit:

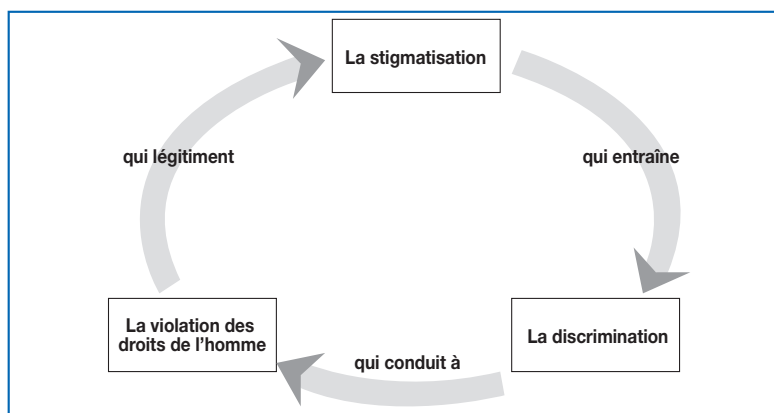


Fig. 4-3: Cycle stigmatisation - discrimination - violation droits humains adapté de Parker R. et Aggleton P (2002)

Les violations des droits humains fondamentaux dues à la stigmatisation et à la discrimination accroissent la vulnérabilité des HSH (liée à leur orientation sexuelle et éventuellement celle qui est liée au VIH). Elles peuvent faire obstacle aux interventions développées en riposte à l'épidémie, pour finalement aggraver l'impact du VIH.

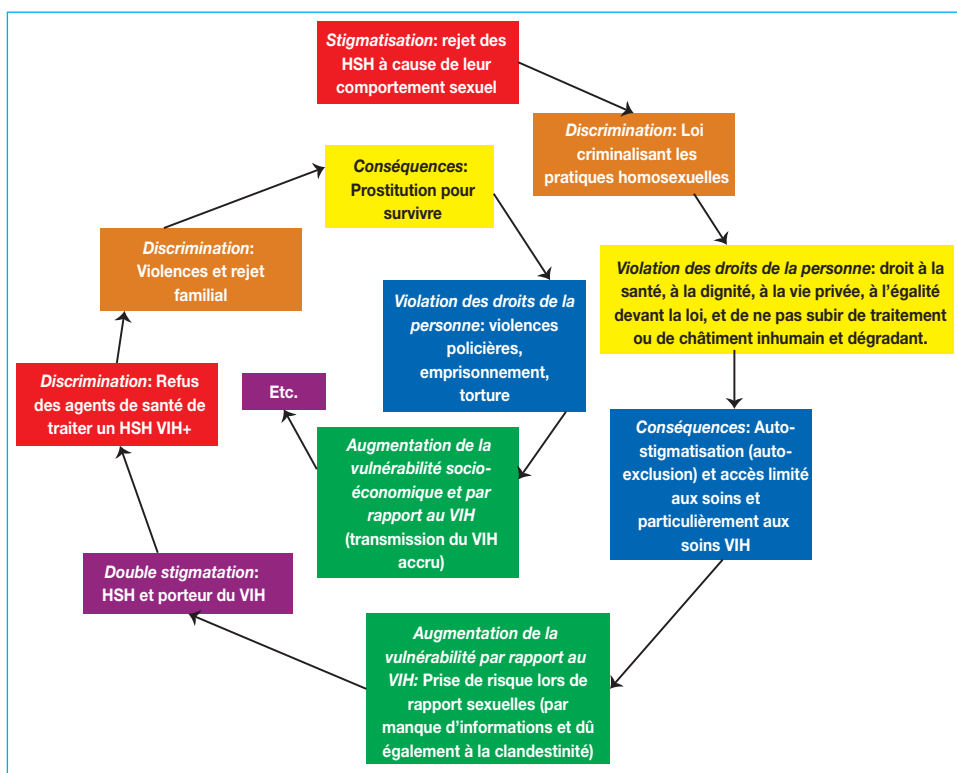


Fig. 4-4: Conséquences du cycle stigmatisation - discrimination - violation droits humains

» » » Autres exemples:

- Le licenciement d'un HSH à cause de son orientation sexuelle peut entraîner de nombreux problèmes, par exemple du fait de la réduction des ressources financières disponibles pour ses soins de santé ou pour l'achat de préservatifs/

gels, ce qui accroît la vulnérabilité au VIH et aux IST de l'individu;

- Selon l'ONUSIDA: «*Lorsque les droits de l'homme ne sont pas respectés, par exemple si la liberté de parole ou d'association est restreinte, il est alors difficile, voire impossible, pour la société civile de se mobiliser afin de riposter de manière efficace à l'épidémie. Dans certains pays, l'éducation par les pairs est entravée par des lois qui ne permettent pas aux organisations non gouvernementales ou aux groupes ayant des membres particuliers d'être officiellement enregistrés*»⁵.

» » QUI, COMMENT, OÙ ET POURQUOI RENDRE VULNÉRABLES LES HSH ?⁶

» » » **Qui est impliqué dans la stigmatisation et la discrimination des HSH?**

Tout le monde, chaque individu, contribue à un moment ou un autre, à la stigmatisation (réaction négative devant un «efféminé» par exemple) et à la discrimination. Plus précisément:

- L'Etat, via la législation, l'usage de la force publique pour réprimer telle ou telle situation ou groupe de populations, l'attribution de ses financements à tel ou tel programme;
- Les représentants des pouvoirs publics: forces de sécurité, administrations pénitentiaires, professionnels de santé;
- Des institutions, entités ou groupes sociaux: la presse, les banques et assurance, les bailleurs de fonds privés, les entreprises et employeurs, les partis politiques, les mouvements religieux, les syndicats, les autorités religieuses et les familles.

» » » **Comment s'impliquent-ils dans la stigmatisation et la discrimination des HSH ?**

- En portant atteinte à la dignité, à la liberté, au droit à la vie et à la sécurité des personnes: persécutions, violences (sexuelles notamment), humiliations, injures publiques, campagnes de dénigrement, etc;
- En portant atteinte au droit à la liberté: restriction d'accès à certains pays, à certains lieux (notamment les lieux de culte);
- En portant atteinte au droit à la vie privée: violation du secret professionnel, confiscation de biens, diffamation, dénonciation, extorsions, chantages;
- En portant atteinte à l'égalité devant les droits: inégalités devant les pratiques sexuelles, le droit au mariage et à l'adoption, l'accès aux soins, à la prévention et au traitement;
- En portant atteinte au droit à une justice impartiale: invention de motifs de poursuite.

» » » **Où les HSH sont-ils stigmatisés et discriminés?**

- Dans les commissariats, les tribunaux, les prisons;
- Dans les administrations;

5 ONUSIDA (2005) Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH - Etudes de cas des interventions réussies http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf

6 D'après Africagay (2008) Minorités sexuelles et droits humains –Rapport du 4ème regroupement d'AFRICAGAY Bamako (Mali) <http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/msm/4-africagay-bamako-sept08.pdf>

- Dans l'armée;
- En milieu d'apprentissage, à l'école, à l'université, en collectivités en jeunes;
- En milieu de soins, dans les structures sanitaires et d'appui psycho-social;
- En milieu professionnels, dans les entreprises privées ou publiques;
- Dans l'espace public (voie publique, lieux publics de socialisation et/ou de divertissements) et dans l'espace privé (familles, groupes sociaux divers, dont religieux).

» » » **Pourquoi stigmatiser et discriminer les HSH?**

- Au nom de la morale ou de la religion (immoralité, péchés, actes contre-nature, perversion, etc.);
- Au nom de la politique (dénier d'humanité, déviance sociale, collusion avec le colonialisme, etc.);
- Au nom de l'ordre public (actes impudiques, risque de santé publique, troubles à l'ordre public, etc.);
- Au nom de la culture (coutume, tradition, menace sur la perpétuation de l'espèce, etc.);

Assurer la protection, le respect et l'application des droits de l'homme est un bon moyen de combattre la stigmatisation et la discrimination associées aux HSH et au VIH.

» **COMMENT LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION ET RÉDUIRE LA VULNÉRABILITÉ DES HSH AU VIH LORSQU'ON EST UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU PSYCHO-SOCIAL?**

- Traiter les HSH comme tout autre individu, c'est à dire avec respect et veiller à ce que cela soit le cas dans votre entourage personnel et professionnel;
- Être attentif à ne pas utiliser un langage stigmatisant envers les HSH, ni en leur présence ni avec aucune autre personne de votre entourage personnel et professionnel (proscrire les terminologies à caractère péjoratif: pédé, fiotte, folle, etc.);
- Apporter des informations correctes sur les HSH aux personnes de votre entourage personnel et professionnel, notamment celles qui ont des attitudes stigmatisantes et leur expliquer les conséquences négatives de ces attitudes afin de les amener à changer leurs pratiques;
- S'informer et informer sur les HSH pour réduire l'ignorance et combattre les attitudes stigmatisantes dans votre cercle privé;
- Prodiguer la même qualité de services de prévention et de soins à toutes les personnes, quels que soient leurs orientations et comportements sexuels;
- Informer la communauté à propos des HSH et de leurs besoins en matière de santé (prévention et prise en charge des IST et du VIH notamment);
- Faire l'effort de connaître les HSH et leurs difficultés pour casser les stéréotypes.

Voir également la session 6 à ce sujet.

Lors d'une étude qualitative basée sur 39 entretiens ouverts avec des HSH sur leurs préférences en matière d'interventions de prévention, le Dr Ayala, Directeur Exécutif du *Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF)* relatait: «*Nous n'avons pas entendu dire qu'une intervention donnée était préférable à une autre. Par contre, nous avons entendu que n'importe quelle intervention serait la bienvenue – particulièrement si offerte avec sensibilité – mais qu'aucune option de prévention ou de traitement disponible ne réussirait si la stigmatisation, la discrimination et la violence ne sont pas combattues.*»⁷



POUR EN SAVOIR PLUS

- Human Rights Watch, ADEFHO, Alternatives-Cameroun et IGLHRC (2010) Criminalisation des identités – Atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cameroon1010frweb.pdf>
- Human rights watch (2010) Fear for life Violences against men and men perceived as Gay in Senegal <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/senegal1110webwcover.pdf>
- Off the Map - How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa (2007) International Gay and Lesbian Human Rights Commission <http://www.iglhrc.com>
- Africagay (2008) Minorités sexuelles et droits humain Bamako 4ème rencontres <http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/msm/4-africagay-bamako-sept08.pdf>
- Discrimination et stigmatisation : le truc de Middleton
- Idem: le truc de la vulnérabilité
- ONUSIDA (2005) Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH - Etudes de cas des interventions réussies http://data.unaids.org/publications/jrc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf.

⁷ MSMGF (2010) En nos propres mots : Préférences, valeurs et perspectives sur la prévention et le traitement du VIH <http://www.msmgf.org/index.cfm/id/11/aid/2353>



LA FICHE TECHNIQUE

Session 4 Stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH en Afrique subsaharienne.

Durée 3h00

Spécificité des formateurs

- Qualification en sciences sociales et/ou en santé publique
- Expérience avérée de travail au contact des populations vulnérables, en particulier les HSH, sur le terrain mais aussi au niveau de la conception et la mise en œuvre de programmes d'intervention

Méthodes pédagogiques

- Brainstorming
- Travaux de groupes avec restitution et synthèse
- Exposé magistral

Documents (Voir CD)

- Consignes d'animation (formateurs)
- Présentation power point (formateurs)
- Images (participants)

Matériels pédagogiques

- Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser
- Paper board & marqueurs de couleurs
- Papier collant (scotch) ou patafix

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn Introduction

15 mn Définition et description de la vulnérabilité

30 mn Brainstorming en séance plénière sur les déterminants de la vulnérabilité

1h20 mn Travaux de groupe «nommer la stigmatisation à travers les images»

30 mn Exposé du formateur sur la vulnérabilité et ses déterminants

20 mn Brainstorming sur comment combattre la stigmatisation et la discrimination envers les HSH en milieu de soins

Les participants sont invités à poser des questions ou à intervenir à la fin de chaque sous partie de l'intervention

Pour la partie 4, utiliser la ppt «Déterminants de la vulnérabilité de la stigmatisation, discrimination appliquée à la situation des HSH en Afrique subsaharienne: enjeux sociaux, juridique, genre, politique et santé.»



Session 5

Situation épidémiologique du VIH et des IST en Afrique de l'Ouest & Centrale et aspects spécifiques chez les HSH



Quelle est la situation actuelle de l'épidémie à VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale? Quelles sont les réponses à l'épidémie à l'œuvre dans cette région? Pourquoi faut-il s'intéresser aux groupes hautement exposés pour lutter contre l'épidémie à VIH? Quels sont les stratégies et les enjeux de la lutte contre le VIH dans cette région et parmi ces groupes cibles?

Les données épidémiologiques développées dans cette session sont utiles pour apprécier la vulnérabilité des HSH et leur exposition aux risques VIH et IST.

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale, la prévalence du VIH parmi les HSH est très élevée. Elle appelle des actions urgentes et ciblées pour réduire la dynamique et l'impact de l'épidémie parmi eux.

Cette session permet également de faire le point sur l'épidémiologie des IST et leur interaction avec le VIH, notamment chez les HSH.

LES OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de :

- Expliquer l'épidémie du VIH et ses tendances actuelles;
- Décrire l'épidémiologie des IST et leurs tendances actuelles;
- Dégager les principales données actuelles concernant l'épidémiologie du VIH et des IST chez les HSH;
- Expliquer pourquoi il faut s'intéresser aux HSH, dans la lutte contre le VIH et les IST en Afrique subsaharienne.



L'ESSENTIEL

» INTRODUCTION

La grande majorité des adultes infectés par le VIH en Afrique subsaharienne acquiert l'infection par voie hétérosexuelle. Depuis toujours, les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida en Afrique ont donc concentré leurs efforts autour de la réduction de ce mode de transmission ainsi que de la transmission de la mère à l'enfant.

Cependant, on reconnaît depuis quelques années que l'épidémie africaine du VIH est plus complexe qu'il n'y paraît. En réalité, le continent africain est le siège de plusieurs modèles d'épidémie: «*concentrée*» dans certains pays d'Afrique de l'Ouest (Mauritanie, Niger, Mali), «*généralisée*» dans d'autres (Ghana, Togo et Côte d'Ivoire), ou «*mixte*» (Burkina Faso). En Afrique Centrale et de l'Est, le modèle généralisé prédomine et l'épidémie est dite «*massive*» en Afrique Australe. Dans un même pays, peuvent coexister plusieurs modèles. Les groupes les plus exposés, dont font partie les HSH, sont plus massivement touchés par l'épidémie que la population générale dans tous les modèles décrits ci-dessus, mais le différentiel est particulièrement marqué dans le cas des modèles concentré, mixte et généralisé.

Ces groupes hautement exposés, et plus particulièrement les HSH, sont marqués par un accès plus réduit à la prévention et aux soins du VIH.

La maîtrise de l'épidémiologie globale et africaine du VIH et des IST, en particulier les aspects liés aux groupes les plus exposés comme les HSH, est essentielle pour comprendre l'intérêt majeur des interventions de prévention et de soins auprès des populations les plus sévèrement touchées et l'impact recherché sur la dynamique de l'épidémie.

» L'ÉPIDÉMIE DE L'INFECTION À VIH

» » ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES ACTUELLES DE L'ÉPIDÉMIE

On estimait que 34 millions de personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2010. Si ce nombre augmente toujours en valeur absolue, l'incidence annuelle du VIH a significativement baissé depuis 10 ans dans 33 pays du monde, dont 22 en Afrique subsaharienne. Environ 22,9 millions de personnes atteintes, soit près de 68% de tous ceux qui vivent avec le VIH dans le monde, se trouvent néanmoins en Afrique subsaharienne. Les femmes représentent 59% des personnes vivant avec le VIH dans cette région. La prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest et

Centrale était estimée à 2,8% en 2010 parmi les adultes de 15-49 ans.

On estime à 1,9 million le nombre de nouvelles infections survenues dans cette région en 2010, soit plus de deux tiers de l'ensemble des nouvelles infections dans le monde.

L'épidémie de VIH en Afrique du Sud reste la plus massive au monde avec 5,6 millions de PVIH en 2010, soit l'équivalent du nombre total de PVIH de toute la région asiatique.

Dans la majorité des cas, les nouvelles infections en Afrique subsaharienne sont dues à des rapports hétérosexuels non protégés (tarifés ou dans le cadre de relations durables), ou à la transmission de la mère à l'enfant.

Toutefois, il apparaît que les rapports sexuels entre hommes et l'usage de drogues injectables sont des facteurs de risque émergents dans la région (ou plutôt récemment admis dans le cas des HSH). Globalement, la prévalence du VIH chez les HSH varie **entre 10 et 45%** dans les pays d'AOC, alors que celle de la population générale de la même région ne dépasse que rarement s'établit **entre 0,7 et 5%**.

Il apparaît également qu'une grande proportion des HSH a aussi des partenaires sexuels féminins: 82% des HSH ayant répondu à l'enquête ELIHoS en 2007 au Sénégal et 33% des HSH interrogés au Malawi étaient mariés ou cohabitaient avec des femmes^{1,2}.

» » ETAT DES LIEUX DE LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE

Au total, 6,65 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement ARV dans les pays à ressources limitées fin 2010, ce qui représentait 47% des besoins couverts.

On dispose de données limitées sur l'accès aux traitements ARV des populations clés (UDI, TS et HSH). En Europe orientale et en Asie centrale, les personnes qui s'injectent des drogues représentent 62% des cas de VIH notifiés mais seuls 22% d'entre elles ont accès au traitement ARV.

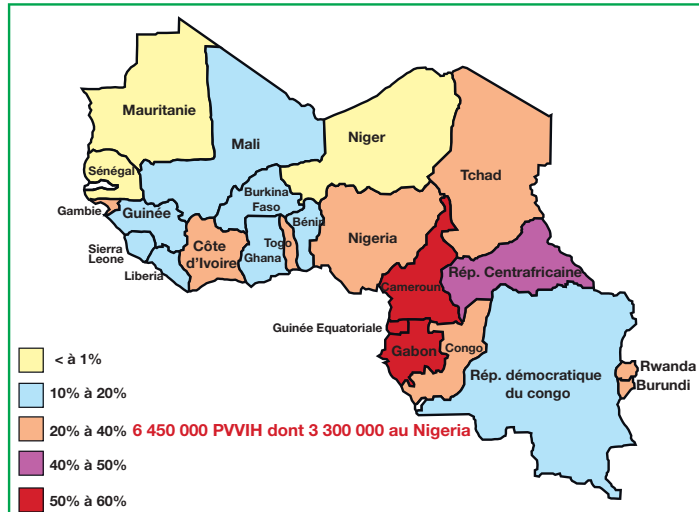


Fig. 5-1: Prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale

1 Groupe ELIHoS (2010) Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) Rapport Scientifique Working Paper du CEPED, numéro 06, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Disponible sur <http://www.ceped.org/wp>

2 WHO (2011) Global HIV/AIDS response : Epidemic update and health sector progress towards universal access. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

C'est l'Afrique subsaharienne qui a connu la plus forte augmentation du nombre des personnes sous traitement ARV en 2010: de 3.911.000 en décembre 2009, elles sont passées à 5.064.000 fin 2010, soit une hausse de 30%. Environ 49% des personnes ayant besoin du traitement ARV dans la région en bénéficiaient à la fin 2010. Cependant, ce taux de couverture des besoins en ARV n'atteignait que 30% dans la région AOC.

En 2010, entre 30 et 70% des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, selon les pays, n'avaient pas connaissance de leur statut VIH.

» POURQUOI S'INTERESSER AUX GROUPES HAUTEMENT EXPOSÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ?

Les groupes à plus fort risque d'infection à VIH (**Most-At-Risk-Populations - MARPs**) sont des groupes de populations qui ont des taux de séroprévalence du VIH nettement plus élevés qu'en population générale. Bien que ces groupes varient d'un pays ou d'une région du monde à l'autre, on y retrouve le plus souvent les HSH, les travailleur(se)s du sexe, les prisonniers et les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Ces populations ont globalement un moindre accès aux services de prévention, de traitement et de soins comparés à la population générale, essentiellement du fait d'un environnement défavorable: ces services sont peu accueillants, voire hostiles vis-à-vis de ces populations et le plus souvent inadaptés à leurs besoins. Les attitudes, les pratiques et les lois des pays d'AOC sont souvent péjoratifs à leur égard. Une étude présentée dans le rapport de situation VIH 2011 montre que sur 36 pays d'Afrique subsaharienne interrogés sur la disponibilité des interventions de prévention, traitement et soins du VIH pour les HSH, seuls 16 pays (44%) ont proposé de façon spécifique aux HSH la promotion du préservatif, le dépistage du VIH et le traitement ARV. Seuls 8 pays (22%) déclarent effectuer des interventions de prévention sur les lieux de rencontre fréquentés par les HSH³. Pourtant, il a été prouvé que des interventions leur étant dédiées sont efficaces (**Voir session 11**).

Entre ces groupes également appelés «populations clés», dont la prévalence est élevée, et la population générale, moins fortement touchée, existent des «ponts» de transmission qui menacent les efforts de réduction de l'épidémie. Chez les HSH, ce sont les pratiques bisexuelles qui pourraient constituer ce pont. Une étude réalisée au Sénégal sur les pratiques sexuelles de 501 HSH a montré que 87% avaient eu des relations sexuelles avec une femme au cours de leur vie et que 73% avaient eu des relations sexuelles avec une femme dans l'année écoulée. La prévalence du VIH était cependant plus élevée parmi les homosexuels exclusifs (40%) que chez les bisexuels, notamment ceux qui avaient un partenaire régulier féminin sans partenaire masculin régulier (9,8%). Ces derniers, bien que relativement moins exposés au VIH, ne doivent pas être pour autant négligés en matière de prévention, car 40% déclarent ne pas utiliser systématiquement un préservatif avec leur(s) partenaire(s) féminin(s).

» ENJEUX ET STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE

3 WHO (2011) Global HIV/AIDS response : Epidemic update and health sector progress towards universal access. http://whqibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

L'ÉPIDÉMIE DE VIH

Dans plusieurs pays (notamment en Afrique au Kenya, au Sénégal, etc.), des interventions ciblant les HSH ont non seulement conduit à des améliorations dans l'utilisation des moyens de prévention de la transmission du VIH et des IST, mais dessinent également un impact sur la dynamique de l'épidémie du VIH.

Malheureusement, malgré les avancées significatives dans l'accès élargi au dépistage, à la prévention et au traitement de l'infection à VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, la limitation de l'accès aux services des populations les plus à risque menace potentiellement les efforts réalisés jusqu'à maintenant.

Pour franchir les obstacles qui limitent l'accès de ce groupe cible à la prévention et aux soins, des mesures telles que l'abolition des lois répressives et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, à tous les niveaux, sont nécessaires pour la création d'un environnement favorable. Il est également essentiel de concevoir des programmes incluant les groupes concernés et prenant en compte les différentes dimensions de leur vulnérabilité. Le concept de **prévention combinée** en est un exemple et une illustration.

» L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Les IST sont fréquentes chez les HSH. On assiste actuellement à une recrudescence de la syphilis et d'autres IST au niveau mondial, indiquant que les conduites à risque chez les HSH perdurent⁴.

Les facteurs qui influencent des taux plus importants d'IST chez les HSH sont les mêmes que ceux qui déterminent l'incidence du VIH dans cette population:

- Pratiques sexuelles, notamment le sexe anal réceptif sans préservatif;



Fig. 5-2: Paquet minimum d'activités présenté par l'ONUSIDA et prenant en compte les groupes à haut risque



4 Savage EJ et al. (2009) Syphilis and Gonorrhoea in Men Who Have Sex With Men: A European Overview. Euro-surveillance, Volume 14, Issue 47

- Multipartenariat;
- Faible disponibilité et/ou faible accès aux préservatifs et aux lubrifiants à base d'eau;
- Facteurs psychologiques et sociaux;
- Usage de substances psycho-actifs (abus d'alcool et de drogues);
- Stigmatisation culturelle, religieuse et politique;
- Discrimination aboutissant à une marginalisation.

Les études portant spécifiquement sur la prévalence des IST chez les HSH sont peu nombreuses. On peut citer les 3 études transversales suivantes réalisées en Afrique subsaharienne:

- 1 étude réalisée en 2010 sur 712 HSH dans trois grandes villes du Nigéria⁵;

ETUDE «SATISFAIRE LES BESOINS DE SANTÉ DES HSH AU SÉNÉGAL» (2001)

Dans le rapport de l'étude, les réponses de 250 HSH concernant les soins en cas d'IST étaient résumées de la façon suivante:

- Les comportements visant à rechercher des soins pour les symptômes d'IST sont souvent retardés et cachés. Les HSH ont noté qu'ils sont particulièrement réticents à l'idée de révéler des symptômes anaux dans les cliniques et hôpitaux parce qu'ils risquent de dévoiler leur homosexualité. Certains d'entre eux ont noté que le personnel des centres médicaux les traitait avec mépris, quand ils ne les ignoraient pas tout simplement, et qu'ils ne respectaient pas leur devoir de confidentialité.
- De ce fait, certains des HSH interrogés affirmaient ne pas se

soigner ou recourir à l'automédication. Cependant, étant donné qu'il y a moins de stigmates associés aux symptômes d'IST classiques (écoulement urétral), brûlures mictionnelles, démangeaisons et plaies, les HSH sont plus enclins à consulter dans une structure de soins lorsqu'ils souffrent de ces symptômes.

- A la question de savoir où ils préféreraient aller se faire soigner pour des symptômes d'IST (au niveau anal ou génital), la majorité a répondu que leur préférence allait vers les hôpitaux ou dispensaires publics, sous réserve de leur accessibilité financière et si les clients étaient traités en toute confidentialité et respect.»

Ref

- 1 étude réalisée en 2010 sur 563 HSH à Nairobi au Kenya⁶;
- L'étude ELIHoS réalisée en 2007 sur 500 HSH dans trois grandes villes du Sénégal⁷.

5 Adebajo S. (2011) HIV and STI prevalence among MSM in 3 major cities in Nigeria 16ème ICASA Addis Abeba Ethiopia MOAC0805 (Présentation orale)

6 Kuria D. et al. (2011) HIV and STI Prevalence among Men Who Have Sex with Men in Nairobi: Results from a Respondent-driven Sampling Study 16ème ICASA Addis Abeba Ethiopia MOPE108 (poster)

7 Idem référence n°2

IST	Site d'étude	Nigéria	Kenya	Sénégal
VIH		15, 2-34,9%	18,2%	21,8%
Syphilis		0,5- 1,9%	0,7%	3,4%
Gonococcie		0-8,9	3,4% (génitale)	2,6%
			3,5% (rectale)	308
Chlamydia		0-34,5	2,2% (génitale)	3,2%
			3,5% (rectale)	
VHB		6,5 - 21,9	-	17,0%
VHC		3,3 - 4,4	-	0,2%
HSV2		-	-	20,6%

Fig. 5-3: Études africaines sur les IST chez les HSH

Dans l'étude du Nigéria, 60% des HSH répondant déclaraient avoir des relations avec des partenaires multiples, hommes et femmes, sans utilisation régulière du préservatif. A Ibadan, la prévalence importante de chlamydie était retrouvée surtout chez les HSH ayant des partenaires occasionnels et se déclarant «homosexuels». L'hépatite B était de la même façon plus fréquente chez les HSH plus éduqués et n'ayant des rapports qu'avec des hommes.

Dans l'étude du Kenya, la prévalence du VIH était significativement plus importante parmi les HSH déclarant pratiquer le sexe commercial comme activité principale (27,3%) que chez ceux ne le pratiquant pas du tout (12,7%). En revanche, la prévalence des IST était similaire dans les deux groupes.

» VIH ET IST: UNE SYNERGIE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR UNE ASSOCIATION DE MALFAITEURS

Le VIH accroît la sévérité et la durée de certaines IST (ex: HSV-2, syphilis). A l'inverse, certaines IST facilitent la transmission du VIH en accroissant le risque de transmission d'une personne infectée à son partenaire et/ou la susceptibilité d'une personne non infectée à se contaminer avec le VIH (ex: HSV-2).

De nombreuses études observationnelles et interventionnelles ont été menées depuis les années 90, prouvant l'influence des IST comme facteur accroissant la transmission du VIH:

- Une étude prospective réalisée au Kenya et publiée en 1989 a montré que des facteurs tels qu'être client des travailleuses du sexe, ne pas être circoncis ou être atteint d'une ulcération génitale accroissaient très significativement le risque d'être infecté par le VIH⁸.
- Une étude suisse réalisée en 2009 auprès de 147 hommes séropositifs ayant eu des rapports sexuels anaux non protégés dans les deux années précédentes montrait une prévalence élevée d'infection à *Chlamydiae* anorectale (11%). Seuls, 3 des hommes interrogés ont rapporté des symptômes proctologiques:

8 Cameron D.W et al. (1989) Risk factors for HIV seroconversion in 285 male STI patients in Nairobi, Kenya Lancet, ii :403-7

douleurs, saignements, constipation, etc. L'unique facteur de risque associé retrouvé était un nombre élevé de partenaires sexuels. Les auteurs suggéraient que ces infections non diagnostiquées contribuaient à la progression de l'épidémie VIH dans cette population et proposaient, dans le cadre du suivi VIH, un test de dépistage de l'infection anorectale à *Chlamydiae* chez les HSH ayant des rapports anaux non protégés⁹.

Le lien biologique entre IST et VIH peut être illustré en prenant l'exemple de l'ulcère génital. Chez les personnes séronégatives pour le VIH, les ulcères génitaux accroissent leur susceptibilité au VIH (le risque de se faire infecter) du fait:

- De la brèche muqueuse que constitue l'ulcération génitale;
- Du recrutement et de l'activation *in situ* de cellules cibles pour le VIH (ex. CD4+, mDC, CD4) (HD, HSV);
- De la coinfection dans les mêmes cellules (ex. HSV);
- De la transactivation du VIH (par gènes LTR ou tat) (HSV);
- Du rôle des co-récepteurs et chimiokines circulantes («mucosal synergy»)¹⁰.

Chez les personnes séropositives pour le VIH, les ulcères génitaux accroissent l'infectiosité (présence de virions VIH dans les ulcères génitaux^{11,12}) et le traitement ou la guérison des ulcères génitaux entraînent une diminution du portage génital de VIH¹³.

Enfin, des études interventionnelles randomisées ont montré que l'amélioration de la prise en charge des IST réduisait significativement l'incidence du VIH:

- En Tanzanie, l'étude qui s'est déroulée à Mouanza de 1991 à 1995 a montré une réduction de l'incidence du VIH de 38%, probablement grâce à la réduction de la durée des infections bactériennes symptomatiques¹⁴. De plus, cette intervention a été démontrée comme hautement coût-efficace¹⁵.
- Des études plus récentes montrent que des traitements supprimeurs de l'HSV-2 bien conduits permettent de réduire la concentration du VIH dans les compartiments génitaux et sanguins de façon significative mais pas suffisamment pour réduire la transmission du VIH^{16,17}.

9 Dang T. et al. (2009) High prevalence of anorectal chlamydial infection in HIV-infected men who have sex with men in Switzerland Clinical infectious diseases 10: 1532-1535

10 Rebbapragada A. et al. (2007) Negative mucosal synergy between Herpes simplex type 2 and HIV in the female genital tract, AIDS; 21 (5):589-98

11 Kreiss J.K. et al. (1989) Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. J Infect Dis; 160:380-4

12 Plummer F.A. et al. (1990) Detection of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) in Genital Ulcer Exudate of HIV-1-Infected Men by Culture and Gene Amplification J Infect Dis.; 161(4): 810-811

13 Schacker T. et al. (1998) Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1-infected men. JAMA;280:61-6

14 Mayaud P. et al. (1997) Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial AIDS; 11(15): 1873-1880

15 Gilson L. et al. (1997) Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania Lancet 350 (9094): 1805-1809

16 Nagot N. et al. (2007) Reduction of HIV-1 RNA Levels with Therapy to Suppress Herpes Simplex Virus N Engl J Med 2007; 356:790-799

17 Celum C. et al. Twice-daily acyclovir to reduce HIV-1 transmission from HIV-1 / HSV-2 co-infected persons within HIV-1 serodiscordant couples: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. (Abstract WELBC 101). 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. Cape Town, South Africa



LA FICHE TECHNIQUE

Session 5

Situation épidémiologique du VIH et des IST en Afrique de l'Ouest & Centrale et aspects spécifiques chez les HSH

Durée

2h30

Spécificité des formateurs

- Médecin épidémiologiste, de santé publique, connaissant bien les caractéristiques de l'épidémie du VIH et des IST en Afrique sub-saharienne ainsi que les aspects spécifiques liés aux groupes hautement vulnérable.

Méthodes pédagogiques

- Exposé interactif par les formateurs;
- Séance de questions de clarification et d'approfondissement en fin d'exposé.

Documents (Voir CD)

- Présentation power point (formateurs);
- Exemple Sénégal (participants).

Matériels pédagogiques

- Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser
- Paper board et marqueurs de couleur

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn

Introduction

30 mn

Épidémiologie de l'infection à VIH

20 mn

Pourquoi s'intéresser aux groupes hautement vulnérables dans la lutte contre le VIH ?

30 mn

Les éléments épidémiologiques spécifiques des HSH (exposé à partir des études sénégalaises (ELIHOS)

10 mn

Enjeux et stratégies de lutte contre l'épidémie

25 mn

Épidémiologie des Infections sexuellement transmissibles

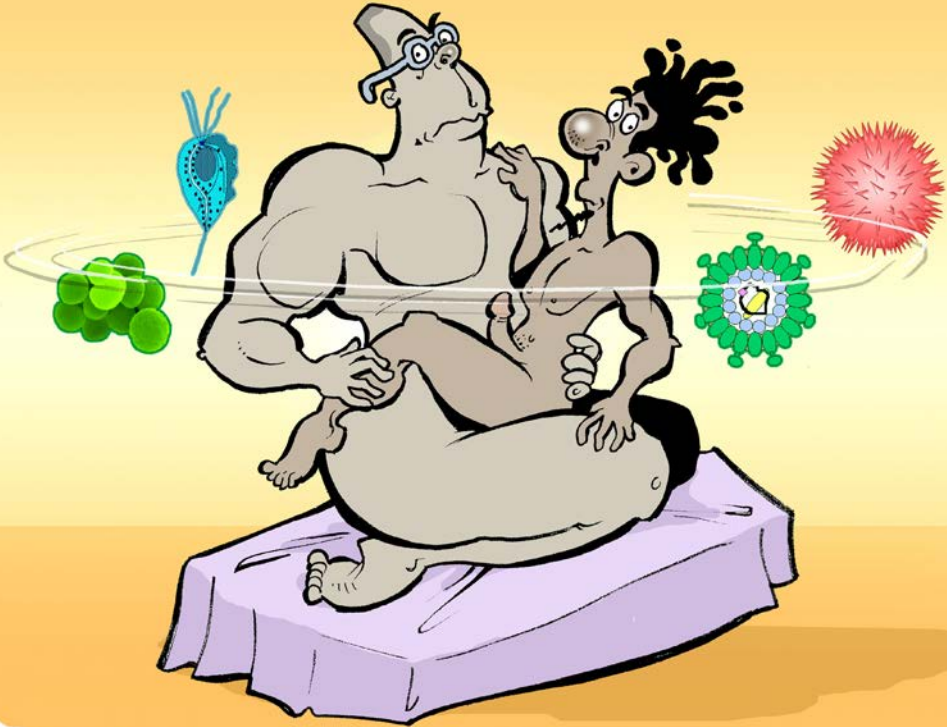
Les participants sont invités à poser des questions ou à intervenir à la fin de chaque sous partie de l'intervention

Pour toute la session, utiliser la PPT «Situation épidémiologique du VIH et des IST en Afrique de l'Ouest et Centrale et aspects spécifiques chez les HSH».



Session 6

Connaissances clés sur les pratiques sexuelles entre hommes: données descriptives, liens avec la transmission des IST et du VIH, enjeux de santé publique



Quelles sont les conduites sexuelles des HSH qui les exposent à un risque de transmission des IST? Comment aider les HSH à réduire ces risques?

Connaître les situations d'exposition aux risques et savoir appréhender les situations génératrices de risques sont des compétences importantes pour conduire des actions d'information, de sensibilisation et de prévention.

Cette session est centrée sur l'évaluation des risques liés aux pratiques des HSH afin de les aider dans leur démarche de prévention et d'élaboration de plan personnalisé de réduction des risques (PPRR).

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure d'aider les HSH à élaborer des stratégies de réduction des risques dans leurs contextes et notamment:

- Décrire les pratiques sexuelles à risques des HSH;
- Expliquer les modes et niveaux de risque de transmission liés à ces pratiques;
- Reconnaître les enjeux de santé publique concernant les conduites à risque des HSH;
- Expliquer les concepts de réduction des risques de transmission;
- Expliquer les concepts de réduction de la vulnérabilité;
- Promouvoir une approche de santé publique dans la recherche de solutions;
- Développer des compétences, principes et valeurs.



L'ESSENTIEL

» INTRODUCTION



Les pratiques sexuelles entre hommes existent dans le monde entier et des études documentent parfaitement leur présence sur le continent africain à travers les siècles comme à l'époque contemporaine.

L'élaboration de programmes de prévention contre les IST et le VIH avec les HSH nécessite des connaissances de base sur leurs pratiques sexuelles et les contextes dans lesquelles elles se déroulent, ainsi que les risques relatifs qu'elles présentent en matière de transmission du VIH et des IST.

En se basant sur quelques principes de réduction de risque et de promotion de la santé, cette session vise à discuter l'application d'approches et l'utilisation d'outils techniques pour réduire les risques de transmission et la vulnérabilité des HSH.

» LES PRATIQUES SEXUELLES ENTRE HOMMES¹

Les pratiques sexuelles les plus fréquentes entre hommes sont la pénétration anale, le sexe oral, les relations crurales (entre-cuisses) et la masturbation mutuelle.

» » PRÉLIMINAIRES

Toutes les parties du corps peuvent être stimulées sexuellement et jouer un rôle dans les activités sexuelles. Dans les rapports sexuels entre hommes, on porte davantage attention au pénis, à l'anus, à la bouche, aux testicules, au scrotum, et aux mamelons.

Le désir sexuel et/ou les caresses ou toute autre forme de frottement ou massage entraînent l'érection du pénis. La stimulation prolongée (par caresses, massage

¹ Ce paragraphe est repris du document produit par International HIV/AIDS Alliance (2003) Entre hommes : prévention du VIH et des IST pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes

ou frottement) du pénis stimule la prostate et les glandes séminales, qui entraînent dans un délai de quelques secondes ou quelques minutes l'éjaculation de sperme (sécrétion génitale masculine). L'éjaculation constitue l'élément essentiel de l'orgasme masculin.

Durant les préliminaires sexuels, les deux partenaires peuvent déclencher leur excitation sexuelle par des baisers sur la bouche, des caresses ou des baisers sur le corps du partenaire, des caresses des mamelons, du scrotum et des testicules, la pénétration de l'anus avec un (ou plusieurs) doigt (doigté). Pour certains hommes, des caresses prolongées de certaines zones érogènes (mamelons par exemple) peuvent conduire à l'éjaculation.

» » RAPPORTS SEXUELS

Le but de la plupart des actes sexuels entre hommes consiste à stimuler le pénis jusqu'à l'éjaculation et l'orgasme. Les rapports sexuels entre hommes sont cependant volontiers multiformes, riches et variés, et peuvent intervenir dans des contextes tout aussi variés. On peut citer :

- **Sexe de contact:**
 - » Caresses;
 - » Entre-cuisses: frottement du pénis de l'un des partenaires entre les cuisses de l'autre partenaire;
 - » Frottage: frottement des pénis l'un contre l'autre;
 - » Masturbation: utilisation de la main pour caresser le pénis;
 - » Masturbation mutuelle: les 2 partenaires se masturbent mutuellement simultanément;
 - » Doigté: utilisation d'un ou plusieurs doigts pour stimuler les parties génitales, incluant l'insertion des doigts dans l'anus.
- **Sexe oral:**
 - » Baisers superficiels, baisers profonds, léchage.
- **Sexe oro-génital ou oro-anal:**
 - » Fellation: sucer le sexe de son partenaire;
 - » Fellation mutuelle: les deux partenaires pratiquent la fellation en même temps;
 - » Rimming ou anulingus: lécher ou embrasser l'anus;
- **Sexe anal:**
 - » Sodomie: pénétration du pénis en érection dans l'anus du partenaire.

La pénétration anale donne du plaisir au partenaire qui pénètre (actif ou insertif) parce que cela produit une friction du pénis dans le canal anal et le rectum. Cela donne aussi du plaisir au partenaire receveur (passif ou réceptif) parce que le pénis stimule la prostate située en avant du rectum. Cela peut être cependant douloureux pour le partenaire réceptif, en particulier si la pénétration est violente ou forcée, s'il n'y a pas de gel lubrifiant ou encore quand la pénétration ne ménage pas assez de temps aux muscles situés autour de l'anus et du rectum pour se détendre.

Puisque l'anus ne se lubrifie pas naturellement, il est nécessaire d'utiliser du gel lubrifiant. On peut utiliser la salive, mais elle sèche vite. Certains corps gras sont souvent utilisés (vaseline, huiles cosmétiques ou de massage) mais leur usage est déconseillé avec les préservatifs, parce qu'ils endommagent le latex (risque de porosité et/ou de rupture des préservatifs). L'idéal est d'utiliser des gels lubrifiants à base d'eau (macrogol) et/ou de silicone.

Certains hommes pratiquent d'autres types d'actes sexuels entre eux, parmi lesquelles des pratiques sadomasochistes (qui consistent à infliger de la douleur à un partenaire consentant), l'insertion d'objets (godemichets et autres jouets sexuels) ou de la main (fist-fucking) dans l'anus et le rectum. Ces pratiques sont plus répandues dans des cultures où les hommes ont toute liberté d'explorer leur sexualité mais elles peuvent s'avérer dangereuses lorsqu'elles sont effectuées sans les connaissances et techniques appropriées qui réduisent les risques y afférents. On rappelle cependant qu'une bonne part de ces pratiques existent également chez les hétérosexuels (sdomasochisme, sextoys, etc.).

» » RÔLES SEXUELS ET PLAISIR

Certains hommes préfèrent avoir un seul rôle sexuel, par exemple réceptif ou insertif, lors de pratiques de pénétration anale. D'autres, aussi appelés «versatiles», choisissent l'un ou l'autre rôle selon leur humeur, leurs besoins ou ceux de leur partenaire. Comme pour toute activité humaine, les rapports sexuels peuvent et doivent être créatifs et les rôles sexuels peuvent changer à plusieurs reprises pendant un même rapport.

La pénétration anale et la fellation peuvent être explicitement et implicitement associées au pouvoir et à la domination. Cependant, d'autres hommes considèrent la pénétration anale et la fellation comme des moyens de donner et de recevoir du plaisir ou comme des actes d'amour, dans lesquels les concepts de domination et de soumission ne sont pas pertinents.

Dans les rapports sexuels, le plaisir vient autant de l'attitude de l'individu que de l'acte physique accompli. Plusieurs facteurs influencent le plaisir des rapports sexuels, notamment l'état psychologique de la personne, son attirance émotive et physique envers son partenaire et l'utilisation de substances psycho-actifs (alcool, drogues, etc.).

Les trop rares recherches menées dans ce secteur montrent que les hommes qui sont très à l'aise avec leurs préférences sexuelles sont plus à même d'apprécier les rapports sexuels, de donner du plaisir à leur partenaire et d'être attentifs aux messages de prévention ciblant les HSH.

» » CONTEXTE DE RENCONTRES ET DE RAPPORTS SEXUELS

Les HSH cherchent et trouvent habituellement des endroits spécifiques où se rencontrer et avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les adolescents et les jeunes hommes se rencontrent souvent par hasard, les hommes plus conscients de leurs besoins sexuels «draguent» plus activement. Cela peut se passer n'importe où, dans la rue, les transports en commun, dans des magasins ou au restaurant, ou encore dans des endroits où les hommes passent du temps ensemble (environnement de travail, bars, clubs ou maquis, associations

sportives ou gymnases).

Dans quelques pays, il existe des bars, des clubs et des saunas spécifiquement destinés aux HSH. Même dans les pays où les rapports sexuels entre hommes sont tabous, voire criminalisés, il existe dans toutes les grandes villes des lieux (parcs, plages ou autres endroits publics) où les HSH se rencontrent.

Enfin l'Internet est devenu une communauté virtuelle pour beaucoup d'hommes qui l'utilisent pour lier des contacts sociaux et sexuels avec d'autres hommes. Les contacts peuvent se faire sur les réseaux sociaux ou sur des sites spécialisés. L'internet offre également des possibilités d'explorer son identité sexuelle, d'obtenir de nombreuses informations et constitue un outil offrant de nombreuses possibilités en matière de prévention du VIH et des IST.

Les rapports sexuels n'ont pas toujours lieu là où les hommes se rencontrent, en particulier s'il n'y a pas de possibilité d'intimité. Là où la plupart des hommes vivent en famille, les rapports sexuels ont davantage tendance à se dérouler dans des lieux de rencontre (parcs, toilettes publiques, salon de massage, voiture, chambres d'hôtel ou autres). Il arrive que les rapports sexuels se déroulent ouvertement, comme en prison, dans des lieux de rencontre publics ou des lieux festifs fréquentés par les HSH. D'autres partenaires peuvent dans certains cas se joindre à l'activité sexuelle, avec ou parfois même contre la volonté de l'un ou l'autre des partenaires initiaux.

» ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'ÉVALUATION DES RAPPORTS SEXUELS ENTRE HSH EN FONCTION DES MODES DE TRANSMISSION ET DES CONDUITES À RISQUES

Les risques d'infection à VIH ou IST dépendent de facteurs physiques, épidémiologiques et socio-économiques.

L'étendue des **risques physiques** varie selon les pratiques sexuelles. C'est ainsi que la pénétration anale sans préservatif est à plus fort risque, en particulier si l'un des partenaires a une IST qui provoque des lésions/érosions muqueuses (herpès, syphilis, etc.). Les pratiques de sexe oral présentent moins de risques bien que ceux-ci augmentent si le partenaire réceptif a des lésions/érosions muqueuses oro-pharyngées ou des saignements gingivaux.

Type de rapport sexuel	Statut VIH du partenaire	Probabilité par acte
Anal réceptif (rôle passif)	VIH+	0,5 - 3%
Anal insertif (rôle actif)	VIH+ ou inconnu	0,01 – 0,18%
Oral réceptif avec éjaculation		
(pratiquer une fellation)	VIH+ ou inconnu	0,06%
Oral réceptif sans éjaculation	VIH+ ou inconnu	ND
Oral insertif avec éjaculation (recevoir une fellation)	VIH+ ou inconnu	0,04%




Fig. 6-1: Gradation du risque de contamination VIH selon les pratiques sexuelles

Les rapports avec pénétration anale sont plus à risque de transmission du VIH que les rapports vaginaux car :

- La muqueuse du rectum et de l'anus est plus fine et donc plus fragile (saignements et plaies plus fréquentes);
- Il n'y a pas de lubrification naturelle de l'anus et du rectum;
- L'élasticité du sphincter du canal anal et du rectum est limitée;
- Les cellules immunitaires cibles du VIH sont plus nombreuses dans l'environnement du rectum que du vagin.

On estime que les rapports anaux réceptifs non protégés sont **10 fois plus à risque** de transmission du VIH que les rapports vaginaux non protégés.

Ces risques physiques sont accrus par certains cofacteurs qu'il convient de bien connaître:

- **Stade de l'infection à VIH** du patient source:
 - » Primo-infection, probabilité par acte (ppa): 3 % - 10 %
 - » Asymptomatique, ppa: 0,01 % - 0,1 %
 - » Stade 3 ou 4 de l'infection (stade sida), ppa: 0,1 % – 1 %; immunodépression sévère (CD4 < 200) du patient source : risque de transmission multiplié par 6,1 à 17,6;
- **Charge virale élevée** du patient source en cas d'absence de traitement ARV ou (plus rarement) de résistance aux antirétroviraux. C'est ce qui explique le risque accru lors de la primo-infection ou des stades avancés de l'infection;
- **Infection ano-génitale:** les IST induisant des ulcérations cutanéomuqueuses (chancres, syphilis, herpès) multiplient le risque de 1,7 à 7;
- **Lésions muqueuses ano-génitales:** fissures, fistules, hémorroïdes, lésions traumatiques (notamment lors de l'utilisation de jouets sexuels ou de fist-fucking), violences sexuelles (viols).

Les risques épidémiologiques dépendent d'une part du nombre de partenaires avec lesquels un individu a des relations sexuelles non protégées et d'autre part de la prévalence de l'infection dans la communauté ou le groupe dont est(ont) issu(s) ce(s) partenaire(s).

Différents autres facteurs peuvent également accroître la vulnérabilité des personnes ou induire des comportements qui augmentent leurs risques d'infection.

Les facteurs de vulnérabilité socio-économiques incluent la réticence à parler des comportements sexuels, les questions de pauvreté, d'analphabétisme et d'homophobie. Ainsi, la pauvreté réduit l'accès aux préservatifs et augmente les risques liés au multipartenariat dans le cadre du commerce du sexe, l'analphabétisme diminue les situations d'apprentissage des risques d'infection et l'homophobie entraîne un nombre réduit de programmes de prévention, voire leur absence.

» LES ENJEUX EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ CONCERNANT LES HSH

Les cadres permettent de modéliser une intervention de santé publique concernant les conduites à risques des HSH:

- La promotion de la santé est le «*Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*» (OMS, Ottawa 1984);
- Définition actuelle de la Santé Sexuelle, agréée par l'OMS. «*La Santé Sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La Santé Sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la Santé Sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés*»

Enjeu N°1	Enjeu N°2
Qui sont les acteurs pouvant s'engager dans la prévention du VIH chez les HSH ?	Comment évaluer les besoins de prévention combinée du VIH /IST chez les HSH?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les HSH; 2. Les groupes communautaires identitaires; 3. Le rôle des communautés (autres); 4. Les pourvoyeurs de services; 5. Les décideurs politiques (santé, justice au niveau national ou local); 6. Les acteurs du secteur privé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidence; 2. Prévalence ; 3. Mesure des taux de séropositivité; 4. Données relevées par les pourvoyeurs de services; 5. Estimation de la taille des groupes; 6. Enquêtes sur les comportements sexuels; 7. Enquêtes sur l'accès aux services de prévention et soins; 8. Évaluation de l'impact des contextes structurels: légaux, culturels, religieux, politiques et économiques.

Enjeu N°3	Enjeu N°4
Comment obtenir des HSH qu'ils appliquent des stratégies individuelles ?	Comment évaluer l'impact des contextes structurels ?
<ol style="list-style-type: none"> 1. La réduction du temps entre l'infection et le diagnostic (dépistage); 2. La réduction du taux d'échec lors de l'usage des préservatifs; 3. Les stratégies de positionnement sexuel 4. Les choix séro-adaptatifs; 5. La réduction du nombre de partenaires sexuels; 6. L'abstinence. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser les lois protégeant et criminalisant les comportements homosexuels; 2. Analyser les pratiques (agents de santé, religieux, leaders, population générale) à l'encontre des pratiques sexuelles entre hommes et des HSH; 3. Analyser les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination sur les comportements sociaux et médicaux des HSH.

» LES INTERVENTIONS POSSIBLES AUPRÈS DES HSH POUR RÉDUIRE LES RISQUES

» » INTERVENIR, MAIS COMMENT ?

- **Appliquer les principes de base en promotion de la santé**
 - » Comment prendre en compte les contextes d'homophobie?
 - » Comment prendre en compte les besoins sexuels, le désir, la quête du plaisir, l'intimité des HSH?
 - » Quel est le rôle des approches basées sur la peur?
- **Réflexions préalables pour tout intervenant auprès des HSH?**
 - » «*Je ne peux pas contrôler la vie sexuelle des HSH*».
 - » «*Je peux fournir des informations et des services pour les aider à faire les choix les plus sains*».
 - » «*Je peux accroître le pouvoir des HSH à contrôler leur santé sexuelle en les aidant à opérer des choix sains, adaptés à leurs besoins*».
 - » «*Je ne dois pas présupposer que le seul souci des HSH est d'éviter l'infection ou la transmission du VIH*».
 - » «*Je dois savoir que même lorsque tous les besoins de prévention sont satisfaits, certains hommes vont tout de même choisir de prendre des risques et s'exposer à l'infection ou à la transmission. Ceci ne constitue pas nécessairement un échec de ma part*».

» » INTERVENTIONS POSSIBLES AUPRÈS DES HSH POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES DE TRANSMISSION DES IST/VIH (PRÉVENTION COMBINÉE)

Interventions visant les comportements sexuels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préservatifs et lubrifiants sexuels ▪ Microbicides rectaux (?) ▪ Conseil et soutien psychologique ▪ Campagnes de prévention sur internet et dans les lieux de rencontres et de rapports sexuels.
Traitements ARV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescription et soutien à l'observance
Autres interventions biomédicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage volontaire ▪ Prophylaxie pré et post-exposition ▪ Traitement syndromique des IST ▪ Vaccinations
Interventions visant les changements structurels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décriminalisation ▪ Politique gouvernementale contre l'homophobie ▪ Initiatives visant à renforcer l'implication des hommes dans la lutte contre le VIH ▪ Renforcement des structures communautaires ▪ Interventions visant à sensibiliser le personnel de santé ▪ Campagnes médiatiques (dans les environnements où cela est possible)

Le travail de prévention auprès des HSH suppose quelques conditions préalables:

- Être compétent;
- Être convaincu de son rôle d'acteur de prévention.

Il impose également de réfléchir à quelques questions clés sur les interventions que l'on propose et la façon de les mettre en oeuvre:

- **Dimension éthique:** De quel droit intervenir dans le comportement d'autrui ?
- **Dimension scientifique:** Quel bénéfice pour la santé des HSH ?
- **Dimension didactique:** Quelle formation suivre pour aider et accompagner le HSH en matière de prévention et de réduction des risques ?



POUR EN SAVOIR PLUS

- International HIV/AIDS Alliance (2003) Entre hommes Prévention du VIH et des IST pour des homes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes

http://www.aidsmark.org/ipc_en/pdf/sm/hr/msm/Between%20Men%20%20-%20HIV%20&%20STI%20Prevention%20Among%20MSM%20French.pdf



LA FICHE TECHNIQUE

Session 6	Connaissances clés sur les pratiques sexuelles entre hommes: données descriptives, liens avec la transmission des IST et du VIH, enjeux de santé publique
Durée	2h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Parcours de santé publique et d'acteurs de prévention. Connaissance des spécificités culturelles africaines quant aux questions socio-sexuelles.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif Échange d'expériences Questions/réponses pour clarification et approfondissement
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> Présentation power point (formateurs)
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser Paper board et marqueurs de couleur

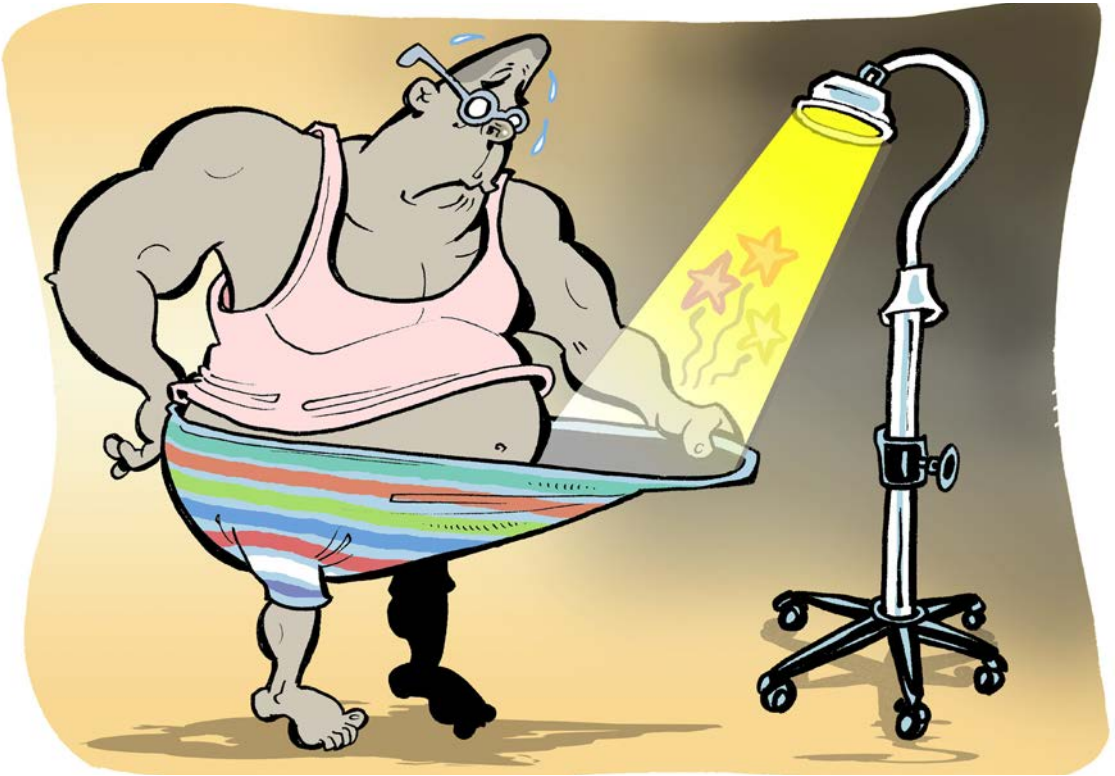
DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn	Introduction
30 mn	Les pratiques sexuelles entre hommes
30 mn	Les éléments à prendre en compte dans l'évaluation des relations sexuelles entre hommes en fonction des modes de transmission et des conduites à risque
20 mn	Les enjeux en matière de sexualité concernant les HSH
15 mn	Interventions possibles auprès des HSH pour réduire les risques
20 mn	Questions/réponses

Pour toute la session, utiliser la PPT «Connaissances clés sur les pratiques sexuelles entre hommes : données descriptives, liens avec la transmission des IST et du VIH, enjeux de santé publique».



Spécificités de la prise en charge médicale du VIH et des IST chez les HSH



Quels sont les aspects essentiels et spécifiques de la consultation médicale des HSH? Quelles sont les spécificités des thérapeutiques du VIH et des IST chez les HSH?

Les acteurs intervenant auprès des HSH doivent posséder de solides notions en matière de VIH et d'IST. Sans reprendre toute la théorie sur ces pathologies (d'autres manuels, guidelines et recommandations sont disponibles pour cela), cette session rappelle quelques données de base sur le VIH et les IST avant de détailler les aspects spécifiques que doit contenir une consultation médicale lorsque le patient est un HSH. Une attention particulière doit notamment porter sur les expressions cliniques spécifiques des IST chez les HSH.

Les données exposées dans cette session prennent en compte les recommandations OMS 2011 «*Prévention et traitement du VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres*».

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de prendre en charge au plan thérapeutique les IST et le VIH chez les HSH, dans une démarche de prise en charge globale et dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. Ils seront en mesure notamment de:

- Identifier les symptômes accompagnant l'infection à VI;
- Identifier les IST communes, leurs localisations et leurs complications et leurs manifestations spécifiques chez les HSH;
- Prendre en compte les interactions entre le VIH et les IST;
- Appliquer les étapes de l'examen clinique d'un HSH;
- Traiter les IST et le VIH selon les recommandations nationales et internationales, en prenant en compte les spécificités des HSH;
- Travailler dans un contexte de prise en charge globale.



L'ESSENTIEL

» INTRODUCTION

Il est important de noter ici que ne seront traitées dans ce chapitre que les spécificités liées aux HSH. Vous trouverez dans d'autres manuels et guides des informations générales sur le VIH, les IST et la prise en charge globale (voir la rubrique «Pour en savoir plus»).

» ASPECTS CLINIQUES DES IST ET DU VIH ET LEURS INTERACTIONS

Les infections sexuellement transmissibles se définissent comme des pathologies pouvant se transmettre lors des relations sexuelles avec une ou des personne(s) déjà contaminée(s), qu'il y ait ou non pénétration. Elles sont causées par des bactéries, des virus, des parasites ou des levures. Certaines ne sont pas exclusivement sexuellement transmissibles (VIH, hépatites A, B ou C).

On distingue schématiquement deux grandes familles d'IST:

- **Les IST à expression locale** (organes génitaux, peau et muqueuses, etc.): voir tableau 1
- **Les IST à diffusion systémique:** VIH et virus des hépatites (VHA, VHB, VHC): voir tableau 2

» TABLEAU 1 : LES IST À EXPRESSION LOCALE

INFECTION	GERME	LOCALISATION	SYMPTOMATOLOGIE
Gonococcie	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (bactérie)	Urètre Gorge Anus	Urétrite: sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation Pharyngite: gorge sèche, douleur pharyngée et toux évoquant une infection respiratoire virale Anite: sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux
Chlamydiose	<i>Chlamydia trachomatis</i> (bactérie)	Urètre Anus Scrotum	Urétrite: sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation +/- prurit ou douleur au méat urétral Anite: sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux Infection du scrotum: inflammation et douleur autour des testicules
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i> (bactérie)	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes et de la bouche	3 stades de l'infection: Syphilis primaire: ulcération (chancre) indolore, induré, à l'endroit de l'inoculation; Syphilis secondaire: éruption cutanée, atteinte neurologique (méningite), atteinte ophtalmologique; Syphilis tertiaire: atteinte neurologique (paralysie générale, tabès).
Chancres mou	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes Ganglions inguinaux	Ulcération inflammatoire, douloureuse, profonde, non indurée, prurit Adénopathie satellite
Herpès	<i>Herpès Simplex Virus</i> type 1 ou 2	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes et bouche	Vésicules puis ulcérations douloureuses uniques ou multiples
Condylomes ou crêtes de coq	<i>Human Papilloma Virus</i>	Région génito-anales (+urètre)	Végétations vénériennes: excroissances cutané- muqueuses augmente le risque de cancer anal

INFECTION	TRANSMISSION	CONDUITE À TENIR
Gonococcie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexe oral (fellation) ▪ Sexe anal ▪ Sexe oro-anal 	Examen clinique + test rapide si disponible (prélèvement) Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage régulier pour les infections asymptomatiques
Chlamydie	Sexe oral (fellation) Sexe anal Sexe oro-anal	Examen clinique + test rapide si disponible Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage régulier pour les infections asymptomatiques
Syphilis primaire	Sexe oral (fellation) Sexe anal Sexe oro-anal	Examen clinique + test rapide si disponible (sinon, RPR/VDRL), test de confirmation, Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage annuel
Chancres mou	sexe oral, anal et oro-anal	Examen clinique Traitement (Ceftriaxone) Aspiration des ganglions inguinaux
Herpès	Baiser, sexe oral, anal et oro-anal	Examen clinique Traitement (acyclovir)
Condylomes ou crêtes de coq	Sexe anal	Examen clinique y compris anoscopie Cryothérapie (pour lésions externes) ou exérèse chirurgicale et application topique
Lymphogranulomatose vénérienne	sexe oral, anal et oro-anal	Examen clinique Traitement (doxycycline)

Les complications des IST à expression locale peuvent être locales, loco-régionales ou même parfois systémiques:

- Complications locales: sténose urétrale (rétrécissement du canal urinaire avec difficultés pour uriner, suite à une inflammation prolongée), fistule, sclérose ou rétrécissement du rectum (suite à une inflammation prolongée);
- Diffusion de l'infection au niveau loco-régional: atteintes testiculaires à type d'orchite ou orchio-épididymite (inflammation aiguë des testicules avec gonflement, douleur et fièvre), atteinte des trompes et des ovaires (salpingite, ovarite), avec le risque dans les deux cas de stérilité secondaire;
- Diffusion de l'infection au niveau général ou systémique: syphilis secondaire et tertiaire, LGV;
- Augmentation du risque de cancer ano-rectal lié au virus HPV.

» » TABLEAU 2 : LES IST À DIFFUSION SYSTÉMIQUE

INFECTION	GERME	SYMPTOMATOLOGIE	TRANSMISSION	CONDUITE À TENIR
VIH et Sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine	L'évolution naturelle (sans intervention thérapeutique) évolue en 3 étapes : primoinfection du VIH (symptomatique chez 20 à 50% des patients infectés) période asymptomatique période symptomatique (symptômes dus au VIH lui-même ou à une infection opportuniste) vers SIDA	Tous rapports sexuels non protégés, Injection de drogue Transfusion sanguine à risques Transmission mère-enfant	Examen clinique + test rapide si disponible Bilan pré-thérapeutique Initiation des ARV selon les normes
Hépatite A	Virus de l'hépatite A -VHA	Ictère, fièvre et défaillance hépatique aiguë	Sexe oro-anal Echange de sex toys	Examen clinique + sérologique (IgG AcVHA) Traitement symptomatique Vaccination
Hépatite B	Virus de l'hépatite B -VHB	Hépatite aiguë : inflammation du foie, avec ou sans ictère et troubles digestifs avec nausées et vomissements Dans 1/10 cas : devient chronique. Le porteur est contaminant pour son entourage. Si hépatite chronique active : fièvre modérée, grande fatigue, troubles digestifs, ictère, urines foncées ou selles décolorées. La cirrhose et le cancer du foie sont les complications possibles	Tous rapports sexuels non protégés, Injection de drogue Transfusions sanguines à risques	Examen clinique + sérologique (Ag HBs + Ac HBs) Si coinfection VIH-VHB, initiation précoce et adaptée des ARV Vaccination
Hépatite C	Virus de l'hépatite C -VHC	Idem VHB	Sexe anal (notamment fist-fucking) Injection de drogue	Examen clinique + sérologique (IgG Ac VHC) Si coinfection VIH-VHC, initiation précoce et adaptée des ARV

» » INTERACTIONS / RELATIONS ENTRE IST/VIH

Les IST favorisent l'entrée du VIH/SIDA par :

- Les ulcérations et plaies des muqueuses;
- Les inflammations et écoulements ano-génitaux.

Par exemple, l'anorectite à Chlamydia trachomatis (LGV) et la syphilis accroissent significativement le risque de transmission du VIH.

A l'inverse, le VIH a aussi une influence sur les IST:

- Aggravation des signes cliniques des IST;
- Augmentation de la durée de traitement nécessaire, des échecs de traitement et de la fréquence des récurrences des IST;

- Modification de l'épidémiologie des IST.

Par exemple:

- Une syphilis non traitée évolue plus rapidement et les neurosyphilis sont plus fréquentes chez les PVVIH;
- La co-infection du VIH avec l'hépatite B ou C entraîne une accélération de la progression de l'atteinte hépatique, la survenue plus rapide de cirrhose et carcinomes hépatocellulaires.

» CONSULTATION MÉDICALE POUR LES HSH

» » LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Lorsque le patient fait partie d'un groupe spécifique tel que les HSH, la relation soignant-soigné est plus complexe à développer. Des obstacles peuvent survenir du côté des soignants comme du côté des soignés, acteurs de cette relation:

Du côté du soignant:

- Manque de confiance en sa capacité et ses compétences spécifiques pour fournir ce service;
- Gêne occasionnée par les discussions portant sur la sexualité du patient (plus marquée lorsqu'il s'agit de rapports sexuels entre hommes et pratiques connexes);
- Croyances et opinions propres du soignant sur les rapports sexuels entre hommes, l'homosexualité (déviante, perversion, etc.);
- Peur des soignants vis-à-vis du retentissement de leur activité professionnelle auprès des HSH (stigmatisation au sein de leur communauté s'ils parlent ouvertement de sexualité et de rapports sexuels entre hommes).

Du côté du patient:

- Gêne ou honte d'aborder des questions intimes, notamment celles concernant les pratiques sexuelles;
- Peur de dévoiler son orientation et ses pratiques sexuelles du fait du risque de stigmatisation et de discrimination, voir d'humiliations et de violences;
- Auto-stigmatisation des patients qui projettent leurs angoisses de rejet sur les soignants, sans savoir quelles sont leurs opinions et attitudes (différences entre les croyances, la religion, la culture ou l'orientation sexuelle des soignants et des patients).

Ces difficultés sont volontiers renforcées par celles qui surviennent dans le contexte du VIH (stigmatisation, discrimination, peurs des soignants, etc.).

Les convictions personnelles des acteurs de santé et psycho-sociaux ne doivent pas interférer dans la relation soignant-soigné, au risque de compromettre la qualité des soins. Sans leur demander d'être d'accord avec les pratiques des HSH, il est important que les acteurs de santé et psycho-sociaux interagissent avec leurs patients de manière empathique, dans le respect du droit à la santé pour tous et de l'accès universel aux soins liés au VIH et aux IST. Pour cela, les agents de santé doivent:

- Travailler sur leurs propres représentations et la compréhension des facteurs

qui mènent au rejet, aux préjudices et à la discrimination pour mieux s'en départir;

- Considérer que tout patient de sexe masculin peut être un HSH (on estime le nombre de HSH entre 3 et 5% de la population masculine en moyenne dans le monde, quel que soit le continent et le pays);
- Ne pas porter de jugement sur le patient dont ils ont la charge;
- Insister sur le respect de la confidentialité et expliquer concrètement aux bénéficiaires les mesures prises pour la respecter (éventuellement attribution d'un nom fictif sur le dossier médical, éviter d'y inscrire certaines informations potentiellement compromettantes pour le patient, etc.);
- Connaître les termes liés aux pratiques sexuelles et aux habitudes de communication des HSH, pour partager un langage commun avec eux lors des consultations;
- Être attentif aux déterminants utilisés : éviter d'utiliser le féminin pour parler des partenaires sexuels, utiliser le féminin pour un patient transgenre habillé en femme, poser très simplement la question du genre au patient lorsqu'une ambiguïté existe;
- Expliquer les raisons qui justifient des questions souvent intimes et parfois même embarrassantes;
- Adapter le langage/vocabulaire au niveau de compréhension du patient.

Est-il préférable que le soignant soit un homme ou une femme ?

Le genre du soignant peut interférer dans la relation soignant-soigné et parfois poser problème. Il faut y être attentif. Il n'y a cependant pas de règle en la matière: une relation de qualité peut s'instaurer avec des soignants des deux sexes. Certains HSH peuvent trouver plus confortable de parler avec des soignants de sexe féminin, tandis que d'autres préféreront les hommes, voire des soignants qui sont également HSH.

» » LE DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

Le déroulement de la consultation est similaire à celui de toute autre consultation. Le soignant fera cependant particulièrement attention aux points suivants:

- Le début de la consultation doit être consacré à **développer un rapport de confiance avec le patient**. Il convient de le rassurer sur quelques points essentiels:
 - » Il peut parler franchement, sans crainte d'être jugé;
 - » La relation entre le soignant et le soigné n'est pas moralisatrice mais c'est une relation d'aide;
 - » L'échange et les informations recueillies resteront confidentiels;
 - » S'il le souhaite, la structure de santé pourra s'organiser afin que le patient puisse avoir affaire au même professionnel de santé pour les consultations ultérieures (dans la limite des contraintes imposées à cette structure par ailleurs).
- L'anamnèse doit ensuite comporter le recueil d'information habituel

(caractéristiques sociodémographiques, antécédents médicaux, chirurgicaux et psychopathologiques, etc.), mais elle s'attachera aussi à explorer la **biographie sexuelle du patient**. Il est important que le patient comprenne que les questions liées à sa biographie sexuelle sont posées dans un but médical (et non pas par curiosité malsaine du soignant ou voyeurisme). Pour cela, on s'attachera à expliquer que:

- » Ces questions relèvent d'un recueil d'information de routine permettant d'évaluer notamment les risques d'exposition aux IST et d'évaluer les risques pris en général;
- » Cela permet de mettre en place un plan de réduction des risques adapté aux besoins spécifiques du patient;
- » L'intégralité de la discussion reste strictement confidentielle;
- » Si certaines questions lui paraissent trop gênantes, le patient a parfaitement le droit de ne pas y répondre.

Il est préférable de commencer le recueil d'information sur la biographie sexuelle par des questions générales et neutres, par exemple: «*êtes-vous célibataire ou en couple?*», «*êtes-vous marié?*», «*avec une ou plusieurs femmes?*», «*avez-vous d'autres relations sexuelles?*», etc.

On pourra continuer par les questions suivantes: «*dans les 6 derniers mois, avez-vous eu des relations avec des femmes uniquement?*», «*avec des hommes uniquement?*» «*avec des femmes et des hommes?*»

Si le patient répond qu'il a déjà eu des relations sexuelles avec un ou des hommes (exclusivement ou non), il peut être considéré comme un HSH et il conviendra de poursuivre le recueil d'information dans ce sens. Il ne pas oublier de rassurer le patient régulièrement en l'incitant à parler franchement et ouvertement et que parler de sexualité est une des tâches communes des professionnels de santé.

Les questions suivantes doivent être posées de manière directe et spécifique et en utilisant si possible le vocabulaire utilisé par les HSH:

- » **Statut sérologique vis-à-vis du VIH et historique des dépistages;**
- » **Nombre et genre des partenaires:** âge des premiers rapports, nombre de partenaires dans les 6 derniers mois, hommes et/ou femmes;
- » **Types de rapport sexuel:** oral, vaginal, anal réceptif, anal insertif (clarifier au besoin le terme « rapport sexuel »: contacts intimes ou physiques sexuels, pas forcément avec pénétration);
- » **Contexte des rapports sexuels:** partenaire stable et/ou occasionnel, unique ou multiples, circonstances et lieux des rapports sexuels (fréquentation de lieux spécifiques, y compris prisons, internats, casernements, etc.), échange de services sexuels contre de l'argent, des produits psycho-actifs (alcool, drogues), de la nourriture (ce qui n'est pas forcément considéré comme de la prostitution par le patient), utilisation de produits psycho-actifs au cours des rapports sexuels, etc;
- » **Mesures de réduction des risques:** rapports sexuels protégés ou non (si protégés, systématiquement avec tous les partenaires ou seulement

avec certains), quels types de protection (préservatifs, gels lubrifiants, lesquels?), capacité de négociation des moyens de protection lors des rapports sexuels, connaissances de base sur les IST et le VIH, sur les moyens de prévention;

- » **Notion de contrainte, violence sexuelle ou de déplaisir.** «*y-a-t-il quelque chose au sujet du/des rapport(s) sexuel(s) qui a été difficile pour vous?*»
- » **Fonction sexuelle:** existence de problème de dysfonction érectile, de rapports sexuels douloureux, d'éjaculation précoce, etc. Ces questions sont importantes à poser car des dysfonctions sexuelles peuvent entraîner des conduites à risque, telles que la non-utilisation du préservatif pour renforcer l'érection ou l'utilisation de médicaments ou produits divers pour améliorer les performances sexuelles (par exemple pour faire durer le rapport sexuel), ce qui peut entraîner des risques spécifiques (traumatismes au niveau génital ou ano-rectal, etc.). A noter que pour certaines personnes, le rapport sexuel peut être considéré comme une performance que les méthodes de réduction des risques vont gêner ou entraver.
- Poursuivre l'anamnèse en précisant la **plainte actuelle du patient:** type de symptômes (être précis), durée, présence des mêmes symptômes chez le(s) partenaire(s), symptômes déjà ressentis auparavant, IST contractées et traitées précédemment. Cette dernière question complète la biographie sexuelle et peut faire apparaître des comportements et pratiques à risque non cités jusque là.

S'il n'y a pas de symptômes, il convient de se rappeler que le VIH présente une période asymptomatique et que de nombreuses autres IST sont asymptomatiques. Approfondir l'exploration sur les expériences sexuelles passées est utile, notamment sur les prises de risques (rapports non protégés avec des partenaires ayant une IST). Cela permet de donner des indications sur la conduite de l'examen physique, d'indiquer des examens complémentaires ou des traitements présomptifs.

- Finir l'anamnèse par les **médicaments utilisés actuellement:**
 - » Allergies connues aux antibiotiques ou autres médicaments;
 - » Certains médicaments par voie orale ou topique peuvent gommer des symptômes provisoirement (antibiotiques mal prescrits, anti-inflammatoires, etc.);
 - » Utilisation de produits illicites et médicaments traditionnels.

» EXAMEN PHYSIQUE SPÉCIFIQUE ORIENTÉ SUR LA SANTÉ SEXUELLE D'UN HSH

Les organes concernés sont tout le corps et plus spécifiquement la bouche, l'appareil génital, la région périnéale et la région ano-rectale.

Avant d'initier l'examen physique de santé sexuelle, il est nécessaire de recueillir l'accord du patient, après lui avoir expliqué les raisons de l'examen (notamment que de nombreuses IST présentent peu de symptômes), son déroulement et les instruments qui vont être utilisés.

RÔLES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Pénis (synonyme: verge): organe sexuel masculin (désigné aussi par le terme phallus lorsqu'il est en érection, c'est-à-dire lorsqu'il devient raide à la suite d'un afflux de sang). C'est l'organe de la miction et de l'accouplement chez l'homme et les mammifères mâles.

Testicule: glande reproductrice mâle. Les testicules sont deux glandes ovales d'environ 4 centimètres de long et 2,5 centimètres de large, suspendues dans les bourses, ou scrotum, à l'extérieur du corps afin de diminuer leur température, une condition indispensable pour une production optimale de spermatozoïdes. A partir de la puberté, les testicules comportent des canalicules séminifères, dont les cellules produisent des spermatozoïdes, cellules reproductrices mâles. D'autres cellules des testicules sécrètent la testostérone, l'hormone mâle, pour la déverser dans la circulation générale. La testostérone joue un rôle prépondérant dans le développement des caractères masculins, stimule le développement des organes annexes de l'appareil reproducteur (la prostate, les vésicules séminales, etc.), et possède un effet stimulant sur l'anabolisme (synthèse) des protéines.

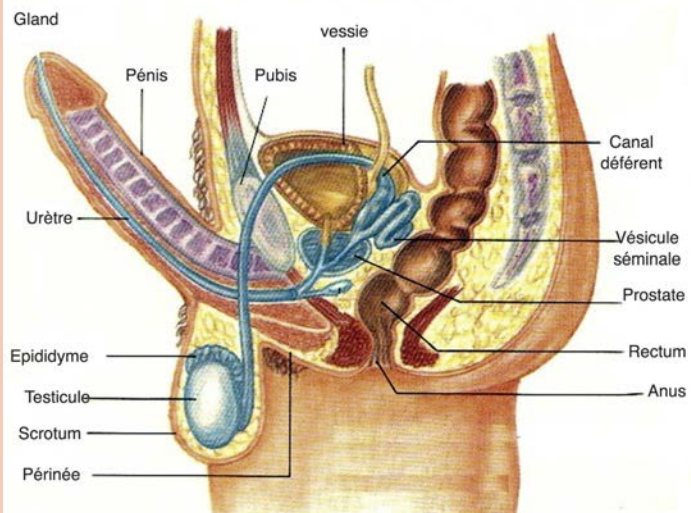
Vésicules séminales: deux glandes débouchant dans la prostate pour se relier aux canaux déférents qui devient à ce niveau le canal éjaculateur. Elles produisent un liquide riche en fructose. Ce liquide permet de nourrir les spermatozoïdes. Elles se situent en dérivation sur les voies spermatiques, mesurent 5 à 7 cm de long, pour un volume de 5 à 10 ml. Ce sont des réservoirs où est stocké le sperme

dans l'intervalle entre les éjaculations.

Urètre (orthographié parfois urèthre): canal de sortie de la vessie. qui a une fonction excrétrice dans les deux sexes (sortie de l'urine) et de plus chez l'homme une fonction reproductrice (passage du sperme).

Prostate: large glande de l'appareil génital masculin. Sa fonction principale est de sécréter une partie du liquide séminal, l'un des constituants du sperme, et de stocker celui-ci. Le liquide séminal qu'elle produit est déversé dans l'urètre et facilite la mobilité des spermatozoïdes.

Anus: orifice et canal par lesquels le rectum, partie terminale du colon (gros intestin), s'abouche à l'extérieur du corps. L'anus est composé d'un canal court et doté de sphincters (muscles) lui permettant, en temps normal, de rester fermé et de garder les matières fécales à l'intérieur du rectum. Il s'ouvre lors de la défécation grâce à un mécanisme réflexe qui est contrôlé par la volonté. Lorsqu'ils sont stimulés, l'anus et le rectum peuvent être une source de plaisir, en raison des nombreuses terminaisons nerveuses qu'ils possèdent et par la stimulation de la prostate qui est anatomiquement en contact avec la face antérieure du rectum.



» » DÉROULEMENT DE L'EXAMEN DE LA SANTÉ SEXUELLE DU HSH

EXAMEN	GESTE	A RECHERCHER
Général	<ul style="list-style-type: none"> Mesure des constantes (taille, poids, TA, T°, RC, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> Éruptions cutanées et éventuelles lésions de grattage, adénopathies, anomalies dans l'aspect des ongles Anémie et ictère Évolution du poids par rapport à la dernière consultation ou au poids de référence du patient
Cou, visage et cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> Inspection des mains, avant-bras et coudes 	<ul style="list-style-type: none"> Alopécie, papules ombiliquées (molluscum), jaunisse Adénopathies
Bouche (lèvres, langue, plancher de la bouche, gencives, muqueuses jugales, voile du palais, amygdales)	<ul style="list-style-type: none"> Inspection avec une lumière assez éclairante et une spatule en bois 	<ul style="list-style-type: none"> Signes de syphilis et candidose orale Lésions herpétiques labiales Lésion de kaposi en cas d'infection par le VIH avec immunodépression
Pharynx	Idem	<ul style="list-style-type: none"> Exsudats, érythème
Abdomen	Inspection de la peau Palpation	<ul style="list-style-type: none"> Éruptions cutanées (syphilis) Hépto splénomégalie
Région pelvienne (bas de l'abdomen, pubis, poils)	<ul style="list-style-type: none"> Inspection de la peau et des plis, intérieur des cuisses, sous le scrotum Palpation 	<ul style="list-style-type: none"> Lésions de grattage (poux du pubis, gale), molluscum, verrues, cicatrices, lésions de traumatismes, éruptions cutanées, papules Adénopathies inguinales
Scrotum	<ul style="list-style-type: none"> Inspection de la peau Palpation : tenir le scrotum d'une main et vérifier chacun des testicules (rouler doucement les testicules entre les doigts et le pouce). Examen de l'épididyme Examen du canal déférent (cordon spermatique) contigu à l'épididyme 	<ul style="list-style-type: none"> Idem région pelvienne Résultats normaux: <ul style="list-style-type: none"> » Variations normales: un testicule peut être plus grand que l'autre et le testicule gauche peut résider plus bas que celui de la droite normalement de forme ovale; consistance ferme, lisse et caoutchouteuse Résultats anormaux: <ul style="list-style-type: none"> » Palpation de noyaux durs ou de déformations des testicules Résultat normal: <ul style="list-style-type: none"> » Mou et mobile » Peut être légèrement sensible Résultat normal: <ul style="list-style-type: none"> » Souple et mobile

EXAMEN	GESTE	A RECHERCHER
Pénis	<ul style="list-style-type: none"> Inspecter la base du pénis (près des poils pubiens) et le long du pénis Rétracter et inspecter sous le prépuce Examiner le méat urétral Presser le gland pour voir s'il existe un écoulement et/ou dans l'objectif d'un prélèvement urétral 	<ul style="list-style-type: none"> Verrues, ulcères, éruptions cutanées, des problèmes hygiéniques Verrues, ulcères Écoulement anormal
Périnée-rectum (position genu-pectoral et demander au patient de rétracter sa fesse droite avec la main droite puis la même chose à gauche)	<ul style="list-style-type: none"> Inspectez la région périnéale et le sillon inter-fessier et l'orifice anal Examiner le sphincter et le canal anal (palpation au doigt en utilisant un doigtier correctement lubrifié) Réaliser un examen au doigt du rectum (toucher rectal), pour palper les différentes faces du rectum, notamment la face antérieure pour évaluer la taille et la consistance de la prostate) 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des verrues, des ulcères, des éruptions cutanées, des hémorroïdes, des saignements, une décharge Vérifier la tonicité du sphincter anal, la présence de masse anormale dans le canal anal Le toucher rectal permet d'évaluer cliniquement la prostate
Anuscopie ATTENTION : ne pas réaliser d'anuscopie en présence de lésions herpétiques externes importantes.	<ul style="list-style-type: none"> Examen avec un anoscope à usage unique en plastique (recommandé) ou à usage multiple (en métal) ayant les caractéristiques suivantes : instrument rigide, creux, tubulaire de 10 cm de long, 2 à 4 cm de large, avec introducteur central amovible (trocart) Réalisation de l'anuscopie Tenir l'anoscope à la marge de l'anus Appliquez une légère pression pour faciliter une relaxation du sphincter et insérer l'anoscope lentement tout en demandant au patient de se détendre et de respirer profondément Suivez la ligne de moindre résistance (orientation en avant, vers le nombril) Retirer le trocart Inspectez la muqueuse rectale avec une lumière suffisamment forte 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher de condylomes anaux internes et -rectaux, de saignements, de fissures, de fistules, d'ulcères, d'inflammation (proctites), de tumeurs, et des autres affections proctologiques classiques (hémorroïdes, sténoses...)

A la fin de l'examen, il convient de fournir des serviettes au patient pour qu'il s'essuie et de poursuivre la consultation par les examens complémentaires, la prescription de traitements, les conseils, la distribution de préservatifs et la date du prochain rendez-vous.

» » DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DES IST

- Prélèvement sanguin: Sérologies VIH, VHA, VHB, VHC et Syphilis;
- Prélèvement local: recherche de gonocoque, chlamydia, syphilis, et haemophilus ducreyi à l'examen direct et/ou en culture.

» » TRAITEMENT DES IST NON SYSTÉMIQUES

Le traitement médical d'une IST chez un HSH est le même que celui préconisé chez les autres hommes, en utilisant l'approche syndromique. Chez un HSH, en revanche, cette approche ne doit pas se limiter aux symptômes les plus courants, mais doit également rechercher des signes tels que des écoulements urétraux ou anaux, des ulcérations génitales ou anales et des infections ano-rectales.

Pour le choix des traitements, il convient de suivre les arbres décisionnels nationaux. Si ces documents n'existent pas, il faut se référer à ceux de l'OMS: «*Guide pour la prise en charge des IST*» (2003, mise à jour disponible très prochainement) et «*Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres*» (2011);

Enfin, on s'attachera à:

- Traiter le(s) partenaire(s) sexuel(s);
- Donner des conseils pour l'observance du(des) traitement(s);
- Donner des conseils pour la réduction des risques (conseil pour le dépistage du VIH et des hépatites, utilisation des préservatifs);
- Référer le patient à un autre niveau de compétence si nécessaire.

» » » Dépistage périodique des formes asymptomatiques des infections urétrales et rectales à *N. gonorrhoeae* et *C. Trachomatis* utilisant la culture et le test d'amplification de l'acide nucléique (NAAT)

Les formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales due à *N. gonorrhoeae* et *C. Trachomatis* sont communes chez les HSH (14% dans une étude récente). Ces infections peuvent accroître le risque d'infection à VIH. Plusieurs études observationnelles ont montré que le dépistage périodique basé sur le NAAT pour rechercher ces infections était fiable et avantageux par rapport aux risques et coûts. Il est donc désormais recommandé par l'OMS. Cependant, l'utilisation du NAAT nécessite une formation et un équipement coûteux. Quand le NAAT n'est pas une option envisageable, la culture pour la recherche d'infection à *N. gonorrhoeae* est possible.

» » » Dépistage périodique de la forme asymptomatique de l'infection à syphilis

La syphilis est une infection à forte prévalence chez les HSH et présente une augmentation significative ces dernières années, particulièrement chez ceux infectés par le VIH. Les tests tels que le RPR sont sensibles et spécifiques et internationalement disponibles. Un dépistage périodique est donc recommandé par l'OMS. Cependant, un résultat positif peut être la résultante d'une syphilis latente, d'une infection passée, d'une syphilis primaire ou secondaire. Il faut donc en tenir compte au moment de traiter l'infection.

» » » Vaccination hépatite B

Les HSH figurent parmi les groupes les plus à risque de contracter l'hépatite B. Selon les nouvelles recommandations OMS 2011, ils doivent donc être en priorité ciblés par les stratégies de vaccination contre l'hépatite B dans les endroits où la vaccination infantile n'a pas atteint une couverture totale de la population.

» » TRAITEMENT DU VIH

Selon les recommandations OMS 2011, les HSH vivant avec le VIH devraient avoir le même accès aux soins et au traitement antirétroviral que les autres personnes.

Pour le choix des traitements, il convient de suivre les directives, normes et protocoles et/ou guide nationaux de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Si ces documents n'existent pas, il faut se référer au guide de l'OMS «*Thérapie antirétrovirale pour les adultes et les adolescents – révision 2010*».

» » » Considérations spécifiques pour l'utilisation des ARV chez les HSH

- **Traitement précoce:** les pratiques sexuelles anales sont à plus haut risque de transmission du VIH que toute autre pratique. Les ARV devraient donc être initiés plus précocement chez les HSH, en particulier dans les couples sérodifférents, chez les HSH ayant des partenaires multiples, ceux utilisant des drogues injectables ou qui sont engagés dans le commerce de services sexuels;
- **Résistance primaire (acquisition d'un virus déjà résistant à certains ARV):** elle est retrouvée plus fréquemment chez les HSH que dans la population générale, notamment du fait de relations sexuelles avec des partenaires multiples, parfois issus de régions du monde différentes. La résistance primaire doit donc être envisagée (et si possible identifiée) au moment d'initier les ARV ou lors d'échecs thérapeutiques du traitement ARV survenant chez des HSH;
- **Interactions médicamenteuses:** le choix d'une trithérapie doit tenir compte de l'utilisation d'autres médicaments (ou drogues) qui peuvent interagir avec les ARV (ex : stéroïdes anabolisants, testostérone ou hormones de croissance utilisés pour développer le physique, œstrogènes utilisés par les transgenres);
- **Accompagnement à l'observance:** il peut s'avérer plus complexe que dans la population générale, notamment du fait des barrières à l'accès aux soins. Les moyens doivent donc être adaptés: groupe de paroles entre HSH, suivi par SMS ou internet, visites à domicile, programmes d'éducation thérapeutique, etc.

» » PRISE EN CHARGE GLOBALE

Pour une prise en charge optimale, l'ensemble des services fournis à un HSH doit s'inscrire dans une optique de prise en charge globale.

Le concept de **prise en charge globale:**

- Centre les soins sur la personne et se base sur la famille et la communauté du malade;
- Inclue le soutien psychologique, les soins cliniques, le soutien économique et

social, l'accès aux droits, ainsi que le soutien aux familles et aux communautés touchées par la pandémie;

- Promeut des approches intégrées pour lutter contre les co-infections telles que VIH-tuberculose et VIH-hépatites;
- Assure une continuité entre les soins et le soutien aux malades, grâce à une meilleure coordination entre les services de santé publics et privés, et les programmes de soins à domicile.

Il s'agit donc de promouvoir une approche holistique de prise en charge globale, notamment à travers l'élaboration de directives nationales et le partage d'expériences.

POUR EN SAVOIR PLUS

- OMS (2003) Guide pour la prise en charge des IST: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242546267.pdf>
- OMS (2010) Thérapie antirétrovirale pour les adultes et les adolescents – recommandations: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/fr/index.html>
- OMS (2011) Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf
- Anova health institute (2011) From top to bottom – A sex-positive approach for MSM – a manual for health care provider http://www.health4men.co.za/images/uploads/TOP2BTM%20manual_WEB2.pdf





LA FICHE TECHNIQUE

Session 7	Les spécificités de la prise en charge médicale du VIH et des IST chez les HSH
Durée	3h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Médecins formés à la prise en charge clinique et globale du VIH ainsi qu'aux algorithmes cliniques et biologiques de dépistage, diagnostics et prise en charge des IST, particulièrement chez des patients HSH.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Exposé interactif par le formateur, avec questions-réponses, lectures et exercices en groupes et en plénière Séance de questions de clarification et d'approfondissement en fin d'exposé.
Documents (voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> Présentation power point (formateur); Consignes d'animation (formateur); Synthèse n°1 (participants); Synthèse n°2 (participants); Synthèse n°3 (participants); Synthèse n°4 (participants).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser Paper board + marqueurs de couleur

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn	Introduction
60 mn	Aspects cliniques des IST et du VIH et leurs interactions
5 mn	Diagnostic
10 mn	Traitements et dépistage régulier des IST
10 mn	Traitements du VIH
5 mn	Prise en charge globale <i>Pour les parties de 1 à 5, utiliser la PPT «Les spécificités de la prise en charge du VIH et des IST chez les HSH».</i>



Santé mentale des HSH et aspects psychologiques liés aux IST et au VIH



Quelles souffrances psychiques les HSH éprouvent-ils? Et quelles sont celles qui accompagnent communément l'annonce de la séropositivité et la vie avec le VIH? Comment reconnaître ces souffrances pour mieux les prendre en charge et orienter les patients vers des professionnels de la santé mentale?

Les situations de discrimination et de stigmatisation vécues, l'impossibilité ou la difficulté de dire et le poids du silence peuvent générer des souffrances psychiques chez les HSH, d'autant plus exacerbées s'ils sont infectés par le VIH. Celles-ci correspondent à ce que l'on connaît habituellement en psychiatrie sous les termes d'angoisse, dépression, tentatives de suicide, etc. Mais ces souffrances psychiques sont beaucoup plus fréquemment observées chez les HSH que dans la population générale. En Afrique subsaharienne, elles ne sont que rarement diagnostiquées et prises en charge.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Maîtriser les connaissances essentielles sur les données psychopathologiques de la genèse de l'homosexualité et de son vécu intrapsychique et inter-psychique à des moments clefs: adolescence, annonce à l'entourage, rencontres sexuelles et amoureuses;
- Identifier la symptomatologie psychiatrique associée à l'infection par le VIH et savoir y répondre;
- Prendre en compte la spécificité du vécu de l'infection à VIH parmi les HSH en Afrique subsaharienne et ses conséquences psychiques;
- Appliquer les bonnes pratiques de prise en charge des aspects psychologiques auprès des HSH.



L'ESSENTIEL

Depuis le début de l'épidémie, le retentissement psychique de l'infection à VIH fait l'objet d'études. Avec l'avènement de la trithérapie antirétrovirale en 1996, l'amélioration de l'état somatique des malades et l'aspect chronique de l'infection auraient dû entraîner une amélioration significative de leur état psychique. Cependant, la multiplicité des maux dont souffre la population infectée par le VIH, tels que les addictions, les pathologies psychiatriques préexistantes, les effets indésirables neuropsychiques des médicaments, les infections opportunistes neurologiques, la discrimination et la stigmatisation, ainsi que les problèmes sociaux, explique l'importance de la symptomatologie observée au niveau psychique.

» L'HOMOSEXUALITÉ ET LA PSYCHIATRIE

Il aura fallu attendre 1993 pour que l'*Organisation Mondiale de la Santé* supprime l'homosexualité de la liste des maladies mentales. Ce sont les Etats-Unis qui avaient montré l'exemple en 1973, lors d'un vote de l'*American Psychiatric Association*, puis la France en 1981.

» L'HOMOSEXUALITÉ ET L'ADOLESCENCE

Les adolescents qui ressentent une attirance pour le même sexe ont conscience d'être différents, dans leurs sensations, leurs émotions et leurs désirs. La difficulté réside dans le fait de différencier ce qui relève d'une «homosexualité transitoire», banale au cours de l'adolescence (recherche de modèle d'identification dans des personnes du même sexe) d'une orientation sexuelle fixée.

L'attirance sexuelle vers des personnes du même sexe peut entraîner chez l'adolescent:

- Un sentiment d'indignité, voire de culpabilité (intériorisation d'une «honte de soi») : «*je ressens des choses contre nature*», «*Dieu va me punir*», «*j'essaie de lutter contre cela mais je n'y arrive pas*»;
- Un repli éventuel lié à la difficulté de trouver un interlocuteur;

- L'angoisse d'être «découvert», de révéler cette orientation sexuelle aux proches (parents en particulier, amis), d'être jugé;
- L'appréhension des possibles conséquences sociales, voire juridiques, de cette orientation.

Des symptômes anxieux (pleurs, insomnie, sentiment de devenir fou), de dépression (désintérêt pour l'école, etc.) et un risque suicidaire («*je n'ai plus qu'à mourir*») peuvent s'exprimer.

Il est alors important, lors des premiers entretiens, de clarifier si cette sexualité est fantasmée ou agie. Il faut également identifier les différents symptômes que présente l'adolescent et l'amener à:

- Réfléchir à ses pulsions sexuelles;
- Aborder ce qui le tourmente (l'origine du sentiment d'indignité);
- S'il arrive à évoquer l'homosexualité, le faire parler sur ce qu'il connaît à ce sujet.

A moyen terme, les questionnements par rapport aux rapports sociaux et familiaux doivent être travaillés. L'intégration dans un groupe de pairs peut être très contributive. Il faut également aborder les questions de prévention de la transmission des IST et du VIH.

» LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE/PSYCHOLOGIQUE

L'essentiel du diagnostic des troubles psychiques va se faire au décours de l'entretien. C'est une clinique de la parole.

Pendant la consultation, on recherchera la sémiologie classique des troubles psychiatriques: tristesse de l'humeur, péjoration de l'avenir, troubles de la concentration, exaltation, idées délirantes, etc. Et on évaluera le retentissement des troubles dans la vie personnelle (vie familiale, cursus scolaire / universitaire, vie professionnelle).

On recherchera également:

- Les épisodes de troubles psychiques antérieurs (prises en charges, traitements);
- Les prises de substances psycho-actives (alcool, drogues,médicaments), les addictions;
- Les signes associés: troubles de la libido, de l'appétit, du sommeil.

Et l'on recherchera aussi des éléments médicaux:

- Examen clinique, en particulier neurologique;
- Examens complémentaires, en fonction des données cliniques;
- Médicaments utilisés par le sujet (ARV, autres) et observance des traitements (ce qui est particulièrement important si le patient est infecté par le VIH et prend des ARV).

En effet, **le diagnostic de troubles psychiques est un diagnostic d'élimination**. Il faut éliminer toute origine organique avant d'imputer un symptôme à une causalité psychique, et non pas le contraire, c'est-à-dire considérer trop rapidement que «*c'est psy !*»

Dans un deuxième temps, on va explorer avec le patient le sens qu'a pour lui le symptôme:

- Existe-t-il un élément déclenchant ?
- Comment comprend-t-il le surgissement du trouble par rapport à son histoire personnelle ?

Le diagnostic psychiatrique se fait également sur des éléments autres que le contenu du discours:

- Présentation, tenue, gestes, comportement;
- Structure du discours: organisation logique (cohérence, diffluence, sauts du coq à l'âne dans le discours), rationalisations, idées délirantes, etc.

» LES TROUBLES PSYCHIQUES

Les HSH peuvent présenter plus de vulnérabilité aux problèmes de santé mentale, tels que la dépression, les troubles anxieux ou le suicide, car ils se sentent coupables et honteux d'une orientation sexuelle qu'ils doivent souvent cacher. De plus, ils vivent souvent dans la crainte d'être stigmatisés, discriminés, licenciés ou violentés. La difficulté à vivre son homosexualité peut entraîner des comportements de prise de risque et d'addiction. La consommation de produits psycho-actifs peut exacerber les troubles psychiques, ou au contraire, intervenir dans un but de soulagement de l'angoisse.

L'infection par le VIH induit également une vulnérabilité accrue aux problèmes de santé mentale pour des raisons sociales (peur de révéler son statut, peur de la stigmatisation et de la discrimination, isolement, solitude) mais aussi pour des raisons médicales (effets neurologiques du virus et des infections opportunistes, effets secondaires des médicaments ARV, etc.).

» » LA DÉPRESSION

Pour pouvoir parler de dépression, il faut que cinq (5) au moins des symptômes suivants aient été présents pendant au moins deux (2) semaines et aient représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur, avec obligatoirement un (1) des deux (2) premiers critères majeurs¹:

» » » Critères majeurs

- Humeur dépressive;
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (notamment troubles de la sexualité...)

» » » Symptômes

- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime;
- Insomnie ou hypersomnie;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur;
- Fatigue ou perte d'énergie;
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée;
- Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer ou indécision;

¹ DSM IV Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux (2003) Guelfi Masson.

- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes ou tentatives de suicide.

Il faut également que ces symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte, qu'ils induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, ne soient pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance, et ne soient pas expliqués par un deuil².

Chez les patients infectés par le VIH, on a mesuré la prévalence de l'état dépressif à 42%³, 34,8%⁴, 25,8%⁵ et 21%⁶ dans 4 études en Afrique entre 2006 et 2008.

» » LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux se définissent par la sémiologie suivante:

- Signes physiques: troubles digestifs, sécheresse de la bouche, sensations de tensions internes, paresthésies, éruptions dermatologiques;
- Difficultés de concentration et d'attention;
- Sensation de mort imminente.

Lors de la consultation, le patient anxieux peut se comporter de la façon suivante:

- **Attitude générale:** tendu, mal à son aise, tremblements ou agitation nerveuse des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir, instabilité, va-et-vient, front plissé, faciès tendu, etc.
- **Signes physiologiques:** déglutitions répétées, éructations, tachycardie au repos, rythme respiratoire rapide (> 20/mn) ou respiration haletante, réflexe ostéo-tendineux vifs, tremblements, dilatation pupillaire, hypersudation, clignements incontrôlés des paupières, augmentation du tonus musculaire, pâleur faciale»⁷.

La prévalence des troubles anxieux chez les personnes infectées par le VIH varie en fonction de ce qui est évalué (état d'anxiété ou trouble anxieux généralisé):

- L'attaque de panique serait 12 fois plus fréquente qu'en population générale;
- Le taux d'anxiété associé à la dépression peut atteindre 32%;
- La douleur chronique augmente l'anxiété et la dépression.

Classiquement, les troubles anxieux surgissent au moment de tout changement d'état important: découverte de la séropositivité, baisse de l'immunité, instauration et modifications des traitements ARV, échec thérapeutique, etc.

» » LE SUICIDE

Il convient de distinguer les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides réussis. En France, le suicide reste depuis le début des années 2000 la première cause de mortalité parmi les hommes âgés de 25 à 44 ans.

2 Idem 1

3 Horberg M. et al.(2008) Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV- infected patients. J Acquir Defic Syndr 47(3):384- 90.

4 Gibbie T. et al. (2006) Depression and neurocognitive performances in individuals with HIV/AIDS : 2-year follow-up. HIV Medecine 7:112-21.

5 Antakly de Mello V., Malbergier A. (2006) Depression in women infected with HIV. Rev. Bras Psiquiatr. 28(1):10- 7.

6 Remien R et al. (2006) Exner T, Kertzner R Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: a stress and coping model. Am J Community Psychol 38:275-285.

7 Lemprière T. et Feline A. (2006) Psychiatrie de l'adulte T1 Abrégé Masson

» » » Suicide et homosexualité

L'une des plus intéressantes études explorant les tentatives de suicide chez les homosexuels est l'*Enquête Presse Gay*: en 2004, 19% des répondants avaient fait au moins 1 tentative de suicide, 7% en avaient fait plusieurs. Ceux qui avaient fait 1 tentative de suicide étaient plus jeunes que ceux qui n'en n'avaient pas fait, l'âge médian de la première tentative était de 21 ans.

Le taux de tentative de suicide est d'autant plus élevé que le niveau d'étude est moindre, le chômage plus fréquent et l'isolement social et affectif important. Le fait de consommer des substances psycho-actives, d'être infecté par le VIH ou d'avoir subi des rapports sexuels forcés, sont des facteurs de risque établis.

Le risque de suicide serait de 7 à 13 fois supérieur chez les jeunes homosexuels et bisexuels en France par rapport au reste de la population de même âge.

» » » Suicide et VIH

La prévalence des suicides réussis, des tentatives de suicide et des idées suicidaires ont longtemps été élevées. On peut penser que le changement radical du pronostic de la maladie lié à l'avènement des trithérapies ARV aurait dû entraîner une chute de ces taux. Il n'en est rien:

TEMOIGNAGE

Monsieur A est un jeune homme de 27 ans, grand et élancé, originaire d'un pays d'Afrique de l'Ouest. Il vit en France depuis 5 ans où il travaille comme aide cuisinier. Depuis longtemps, l'enfance même précisée-t-il, il pense qu'il n'est pas comme les autres. Il se sait attiré par les hommes et la pression qui s'exerçait sur lui au pays pour qu'il se marie lui est devenue insupportable au point de le pousser à l'exil.

Il a même pensé à se supprimer, tant il redoute le regard des autres. Il imagine que l'on voit qu'il a, dit-il, des pensées «contre nature». Il n'a jamais évoqué cette question dans sa famille, mais il pense qu'un oncle a deviné. Il pense même que cet oncle est lui aussi homosexuel mais qu'il s'est marié

et a refoulé ses pulsions sexuelles pour conserver une bonne intégration sociale et avoir des enfants.

Monsieur A, une fois son angoisse apaisée, évoque ses difficultés actuelles: il voudrait «*assumer son homosexualité*» et cesser de se sentir coupable pour cette inclination sexuelle. Il voudrait aussi être capable de rentrer au pays la tête haute, et se sentir suffisamment fort pour faire face à sa famille, et pourquoi pas, rejoindre une organisation homosexuelle. Le travail psychothérapeutique se met en place progressivement et lui permet d'explorer ce qui dans ses symptômes relève d'une part intrapsychique et ce qui est la conséquence de faits sociaux.

- Une étude menée à Londres en 2008 estimait la prévalence des idées suicidaires à 31% chez les PvVIH⁸;
- Dans une recherche américaine publiée en 2010, 14% des patients interviewés déclaraient avoir des idées suicidaires, parmi lesquels environ un sixième pensaient à se tuer tous les jours⁹;
- Une étude réalisée à San Francisco et publiée en 2007 a fait état d'idées suicidaires chez 19 % des patients au cours de la semaine précédant l'enquête. Être cliniquement atteint par le VIH, consommer du cannabis et

8 Sherr L. et al. (2008) Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS* 22:1651- 58.

9 Lawrence S. et al. (2010) HIV/AIDS routine, self-administered, touch-screen, computer-based suicidal ideation assessment linked to automated response team notification in an HIV primary care setting. *Clinical Infectious Diseases* 50:1165-73.

être déprimé constituait autant de cofacteurs facilitant la survenue d'idées suicidaires¹⁰;

- Cette question commence seulement à être étudiée en Afrique, où le suicide est souvent caché et donc difficile à étudier: 9 à 12% des 120 patients botswanais infectés par le VIH interrogés dans une étude de 2009 déclaraient avoir des idées suicidaires¹¹.

Le risque suicidaire est présent, particulièrement au moment de l'annonce de la séropositivité, d'un échec thérapeutique, d'un délabrement physique ou de troubles des fonctions supérieures. Les conduites à risques et les addictions représentent probablement l'expression d'une pulsion vers l'autodestruction. Être cliniquement atteint par le VIH, consommer du cannabis et être déprimé constitueraient autant de cofacteurs facilitant la survenue d'idées suicidaires.

» L'ANNONCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ ET/OU DE L'HOMOSEXUALITÉ

L'infection à VIH s'accompagne d'un fort retentissement psychologique, notamment à chaque changement de situation: au moment du test, au début du traitement ARV, à la survenue d'un évènement clinique ou biologique inattendu et/ou péjoratif, en cas d'effets indésirables pénibles ou invalidants, etc.

La révélation de la séropositivité à son partenaire ou à ses proches en fait également partie, d'autant plus qu'elle met en jeu la vie intime: les modes de contamination ont toujours à voir avec un mode de jouissance où le virus passe de l'un à l'autre. Dans le cas de l'homosexualité, il s'agit d'un double secret: la nature de l'orientation ou des pratiques sexuelles et la contamination par le VIH.

L'accompagnement psychologique lors de la révélation du statut VIH et/ou de l'orientation sexuelle doit permettre au patient de la réaliser en dehors de toute situation de crise, après un temps de réflexion durant lequel il pourra identifier ce qu'il attend de cette révélation, le but qu'il poursuit et s'il est prêt à assumer une homosexualité/séropositivité connue.

POUR EN SAVOIR PLUS



- Clerget S. (2006) Comment devient-on homosexuel ou hétérosexuel? Lattes.
- Hefez S. (2003) Adolescence et homophobie: regard d'un clinicien. Dans Broqua C., Lert F. et Souteyrand Y., Homosexualités au temps du sida: tensions sociales et identitaires, Paris: ANRS, Collection Sciences sociales.
- Jablonski O., Le Talec J.Y. et Sideris G. (2010) Santé gaie, L'harmattan.
- Le Talec J.Y. (2008) Folles de France - Repenser l'homosexualité masculine La découverte.
- Verdier E. et Firdion J.M. (2003) Homosexualité et suicide H&o Editions.

¹⁰ Carrico A. et al. (2007) Correlates of suicidal ideation among HIV- positive persons. AIDS 21: 1199-203.

¹¹ Lawler K. et al.(2009) Depression among HIV-positive individuals in Botswana: a behavioral surveillance. AIDS Behav Published on line.



LA FICHE TECHNIQUE

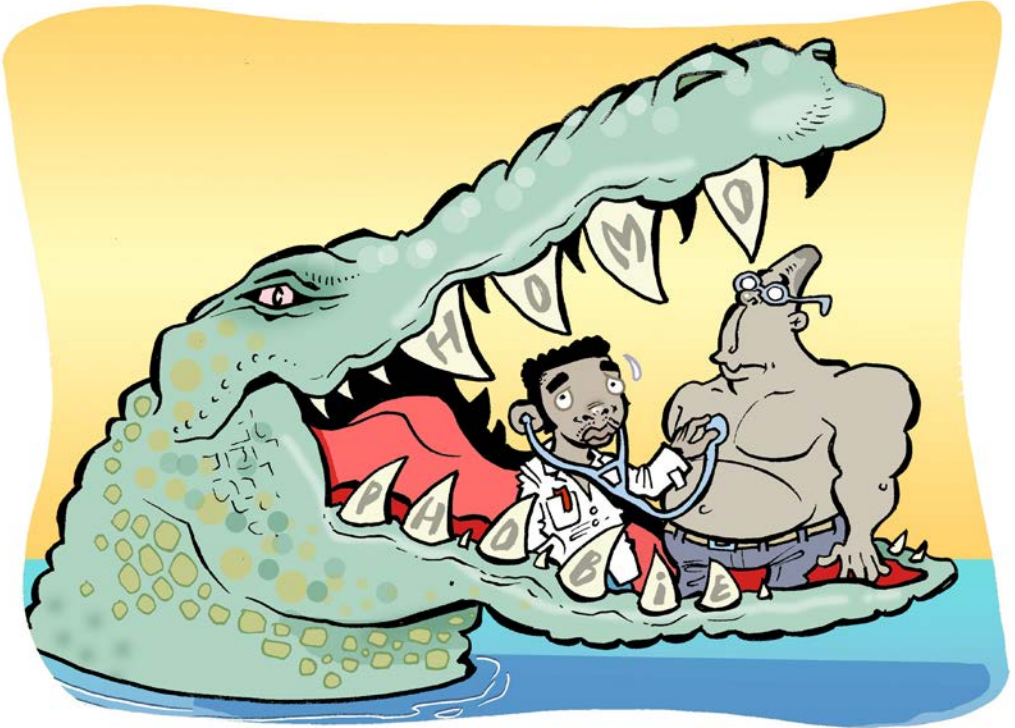
Session 8	Santé mentale des HSH et aspects psychologiques liés aux IST et au VIH
Durée	2h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profil de psychiatre clinicien ou psychologue clinicien ▪ Expérience avérée de travail au contact des populations vulnérables, en particulier les HSH, sur le terrain. ▪ Maîtrise des questions d'actualités scientifiques sur le thème abordé
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cours théorique ▪ Échange d'expériences ▪ Exposés de cas cliniques réels permettant d'illustrer les propos et les concepts abordés ▪ Questions/réponses pour clarification et approfondissement
Documents (Voir CD)	Présentation power point (formateur)
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser ▪ Paper board et marqueurs de couleurs
A préparer à l'avance	/

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn	Introduction
15 mn	Homosexualité et psychiatrie
15mn	Homosexualité à l'adolescence – théorie et cas clinique
15 mn	Consultation psychiatrique/psychologique
30 mn	Les troubles psychiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La dépression ▪ Les troubles anxieux ▪ Le suicide - contexte de l'homosexualité et du VIH
10 mn	La révélation de la séropositivité / homosexualité
20 mn	Questions-Réponses



Prise en compte de situations particulières dans la lutte contre le VIH chez les HSH



Comment faire face à des environnements hostiles? Comment gérer des situations de conflit? Comment prévenir le «burn-out»?

Travailler avec les HSH comporte quelques caractéristiques communes avec toute intervention auprès de groupes hautement exposés au risque VIH/IST. Au contact de ce type de publics cibles, les interventions de prévention et de soins conduisent volontiers à une remise en cause des agents socio-sanitaires et communautaires dans leurs pratiques, leurs certitudes, leurs opinions et leurs positions. La forte charge émotionnelle peut, dans certains cas, aboutir à des situations inconfortables, voire à des conflits psychiques.

Les acteurs de la lutte contre le VIH doivent parfois faire face à des environnements hostiles à leur interventions, gérer des conflits ou des tensions, qui sont autant de sources de fatigue physique et psychique, pouvant conduire à ce que l'on appelle le «burn-out».

Cette session va permettre d'approfondir ces questions, afin de mieux reconnaître, prévenir et gérer ces difficultés, pour éviter qu'elles nuisent à la qualité du travail des acteurs engagés auprès des HSH dans la lutte contre le VIH.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Identifier les difficultés spécifiques liées au travail avec les HSH dans le contexte de la lutte contre le VIH, en contexte de crise, de conflits, et/ou dans un environnement hostile;
- Comprendre, prévenir et prendre en charge le burn out dans le contexte de la lutte contre le VIH auprès des HSH;
- Échanger sur les méthodes pour faire face à ces situations complexes;
- Utiliser différentes solutions pour faire face aux difficultés engendrées par le travail avec les HSH dans le contexte de la lutte contre le VIH.



L'ESSENTIEL

» LE BURN-OUT

» » DÉFINITION

Le burn out est un processus qui part de situations vécues, accumulées et qui débouche sur un épuisement physique, émotionnel, mental et comportemental. Il affecte généralement les prestataires de service et en particulier ceux impliqués dans les relations d'aide.



» » CAUSES	» » MANIFESTATIONS	» » PRÉVENTION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prédilection à aider; ▪ Forte implication émotionnelle; ▪ Surcharge de travail; ▪ Précarité de la situation de travail; ▪ Aggressivité / Violence verbale; ▪ Qualité des relations interpersonnelles; ▪ Sentiment d'impuissance; ▪ Cadre de travail non adapté; ▪ Nature du problème à résoudre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatigue générale, vertiges; ▪ Perte de poids / gain de poids; ▪ Trouble du comportement alimentaire (Anorexie / Boulimie); ▪ Irritabilité / susceptibilité; ▪ Ralentissement / hyperactivité; ▪ Manque de concentration, sentiment d'insécurité, découragement; ▪ Anxiété / dépression; ▪ Addiction(s). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser le personnel sur burn out; ▪ Mettre en place des outils de détection du burn out; ▪ Mettre en place des boîtes à idées; ▪ Créer des cadres d'échange (groupe de parole); ▪ Initier des journées de détente; ▪ Rendre les congés annuels obligatoires.

» » PRISE EN CHARGE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des consultations psychologiques pour travailler sur: <ul style="list-style-type: none"> » La relation prestataire-patient et la gestion des besoins qui se créent; » L'acceptation de l'impossibilité de répondre à tous les besoins du patient: évaluer et connaître ses limites; » Savoir quand, comment et à qui référer; » Apprendre à demander de l'aide et à savoir dire non; ▪ Valoriser l'autre et son travail; ▪ Motiver le personnel; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des groupes parole / boîtes à idées (partager ses sentiments, échanger des solutions); ▪ Organiser des sorties de détente; ▪ Sécuriser le travail; ▪ Répartir la charge et le temps de travail correctement; ▪ Résoudre les conflits / problèmes au moment opportun, de façon efficace et impartiale; ▪ Sensibiliser les patients sur les procédures de travail |
|--|--|

» L'ENVIRONNEMENT HOSTILE

» » DÉFINITION

Un environnement hostile est un contexte qui:

- Est globalement ou partiellement défavorable vis-à-vis des bénéficiaires eux-mêmes, des interventions proposées à leur égard (thématique et/ou méthodologie);
- Empêche certains individus ou groupes d'individus de jouir de leurs droits élémentaires: droit à la liberté, à la parole, à la santé, à la différence (sexuelle, religieuse, politique...);
- N'offre pas de sécurité et/ou ne favorise pas l'épanouissement de certains individus ou groupes de population;
- Ne tolère pas certains individus ou groupes de population (absence d'acceptation);
- Stigmatise (phobies, peur), répréhende et violente certains individus ou groupes de population.
- A titre d'exemples d'environnement hostile, on peut citer:
 - En **Côte d'Ivoire**, le déplacement des prestataires et des bénéficiaires à cause de la crise post-électorale a entraîné un recul de l'accès à la prévention et aux soins;
 - Au **Maroc**, les individus en possession de préservatifs et de gels lubrifiants qui se font contrôler par la police risquent l'emprisonnement;
 - Au **Mali**, la médiatisation de façon inappropriée d'une réunion du réseau *Africagay* a entraîné une hostilité de la population et une intervention de la police pour suspendre ses travaux.

» » TYPES D'ENVIRONNEMENTS HOSTILES

» » » Politique et juridique:

- Existence de lois répressives;
- Circonstances d'adoption des lois;
- Ignorance de la problématique HSH parmi les responsables politiques.

» » » Social:

- Homophobie;
- Croyances religieuses;
- Croyances/pratiques coutumières et/ou traditionnelles;
- Préjugés individuels ou collectifs.

» » » Institutionnel/Structurel:

- Absence et/ou rareté de services adaptés aux HSH;
- Application abusive des textes de lois à l'endroit des HSH ou problèmes posés par les textes eux-mêmes.

» » STRATÉGIES POUR CONTRER LES ENVIRONNEMENTS HOSTILES

» » » Par rapport à l'environnement politique

- **Documenter le contexte:** prévalence et incidence du VIH et des IST, vulnérabilité vis-à-vis du VIH et des IST, état du système de santé;
- **Chercher des médiateurs:** représentants de la société civile et professionnels de santé reconnus, réputés et crédibles (ex: Synergie Africaine);
- **Trouver des partenariats / alliés / soutiens:** ONUSIDA, OMS, coopérations bilatérales et ONG internationales;
- **Sensibilisation et plaidoyer:** autorités politiques, socio-sanitaires, conseil d'administration des ONG/Associations;
- **Proposer des interventions réalisables** par rapport au contexte, en mettant un accent sur la mobilisation sociale.

» » » Par rapport à l'environnement social

- Documenter les cas de stigmatisation et de discrimination (cas du Sénégal – voir ci-dessous);
- Apprécier l'impact du problème sur les individus et les communautés;
- Susciter le dialogue social, la réflexion et la discussion sur les problèmes, le partage d'information;
- Former, sensibiliser et travailler sur les représentations avec les prestataires, des médias, des leaders d'opinion;
- Promouvoir la mobilisation sociale des groupes cibles;
- Renforcer les capacités opérationnelles des structures de prévention, de prise en charge et de défense des droits humains.

» » » Par rapport à l'environnement institutionnel

- Disséminer les résultats issus de la documentation du contexte;
- Sensibiliser et travailler avec les acteurs sur les représentations qu'ils se font des bénéficiaires;
- Faire des plaidoyers à partir des données épidémiologiques et du travail sur les représentations notamment;
- Adapter des services de prévention et de soins des IST et du VIH aux besoins spécifiques des HSH.

» » LES CRISES ET LEUR GESTION

» » » Exemple de crises

- **Cas du Sénégal:** En décembre 2008 à Dakar, 9 HSH sont arrêtés et condamnés à 8 ans d'emprisonnement, au lieu des 5 prévus par la législation à cause de l'ajout d'autres chefs d'accusation. Ils subissent alors des violences, des tortures et sont soumis à des pressions sociales, religieuses et médiatiques. Ils sont finalement acquittés au bénéfice du doute, après 4 mois d'emprisonnement.
- **Cas du Cameroun:** Onze personnes sont arrêtées et emprisonnées en mai 2005 à Yaoundé pour délit d'homosexualité présumé. Dix sont condamnées,

1 seule acquittée, faute de preuve.

- **Cas de la RCA:** Au moment de la dernière crise politique majeure, des violences sexuelles perpétrées par des rebelles sur des hommes de la communauté dans plusieurs zones du pays ont entraîné après la crise des divorces, des dépressions, des suicides et la mise à l'écart de certaines victimes.

» » » Éléments déclencheurs et conséquences de la crise

Dans un environnement hostile, une crise peut éclater à tout moment. L'élément déclencheur peut être une dénonciation par la population ou par des victimes (HSH en l'occurrence) sous la pression physique ou psychologique (intimidations, mauvais traitements, voire tortures). Les médias peuvent jouer un rôle néfaste en colportant une mauvaise image des HSH, voire en encourageant l'homophobie. L'attitude hostile de certains religieux (notamment les plus radicaux) peut aussi servir de prétexte à une réaction violente de la population envers un groupe d'individus donné.

Les conséquences de la crise peuvent être dramatiques: arrêt des activités de prévention et de soins en direction des groupes cibles, marginalisation des victimes de violences sexuelles, troubles psychologiques importants chez les personnes stigmatisées, retour à la clandestinité et augmentation de l'importance et de la légitimité de l'homophobie.

» » » Comment gérer une crise ?

- Durant les crises passées, on a assisté le plus souvent à une mise en sécurité des leaders HSH du pays où se déroulait la crise. Le leadership était parfois repris par des HSH résident mais non originaires du pays. Ces personnes plus protégées, continuaient à informer les associations de défense des droits de l'homme internationales, telles que *Amnesty International*, *Human Rights Watch*, ainsi que des institutions et ONG internationales (*ONUSIDA*, *Fonds mondial*, *Sidaction*, *AIDES*, etc.);
- Lorsqu'il existe des défenseurs des droits de l'homme ouverts à cette problématique dans le pays, certains HSH peuvent poursuivre ou entreprendre des actions dans le pays durant la crise elle-même en s'appuyant sur ces organisations. Mais la gestion de la crise n'est cependant pas toujours possible dans l'immédiat, comme ce fut le cas en RCA;
- Il arrive également que d'autres organisations de la société civile nationale, non identitaires, se réunissent en comité de crise pour soutenir les HSH. Ces associations sont en général épaulées par des ONG internationales pour éviter qu'elles soient exposées seules. Dans d'autres cas, ce sont les pressions de la communauté internationale (comme l'action du gouvernement français dans le cas du Sénégal en 2008) qui peut permettre de faire évoluer la crise.

» » » Comment gérer une crise ?

Pour éviter la crise, il faut travailler sur les différents types d'environnements hostiles:

- Travailler à la mise en place d'une législation protégeant les HSH, dans le respect des droits internationaux;

- Sensibiliser, informer et impliquer les leaders d'opinion, religieux et coutumiers dans des interventions visant à une meilleure acceptation des HSH dans la société;
- Élaborer avec les médias des messages justes concernant les HSH;
- Constituer un réseau fort et diversifié autour des HSH: associations identitaires et de défense des droits de l'homme, associations et ONG locales, nationales, internationales, partenaires techniques et financiers, représentants de la communauté internationale;
- Obtenir un engagement clair et solide du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de programmes de santé (et notamment IST et VIH) axés sur les HSH;
- Mettre en place un système d'éveil et d'alerte pour dénoncer la crise dès sa survenue;
- Obtenir des partenaires techniques et financiers qu'ils posent des conditions en faveur des HSH lors de nouveaux appuis ou financements.



LA FICHE TECHNIQUE

Session 9 Prise en compte de situations particulières dans la lutte contre le VIH chez les HSH

Durée 2h00

Spécificité des formateurs

- Expérience en tant qu'acteur travaillant avec les HSH, capacités d'animation de groupe et de synthèse en points-clés;
- 2 à 3 formateurs sont nécessaires

Méthodes pédagogiques

- Travaux en groupes avec restitution par un rapporteur par groupe et synthèse par les facilitateurs.

Documents (Voir CD)

- Consignes d'animation (formateurs);
- Exemple des synthèses des groupes lors de la 1^{ère} session de formation sur ce module.

Matériels pédagogiques

- Ordinateur portable : 1 par groupe (au minimum);
- Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser;
- Paper-board + marqueurs de couleurs (1 paper-board par groupe).

A préparer à l'avance

- Préparer la composition des groupes: mélanger les origines géographiques, les professions et positions professionnelles des participants;
- Associer un formateur à chaque groupe.

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

10 mn	Introduction et installation du travail en groupes.
45 mn	Travail en groupe
15mn	Rédaction des synthèses par les rapporteurs.
30 mn	Restitution de chaque groupe par les rapporteurs (10' par groupe)
10 mn	Questions/réponses
10 mn	Synthèse des formateurs

Outils et moyens de prévention des IST et du VIH chez les HSH

Session 10



De quels outils et méthodes dispose-t-on pour les interventions de prévention du VIH et des IST auprès des HSH?

En Afrique subsaharienne, l'environnement globalement hostile aux HSH réduit leur accès aux services de prévention du VIH et des IST, qui sont le plus souvent mal adaptés à leurs besoins. Il s'agit donc pour les acteurs de prévention d'être innovants et flexibles pour réaliser des actions combinées de prévention qui soient adaptées aux HSH.

Dans cette session, les outils et les moyens permettant cette prévention combinée auprès des HSH sont présentés, utilisés et discutés.

LES OBJECTIFS



A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Lister les différents outils et moyens de prévention des IST et du VIH disponibles et accessibles dans le cadre d'actions auprès des HSH en Afrique subsaharienne;
- Déterminer l'intérêt, les avantages et les limites de chacun de ces outils et moyens;
- Combiner ces outils et moyens selon le contexte pour une prévention efficace;
- Promouvoir ces outils et moyens pour en assurer une diffusion élargie.



L'ESSENTIEL

Après 30 ans de lutte contre le VIH, alors que les HSH ont été les premiers touchés par l'épidémie et les pionniers en termes de prévention de l'infection à VIH en Amérique du Nord et en Europe, on assiste aujourd'hui à une reprise de l'épidémie à VIH parmi les HSH des pays industrialisés en même temps que l'on démasque une épidémie (qualifiée à tort «d'émergente») parmi

les HSH dans les pays en développement, où l'incidence dans la population générale accuse pourtant enfin une diminution¹.

Pour répondre à cette situation, les programmes de prévention du VIH se doivent d'être holistiques et non plus seulement axés sur les seules modifications de comportement. C'est ce qu'on appelle la **prévention combinée**, associant méthodes de prévention comportementales, interventions biomédicales et politiques structurelles favorisant le recours aux services de santé et l'amélioration des conditions de vie des individus. Ces interventions doivent être bien évidemment adaptées aux facteurs et déterminants des risques et aux besoins spécifiques des HSH.

La **prévention combinée** n'est pas la superposition systématique de l'ensemble des outils, mais l'utilisation d'autant d'outils que nécessaire dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de prévention individuelle et/ou collective.

Dans cette session, nous passons en revue les outils et moyens des interventions comportementales et biomédicales, ce que l'on désigne parfois par la prévention combinée en population.

Dans des environnements hostiles aux HSH comme on en connaît en AOC, connaître et savoir combiner ces outils et moyens est un pas important dans la prévention de la transmission du VIH. En assurer l'accès aux HSH en est un autre, tout aussi essentiel.

Nous verrons dans la *session 12* comment des interventions structurelles complémentaires à la prévention combinée en population peuvent permettre d'accroître la disponibilité et l'accessibilité de ces interventions aux HSH.

¹ C; Beyrer. Global Prevention of HIV Infection for Neglected Populations: Men Who Have Sex with Men, Clinical Infectious Diseases 2010; 50(S3):S108–S113

» LES OUTILS DE PRÉVENTION

» » LES OUTILS TECHNIQUES

Ils préservent physiquement de la transmission des infections (notamment virales), en formant une barrière entre les liquides biologiques contenant le ou les agents infectieux et une porte d'entrée potentielle dans l'organisme humain:

- **Préservatifs masculins et féminins;**
- **Microbicides:** des gels microbicides à usage rectal sont en cours d'expérimentation pour mesurer leur capacité à réduire la transmission de l'infection. Des résultats préliminaires sur l'un d'entre eux (UC781) sont prometteurs en terme d'acceptabilité et de tolérance².
- **Digues dentaires** (quasiment inconnues en AOC);

Les **gels lubrifiants**, malheureusement encore peu accessibles du fait de leur coût, ne forme pas réellement une barrière physique mais réduisent les risques de rupture des préservatifs.

» » LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

- Basée sur la méthode de l'écoute active qui centre l'échange sur la personne, elle peut prendre la forme d'entretiens ou *counselling* individuels et/ou collectifs (ce qui permet le renforcement des compétences individuelles et du pouvoir d'agir pour soi-même) ou d'entretiens motivationnels (aider à identifier/entretenir les motivations de l'individu à prendre soin de lui et à se protéger);
- Le but est de prévenir la transmission du VIH en réduisant les risques, notamment par:
 - » L'abstinence ou le report du premier rapport sexuel chez les jeunes HSH;
 - » La réduction du nombre de partenaires sexuels;
 - » L'usage systématique du préservatif;
 - » L'usage de gels lubrifiants à base d'eau (même en l'absence de préservatif, le gel peut réduire partiellement les risques de transmission);
 - » La diminution des pratiques sexuelles à risque de transmission du VIH élevé au profit d'autres, moins risquées;
 - » La proposition de dépistage du VIH et des IST, en lien avec des offres cohérentes et facilitées de traitement;
 - » La proposition d'un traitement ARV et du traitement des IST pour les personnes atteintes.
- La communication doit être ciblée selon l'évocation par le bénéficiaire des situations précises qui le concernent ou sur lesquelles il s'interroge et souhaite des informations / éclaircissements.

» » LA PRÉVENTION DE PROXIMITÉ

Considérant le faible accès des HSH aux services de santé, les interventions de prévention doivent pouvoir se faire dans les

www.drgay.ch
Le Dr Gay répond
à vos questions:
initiative suisse
d'informations pour
les HSH en français,
italien et allemand.

² <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0023243>

lieux où se trouvent les HSH:

- Les lieux de rencontre (festifs, drague, etc.);
- Les associations ou communautés;
- Les sites d'échange et de rencontre sur internet, etc.

» » LES OUTILS DE COMMUNICATION

Ils permettent de diffuser des informations générales ou spécifiques. Dans cette catégorie, on peut trouver:

- Les **outils de communication visuelle et audiovisuelle**: affiches, brochures, flyers, boîtes à image, CD/DVD, spots TV et radio, vidéos, etc. Mis à part des documents de poche faciles à transmettre confidentiellement de la main à la main, les autres médias sont le plus souvent inadaptés aux HSH, notamment en raison des législations répressives sur l'homosexualité encore à l'œuvre dans beaucoup de pays africains;
- Le **marketing social**: campagnes multimédia de prévention et d'incitation au dépistage et aux traitements des IST et du VIH: si ces campagnes ont fait leurs preuves vis-à-vis de la population générale et de certains groupes à risque, aucune étude n'a encore évalué l'efficacité de telles campagnes en direction de groupes de HSH;
- Les nouvelles technologies d'informations et de communication - NTIC (sites internet, chats, téléphonie verte): ce sont des outils à promouvoir, même s'ils ne sont accessibles qu'à une partie de la population HSH (ceux possédant un téléphone, et pour internet, ceux qui savent lire).

**HEALTH
4MEN**
top to bottom

**THERE'S
NOTHING
SEXY
ABOUT
HAVING
AN STI**

**You or a partner could have a
sexually transmitted infection (STI)
WITHOUT KNOWING IT**

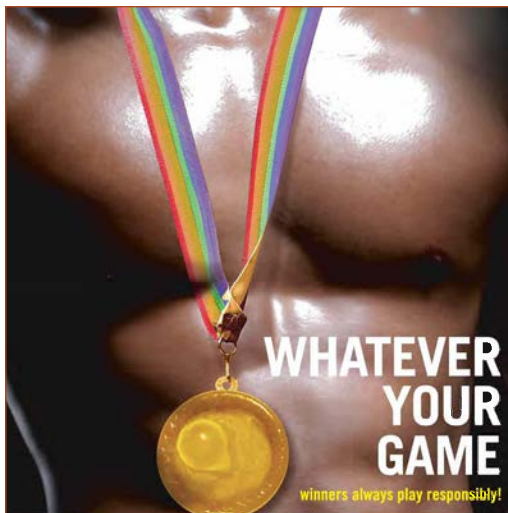
You could be infecting others

*Treatment of
most STIs
is very easy
and simple.*

**Health4Men offers free
screening and treatment
for STIs and HIV, including
free ARVs**

Call our clinics in Cape Town (021 447 2844) or
Soweto (011 989 9756) for more info





Exemples d'outils de communication (Afrique du Sud)

» LES MÉTHODES BIOMÉDICALES

» » LE DÉPISTAGE DES IST ET DU VIH

Le dépistage précoce d'une infection permet une meilleure prise en charge et un meilleur accès à la prévention. En effet, la probabilité pour qu'un individu modifie son comportement sexuel en adoptant des conduites préventives est 2 à 3 fois plus importante lorsqu'il se sait contaminé, comparativement à quelqu'un qui ignore son statut, même s'il craint d'être infecté¹.

» » LES OUTILS DE SOINS AU SERVICE DE LA PRÉVENTION

- Le **traitement post-exposition**: il permet d'éviter une infection par le VIH dans le cas d'une exposition sexuelle ou professionnelle. Ce traitement a été peu évalué au plan opérationnel. Son intérêt en santé publique n'est pas conforté par les études, mais il n'en est pas moins essentiel au niveau individuel. Malheureusement, il est peu utilisé, souvent par manque d'accès aux structures de soin immédiatement après l'exposition, ou par manque de formation des agents de santé, ou encore par défiance ou crainte des bénéficiaires vis-à-vis des structures/agents de santé;
- Le **traitement antirétroviral**: son impact favorable, tant au plan individuel qu'au plan de la santé publique ne fait aujourd'hui plus aucun doute (TAsP-treatment as prevention)². En effet, la réduction de la «charge virale communautaire», qui rend compte à la fois du nombre de personnes dépistées, du pourcentage de personnes traitées et de l'efficacité des traitements administrés dans une population donnée, peut apporter une très forte contribution à la réduction de la transmission (TRT5)³
- Le **traitement des IST**: on dispose actuellement de traitements efficaces contre la plupart des IST. La réduction de la prévalence des IST entraîne une diminution du risque d'infection par le VIH. En ce sens, le traitement des IST est un outil important de prévention du VIH;
- Le **traitement pré-exposition (PrEP)**: c'est une méthode qui consiste en la prise régulière de médicaments anti-VIH pour aider les personnes séronégatives qui risquent de contracter le VIH à réduire leurs risques d'infection. Cette méthode

www.ipergay.fr

L'Agence française de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) a débuté en janvier 2012 le premier essai de PrEP du VIH chez les HSH en France. A cette occasion, l'ANRS met en ligne une vidéo de témoignages et une enquête dans le cadre d'une campagne **Les gays, la prévention ... Et moi ?**.

1 TrT5. Nouvelles approches de prévention <http://www.trt-5.org/article284.html>

2 Référence TAsP (Etude kenyanne)

3 Référence à compléter JBGS

doit être associée à l'utilisation du préservatif car elle ne confère qu'une protection partielle contre l'infection par le VIH. Une étude effectuée chez des hommes gays et bisexuels séronégatifs qui prenaient tous les jours une combinaison de ténofovir et d'emtricitabine a montré récemment que leur risque de contamination par le VIH avait diminué de 44%. Les hommes qui avaient fait preuve de la meilleure observance thérapeutique ont vu leur risque réduit de 73%⁴.

» LES MÉTHODES QUI N'ONT PAS FAIT LEURS PREUVES

Les méthodes de prévention suivantes sont largement utilisées par les HSH, mais n'ont fait l'objet d'aucune étude scientifique permettant de confirmer ou d'infirmer une protection contre la transmission du VIH, même partielle. Certaines sont vraisemblablement purement inefficaces, d'autres augmentent probablement les risques de transmission du VIH et des IST. Mais aucune des méthodes ci-dessous ne protège contre cette transmission :

- **Le sérotriage:** il consiste à refuser toute relation sexuelle, y compris protégée, avec un partenaire de sérologie différente;
- **La séroadaptation :** c'est l'adaptation des pratiques sexuelles (protégées ou non) en fonction de son propre statut sérologique et de ceux, connus ou supposés, de ses partenaires sexuels, dans le but de réduire le risque de transmission/acquisition du VIH;
- **La sécurité négociée:** il s'agit pour des couples stables de s'accorder sur le fait de ne pas utiliser de préservatif au sein du couple, tout en s'engageant dans une fidélité mutuelle ou à des pratiques protégées en dehors du couple;
- **Le retrait du pénis avant éjaculation:** c'est une pratique potentiellement dangereuse car chez un homme infecté par le VIH, le liquide pré-séminal contient des virus et peut en occasionner la transmission. Par ailleurs, la présence de lésions des muqueuses génitales et ano-rectales constitue un risque de transmission;
- **Le positionnement stratégique:** se limiter à être le partenaire réceptif ou insertif, en fonction du statut (connu ou supposé) de chaque partenaire.
- **La circoncision:** elle ne constitue pas une méthode de prévention reconnue du VIH chez les HSH et n'est donc pas recommandée.

» L'ACCESSIBILITÉ ET LA DISPONIBILITÉ DES OUTILS ET MOYENS DE PRÉVENTION

Globalement, mais surtout dans les pays qui criminalisent les pratiques sexuelles entre hommes, les HSH n'ont qu'un accès très limité aux divers services et actions de prévention. Ils ne constituent qu'une part infime des cibles de la prévention du VIH et sont même fréquemment ignorés, voire volontairement exclus par les programmes gouvernementaux. Lorsqu'on reconnaît leur existence, comme c'est aussi le cas d'autres groupes à haut risque, les budgets dédiés à la prévention ciblée sur ces groupes sont très

⁴ RM Grant et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N. Engl. J. Med. 2010 Dec 30;363(27):2587-2599

faibles. Quelques chiffres pour illustrer la situation des HSH dans les pays en développement:

- En 2007, l'ONUSIDA estimait que moins de 1 HSH sur 5 avait accès aux interventions de prévention les plus basiques, telles que les informations sur les risques d'infection à VIH entre HSH et l'utilisation des préservatifs⁵. Cette donnée a été confortée par un rapport du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a montré que moins de 10% des HSH étaient atteints par les services de base de prévention;
- Ce n'est pas plus de 0,6% des dépenses de prévention qui sont dédiées à la prévention du VIH chez les HSH, et cela dans 38 pays seulement. Les autres pays en développement ayant coché la case «non applicable» dans les rapports adressés à l'OMS et l'ONUSIDA. Le rapport global OMS/ONUSIDA 2011 a très récemment mis une fois encore en évidence la faible disponibilité des actions de prévention et soins auprès spécifiquement des HSH (réponses de 36 pays d'Afrique subsaharienne à une consultation sur ces actions – Voir Fig. 10-1)⁶

Type d'intervention de prévention	Oui	Non
Promotion de l'utilisation systématique du préservatif	16	20
Interventions aux niveaux communautaires et individuels	14	22
Interventions de prévention dans les sites de rencontre	8	28
Campagnes de marketing social	3	32
Interventions par internet	16	20
Conseil et dépistage du VIH	16	20
Prise en charge des IST et dépistage régulier	11	24
Vaccination hépatite B	3	34

Fig. 10-1: Disponibilité des actions de prévention et soins auprès des HSH en Afrique subsaharienne (source OMS 2011)

Faute de moyens et de volonté politique, la prévention combinée ne peut s'appliquer efficacement aux HSH. Pourtant les actions de prévention auprès des HSH sont faisables et efficaces: dans une étude menée à Douala par *Alternatives Cameroun*, parmi les HSH ciblés par ses actions de prévention, 50,6% disaient utiliser systématiquement le préservatif dans le cadre des pénétrations anales avec leurs partenaires masculins, contre 33,3% de ceux n'ayant bénéficié d'aucune intervention⁷.

Connaître les différents outils et moyens de prévention, savoir les manipuler, les utiliser et les combiner en fonction des contextes et des réalités des individus est malheureusement insuffisant pour vaincre tous les obstacles. A la prévention combinée en population, il faut de surcroît ajouter des interventions structurelles pour engager les autorités politiques sur la voie de la reconnaissance des HSH

5 C; Beyrer. Global Prevention of HIV Infection for Neglected Populations: Men Who Have Sex with Men, *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50(S3):S108–S113

6 Global HIV/AIDS response : Epidemic update and health sector progress towards universal access (2011)

7 Alternatives Cameroun : E-SANDOH Documenter pour mieux agir : la vulnérabilité au VIH des HSH dans la ville de Douala, Cameroun (2008)

comme groupe à plus fort risque d'infection par le VIH et les IST, nécessitant des interventions spécifiques auxquelles ils doivent pouvoir accéder en toute liberté. C'est ce qui fait l'objet de la *session 12*.

POUR EN SAVOIR PLUS



- OMS (2011) Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres IST chez les HSH – Recommandations de l'OMS pour une approche de santé publique (2011) français: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf. Confère encadré ci-dessous
- International HIV/AIDS Alliance (2003) Entre hommes – Prévention du VIH et des IST pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes: http://www.aidsmark.org/ipc_en/pdf/sm/hr/msm/Between%20Men%20%20-%20HIV%20&%20STI%20Prevention%20Among%20MSM%20French.pdf

PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH ET D'AUTRES IST CHEZ LES HSH RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR UNE APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE (2011)

Chez les HSH et les personnes transgenres, il est fortement recommandé:

- D'utiliser systématiquement des préservatifs lors des rapports anaux;
- D'utiliser systématiquement des préservatifs plutôt que le sérotriage;
- De proposer un conseil et un dépistage du VIH ;
- De proposer des programmes de conseil et de dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement.

Chez les HSH et les personnes transgenres séronégatifs, il est suggéré (recommandation soumise à condition nécessitant de plus amples recherches):

- Dans certaines circonstances particulières, d'utiliser le sérotriage comme stratégie de réduction des risques, plutôt que de ne pas utiliser de préservatifs;
- De ne pas proposer la circoncision pour prévenir l'acquisition du VIH et des IST;
- De mettre en œuvre des interventions **au niveau individuel** visant à changer

les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST;

- De mettre en œuvre des interventions **au niveau de la communauté** visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST;
- D'utiliser des stratégies de marketing social en vue d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST;
- De proposer des informations ciblées basées sur Internet en vue de diminuer les comportements à risque et d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST;
- De mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial en vue de diminuer les comportements à risque et d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST.

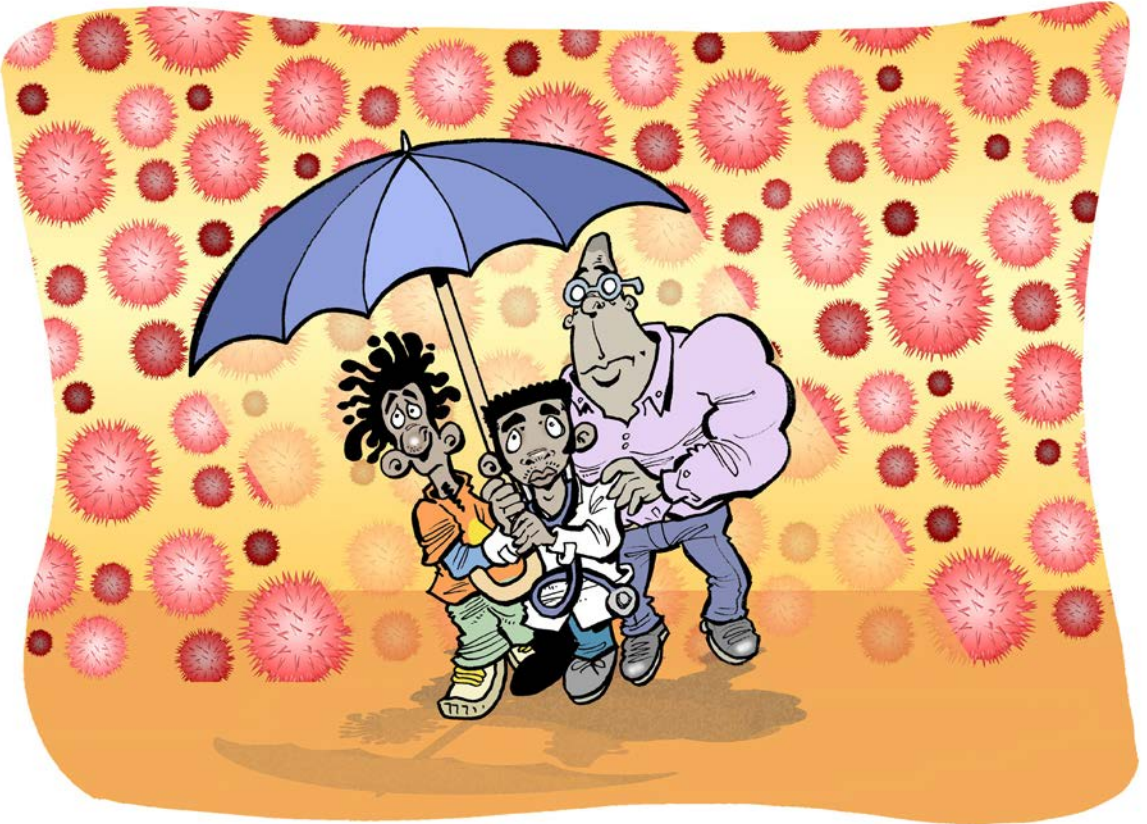
D'autres recommandations concernant les actions de prévention à réaliser en cas de consommation d'alcools ou d'autres substances nocives sont disponibles dans le document de l'OMS.



LA FICHE TECHNIQUE

Session 10	Outils et moyens de prévention des IST et du VIH chez les HSH
Durée	1h30
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience en prévention du VIH et des IST auprès des HSH permettant de: <ul style="list-style-type: none"> » Illustrer les avantages et les inconvénients de chaque outil; » Réaliser des démonstrations de qualité; » Répondre aux questions des participants.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brainstorming; ▪ Exposé interactif par les formateurs; ▪ Démonstration de la bonne utilisation de certains outils; ▪ Débat/échange avec le groupe.
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignes d'animation (formateurs) ▪ Présentation power point (formateurs)
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinateur, vidéoprojecteur et pointeur laser; ▪ Paper board & marqueurs de couleur; ▪ Préservatifs masculin et féminins, gel lubrifiant, phallus, «modèle Zoé» pour l'anus; ▪ Affiches, brochures, boîte à image, etc. ▪ Poste téléphonique avec haut-parleur (appel au téléphone vert); ▪ CD de présentation d'un spot de prévention, etc.
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que les différents outils à présenter sont fonctionnels; ▪ Préparer la feuille de paper board pour le brainstorming.
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
5 mn	Introduction
15 mn	Partage des connaissances du groupe
30mn	Exposé interactif du formateur
25 mn	Démonstration par les participants de l'utilisation des outils les plus connus
15 mn	Échanges avec les participants sur l'existence, la disponibilité et l'accessibilité de ces outils et moyens de prévention dans leur contexte de travail et leur environnement pays.

Initiatives de prévention parmi les HSH: partage d'expériences



Quelles sont les expériences actuelles de prévention du VIH/IST s'adressant aux HSH dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre? Quel regard peut-on porter sur ces expériences? Quelles leçons peut-on en tirer pour reproduire leurs bonnes pratiques?

Cette session présente un regard croisé sur ces initiatives et ménage un espace d'échanges entre les participants, pour s'inspirer (et éventuellement reproduire) des expériences réussies.

LES OBJECTIFS

Cette session donne l'occasion aux participants de partager 2 à 3 expériences probantes de prévention du VIH et des IST parmi les HSH émanant d'associations/ONG d'Afrique de l'Ouest et Centrale. A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Analyser les forces et faiblesses des expériences présentées;
- Dégager les bonnes pratiques de prévention, utiles et faisables dans leur contexte;
- Proposer les interventions clés pour mettre en œuvre ces bonnes pratiques;
- Corriger les pratiques existantes au regard des enseignements tirés des expériences partagées.



L'ESSENTIEL

» LE RÔLE PRIMORDIAL DU MONDE ASSOCIATIF DANS LA PRÉVENTION DU VIH ET DES IST PARMIS LES HSH

Dans les pays à faibles ressources, l'absence de surveillance épidémiologique spécifique, de recherches socio-anthropologiques et bio-comportementales sur le VIH parmi les HSH, combinée au manque de ciblage des interventions de lutte contre le VIH ont depuis vingt ans largement contribué au développement ainsi qu'à la méconnaissance de l'ampleur de l'épidémie qui sévit chez les HSH dans ces pays. On connaît maintenant, grâce à des études récentes, les conséquences de ce désintérêt: seuls 9% des HSH des pays à revenus faibles ou moyens avaient accès aux services de prévention du VIH en 2010, alors que la prévalence du VIH dans ce groupe était entre 2 et 40 fois plus élevée qu'en population générale.

En Afrique subsaharienne, la majorité des services VIH offerts aux HSH est à l'initiative d'associations et d'organisations non gouvernementales. En répondant aux besoins des HSH et en sensibilisant la population générale à leurs problèmes, ces organisations montrent à leurs gouvernements non seulement la faisabilité mais également l'efficacité d'actions ciblées en matière de lutte contre le VIH et les IST, malgré des ressources souvent extrêmement limitées¹. Mais cet engagement n'est pas sans danger: ces organisations travaillent dans des contextes hostiles, marqués par la stigmatisation, la discrimination, voire la criminalisation. Leurs membres sont souvent victimes de pressions extérieures multiples, font parfois l'objet de violences morales et physiques, de harcèlement voire d'extorsion². Dans certaines situations, la promotion du condom et la possession de matériel d'information sur la prévention du VIH auprès des HSH ont été utilisés par la police et la justice pour poursuivre, selon des textes criminalisant la sexualité

¹ Voir par exemple les résultats de l'étude ANRS ELIHoS (voir session 5, ref. n°2)

² amfAR et MSMGF (2010) Leçons de premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187

entre hommes, des acteurs associatifs, HSH ou non, interpellés dans l'exercice de leur travail de prévention de proximité³.

Représentant souvent les seules entités auxquelles les HSH peuvent avoir recours, ces organisations sont amenées à développer des activités répondant aux différents besoins des HSH et prenant en compte leurs diversités: conseils et dépistage du VIH, groupes d'auto-support, circuits de référence, prise en charge et traitement du VIH et des IST, assistance juridique, plaidoyer et défense des droits, lobbying, organisation des HSH, formations des bénéficiaires, formation professionnelle de leurs personnels, ou encore campagnes d'information et de sensibilisation utilisant les médias⁴. Le défi majeur pour la bonne réalisation de ces activités, outre l'environnement hostile dans lequel elles peuvent être conçues et mises en œuvre, réside aussi bien souvent dans les faibles ressources financières disponibles.

ASPECTS D'UNE PLANIFICATION RÉUSSIE¹

Subvenir aux besoins élémentaires En aidant les HSH à développer un savoir-être minimal qui leur permet de se prendre en charge et de prendre soin de leur santé, les organisations créent un environnement où les personnes peuvent accéder aux services VIH.

Fournir un espace de sécurité Un espace de sécurité permet aux HSH de disposer d'un endroit où se réunir à l'abri de tout harcèlement, discrimination et jugement, un endroit où les personnes sont encouragées à parler, à partager des informations et des problèmes, à organiser une action collective et à s'impliquer auprès des autres.

Créer et entretenir la confiance avec les communautés Le rôle premier de ces organisations est de créer et d'entretenir la confiance avec les HSH dans leurs groupes ou communautés.

Stratégies de programme multiples Plusieurs approches doivent être développées afin de prendre en compte tant les besoins de la population ciblée que les environnements politiques hostiles dans lesquels les programmes opèrent. Dans la pratique, cela signifie combiner des services directs comme la prévention, le traitement, la prise en charge et l'accompagnement avec le militantisme politique, les activités de conscientisation du public et les efforts de sensibilisation.

Créer des programmes sur mesure et s'adapter au changement Les programmes doivent s'adapter aux besoins particuliers de chaque communauté. Cela signifie qu'il faut parfois modifier des interventions mises en place afin de satisfaire les exigences d'un groupe spécifique, par exemple par le biais des nouvelles technologies (NTIC).

Évaluation des programmes La mise en place d'indicateurs permet de suivre la progression par rapport aux objectifs de réduction du nombre d'infections à VIH et d'amélioration des droits des HSH (indicateurs d'impacts). Ils concernent autant le processus (implication des publics cibles, réalisation des activités par rapport aux objectifs fixés), que les résultats (ex : augmentation de l'utilisation des préservatifs, réduction des violences à l'encontre des HSH). Les informations issues de ces données serviront à modifier les programmes en cours pour obtenir un impact plus important, mais aussi à identifier des bonnes pratiques à intégrer dans de futurs programmes.

¹ Adapté du rapport de amfAR et MSMGF (Cf référence n°2)

³ C ; Vezina (2010) La vulnérabilité au VIH des homosexuels en Afrique: une analyse basée sur le droit à la santé http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Vezina.pdf

⁴ Idem référence n°2

» TYPES D'ORGANISATIONS ET EXEMPLES D'INITIATIVES DE PRÉVENTION DU VIH ET DES IST PARMIS LES HSH

Les organisations qui développent des interventions de lutte contre le VIH ciblant les HSH peuvent être catégorisées selon une typologie décrite ci-dessous. Quelques exemples provenant des pays africains francophones sont cités pour l'illustrer.

» » ORGANISATIONS IDENTITAIRES DE DÉFENSE DES DROITS HUMAINS DÉVELOPPANT DES PROGRAMMES SUR LA SANTÉ (PRÉVENTION IST/VIH CHEZ LES HSH)

» » » *Alternatives-Cameroun (Douala, Cameroun)*

Créée en 2006, cette association identitaire a développé un panel d'interventions multiples: juridiques, sociales, médicales et de prévention (VIH/IST). En 2008, *Alternatives* a développé un programme de prévention par internet, conscient de l'opportunité que représentent les sites de rencontre des HSH pour faire passer des messages. L'organisation forme des pairs-éducateurs qui surfent sur les sites internet les plus utilisés et accessibles aux HSH du Cameroun (gaydar, gayromeo, etc...) pour sensibiliser les utilisateurs aux stratégies de réduction des risques d'infection par le VIH et les IST et les informer sur l'offre de services de l'association, notamment l'accompagnement psychosocial et les consultations IST/VIH du *Centre Access*⁵. Malgré le contexte hostile (loi criminalisant les rapports sexuels entre hommes au Cameroun donnant lieu à des arrestations régulières), des actions de prévention sont donc rendues possibles par les nouvelles technologies de la communication et de l'information, tout en permettant de préserver l'anonymat des bénéficiaires et éviter la répression policière. Cette activité innovante a eu pour conséquence d'augmenter la fréquentation du *Centre Access*.

» » » *Arc-en-Ciel Plus (Abidjan, Côte d'Ivoire)*

Association identitaire, *Arc-en-Ciel Plus* a établi un partenariat privilégié avec la *Clinique Confiance*, structure privée associative de soins qui se consacre aux populations vulnérables. Les pairs-éducateurs de l'association y tiennent des permanences régulièrement.

» » » *Association ADAMA (Dakar, Sénégal)*

Créée en 2000, cette association basée à Dakar a pour objectif de réduire la propagation des IST et du VIH chez les HSH du Sénégal, via la mobilisation sociale, les causeries, les visites à domicile, des séances de dépistage volontaire, des ateliers de formation et des campagnes de mobilisation et de sensibilisation. Cette association collabore avec d'autres organisations au Sénégal telles que *Endeliguey*, *Enda-Santé*, *ANCS*, etc. Toutes ont collaborées au projet *ELiHoS* de l'*ANRS* entre 2004 et 2007⁶, qui a démontré l'efficacité des interventions de prévention auprès des HSH du Sénégal.

5 Centre de préventions et de prise en charge VIH/IST que l'association *Alternative Cameroun* a ouvert à Douala en 2008

6 Groupe ELiHoS. (2010) Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) – Rapport Scientifique. Working Papers du CEPED, no. 06. Paris: CEPED <http://www.ceppep.org/?ELiHoS>

» » ORGANISATIONS DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DÉVELOPPANT DES ACTIONS DE PRÉVENTION À DESTINATION DES HSH

» » » **ARCAD/SIDA (Bamako, Mali)**

L'Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida (ARCAD/sida) existe depuis 1994 et intervient depuis 2007 auprès des HSH sur le mode «Aidez-nous à vous aider!», avec une stratégie en plusieurs étapes: identification de sites de rencontre des HSH, identification de leaders HSH, formation de ces leaders à l'animation d'activités d'IEC/CCC, accès au dépistage du VIH pour les HSH, accès à des créneaux de consultation spécifiques à la clinique d'ARCAD/Sida et accès aux ARV pour les HSH le nécessitant.

» » » **ALCS (Maroc)**

Créée en 1988, l'Association de Lutte Contre le VIH/Sida (ALCS) a développé depuis 1993 le projet «Prévention de Proximité Masculine» avec pour objectif de réduire les risques d'IST et d'infections à VIH chez les HSH et les hommes impliqués dans des rapports de prostitution (TSH). Au fil des ans ce projet a pris de l'ampleur, notamment géographique, en 2010, l'ALCS comptabilisait plus de 16.000 HSH ou TSH touchés par ses actions, plus de 1.600 dépistages du VIH effectués, près de 2.900 consultations IST et plus de 230.000 préservatifs et gels lubrifiants distribués.

N.B: Il ne s'agit là que de quelques exemples, parmi beaucoup d'autres. Par ailleurs, des ONG internationales développent également des programmes en direction des HSH en Afrique subsaharienne, parmi lesquelles Family Health International, Population Service International, International HIV/AIDS Alliance, Enda-Santé, etc.

POUR EN SAVOIR PLUS

Africagay (2007-2008): différent rapports d'atelier disponibles sur <http://www.reseauafrique2000.org/msm.php>.

amfAR et **MSMGF** (2010) Leçons de premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187





LA FICHE TECHNIQUE

Session 11	Initiatives de prévention parmi les populations les HSH: partage d'expériences
Durée	2h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissances avancées sur les méthodes de prévention du VIH/IST pour les HSH. ▪ Capacités d'animation de groupe, d'écoute, de modération de parole et de synthèse.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage d'expérience; ▪ Travaux de groupe; ▪ Discussions en plénière.
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignes d'animation (formateurs); ▪ Présentations des expériences des participants (formateurs); ▪ Fiche de recueil pour l'analyse des expériences présentées (participants).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche de recueil pour les participants: (1 par participant); ▪ Ordinateur, vidéoprojecteur et pointeur laser (si les présentations sont basées sur une présentation power point ou des photos); ▪ Paper board et marqueurs de couleurs pour chaque groupe.
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avant le début de la formation, identifier et contacter par e-mail 3 participants susceptibles de présenter des expériences parmi les modèles suivants: <ul style="list-style-type: none"> » Organisation de professionnels socio-sanitaires (ONG, OBC, centres médicaux) ayant développé un programme ciblant les HSH; » Association de PvVIH ayant développé un programme ciblant les HSH; » Réseau d'OSC (de veille sur les droits des personnes, de plaidoyer, de santé, etc.) ayant développé un programme ciblant les HSH; » Programme ciblant les HSH développé par une ONG internationale. ▪ L'e-mail de contact doit comprendre les items suivants pour guider les personnes contactées dans leur exercice de présentation: description de la structure, lien de la structure avec les HSH, description des actions de prévention effectuées, forces et faiblesses de ces actions, opportunités et obstacles rencontrés, impact de ces actions, possibilité de répliation dans d'autres contextes. ▪ En début de formation, les formateurs de la présente session prévoient des séances de travail avec les 3 présentateurs pour revoir les présentations (contenu par rapport aux critères, volume par rapport au temps imparti de 15 min, etc.)

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn	Introduction
30 mn	Présentation des 3 expériences. Les participants qui ne présentent pas sont répartis en 3 groupes, chaque groupe doit s'intéresser plus spécifiquement à une des expériences décrites
15 mn	Discussion des expériences et préparation d'une courte restitution par chacun des 3 groupes
30 mn	Restitutions des groupes (10 min x 3)
30 mn	Débat avec tous les apprenants
10 mn	Synthèse par les formateurs

Améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des HSH

Session 12



Comment améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des HSH? Quelle place pour les droits humains, la médiation socio-sanitaire, l'auto-support et la pair-éducation?

La réduction des inégalités dans les domaines des droits humains, de la prévention du VIH et de l'accès aux soins des HSH constitue le défi prioritaire à la fois pour les organisations de la société civile (communautaires et identitaires) et pour le système de santé dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne.

Dans le cadre de l'accès universel à la prévention, au dépistage, aux soins et au soutien des PvVIH, les HSH se retrouvent souvent discriminés. Cette session a pour objectif de poser le cadre conceptuel et pratique de leur accès aux droits pour parvenir à un véritable accès universel.

LES OBJECTIFS

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Documenter les contextes de vie des HSH afin de mettre en œuvre des réponses adaptées;
- Contribuer au renforcement de l'accès aux droits et aux services de prévention et de prise en charge de qualité pour les HSH;
- Maîtriser les outils des programmes clés pour réduire les carences en matière de droits humains;
- Émettre des recommandations sur l'amélioration de l'accès aux services de prévention et de soins des HSH en Afrique subsaharienne, notamment dans leur propre contexte.



L'ESSENTIEL

» INTRODUCTION

Les populations les plus exposées au risque VIH/IST en Afrique subsaharienne et plus particulièrement les HSH sont trop longtemps restés absents des programmes de prévention et d'accès aux soins, en dépit de facteurs de risques avérés.

Agir pour réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des HSH est un objectif important que s'assignent les acteurs de santé et psycho-sociaux des secteurs publics, privés, associatifs et communautaires, notamment les organisations identitaires.

Les valeurs qui animent ces acteurs sont celles des droits humains et de l'équité en santé. Cela passe par un renforcement des capacités, l'acquisition de compétences et l'engagement des personnes concernées: ce que l'on peut traduire par **empowerment**.

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les HSH sont encore très souvent victimes de stigmatisations ou obligés de se cacher en raison de lois ou de politiques qui criminalisent les relations sexuelles entre hommes.

Adopter une approche fondée sur les droits humains garantit l'accès des HSH et de leurs partenaires (masculins et féminins) à l'information et aux moyens de prévention et de prise en charge du VIH et des IST, mais leur permet également d'être informés sur les modalités pour améliorer l'accès à ces services.

Cette approche garantit aussi leurs droits à avoir accès à des services adaptés et efficaces de prévention et de soins de la plus haute qualité possible, dispensés sans discrimination.

» INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS DES HSH À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET AUX DROITS

Pour améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits humains des HSH, différentes formes d'interventions complémentaires (liste non exhaustive) existent.

Parmi celles-ci, on peut citer les suivantes:

Interventions sur les causes structurelles

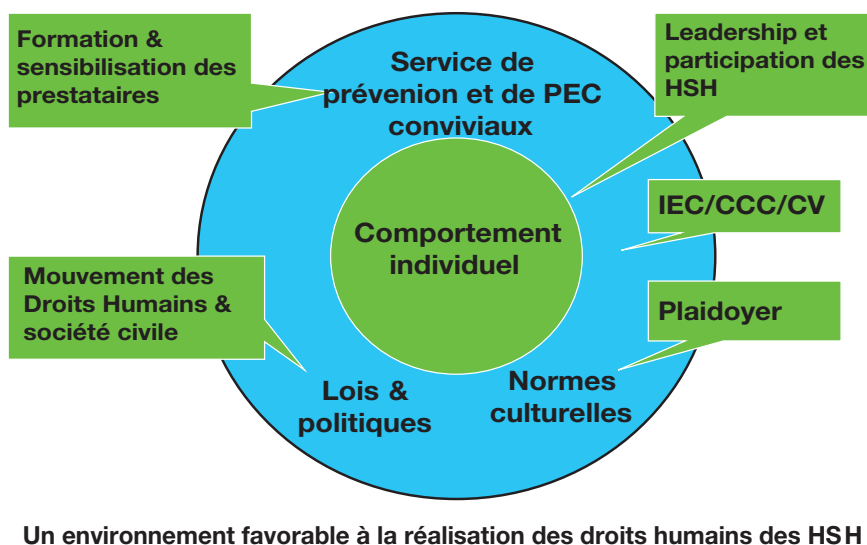


Fig. 12-1: Interventions pour améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits.

» PROMOTION D'UNE DÉMARCHE FONDÉE SUR LES DROITS HUMAINS

Comme nous l'avons vu à la *session 4*, les HSH souffrent dans de nombreux pays d'Afrique de restrictions (voire d'absence) de droits plus ou moins marquées, se caractérisant par des entraves à leurs libertés, une réduction des opportunités socioprofessionnelles et même des violences. Pour rappel, en Afrique, 38 des 54 Etats disposent d'une loi pénalisant les relations sexuelles entre hommes.

Cette absence de droit représente l'un des chaînons les plus faibles de la réponse au VIH/sida aujourd'hui. Ses conséquences sont autant d'obstacles à l'accès à la prévention et aux soins :

- Vulnérabilité sociale, discriminations et stigmatisations freinent les démarches individuelles de prévention et soins;
- Auto-stigmatisation et ses conséquences psychologiques entraînent l'isolement et une défiance vis-à-vis de l'offre de services (prévention et soins);
- Itinéraires de prévention et thérapeutiques d'une complexité accrue et carences véritables en termes de protection du fait de la vulnérabilité sociale sont observées;
- Découverte tardive de la séropositivité, souvent concomitante de la maladie.

Dans les réponses nationales au VIH/sida de nombreux pays du continent africain, il n'y a pratiquement pas d'engagement politique, de financement ou de programmes consacrés à vaincre ces obstacles (à quelques exceptions près). En cela, ces pays sont en contradiction avec les objectifs stratégiques auxquels ils adhèrent, tels que *l'accès universel* ou encore *connaître son épidémie*.

De surcroît, les droits humains des groupes hautement exposés doivent être

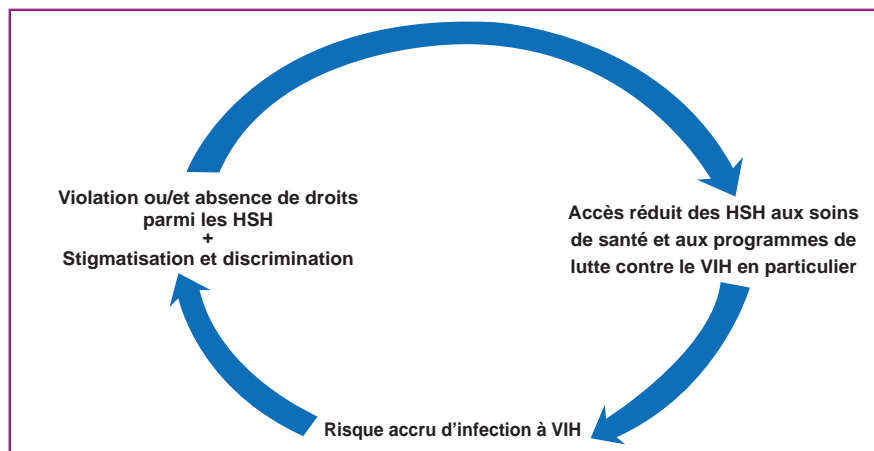


Fig. 12-2: Liens entre accès aux droits, aux services de préventions / soins et risques VIH/IST

respectés, au terme des engagements politiques et juridiques suivants:

- *La Déclaration des Droits de l'Homme des Nations Unies*, qui stipule l'obligation qui incombe aux États de garantir à tous une protection efficace contre toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre;
- *La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*, dont les articles 2 et 3 consacrent le droit à l'égalité, l'article 16 le droit à la santé;
- *Le Pacte International sur les Droits Civils et Politiques* (PIDCP), dont les articles 22 et 26 reconnaissent les droits à l'égalité et à la non-discrimination de tous les individus;
- *Le Pacte International sur les Droits Économiques Sociaux et Culturels* (PIDESC), dont l'article 2(2) garantit le droit à la non-discrimination et l'article 12 le droit à la santé de tous les individus.

La grande majorité des pays africains a ratifié ces traités internationaux, dont notamment le Cameroun, le Sénégal et le Nigéria, qui pourtant, ont inclus dans leurs législations des lois criminalisant l'homosexualité. Or, il est par exemple inscrit dans la constitution du Cameroun en son Article 45 «*Les traités ou accords internationaux régulièrement approuvés ou ratifiés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie*»¹.

C'est sur ces contradictions ou paradoxes juridiques que doivent se baser les plaidoyers pour la dépénalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe d'une part, et du VIH d'autre part, dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Ces actions de plaidoyer se réalisent à divers niveaux:

- En 2006, les leaders mondiaux réunis pour une rencontre internationale réaffirment que «*la réalisation pleine et universelle des droits de l'homme et*

¹ PRODHOP et Alternatives Cameroun (2009) Pourquoi le Cameroun doit-il abolir la criminalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe ?

des libertés fondamentales est [également] un élément essentiel de l'action mondiale contre l'épidémie de VIH/sida»;

- En 2007, Les *Principes de Yogyakarta*² adoptés par des experts internationaux démontrent l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Ils démontrent une fois de plus l'obligation faite aux États d'appliquer les droits humains fondamentaux. Ils proposent également des recommandations détaillées à l'attention des États pour promouvoir et protéger les droits humains, mais aussi à l'attention du système des Nations Unies, des institutions de défense des droits humains, des médias et des organisations non gouvernementales. Ces principes n'ont cependant aucune force contraignante;
- En 2009, les associations *PRODHOP* et *Alternatives-Cameroun* ont élaboré une campagne pour la dépénalisation de l'homosexualité au Cameroun comprenant une pétition et un mémorandum déposés à l'Assemblée Nationale et relayée par la presse;
- Plus récemment, ce sont les anciens Présidents de pays Africains, tels Thabo Mbeki (ancien Président de l'Afrique du Sud) et Festus Mogae (ancien Président du Botswana), qui sont régulièrement monté à la tribune pour la dépénalisation de l'homosexualité et une réelle prise en compte des groupes à risque comme les HSH ou les professionnel(le)s du sexe dans les programmes de lutte contre le VIH³;
- Enfin, en 2011, dans ses nouvelles recommandations pour la prévention et le traitement du VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, l'OMS a formalisé les recommandations sur les Droits de l'Homme et l'absence de discrimination dans les établissements de santé⁴:
 - » *«Les législateurs et les autres autorités gouvernementales doivent établir et appliquer des lois antidiscriminatoires et protectrices, établies en fonction des normes internationales en matière de Droits de l'Homme, afin d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence subie par les HSH et les personnes transgenres, de réduire leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH et des IST et par là l'impact du VIH/sida dans ces groupes cibles»;*
 - » *«Les services de santé doivent être ouverts aux HSH et aux personnes transgenres, suivant les principes d'éthique médicale et du droit à la santé».*

EXTRAIT DES PRINCIPES DE YOGYAKARTA

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Tous les droits humains sont universels, interdépendants, indivisibles et intimement liés. L'orientation sexuelle et l'identité de genre font partie intégrante de la dignité et de l'humanité de toute personne et ne doivent pas être à l'origine de discriminations ou d'abus.

2 Principes de Yogyakarta (2007) Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre.

3 <http://www.mask.org.za/analysis-the-struggle-continues-even-as-former-presidents-speak-in-favour-of-gays/>

4 OMS (2011) Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres IST chez les HSH – Recommandations de l'OMS pour une approche de santé publique (2011) français. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf

» » PROMOTION D'UNE DÉMARCHE DE MÉDIATION SOCIO-SANITAIRE

La médiation socio-sanitaire est une démarche qui permet de passer d'un discours positif sur un patient à un dialogue constructif avec celui-ci. Il s'agit d'introduire dans le système de soins associatif et hospitalier des intervenants HSH formés et compétents de façon à :

- Renforcer les actions de prévention et de soins prenant en compte les problèmes rencontrés par les HSH;
- Accroître ces actions pour faire face à la demande croissante, bien qu'elle ne soit pas toujours explicite;
- Et de ce fait, apporter des solutions pratiques qui visent à réduire les carences dans la prévention, le dépistage, la prise en charge tardive et la communication.

L'intervenant doit avoir une bonne connaissance des publics ou en être issu puisque la notion de proximité est fondamentale. Il ne doit pas se substituer aux fonctions des différents professionnels de santé ou de l'action sociale, il intervient dans la complémentarité. Ses rôles majeurs sont de :

- Faire connaître à l'ensemble des acteurs socio-sanitaires les *situations vécues* par les personnes, dans le but d'améliorer la prévention et la prise en charge, de prévenir en amont et d'agir sur les dysfonctionnements de l'offre de services;
- Assurer une *fonction de veille* pour mieux prévenir les risques de discrimination et d'exclusion.

Bien sûr, cette démarche de médiation socio-sanitaire réalisée par un intervenant HSH n'a de sens que si elle s'accompagne d'une reconnaissance de l'intervention et de la fonction de médiation de la part de l'équipe soignante comme de la part des bénéficiaires.

Si cette démarche est bien appliquée, elle offre au bénéficiaire l'opportunité de :

- Devenir ou rester acteur de sa santé;
- Apprendre à cogérer les décisions le concernant;
- Apprendre à favoriser une aide de l'entourage.

Et elle permet aux soignants :

- D'impliquer les bénéficiaires dans des itinéraires de soins individualisés;
- De leur proposer de nouvelles idées et outils plus adaptés;
- D'optimiser l'autonomie du patient dans son parcours de soins.

» » PROMOTION D'UNE DÉMARCHE D'AUTO-SUPPORT

La similarité de statut social, d'orientation sexuelle et/ou de statut sérologique entre les membres d'un groupe peut favoriser un processus d'identification entre individus. Celle-ci constitue le fondement de la démarche d'auto-support, qui peut :

- Fournir un appui de l'intérieur pour les membres d'un groupe;
- Constituer un moteur de changement pour les individus au sein du groupe;

- Rompre le sentiment de solitude des individus;
- Obtenir des réponses à des interrogations individuelles à travers les témoignages des autres;
- Rompre le sentiment de stigmatisation des individus;
- Aider à surmonter les conduites d'auto-stigmatisation des individus;
- Accepter l'autre de façon positive, sans condition, sans jugement sur son mode de vie, son orientation sexuelle, ses pratiques, ses valeurs ou ses croyances;
- Rester soi-même, vrai, authentique, en montrant ce que l'on ressent de façon respectueuse et délicate, sans artifice ni mensonge, à la personne accompagnée.

N.B: A la session 13 sont décrites quelques expériences de démarches d'auto-support développées par des associations identitaires dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des HSH.

» » PROMOTION D'UNE DÉMARCHE DE PAIR-ÉDUCATION

L'éducation par les **pairs** permet, dans un contexte de proximité et de confiance, d'apporter une aide et une information ciblée. C'est une démarche qui obtient des résultats très satisfaisants, notamment au sein de groupes spécifiques, à la condition que les pairs présentent les aptitudes et caractéristiques suivantes:

- Issus de milieux culturels, de catégories socioprofessionnelles et/ou d'environnements sociaux proches;
- Avoir de bonnes aptitudes relationnelles et d'empathie avec autrui;
- Maîtriser les connaissances clés sur le domaine d'intervention (**savoir cognitif**);
- Connaître le groupe spécifique en question (**savoir-faire**);
- Savoir se comporter avec maîtrise, respect et empathie avec les bénéficiaires (**savoir-être**);
- Avoir des capacités en communication interpersonnelle (qualité d'écoute, aptitude à relancer les échanges, etc.)



POUR EN SAVOIR PLUS

Off the Map - How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa (2007) International Gay and Lesbian Human Rights Commission <http://www.iglhrc.com>

Guide des Principes de Yogyakarta pour les militants (2010) http://www.ypinaction.org/content/activists_guide



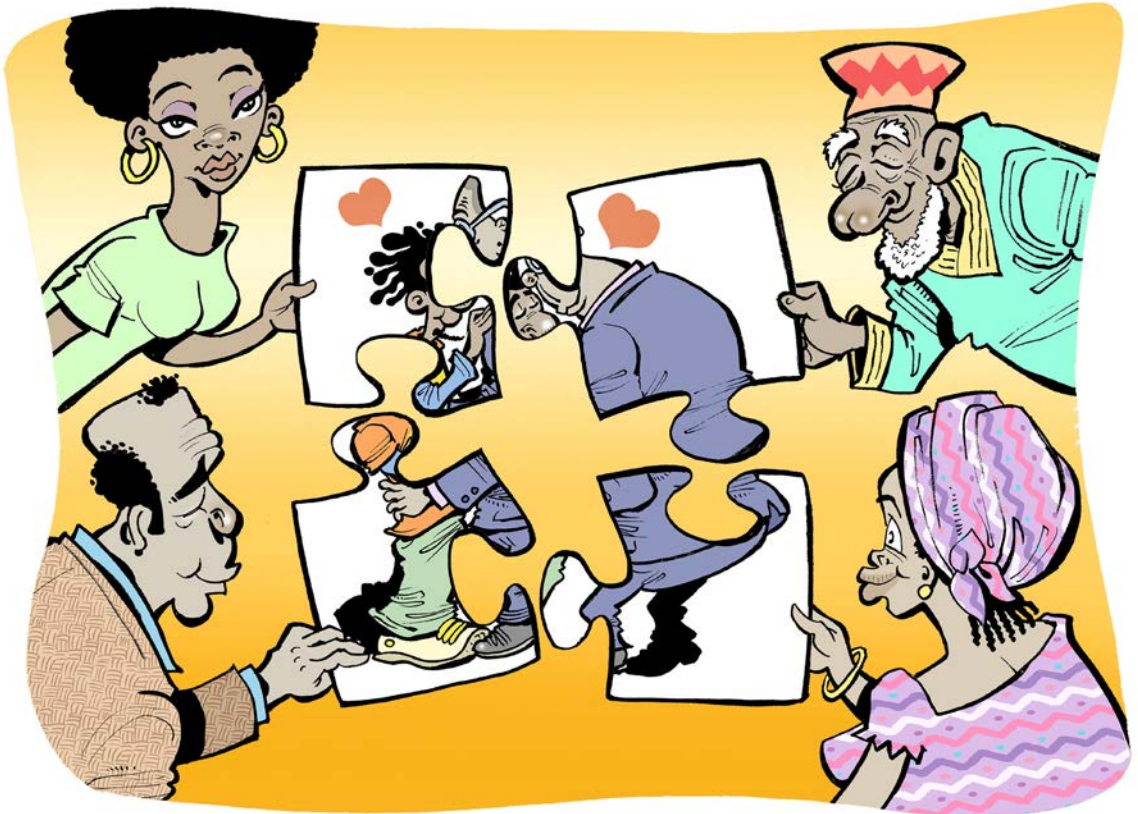
LA FICHE TECHNIQUE

Session 12	Améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des HSH
Durée	3h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise en santé publique; ▪ Expérience avérée de travail dans le domaine de la prévention, de l'accès aux soins et de la mise en œuvre de programmes de santé publique, particulièrement au contact des HSH; ▪ Connaissance approfondie des enjeux de santé publique liés aux populations vulnérables, en particulier les HSH, dans la lutte contre le VIH et les IST.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de groupes basés sur 5 situations emblématiques de différents contextes dans lesquels évoluent les HSH et les acteurs de la lutte contre le VIH/IST; ▪ Discussion des études de cas à partir d'un canevas de réflexion; ▪ Restitution en plénière des leçons apprises de ces études de cas; ▪ Apport de connaissances par un des facilitateurs, sous forme d'une présentation interactive en plénière sur l'amélioration de l'accès à la prévention, aux soins et aux Droits Humains des HSH.
Documents (Voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignes d'animation (formateur); ▪ Présentation power point (formateur); ▪ Situations de cas (participants).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser ▪ Paper board et marqueurs de couleurs: 1 par groupe
A préparer à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composition des groupes: répartir les participants en sous-groupes mélangeant les origines géographiques, genres et positions professionnelles.
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
5 mn	Introduction et objectifs de la session
30 mn	Travaux de groupes (5 situations à analyser à l'aide d'un canevas): <i>Utiliser les consignes d'animation</i>
50 mn	Restitutions des travaux de groupes et leçons apprises
70 mn	Exposé du formateur: <i>Utiliser la PPT «Améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des HSH»</i>
25 mn	Questions-réponses



Session 13

Implication du mouvement associatif et communautaire dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination: exemples, état des lieux et perspectives



Quelle implication pour les acteurs communautaires dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH?

La stigmatisation juridique et culturelle de l'homosexualité sur le continent africain pose un défi à l'ensemble des associations qui œuvrent pour le respect et la promotion des droits humains des HSH.

Cette session sur l'implication des acteurs associatifs dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH. Elle permet de faire un panorama de cette mobilisation, elle invite les apprenants à réfléchir, à travers des études de cas, aux conditions de leur travail pour l'amélioration de leurs interventions.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

- Analyser les divers parcours par lesquels les associations luttent contre la stigmatisation et la discrimination des HSH en Afrique subsaharienne;
- Dégager les pratiques de plaidoyer et de sensibilisation utiles et faisables dans leur contexte;
- Décrire l'importance de ces activités dans la création d'un environnement tolérant la diversité sexuelle.



L'ESSENTIEL



Même dans les pays d'Afrique subsaharienne qui n'interdisent pas légalement les rapports sexuels entre hommes, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des HSH les empêchent le plus souvent de jouir de leurs droits les plus fondamentaux: droits humains et droit à la santé. La majorité des HSH vit ainsi au quotidien dans la peur et le secret, risquant ou subissant des violences morales et physiques, domestiques, communautaires et institutionnelles. La stigmatisation dont ils font l'objet et le déni de l'homosexualité poussent les HSH à cacher leur identité et leurs pratiques sexuelles et à éviter le recours aux services de santé, de peur d'être rejetés.

L'auto-support des acteurs de lutte contre le VIH a été un des éléments majeurs dans la lutte contre le VIH au sein des communautés. L'implication du mouvement associatif et communautaire dans la lutte contre les discriminations et stigmatisations concernant les HSH est tout aussi essentielle à plusieurs niveaux.

» ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION DES HSH AU NIVEAU INDIVIDUEL: LE SOUTIEN AUX HSH

L'appui des organisations aux HSH est basé sur une relation solide de confiance mutuelle et offre un espace de sécurité, réel et/ou virtuel (par internet/téléphone), leur permettant de partager les humiliations et violences dont ils sont sujets et d'identifier, individuellement ou en groupe, des stratégies de réduction de ces discriminations. Certaines organisations possèdent également un service juridique, informant les HSH de leurs droits et assurant leur défense en cas d'interpellation.

» ACTIONS DE LUTTE CONTRE CEUX QUI INFLIGENT VIOLENCES, HARCÈLEMENT, EXTORSION OU AUTRE FORME DE DISCRIMINATION AUX HSH: SENSIBILISER LES AGRESSEURS

Nombreuses sont les organisations qui travaillent avec des personnes et des institutions qui sont en opposition ouverte avec leurs activités. En effet, au lieu de les éviter, de nombreux groupes impliquent, par exemple, les membres des forces de l'ordre et du gouvernement pour les sensibiliser aux problématiques et

besoins spécifiques des HSH¹. D'autres développent des actions de sensibilisation et de formation pour les professionnels de santé afin d'adapter leurs services et réduire ainsi la discrimination et le rejet.

» ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION DES HSH EN DIRECTION DES DÉCIDEURS NATIONAUX: LUTTER POUR LA DÉFENSE DES DROITS FONDAMENTAUX

Pour dénoncer la criminalisation des pratiques sexuelles entre hommes et toute autre forme de stigmatisation et discrimination à l'égard des HSH, les moyens qu'emploient les organisations sont multiples. On peut citer:

- **Manifestations publiques** (protestations, sit-in, marches);
- **Campagnes médiatiques** utilisant différents médias: radio, presse écrite, TV, internet;
- **Plaidoyer**, soit directement des associations vers les décideurs, soit par l'intermédiaire de personnes-leviers (personnalités politiques, artiste, intellectuels, etc.) plaidant la cause des droits des HSH.

Plus encore que toute autre activité, celles de lutter contre la discrimination et la stigmatisation des HSH et contre la criminalisation des pratiques sexuelles entre hommes exposent les membres des mouvements associatifs et communautaires à des formes de représailles multiples. Tous les acteurs de la lutte contre le VIH présents à la XV^{ème} ICASA en décembre 2008 à Dakar (Sénégal) se souviennent encore de l'arrestation, quelques semaines après la conférence, de 9 HSH à Dakar et de leur condamnation à 8 ans de prison pour «*actes impudiques et contre nature et association de malfaiteurs*». Leur unique tort était d'être HSH et de s'être montrés à la conférence, qui paradoxalement, était axée sur la prise en compte des minorités dans la prévention et les soins liés au VIH. Sur pression de la France et des institutions internationales, ces personnes ont été finalement relâchées trois mois plus tard.

Ce fait illustre l'importance de la mutualisation des actions menées en direction des décideurs nationaux. D'une part, pour éviter que les membres d'une association (ou l'association dans son ensemble) soient visés explicitement par une éventuelle répression, et d'autre part pour accroître le poids des démarches

ESPOIR-VIE TOGO¹

Au Togo, les programmes nationaux de prévention et de soins IST/VIH/Sida sont hétéro-centrés. Espoir-Vie-Togo (EVT) est une association de PvVIH luttant pour le bien-être des personnes infectées et affectées par le VIH (notamment les HSH séropositifs) à travers 3 centres de prise en charge globale. Soutenue par l'ONUSIDA et le PNUD, EVT a partagé ses expériences en matière de prévention et de prise en charge des HSH avec deux autres ONG togolaises. Suite à une formation et à un suivi post-formation des personnels médicaux, psychosociaux et administratifs de ces ONG, celles-ci ont adopté et adapté leurs services aux HSH, passant de 0 à 50 consultations IST/mois pour les HSH. L'accès au traitement VIH leur est également assuré. Ces acquis ont fait l'objet de recommandations à l'endroit des autorités pour plaider la prise en compte des HSH dans les programmes nationaux.

1 Kugbe, Y.J. K Espoir Vie - Togo.(2011) WEPE225 - Au Togo, une grande avancée dans le domaine de la prise en charge des HSH à travers une Session de formation des ONG intervenant dans la prise en charge des IST/VIH/Sida

1 MSMGF & amfAR (2010) Leçons des premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187

qu'elles développent. Souvent, ces mutualisations s'opèrent avec des partenaires du Nord, pour assurer une certaine protection aux organisations du Sud et donner un retentissement international à ces actions.

» EXEMPLES DE MUTUALISATIONS AYANT DONNÉ LIEU À DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION DES HSH:

» » MUTUALISATION AU NIVEAU NATIONAL:

Un *Groupe de réflexion sur les HSH*¹ a été créé au Sénégal suite à une série de rencontres impliquant *Global Research and Advocacy Group* (GRAG), *Africa Consultants International* (ACI), le *Comité National de lutte contre le Sida*, diverses OSC, les réseaux HSH et d'autres acteurs de la réponse au VIH au Sénégal. Ces rencontres ont permis l'élaboration d'un cadre stratégique comprenant les éléments suivants:

- L'élaboration et la diffusion de messages d'information pour démontrer l'impact négatif de l'homophobie sur l'efficacité de la réponse au VIH/SIDA;
- La formation du personnel médical pour réduire l'ostracisme envers les HSH, le plaidoyer avec les journalistes, le système judiciaire, la police, pour mettre fin aux violations des droits des HSH;
- La création d'alliances avec le CNLS, les législateurs, les services étatiques, les OSC, les réseaux HSH, pour créer des services d'appui adaptés aux besoins des HSH victimes de violences et promouvoir la coopération régionale pour le respect des droits des groupes vulnérables.

» » MUTUALISATION NATIONALE SOUTENUE PAR UN PARTENAIRE DU NORD

Au Cameroun, *Alternatives-Cameroun* et l'*Association pour la Défense de l'Homosexualité* (ADEFHO) se sont alliés à *Human Rights Watch* pour réaliser un plaidoyer pour la défense des droits des personnes LGBTI à l'attention du *Ministère de la Justice*. Ce plaidoyer faisait suite à la rédaction d'un rapport produit en 2010 intitulé «*Criminalisation des identités*» portant sur les atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

» » MUTUALISATION INTER-PAYS: LES RÉSEAUX

Depuis 2007, plusieurs réseaux se sont constitués pour approfondir les connaissances, mutualiser les expériences et construire un travail commun:

» » » *AfricaGay*

Créé en 2007, le réseau *AfricaGay* réunit 19 associations de 11 pays africains francophone, liées par la lutte contre le sida et la défense des droits des HSH, et 3 associations françaises (*AIDES*, *Sidaction* et *Amnesty International*). Les objectifs du réseau sont d'œuvrer dans la lutte contre le sida par le renforcement des capacités des associations locales, de faire prendre conscience de la vulnérabilité particulière des HSH, de renforcer leur visibilité dans la lutte contre le sida et de

¹ Moreau A. et le groupe de réflexion sur les HSH (2011) WEPE233 - De l'Action Stratégique Contre la Propagande Homophobe au Sénégal: Enjeux dans la Promotion d'un Environnement Favorable à la Prise en Charge des IST/ SIDA chez les HSH 16ème ICASA <http://www.icasa2011addis.org/fr/centre-des-medias/presentations/finish/105-dec-07/1006-1545posterिकास2011duprocessusdepromotiondelatranceausngal/0>

leur apporter un soutien socioéconomique.

» » » **PanAfricallga**

Egalement créé en 2007, ce réseau réunit des associations de nombreux pays anglophones (Afrique du Sud, Zimbabwe, Nigéria, Kenya, Cameroun). Ses objectifs sont purement politiques, comprenant surtout des actions de plaidoyer en faveur des droits des LGBTI.

» » » **AMSHer**

Créé en 2009, le réseau *AMSHer* (*African Men for Sexual Health and rights*) est soutenu par le *PNUD*, *Oxfam* et *IGLHRC*, et basé en Afrique du Sud. Il comprend 15 organisations de 13 pays (Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Afrique du Sud, Uganda, Zambia et Zimbabwe) et travaille à la fois à la défense des droits des HSH ainsi qu'à améliorer leur accès à la prise en charge du VIH/sida.

Malgré l'adversité, la persévérance des organisations luttant contre la stigmatisation et la discrimination des HSH en Afrique est source de changement des mentalités, des pratiques et des lois. Cependant, les freins sont nombreux et sérieux. Dans un contexte de globalisation, la mobilisation HSH se mutualise pour des actions mieux structurées et plus fortes.

LETTRE AU MINISTRE DE LA JUSTICE DU CAMEROUN CONCERNANT LES DROITS DES PERSONNES LGBT

(22 DÉCEMBRE 2011)

«Monsieur le Ministre,
En novembre 2010, nous avons eu l'honneur de rencontrer votre prédécesseur [...] en compagnie des représentants d'*Alternatives Cameroun* et d'*ADEPHO*, deux organisations camerounaises. À cette occasion, nous lui avons présenté notre rapport intitulé «*criminalisation des identités: Atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre*».

Ce rapport explique comment le gouvernement utilise l'article 347bis du Code pénal pour priver de leurs droits fondamentaux les personnes présumées gays, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres. Il décrit les arrestations et les abus commis par les forces de police, les mauvais traitements infligés aux prisonniers et l'incapacité du gouvernement à protéger les homosexuels, ou les individus perçus comme tels, contre les agressions de membres de la société camerounaise.

Lors de notre rencontre, nous avons exhorté M. Ali et le gouvernement camerounais à réparer cette injustice en dépénalisant les relations sexuelles entre adultes

consentants du même sexe, de manière à ce que tous les Camerounais puissent exercer pleinement leurs droits, quelles que soient leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Nous vous avons demandé de mettre en œuvre les recommandations du *Comité des droits de l'homme des Nations Unies*, rendues publiques le 29 juillet 2010, pour mettre la législation camerounaise en conformité avec le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Depuis cette rencontre de novembre 2010, la situation des personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenres au Cameroun s'est aggravée. En 2011, plus de dix hommes ont été arrêtés et accusés de comportement homosexuel. Le 22 novembre, trois d'entre eux ont été condamnés à cinq ans de prison. Le 23 novembre, deux autres personnes ont été arrêtées. Elles attendent aujourd'hui d'être présentées devant la justice.

Human Rights Watch a appris que le pouvoir législatif du Cameroun a entamé la procédure parlementaire de révision du Code pénal. Il s'agit là d'une excellente opportunité pour dépénaliser le comportement homosexuel

entre adultes consentants. Nous avons remarqué que le gouvernement a proposé deux nouveaux systèmes distincts de peines d'emprisonnement et d'amendes, l'un pour punir les relations sexuelles avec un enfant du même sexe, et l'autre pour punir les relations sexuelles avec un enfant de sexe différent. **Human Rights Watch** soutient la pénalisation par le Cameroun des relations sexuelles non consenties, notamment entre un adulte et un enfant. Cependant, la différence de traitement des cas où l'acte a été commis par une personne du même sexe nous apparaît injustifiée. Lorsqu'une personne homosexuelle se rend coupable d'un crime, elle doit être punie de la même manière qu'une personne hétérosexuelle, ni plus ni moins.

Par cette lettre ouverte, j'en appelle à vous et à toute personne ayant l'autorité nécessaire, pour libérer tous les individus actuellement en détention en vertu de l'article 347(a) ou uniquement en raison

de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, qu'elles soient avérées ou présumées, et abandonner les charges retenues contre ces individus; pour mettre un terme aux arrestations, aux poursuites et à toute autre forme de persécution et de discrimination des gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, ou des individus perçus comme tels; pour abroger toute loi qui pénalise les relations sexuelles entre adultes consentants; pour retirer toute proposition de loi qui alourdit les peines encourues pour des relations sexuelles consenties entre personnes de même sexe et pour modifier toute proposition qui entraîne une différence de traitement dans les affaires d'actes sexuels commis sur un enfant de même sexe par rapport à celles où l'enfant est de sexe différent.[...]».

Boris O. Dittrich, Human Rights Watch; Yves Yomb, Alternatives-Cameroun; Alice Nkom, Association pour la défense de l'homosexualité (ADEFHO)

LE PLAIDOYER D'AFRICAGAY À TRAVERS LE SOUTIEN DE MR MALICK SÈNE, SECRÉTAIRE EXÉCUTIF DU HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU MALI (HCNLS)¹

Lors du 4^{ème} atelier d'AfricaGay au Mali, une séance d'échanges a permis à Mr Malick Sène de collecter les doléances des associations qui composent AfricaGay concernant les HSH et le VIH et de les transmettre aux CNLS des pays de la CEDEAO. Il a renouvelé son soutien aux associations dans la lutte contre le VIH/Sida auprès des HSH. Il a salué l'initiative AfricaGay en considérant les acteurs de ce réseau comme des pionniers dans cette Afrique qui bouge et qui ont compris contrairement aux idées reçues, que l'épidémie en Afrique n'est pas exclusivement hétérosexuelle.

¹ AfricaGay (2008) Minorités sexuelles et droits humains - Rapport du 4ème regroupement <http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/msm/4-africagay-bamako-sept08.pdf>



POUR EN SAVOIR PLUS

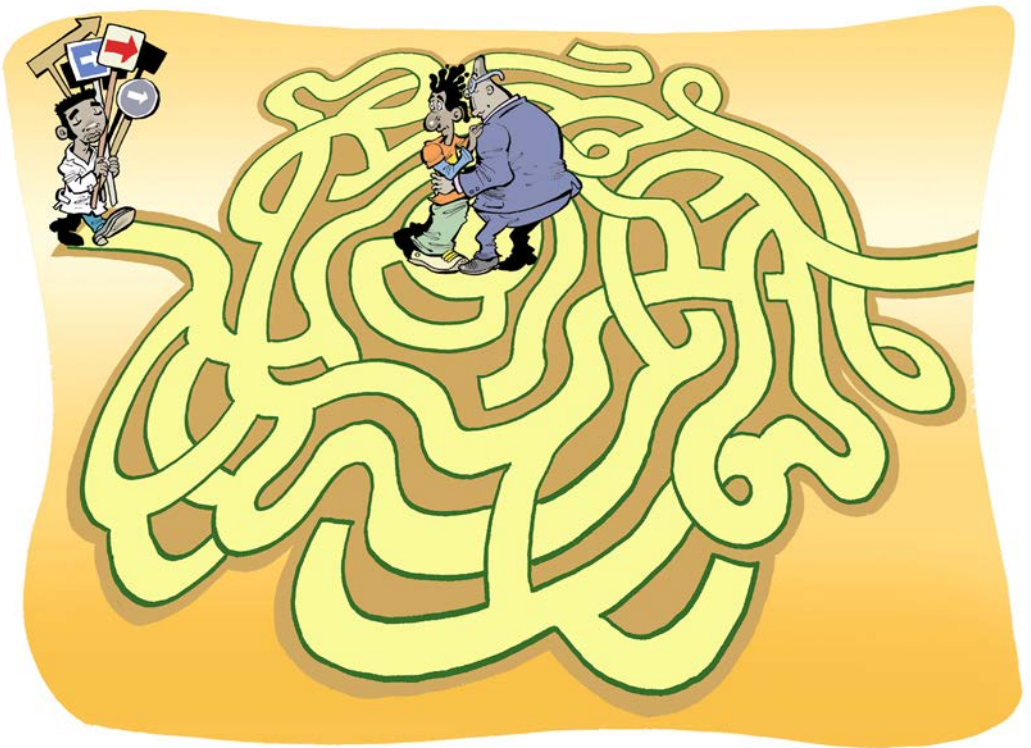
- MSMGF & amfAR (2010) Leçons des premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187
- Human Rights Watch, ADEFHO, Alternatives-Cameroun et IGLHRC (2010) Criminalisation des identités – Atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre



LA FICHE TECHNIQUE

Session 13	Implication du mouvement associatif et communautaire dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation : exemples, état des lieux, et perspectives
Durée	3h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Background de sciences sociales et/ou de santé publique ▪ Connaissances concrètes sur les mouvements associatifs impliqués dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes LGBTI. ▪ Capacité d'animation des groupes, d'écoute des participants, de modération de la parole et de synthèse des débats.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études de cas issues d'expériences africaines (travaux de groupes) ▪ Restitution des travaux de groupe en plénière (PPT) ▪ Synthèse et apport de connaissances par le facilitateur en plénière
Documents nécessaires (voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consignes d'animation (formateurs) ▪ Présentation power point (formateurs) ▪ Etudes de cas (participants)
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinateur portable : 1 par groupe ▪ Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser ▪ Photocopies des études de cas ▪ Paper board & marqueurs de couleurs : 1 par groupe
A préparer à l'avance	Composition des groupes: répartir les origines géographiques, les professions et positions professionnelles des participants.
DÉROULEMENT GÉNÉRAL	
5 mn	Introduction
45 mn	Ateliers de réflexion en groupe <i>Utiliser les consignes d'animation</i>
15 mn	Préparation des présentations
45 mn	Présentation des résultats des travaux de groupe et discussion
20 mn	Exposé du formateur sur la situation générale de la mobilisation pour les droits des homosexuels <i>Utiliser la PPT «Implication des associations dans la lutte contre la stigmatisation»</i>

Planification opérationnelle axée sur les résultats et indicateurs de suivi évaluation des interventions en direction des HSH



Comment montrer que les interventions auprès des HSH sont bien ciblées et réussies? Comment obtenir de nouveaux financements pour renforcer ou augmenter ces actions?

La planification opérationnelle et le suivi-évaluation des programmes constituent des outils clés pour répondre à ces questions. En se basant sur l'identification de problématiques prioritaires, la planification opérationnelle axée sur les résultats et le développement d'indicateurs clairs, simples, précis et pertinent permettent de réaliser le suivi-évaluation des programmes et de montrer leur impact, leur efficacité et leur efficience.

L'explication de la chaîne des résultats permet de comprendre comment seront atteints progressivement les changements de pratiques induits par des stratégies et interventions pour une meilleure lutte contre l'épidémie à VIH.

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de maîtriser les concepts de la planification stratégique et opérationnelle axée sur les résultats, appliqués aux programmes d'intervention auprès des HSH et notamment de:

- Identifier des indicateurs clés pour le suivi évaluation et la valorisation des interventions sur les HSH;
- S'exercer sur la définition et le choix des indicateurs;
- Déterminer les priorités pour les interventions sur les HSH;
- Utiliser les concepts de chaînes de résultats pour la planification opérationnelle des interventions sur les HSH;
- Construire un argumentaire pour la négociation et la mobilisation des partenaires dans ce domaine.



L'ESSENTIEL

Les approches conceptuelles de planification stratégique ont évolué au cours de ces dernières années. D'une approche traditionnelle fondée sur la séquence: *Quelle est la situation de votre pays sur le plan du VIH ? Qu'a-t-il été fait dans ce domaine jusqu'à présent ? Que devrait-il être fait dans ce domaine à*

l'avenir? on a évolué vers une approche fondée sur les résultats selon la séquence: *Quel est le problème? Quelle est notre réponse par rapport à ce problème? Quel changement vise t-on par rapport à ce problème?*

» LES CONCEPTS DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

» » DÉFINITION

La *Stratégie Nationale* est un document clé qui apporte une vision globale, défini des résultats et approches.

Le *Plan Opérationnel* détaille à partir de la stratégie nationale des activités devant contribuer à atteindre les résultats: il indique les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts de chaque activité et le chronogramme de leur exécution.

» » PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PLAN OPÉRATIONNEL

C'est un document de travail qui requiert tout à la fois de la précision dans la description des activités et une certaine souplesse pour leur adaptation aux évolutions des besoins. Le plan opérationnel permet d'identifier les activités prioritaires en matière de prestations de services et de couverture. Ces activités sont structurées de façon cohérente autour de délais réalistes.

Le plan opérationnel doit être considéré comme un instrument de gestion des activités et des résultats, permettant de tirer les enseignements de la mise en œuvre et autorisant, le cas échéant, certains réajustements.

» » LA CHAÎNE DES RÉSULTATS

Le résultat est un changement mesurable qui s'acquiert grâce à l'enchaînement d'une série cohérente d'**activités** (interventions), mises en œuvre pour appliquer des **stratégies**.

Le résultat peut être de plusieurs natures:

- **Résultat de produit**: il mesure la prestation de service ou de couverture. C'est le résultat direct obtenu suite à la mise en œuvre d'une stratégie. Il répond à la question: en appliquant telle stratégie, à quoi est-ce que nous arrivons ?
- **Résultat d'effet**: il mesure l'établissement ou le changement de comportement ou institutionnel qui mènera à l'impact;
- **Résultat d'impact**: il mesure l'impact, les conséquences des stratégies sur la prévention, les soins, le soutien et la gestion de la réponse à l'épidémie VIH.

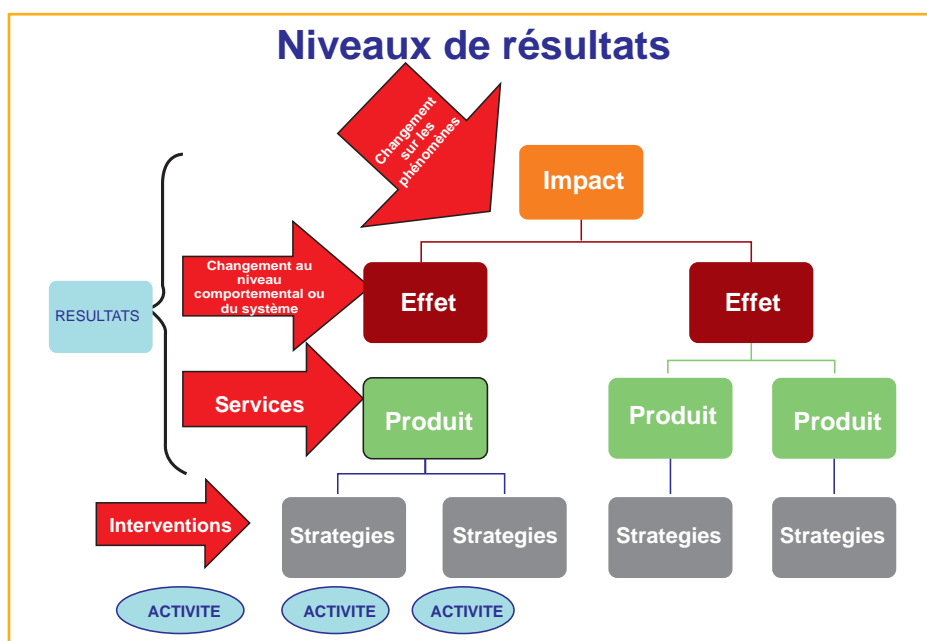


Fig. 14-1: Les niveaux de résultats

Exemples dans le cadre de la prévention:

- **Activités**: achat de préservatifs, organisation de la distribution, organisation du plaidoyer en faveur du préservatif;
- **Stratégie**: promotion et distribution des préservatifs pour réduire la transmission du VIH entre les HSH;
- **Résultat de produit**: nombre de préservatifs distribués auprès des HSH;
- **Résultat d'effet**: pourcentage de HSH qui a utilisé le préservatif lors de son dernier rapport sexuel;
- **Résultat d'impact**: réduction de l'incidence du VIH dans la population HSH ciblé depuis la distribution de préservatifs.

Exemples dans le cadre des soins:

- **Activités:** organisation d'ateliers de formations des agents de santé sur la prise en charge médicale des IST et du VIH chez les HSH;
- **Stratégie:** amélioration des connaissances des agents de santé pour la prise en charge médicale des HSH;
- **Résultat de produit:** nombre d'agents de santé formés par rapport au nombre prévu, amélioration des connaissances immédiates (selon les résultats du test pré et post-formation des connaissances);
- **Résultat d'effet** changement de pratiques ou introduction de nouvelles pratiques chez les agents de santé lors des consultations médicales avec les HSH (ex: accueil convivial, échange sur les pratiques sexuelles, examen clinique systématique à la recherche d'une IST);
- **Résultat d'impact:** augmentation de X% de l'accès aux soins de santé pour les HSH ou diminution de la mortalité due au VIH chez les HSH suite à la formation des agents de santé, etc.

» LE SUIVI-ÉVALUATION EN PRATIQUE

Pour établir une chaîne de résultats pertinente et contributive à l'amélioration des stratégies de lutte contre le VIH, il s'agit en premier lieu de bien identifier les problématiques rencontrées, leurs causes directes et indirectes. Il faut ensuite se fixer des priorités et y aller progressivement. Il est enfin essentiel de choisir des indicateurs pertinents pour évaluer les interventions choisies en direction des HSH.

La procédure de suivi-évaluation nécessite une remontée des informations puis un feed-back. Les données extraites des indicateurs du programme sont communiquées à l'unité de suivi-évaluation, qui les renvoie aux acteurs de mise en oeuvre agrégées et analysées, pour renforcement et réajustement des activités.

Le suivi-évaluation est donc un travail multidisciplinaire qui dépend de tous les intervenants selon leur domaine de prestation. S'il est bien mené, le suivi-évaluation permet ainsi de:

- Améliorer la qualité et la couverture des interventions;
- Atteindre les résultats fixés par le plan opérationnel;
- Accroître les performances des programmes;
- Obtenir des changements visés.

Comme finalité, il permet également de mobiliser des financements, en l'occurrence ici pour les interventions ciblant les HSH.



LA FICHE TECHNIQUE

Session 14	Planification opérationnelle axée sur les résultats et indicateurs de suivi évaluation des interventions en direction des HSH
Durée	3h00
Spécificité des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> Expérience de travail au contact des HSH; Expérience dans le domaine de la planification stratégique, de la conception et de la mise en œuvre de programmes de santé publique; Connaissance approfondie des enjeux de santé publique liés aux populations vulnérables, en particulier les HSH, dans la lutte contre le VIH/IST.
Méthodes pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Travaux de groupes sur une mise en situation réelle (jeu de rôle); Discussion en plénière des principaux points clés qui sont ressortis de l'exercice de jeu de rôle; Apport de connaissance en plénière sous la forme d'une présentation.
Documents (voir CD)	<ul style="list-style-type: none"> Consignes d'animation (formateurs); Présentation power point (formateurs).
Matériels pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> Ordinateur portable, vidéoprojecteur et pointeur laser Paper-board et marqueurs de couleurs
A préparer à l'avance	Prévoir la répartition des groupes pour les jeux de rôles

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

5 mn	Introduction
30 mn	1. Travaux de groupe (jeux de rôle) <i>Utiliser les consignes d'animations</i>
30mn	Commentaires et restitutions des jeux de rôles
60mn	<p>Exposé du formateur:</p> <ol style="list-style-type: none"> Les concepts de la planification opérationnelle L'application de ces concepts à l'étude ELIHoS (évaluer les interventions auprès des homosexuels masculins au Sénégal 2007) Le suivi-évaluation en pratique <p><i>Utiliser la PPT 'Planification opérationnelle axée sur les résultats et indicateurs de suivi évaluation des interventions en direction des HSH'</i></p>



Évaluation et clôture du module de formation

Session 15



L'évaluation de la formation donne une valeur ajoutée indéniable au processus de la formation. Elle permet de clôturer une action de formation en s'interrogeant sur sa réussite via la mesure de l'écart entre les objectifs initiaux et les résultats obtenus, à différents niveaux. L'importance de l'écart se répercutera sur le nombre de régulations et d'adaptations à apporter à la formation.

Un engagement des apprenants à utiliser les acquis de cette session de formation dans leurs contextes professionnels respectifs est proposé dans cette session de clôture, qui est aussi l'occasion de faire un feed-back aux autorités et partenaires des enjeux et contenus de cette formation (lors de la séance de clôture).

LES OBJECTIFS

A la fin de cette session, les participants et les formateurs auront

- Évalué la formation, dans son processus et ses résultats immédiats;
- Donnés leurs avis personnels sur la formation;
- Clôturé la formation en s'engageant pour un mieux-être et une meilleure prise en charge globale et une prévention combinée des IST et du VIH meilleures chez les HSH.



L'ESSENTIEL

Une formation est un processus qui permet d'amener les participants sélectionnés d'une situation initiale de compétences à une autre situation de compétences définie par des objectifs pédagogiques.

L'objectif de l'évaluation d'une formation est donc de mesurer les écarts entre la situation finale attendue et celle réellement observée et de comprendre les causes de ces écarts¹.

La démarche d'évaluation doit être pensée pour répondre aux questions de l'ensemble des acteurs de la formation. Ici, il s'agira du RAF-VIH qui a organisé la formation, du panel d'experts qui a élaboré la formation puis dispensé une ou plusieurs sessions, les intervenants/formateurs des sessions futures, les participants aux formations, sans oublier les partenaires techniques et financiers. Vu les intérêts différents de ces acteurs multiples quant aux résultats de la formation, le processus d'évaluation doit comporter plusieurs aspects qui sont détaillés ci-dessous.

» ÉVALUATION DU PROCESSUS DE FORMATION

- Nombre de participants prévus par rapport au nombre des participants présents;
- Adéquation du profil des participants par rapport aux critères de sélection;
- Réalisation de la formation telle que prévue;
- Satisfaction et évaluation de la formation par les participants;
- Satisfaction et analyse de la formation par les formateurs.

» ÉVALUATION DES RÉSULTATS

- **Quantitative:** résultats du questionnaire post-test par rapport au questionnaire pré-test;
- **Qualitative:** qualité des échanges dans les exercices d'application des connaissances selon l'avis des formateurs.

¹ Lorto V., Mosquet M.-J. (2009) Formation en éducation pour la santé - Repères méthodologiques et pratiques. INPES

» ÉVALUATION DES EFFETS

- Questionnaire aux participants 3-6 mois après la formation ;
- Visite dans les sites de travail des participants (si possible) ;
- Questionnaire de satisfaction des bénéficiaires (HSH).

Afin de pouvoir réaliser pratiquement cette évaluation des changements de pratiques, l'équipe de formation demande aux participants de remplir, de façon volontaire, un engagement post-formation (voir formulaire page suivante).

» ÉVALUATION DE L'IMPACT

Le RAF-VIH n'est malheureusement pas encore en mesure d'évaluer l'impact de ce module de formation. Il paraît néanmoins évident que s'il y a changement de pratiques des agents socio-sanitaires et communautaires et un engagement plus fort envers les HSH, les barrières d'accès aux soins tomberont et on peut logiquement espérer que l'incidence des nouvelles infections à VIH et des IST diminuera, que la morbidité correspondante subie par les HSH en sera réduite.

Dans le cadre du développement de ses activités de suivi-évaluation, le RAF-VIH espère pouvoir mettre en place à moyen terme des études d'impact sur l'ensemble de ses programmes de formation continue, grâce à l'appui de partenaires techniques et financiers nouveaux.

ENGAGEMENT POST-FORMATION

J'ai fini la formation continue sur 'comprendre et travailler avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH'. Nous avons couvert les sujets tels que l'identité sexuelle, les déterminants de la vulnérabilité, de la discrimination et de la stigmatisation, les pratiques sexuelles entre hommes, la santé mentale, le VIH et les IST dans le contexte des HSH, comment s'en prévenir, comment améliorer l'accès à la prévention et aux soins, quelle peut être l'implication des mouvements associatifs et communautaires et l'amélioration du suivi-évaluation et de la qualité des interventions en direction des HSH.

Je m'engage à utiliser ces nouvelles connaissances et appliquer ces nouvelles compétences dans mon travail quotidien.

Je m'engage également à être plus à l'écoute des HSH et de leurs problèmes socio-sanitaires.

Date:

Signature:

Dans l'optique d'évaluer l'impact de la formation, nous voudrions contacter certains d'entre vous dans 3 à 6 mois: pouvons-nous vous contacter pour remplir un questionnaire à ce moment-là?

OUI

NON

SVP, donnez-nous vos coordonnées:

Nom et prénom:

Numéro de téléphone (avec indicatif du pays):

Adresse e-mail:

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION GLOBALE DE LA FORMATION À L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

Soucieux d'améliorer la performance de nos actions de formation, nous souhaitons connaître vos avis sur la formation auquel vous venez de participer. Nous vous remercions par avance de votre collaboration

Lieu de la formation - Date de la formation

Profil professionnel

- Médecin spécialiste (préciser):
- Médecin généraliste
- Pharmacien (préciser spécialité):
- Infirmier(e)
- Sage femme (maïeuticien)
- Attaché de santé (préciser):
- Conseiller psycho-social
- Assistant(e) social(e)
- Psychologue
- Volontaire associatif
- Autres ; préciser:

Niveau d'études

- Doctorat
- Maîtrise/master
- Licence
- 1 ou 2 années universitaires
- Bac
- Terminale ou inférieur

Fonction occupée:

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur les points suivants

Échelle : ++ / + / - / --

Avis global:

- Je suis globalement satisfait (e) de cette formation

Contenu:

- Le programme annoncé a été réalisé
- La formation répond à mes attentes
- Les objectifs de formation sont adaptés à mes besoins

Modalités de dispense:

- J'apprécie la qualité des supports pédagogiques utilisés
- La durée de la formation me paraît : ++ Adapté + Trop courte - Trop longue -- Inadaptée

Animation:

- J'apprécie la qualité de l'animation pédagogique
- Je suis convaincu par les arguments et les réponses des formateurs
- Les interactions avec les formateurs ont été satisfaisantes

Utilité du module:

- Cette formation est nécessaire à l'exercice de ma fonction
- Je me sens capable de mettre en œuvre les acquis de cette formation

Accueil et logistique:

- Je suis satisfait par la convocation qui m'a été transmise
- Je suis satisfait (e) de l'accueil que j'ai reçu
- Je suis satisfait de la salle de cours
- Je suis satisfait (e) des équipements informatiques

Quelques commentaires**Points forts**

1. Quelles sont les sessions que vous avez les plus appréciées et pourquoi?
2. Quels sont les formateurs que vous avez les plus appréciés et pourquoi ?
3. Qu'avez-vous particulièrement aimé dans cette formation et pourquoi ?

Points à améliorer

1. Quelles sont les sessions que vous avez les moins appréciées et pourquoi?
2. Quels sont les formateurs que vous avez les moins appréciés et pourquoi ?
3. S'il y avait quelque chose à changer dans cette formation, ce serait quoi et pourquoi ?

Suggestions:

Autre formation: Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire?

Si Oui, quel thème ?

QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DES FORMATEURS

Pour nous aider à améliorer la formation, nous aimerions que vous répondiez au questionnaire, en apportant des réponses les plus précises possibles

NB : *Si vous avez animé plusieurs sessions, remplissez un tableau par session animée*

Nom du Formateur - Nom du ou des coformateurs - Date et Lieu de la formation

Questions	Réponses
Quel est le nom de la session que vous avez animée ?	
Comment s'est-elle déroulée (description des différentes séquences composant votre session) ?	
Quels ont été pour vous les aspects les plus intéressants de cette session ? Pourquoi ?	
Quels ont été selon vous les parties de la session les plus intéressantes pour les participants ? Et pourquoi ?	
Globalement, comment qualifieriez-vous les échanges avec les participants ?	

Pouvez-vous nous raconter une interaction avec les participants, une remarque, une anecdote, un débat qui vous a particulièrement marqué(e) pendant l'animation de votre session ?	
Trouvez-vous que les participants étaient à la hauteur de ce qu'on leur demandait ? Si non, pourquoi ?	
Y-a-t-il eu des participants qui vous ont paru plus intéressants que d'autres ?	
Avez-vous réalisé cette session avec d'autres formateurs ?	
Si oui, avez-vous éprouvé des difficultés dans la co-animation ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?	
Si cette session était à refaire, y changeriez-vous quelque chose ? Si oui, quoi ?	

D'autre part,

Si vous aviez pris des notes complémentaires à ce qui est écrit dans les fiches et docs formels, n'hésitez pas à nous les envoyer (sans forcément les retranscrire, vous pouvez les scanner, sauf si c'est illisible)

Si vous avez de la bibliographie qui pourrait compléter celle que nous avons déjà collectée sur le sujet, merci de nous envoyer les documents ou les liens e-mails



LA FICHE TECHNIQUE

Session 13 Evaluation de la formation

Durée 2h00

Spécificité des formateurs

- Responsables de la formation et de la structure/institution accueillante.
- Invitation des autorités nationales investies dans la lutte contre le VIH/Sida et la protection des groupes vulnérables
- Invitation des partenaires techniques et financiers (PTF) pour la remise des attestations et la cérémonie de clôture.

Méthodes pédagogiques

- Intervention des différents acteurs de la formation (coordinateurs, experts formateurs, apprenants)
- Une présentation synthétique du contenu de formation peut être effectuée par un représentant des apprenants à l'intention des autorités et PTF invités à la clôture
- Intervention des partenaires
- Intervention des autorités et mot de clôture

Documents nécessaires (voir CD)

- Questionnaire post-test corrigé (formateurs)
- Questionnaire post-test énoncé (participants)
- Questionnaire de satisfaction et d'évaluation de la formation (participants)
- Formulaire 'Engagement de la formation' (participants)

Matériels pédagogiques

- Microphone
- Attestations de participation

A préparer à l'avance

- Banderole avec les logos des PTF
- Identifier un maître de cérémonie et le représentant des apprenants qui va faire l'exposé de synthèse à l'intention des autorités et PTF
- Organiser le protocole avec les autorités et les PTF

DÉROULEMENT GÉNÉRAL

15 mn Introduction (coordonnateurs)

30 mn Remplissage du questionnaire post-test par les participants
Distribuer le document «Questionnaire pré et post-test»

30 mn Remplissage du questionnaire de satisfaction et d'évaluation par les participants
Distribuer le document «Questionnaire pré et post-test»

10 mn Signature du formulaire «Engagement post-formation»
Distribuer le document «Engagement post-formation»

35 mn

- Exposé de synthèse sur la formation par un représentant des apprenants (10 mn), en présence des autorités et PTF
- Discours des autorités et PTF et remise des diplômes

BIBLIOGRAPHIE

SESSION 1

Références utilisées dans la session

- Lorto V., Mosquet M-J. (2009) Formation en éducation pour la santé - Repères méthodologiques et pratiques. INPES – Voir CD

SESSION 3

Références utilisées dans la session

- ILGA (2010) Carte juridique <http://www.apgl.fr/actualites/item/51-ilga-homophobie-etat-2012.html>
- Epprecht M. (2008) Heterosexual Africa? : The History of an Idea from the Age of Exploration to the Age of AIDS. Athens: University of Ohio Press.
- Gaudio R.P. (2009) Allah Made Us: Sexual Outlaws in an Islamic African City. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gueboguo C. (2006) La Question homosexuelle en Afrique: Le cas du Cameroun. Paris: L'Harmattan.
- Murray S.O. & Roscoe W. (1998). Boys-Wives and Female Husbands: Studies in African Homosexualities. New York: Palgrave.

Références supplémentaires

- ILGA (2010) Homophobie d'état <http://www.apgl.fr/actualites/item/51-ilga-homophobie-etat-2012.html>
- Awondo P. (2012) Homosexualité, sida et constructions politiques. Ethnographie des trajectoires entre le Cameroun et la France, thèse de doctorat en anthropologie, EHESS, Paris

SESSION 4

Références utilisées dans la session

- Vezina (2009) La vulnérabilité au VIH des homosexuels en Afrique: une analyse basée sur le droit à la santé R.D.U.S 40 : 132-197
- http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Vezina.pdf
- Parker R. et Aggleton P (2002) : HIV/AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and an agenda for action. Population Council: Horizons Project
- <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf>
- ONUSIDA (2001) Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_fr.pdf
- Moody K. (2009) Ensuring human and sexual rights for men who have sex with men living with HIV Bull World Health Organ 87 :875-876
- http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/who_bulletin_8711.pdf
- ONUSIDA (2005) Stigmatisation, discrimination et violations des droits de

l'homme associées au VIH - Etudes de cas des interventions réussies http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf

- Africagay (2008) Minorités sexuelles et droits humains –Rapport du 4ème regroupement d'AFRICAGAY Bamako (Mali) <http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/msm/4-africagay-bamako-sept08.pdf>
- MSMGH (2010) En nos propres mots : Préférences, valeurs et perspectives sur la prévention et le traitement du VIH <http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/2353>

Références supplémentaires

- Human Rights Watch, ADEFHO, Alternatives-Cameroun et IGLHRC (2010) Criminalisation des identités – Atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cameroon1010frweb.pdf>
- Human rights watch (2010) Fear for life Violences against men and men perceived as Gay in Senegal <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/senegal1110webwcover.pdf>
- IGLHRC (2007) Off the Map - How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa International Gay and Lesbian Human Rights Commission <http://www.iglhrc.com>
- UN-APP (2008) Rompre le cycle stigmatisation, discrimination, autostigmatisation et VIH http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking%20the%20cycle_FR.pdf
- Yapo C. (2011) Tableau de récapitulation des lois VIH au wca – 16ème ICASA – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & autres partenaires (Juin 2010) The status of Lesbian, Gay, bisexual and transgender rights in Cameroon– English <http://www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/article/publications/reportsandpublications/1488.html>
- Abimbola Obingbanjo W. (2011) Health access barrier for MSM in Nigeria – English – 16ème ICASA – Voir CD
- Dias L. (2011) Considerations for successful programming for MSM – English – 16ème ICASA – Voir CD
- DUBY Z. (2011) Realities and cultural challenges – English – 16ème ICASA – Voir CD
- Yapo C. (2011) Impact des lois et des pratiques sur les populations-clé en Afrique – 16ème ICASA – Voir CD

SESSION 5

Références utilisées dans la session

- Desmond Tutu Foundation (2011) MSM an introductory guide for HW in Africa – English – Voir CD
- Groupe ELIHoS (2010) Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) Rapport Scientifique Working Paper du CEPED, numéro 06, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Disponible sur <http://>

www.cepel.org/wp

- WHO (2011) Global HIV/AIDS response : Epidemic update and health sector progress towards universal access - English http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf
- Savage EJ et al. (2009) Syphilis and Gonorrhoea in Men Who Have Sex With Men: A European Overview. Euro-surveillance, Volume 14, Issue 47
- <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N47/art19417.pdf>
- Adebajo S. (2011) HIV and STI prevalence among MSM in 3 major cities in Nigeria 16ème ICASA Addis Abeba Ethiopia MOAC0805 (Présentation orale)
- <http://www.popcouncil.org/mediacenter/events/2011ICASA/Adebajo.asp>
- Kuria D. et al. (2011) HIV and STI Prevalence among Men Who Have Sex with Men in Nairobi: Results from a Respondent-driven Sampling Study 16ème ICASA Addis Abeba Ethiopia MOPE108 (poster) – Voir CD
- Mayaud P. (2009) Présentation sur le VIH et les IST au DIU Prise en charge globale des personnes séropositives de Ouagadougou - Voir CD
- Cameron D.W et al. (1989) Risk factors for HIV seroconversion in 285 male STI patients in Nairobi, Kenya Lancet, ii :403-7
- Dang T. et al. (2009) High prevalence of anorectal chlamydial infection in HIV-infected men who have sex with men in Swizerland Clinical infectious diseases 10: 1532-1535
- Rebbapragada A. et al. (2007) Negative mucosal synergy between Herpes simplex type 2 and HIV in the female genital tract, AIDS; 21 (5):589-98
- Kreiss J.K. et al. (1989) Isolation of human immunodeficiency virus from genital ulcers in Nairobi prostitutes. J Infect Dis; 160:380-4
- Plummer F.A. et al. (1990) Detection of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) in Genital Ulcer Exudate of HIV-1-Infected Men by Culture and Gene Amplification J Infect Dis.; 161(4): 810-811
- Schacker T. et al. (1998) Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1-infected men. JAMA;280:61-6.
- Mayaud P. et al. (1997) Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial AIDS; 11(15): 1873-1880
- Gilson L. et al. (1997) Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania Lancet 350 (9094): 1805-1809
- Nagot N. et al. (2007) Reduction of HIV-1 RNA Levels with Therapy to Suppress Herpes Simplex Virus N Engl J Med 2007; 356:790-799
- Celum C. et al. Twice-daily acyclovir to reduce HIV-1 transmission from HIV-1 / HSV-2 co-infected persons within HIV-1 serodiscordant couples: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. (Abstract WELBC 101). 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. Cape Town, South Africa

Références supplémentaires:

- Van Griensven F. (2009) The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men –Epidemiology - Voir CD
- The World Bank (2011) The global HIV epidemics among men who have sex with men – English <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>
- Alternatives-Cameroun (2009) Résultats de l'étude E-Sanhodx – vulnérabilité au VIH des HSH à Douala - Voir CD
- Saavedra J. (2008) Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631526/pdf/1758-2652-11-9.pdf>
- The World Bank (2011) The global HIV epidemics among men who have sex with men – English <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>

SESSION 6

Références utilisées dans la session

- International HIV-AIDS Alliance (2003) Entre hommes prévention du VIH et des IST pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
- http://www.aidsmark.org/ipc_en/pdf/sm/hr/msm/Between%20Men%20%20-%20HIV%20&%20STI%20Prevention%20Among%20MSM%20French.pdf
- Vittinghoff E et al.(1999). Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. Am J Epidemiol;150(3):306-11.
- <http://aje.oxfordjournals.org/content/150/3/306.full.pdf>

SESSION 7

Références utilisées dans la session

- OMS (2003) Guide pour la prise en charge des IST
- <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242546267.pdf>
- OMS (2010) Thérapie antirétrovirale pour les adultes et les adolescents – recommandations <http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/fr/index.html>
- OMS (2011) Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf
- Anova health institute (2011) From top to bottom – A sex-positive approach for MSM – a manual for health care provider
- http://www.health4men.co.za/images/uploads/TOP2BTM%20manual_WEB2.pdf

Références supplémentaires

- Health4Men (2011) Sexual Healthcare for MSM - Pocket manual – English
- http://www.health4men.co.za/resources/entry/msm_in_your_pocket/
- Health4Men – Factsheet Syphilis – English <http://www.health4men.co.za/>

images/uploads/fact-sheet-web-syphillis.pdf

- Health4Men – Factsheet Hepatitis – English <http://www.health4men.co.za/images/uploads/fact-sheet-web-hep.pdf>
- Health4Men – Factsheet Chlamydia – English
- <http://www.health4men.co.za/images/uploads/fact-sheet-web-clamydia.pdf>
- Health4Men – Factsheet Gonorrhoea – English
- <http://www.health4men.co.za/images/uploads/fact-sheet-web-gonorrhoea.pdf>
- Health4Men – Factsheet Condoms – English <http://www.health4men.co.za/images/uploads/fact-sheet-web-condoms.pdf>
- Health4Men – Factsheet Testicular Cancer – English
- <http://www.health4men.co.za/images/uploads/fact-sheet-web-testicular-cancer.pdf>
- Horizons (2002) Satisfaire les besoins de santé chez les HSH au Sénégal - Voir CD
- OMS (2010) Aide-mémoire sur le traitement 2.0
- http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_fs_outlook_treatment_fr.pdf

SESSION 8

Références utilisées dans la session

- Sherr L. et al. (2008) Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS* 22:1651- 58
- Lawrence S. et al. (2010) HIV/AIDS routine, self-administered, touch-screen, computer-based suicidal ideation assessment linked to automated response team notification in an HIV primary care setting. *Clinical Infectious Diseases* 50:1165–73
- <http://cid.oxfordjournals.org/content/50/8/1165.full.pdf>
- Carrico A. et al. (2007) Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS* 21: 1199-203. <http://medical-journals.healio.com/doc/17502730/Correlates-of-suicidal-ideation-among-HIV-positive-persons>
- Lawler K. et al.(2009) Depression among HIV-positive individuals in Botswana: a behavioral surveillance. *AIDS Behav* Published on line
- <http://www.springerlink.com/content/12826258j6733201/fulltext.pdf>
- Clerget S. (2006) Comment devient-on homosexuel ou hétérosexuel ? Lattes
- Hefez S. (2003) Adolescence et homophobie : regard d'un clinicien. Dans Broqua C., Lert F. et Souteyrand Y.,
- Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires, Paris : ANRS, Collection Sciences sociales
- Jablonski O., Le Talec J.Y. et Sideris G. (2010) *Santé gaie*, L'harmattan
- Le Talec J.Y. (2008) *Folles de France - Repenser l'homosexualité masculine* La découverte

- Verdier E. et Firdion J.M. (2003) Homosexualité et suicide H&o Editions

SESSION 10

Références utilisées dans la session

- Beyrer C. (2010) Global Prevention of HIV Infection for Neglected Populations: Men Who Have Sex with Men, *Clinical Infectious Diseases* 50(S3):S108–S113–English
- http://cid.oxfordjournals.org/content/50/Supplement_3/S108.full.pdf
- TrT5 (2010) Nouvelles approches de prévention <http://www.trt-5.org/article284.html>
- Grant R.M. et al. (2010) Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N.Engl. J. Med.* Dec 30;363(27):2587-2599
- <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1011205>
- WHO (2011) Global HIV/AIDS response : Epidemic update and health sector progress towards universal access - English http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf
- Alternatives-Cameroun (2008) Résultats de l'étude E-Sanhodx – vulnérabilité au VIH des HSH à Douala - Voir CD

Références supplémentaires

- PEPFAR (2011) Technical guidance on combination HIV prevention <http://www.pepfar.gov/documents/organization/164010.pdf>
- Campagnes de prévention pour les HSH en Afrique - Voir CD
- INPES (2008) Campagne de prévention <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/08/cp080617.asp>
- Johnson W.D. et al. (2008) Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among MSM – English
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001230.pub2/pdf>
- Philippe C.G. et al. (2009) Estimating Levels of HIV Testing & Prevention among MSM – English <http://www.youthwg.org/popline/estimating-levels-hiv-testing-hiv-prevention-coverage-hiv-knowledge-and-condom-use-among-men>
- GNP+ & MSMGF (2010) - Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des HSH VIH+ <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/F0728F36-ADE9-4F92-B41E-81E60BB68F2A/0/AdvancingSexualReproductiveHealthHumanRightsHIVFrench.pdf>
- Jobson G. et al (2010) Targeting HIV prevention for MSM South Africa - IAS – English – Voir CD
- Wade A.S. (2010) Reduction in risk-taking behaviors among MSM Senegal. *ELIHoS* – English <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120903253973>
- WHO (2010) Preferences, Values, and Perspectives on HIV Prevention and Treatment – English http://msmgf.org/files/msmgf//About_Us/Publications/WHO_Report1.pdf
- Konaté F.B. et al. (2011) Homosexualité et Prévention du VIH/SIDA-IST REVS

–English – Voir CD

- UNAIDS (2011) Combination HIV Prevention – English
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111110_JC2007_Combination_Prevention_paper_en.pdf

SESSION 11

Références utilisées dans la session

- Groupe ELIHoS (2010) Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) Rapport Scientifique Working Paper du CEPED, numéro 06, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Disponible sur <http://www.cepel.org/wp>
- amfAR et MSMGF (2010) Leçons de premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187
- Vezina.C (2010) La vulnérabilité au VIH des homosexuels en Afrique: une analyse basée sur le droit à la santé
- http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Vezina.pdf
- Africagay (2007-2008): différents rapports d'atelier disponibles sur
- <http://www.reseauafrique2000.org/msm.php>

SESSION 12

Références utilisées dans la session

- Alternatives Cameroun et PRODHOP (2009) Pourquoi le Cameroun doit-il abolir la criminalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe ? – Voir CD
- Principes de Yogyakarta (2007) Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf
- MASK (2012) The struggle continues even as former presidents speak in favour of gays – English –
- <http://www.mask.org.za/analysis-the-struggle-continues-even-as-former-presidents-speak-in-favour-of-gays/>
- OMS (2011) Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres IST chez les HSH – Recommandations de l'OMS pour une approche de santé publique (2011) français
- http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf
- Off the Map - How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa (2007) International Gay and Lesbian Human Rights Commission <http://www.iglhrc.com>
- Guide des Principes de Yogyakarta pour les militants (2010) - English <http://>

Références supplémentaires :

- Guide des principes de Jogjakarta pour les militants (2010) communiqué de presse <http://www.iglhrc.org/cgi-bin/iowa/language/1/1255.html>
- Guide des principes de Jogjakarta pour les militants (2010) explicatif – Voir CD

SESSION 13

Références utilisées dans la session

- amfAR et MSMGF (2010) Leçons de premières lignes – Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et du Sida au sein des populations HSH et transgenres http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/msm-french.pdf?n=9187
- Kugbe, Y.J. K Espoir Vie - Togo.(2011) WEPE225 - Au Togo, une grande avancée dans le domaine de la prise en charge des HSH à travers une Session de formation des ONG intervenant dans la prise en charge des IST/VIH/Sida – Voir CD
- Moreau A. et le groupe de réflexion sur les HSH (2011) WEPE233 - De l'Action Stratégique Contre la Propagande Homophobe au Sénégal: Enjeux dans la Promotion d'un Environnement Favorable à la Prise en Charge des IST/SIDA chez les HSH 16ème ICASA – Voir CD
- <http://www.icasa2011addis.org/fr/centre-des-medias/presentations/finish/105-dec-07/1006-1545postericasa2011duprocessusdepromotiondelatolranceausngal/0>
- Africagay (2008) Minorités sexuelles et droits humains - Rapport du 4ème regroupement <http://www.reseauafrique2000.org/docs/Documents/msm/4-africagay-bamako-sept08.pdf>
- Human Rights Watch, ADEFHO, Alternatives-Cameroun et IGLHRC (2010) Criminalisation des identités – Atteintes aux droits humains au Cameroun fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cameroon1010frweb.pdf>

Références supplémentaires :

- Alternatives-Cameroun (S1 2009) Rapport narratif d'activités – Voir CD
- Alternatives-Cameroun (S2 2009) Rapport narratif d'activités – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & partenaires (2009) communiqué – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & partenaires (2009) pétition pour la dépénalisation des rapports homosexuels – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & partenaires (2009) rapport du projet 347 bis – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & partenaires (2009) lettre ouverte au président de l'Assemblée nationale – Voir CD
- Alternatives-Cameroun & partenaires (2009) Plaidoyer décriminalisation – Voir CD

- Compaoré Cyrille (2008) Rapport de mission conférence UNESCO – Voir CD

TOUTES SESSIONS

Références supplémentaires

- MSMGF (2010) S'adresser aux HSH dans le cadre de l'épidémie à VIH
- http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Advocacy/Policy_Briefs/reachingmsm_fr_lo.pdf
- MSMGF (2011) - TopTen 2011 Key global policy developments concerning MSM – English <http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/5799>
- Saavedra J. (2008) Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631526/pdf/1758-2652-11-9.pdf>
- Smith A.D. (2009) MSM and HIV-AIDS in SSA
- <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609611181.pdf>

PROPOSITION D'AGENDA POUR LA SESSION DE FORMATION

	J1	J2	J3	J4	J5
Modérateur					
8H30-10H30	Ouverture de la formation Session 1 Formateurs:	Atelier de travail Session 4 Formateurs:	Apport de connaissance Session 7 Formateurs	Atelier de travail Session 10 (1h30) Session 11 Formateurs :	Apport de connaissance Session 13 Formateurs :
Pause					
11H00-12H30	Atelier de travail Session 2 Formateurs :	Apport de connaissance: Session 4 Session 5 Formateurs	Apport de connaissance Session 7 Session 8 Formateurs	Apport de connaissance : Session 11 Formateurs:	Apport de connaissance : Session 13 Session 14 Formateurs:
Déjeuner					
Modérateur					
13H30-15H00	Apport de connaissance Session 3 Formateurs:	Apport de connaissance Session 5 Formateurs:	Apport de connaissance Session 8 Formateurs:	Atelier de travail Session 12 Formateurs:	Atelier de travail Session 14 Formateurs:
15H00-15H30	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
15H30-17H30	Apport de connaissance (1h30) : Session 3 Formateurs:	Apport de connaissance Session 6 Formateurs:	Travaux de groupes Session 9 Formateurs:	Atelier de travail Session 12 Formateurs:	Fermeture de la formation Session 15 Formateurs:

