LA PRÉVENTION DES IST DONT LE VIH ET DES HÉPATITES

AUPRÈS DES PERSONNES LGBT EN CONTEXTE AFRO-CARIBÉEN

GUIDE POUR L'ACTEUR DE PRÉVENTION

WWW.AFROSANTELGBT.ORG

LA PRÉVENTION DES IST DONT LE VIH ET DES HÉPATITES

AUPRÈS DES PERSONNES LGBT EN CONTEXTE AFRO-CARIBÉEN

GUIDE POUR L'ACTEUR DE PRÉVENTION

WWW.AFROSANTELGBT.ORG

AFRO SANTÉ LGBT .ORG

LA PRÉVENTION DES IST DONT LE VIH ET DES HÉPATITES

AUPRÈS DES PERSONNES LGBT
EN CONTEXTE AFRO-CARIBÉEN

GUIDE POUR L'ACTEUR
DE PRÉVENTION

WWW.AFROSANTELGBT.ORG

Texte établi par Sandrine Fournier et Romain Mbiribindi

Conception et réalisation graphique
Vincent He-Say - www.jedorspaslanuit.com

Les actions de prévention conduites par Afrique Avenir sont soutenues par le **Ministère chargé de la santé, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Sidaction, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et la Mairie de Paris**. Le présent guide est réalisé avec le soutien technique de Sandrine Fournier, responsable des programmes prévention gay, **Sidaction**.

Afrique Avenir remercie Ariel Djessima-Taba (Afrique Arc en Ciel), Marie-Hélène Tokolo (Marie-Madeleine), Chrystelle Moïse (La marmite), Jérôme André (HF Prévention) pour leur participation active au groupe de travail à l'origine de la formation et du guide de l'intervenant.

Équipe de formation
Patrick Awondo, consultant et coordinateur de la formation
Sandrine Fournier (Sidaction)
Romain Mbiribindi (Afrique Avenir)

Intervenants
Giovanna Rincon (Acceptess-T)
Assia Ravier (Pastt)
Jessica (AAEC)
Ariel Djessima-Taba (AAEC)
Annie Velter (Invs)
Maître Jean Bernard Geoffroy (Ravad)
Gwladys Pallas (Tjenbé Rèd Prévention)
Dr Daniel Gosset (190)
Dr Michel Ohayon (190)
Marc Frémondière (190)
Dr Thierry Troussier (DGS)
Dr Anette Colonnier (DGS)
Dr Françoise Linard (Hôpital Tenon)
Pasteur Corinne Lanoir (Faculté de théologie protestante de Paris)

Le module de formation s'est en partie inspiré du Module du RAF/VIH de Ouagadougou sur la prévention combinée des IST/VIH auprès des HSH.

Afrique Avenir
22 rue des Archives 75004 Paris
Tél. 01 42 77 41 31
www.afriqueavenir.fr

Ce guide complète la formation « La prévention des IST dont le VIH et des hépatites auprès des populations LGBT en contexte Afro-caribéen ». Il est destiné aux acteurs de prévention travaillant avec des publics Afro-caribéens afin d'améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques pour mieux aborder les questions de prévention concernant les personnes LGBT[1].

Le contenu du guide s'inscrit dans le cadre général de l'éducation pour la santé, telle que définie par l'OMS :

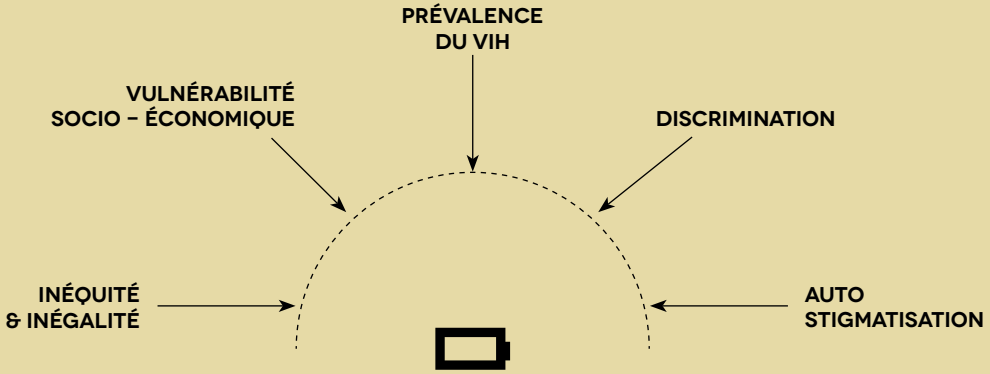
« L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. » (Glossaire de promotion de la santé - OMS – 1999)

1. Personnes LGBT = Lesbiennes, Gaies, Bisexuelles ou Transgenres

SOMMAIRE

1. Déterminants de la santé et facteurs de vulnérabilité ..... page 9
2. Définitions ..... page 21
3. Perspective socio-anthropologique ..... page 41
4. Données épidémiologiques sur les HSH ..... page 53
5. Instruments juridiques dans la lutte contre les injures et les discrimination en raison de l'orientation sexuelle ..... page 65
6. L'homosexualité et la loi en france ..... page 71
7. Pratiques sexuelles et transmission des IST dont le VIH ..... page 77
8. Focus sur les IST autres que VIH et hépatites ..... page 119
9. Les hépatites ..... page 141
10. Les nouvelles stratégies de prévention ..... page 153
11. Quelques mythes et idées reçues ..... page 165
12. Ressources pour l'orientation des personnes LGBT ..... page 173
13. Des associations LGBT friendly en Afrique ..... page 181
14. Ressources internet ..... page 189
15. Des outils pour la prévention issus du catalogue de l'Inpes ..... page 193
16. Langage visuel dédié à la santé sexuelle ..... page 199

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

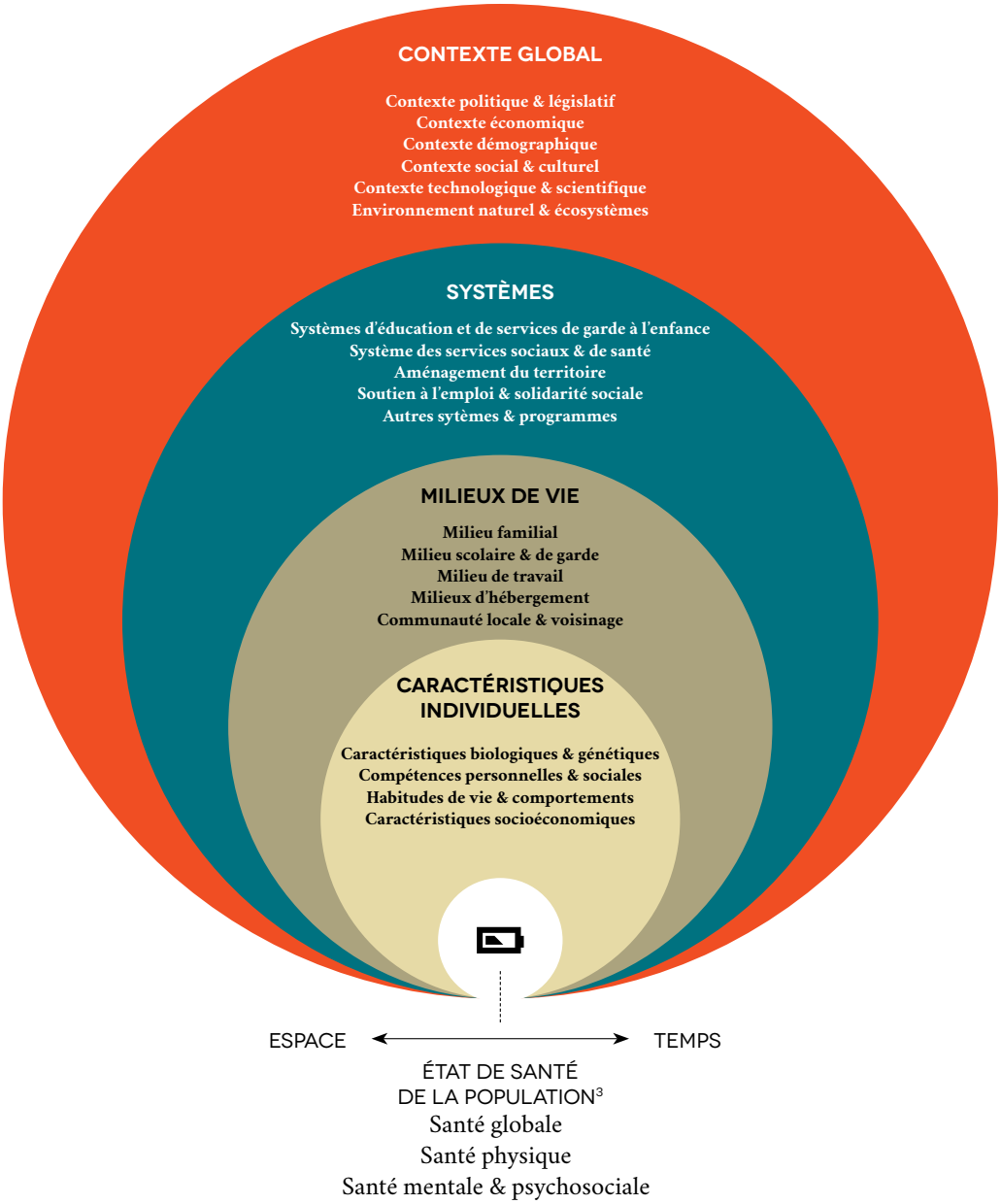


QUELS FACTEURS INFLUENCENT LA VULNÉRABILITÉ DES HSH À L'INFECTION À VIH ET AUX IST ?

De nombreux facteurs, à différents niveaux, contribuent positivement ou négativement à l'état de santé d'une population. Dans son rapport *Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes en Afrique Noire* (2003), Robin Sappe[2] identifie différents facteurs concourant à la vulnérabilité sociale des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sur le continent africain. L'exclusion dont sont victimes les HSH se retrouve à différents niveau du schéma ci-dessus et ci-contre : la famille, les dispositions législatives, les médias, les discours religieux, etc.

2. Observatoire socio-épidémiologique du Sida et des Sexualités, Facultés Universitaires Saint-Louis Bruxelles, Rapport de Mission exploratoire, Sénégal - Printemps 2002.

QUELS FACTEURS INFLUENCENT LA VULNÉRABILITÉ DES HSH À L'INFECTION À VIH ET AUX IST ?



3. Le contenu de ce schéma est issu du document canadien *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*, Comité de pilotage du projet d'implantation du cadre d'orientation en surveillance (PICOS), 2010.

JE SUIS HOMOSEXUEL
LES 5 CHOSES DONT J'AI PEUR

1 J'AI PEUR D'ÊTRE OUVERTEMENT HOMOSEXUEL

J'ai peur de la police
J'ai peur de me promener dans mon quartier
Mon ami homosexuel est en prison
Je risque de perdre mon emploi
J'ai décidé de me marier pour que personne ne soupçonne mon homosexualité

2 JE N'OSE PAS PASSER UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

J'ai peur qu'on découvre mon statut sérologique
Je ne veux pas faire un test de dépistage près de chez moi

3 JE NE PEUX PAS ACHETER DE PRÉSERVATIF NI DE LUBRIFIANT

Je ne sais pas où acheter des préservatifs discrètement

4 JE RISQUE DE NE RECEVOIR AUCUN TRAITEMENT

5 JE N'OSE PAS ALLER À LA CLINIQUE

L'infirmière s'est montrée très grossière avec moi
Mon médecin ne me soigne pas bien

Dans son rapport *Ensemble nous mettrons fin au sida* (2012), l'ONUSIDA montre l'impact concret des discriminations sur l'accès des HSH au soin et à la prévention du VIH :

~ 80

Près de 80 pays appliquent des lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personne du même sexe.

19%

des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont peur de se promener au sein de leur communauté.

21%

des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes déclarent être victimes de chantage.

42% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent avoir passé un test de dépistage et appris les résultats au cours des 12 derniers mois.

<10% Moins de 10% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont accès à des services de prévention du VIH.

Le taux d'utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est faible.

18% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'osent pas avoir recours aux soins de santé.

5% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont privés de soins de santé en raison de leur sexualité.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes courent un risque plus élevé d'infection à VIH.

LA STIGMATISATION

Voyons à présent le processus qui articule stigmatisation, discrimination et violation des droits de l'homme, contribuant à la dynamique de l'épidémie chez les HSH.

La stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres, fondé sur les différences, la peur, la crainte, les jugements moraux et la désinformation.

Les caractéristiques sur lesquelles se portent la stigmatisation, par exemple la couleur de la peau, la manière de parler et l'orientation sexuelle, peuvent être totalement arbitraires.

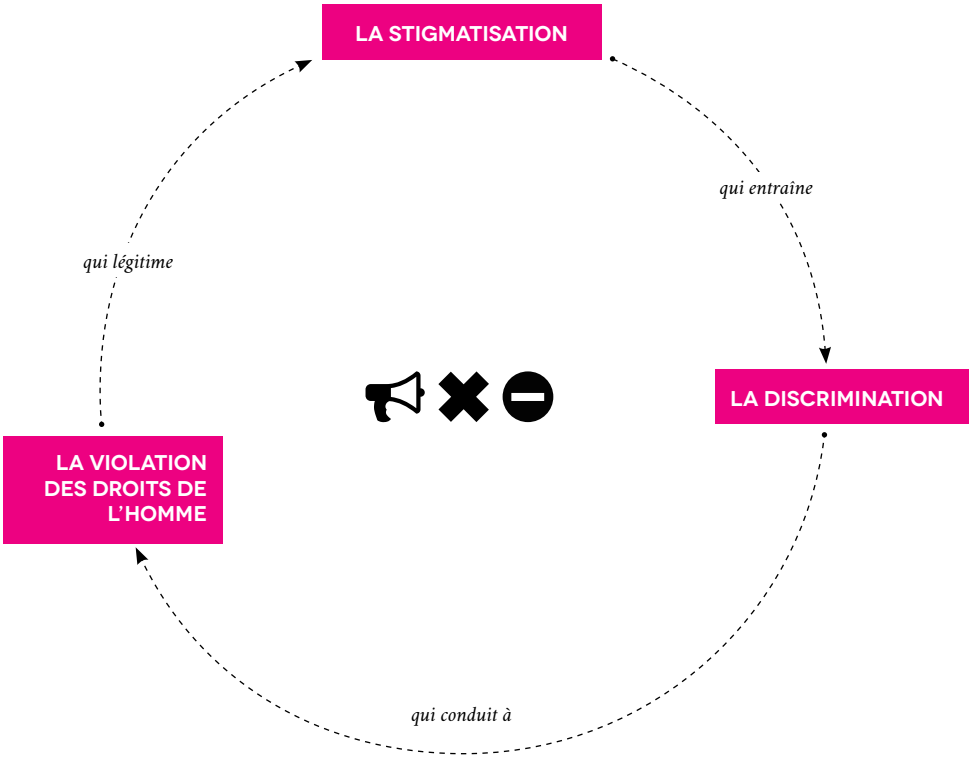
LA STIGMATISATION

Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur.
Les HSH vivant avec le VIH font l'objet d'une double stigmatisation :

- celle spécifique au VIH, considérée comme une maladie honteuse, voire immorale, un danger pour les autres et conduisant à une mort imminente ;

- et celle relative à l'orientation sexuelle, liée à la déviation supposée par rapport à une norme.
Cette double stigmatisation entraîne distanciation, évitement et rejet. Ces différents aspects de la stigmatisation interagissent et s'alimentent mutuellement.

Vivre dans un contexte hostile conduit souvent les personnes à intérioriser la stigmatisation. Les pressions multiples et continues peuvent générer des sentiments profonds de honte, de culpabilité, d'angoisse et de peur. En réaction, ces personnes tendent à développer 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 ou sa séropositivité. Stigmatisation et discrimination sont souvent liées.



Adapté de Parker R. et Aggleton P (2002)

LA DISCRIMINATION

La discrimination peut être définie comme « 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 »[4]

Les violations des droits humains fondamentaux, dues à la stigmatisation et à la discrimination, peuvent aggraver l'impact du VIH, accroître la vulnérabilité des HSH par rapport au VIH et faire obstacle aux ripostes positives à l'épidémie.

STIGMATISATION REJET DES HSH À CAUSE DE LEUR COMPORTEMENT SEXUEL **> DISCRIMINATION** LOI CRIMINALISANT LES PRATIQUES HOMOSEXUELLES **> VIOLATION DES DROITS DE LA PERSONNE** DROIT À LA SANTÉ, À LA DIGNITÉ, À LA VIE PRIVÉE, À L'ÉGALITÉ DEVANT LA LOI, ET DE NE PAS SUBIR DE TRAITEMENT OU DE CHÂTIMENT INHUMAIN ET DÉGRADANT **> CONSÉQUENCES** AUTO-STIGMATISATION (AUTO-EXCLUSION) ET ACCÈS LIMITÉ AUX SOINS PARTICULIÈREMENT AUX SOINS VIH **> AUGMENTION DE LA VULNÉRABILITÉ AU VIH** PRISE DE RISQUE LORS DE RAPPORTS SEXUELS (PAR MANQUE D'INFORMATIONS ET DÛE ÉGALEMENT À LA CLANDESTINITÉ) **> DOUBLE STIGMATISATION** HSH ET PORTEUR DU VIH **> DISCRIMINATION** REFUS DES AGENTS DE SANTÉ DE TRAITER UN HSH VIH+ **> DISCRIMINATION** VIOLENCES ET REJET FAMILIAL **> CONSÉQUENCES** PROSTITUTION POUR SURVIVRE **> VIOLATION DES DROITS DE LA PERSONNE** VIOLENCES POLICIÈRES, EMPRISONNEMENT, TORTURE **> AUGMENTATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE ET PAR RAPPORT AU VIH** TRANSMISSION DU VIH ACCRUE

> ETC.

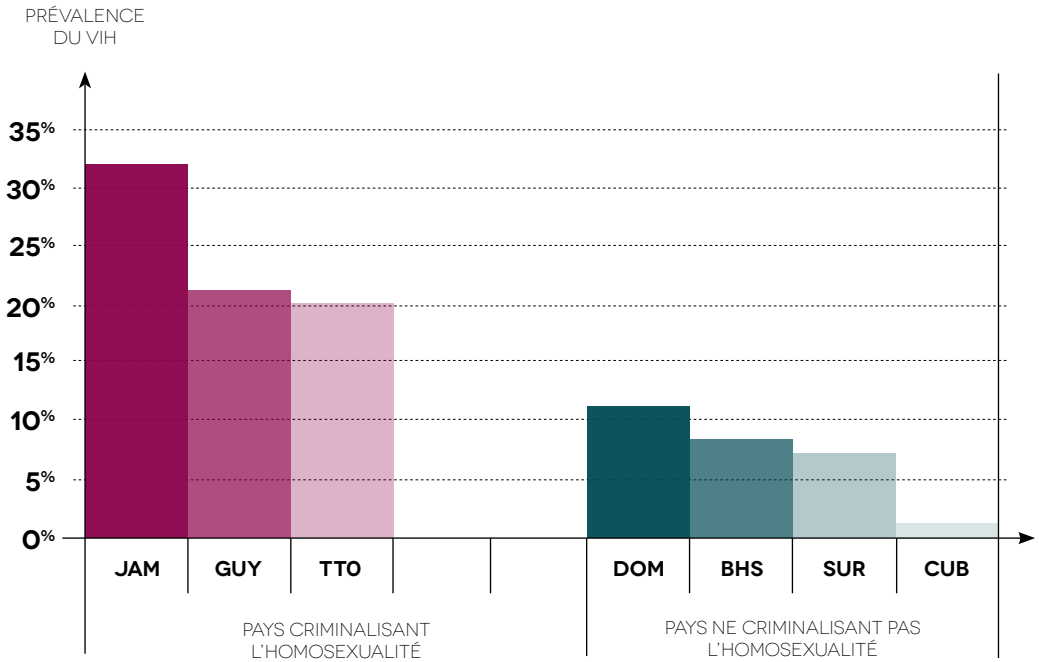
4. *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH*, ONUSIDA, 2005

%

L'IMPACT DE LA DISCRIMINATION DES HSH SUR L'IMPORTANCE DU VIH

Comme le montre ce graphique construit à partir des données collectées par l'ONUSIDA en 2008, la prévalence du VIH chez les HSH dans la Caraïbe est, comme en Afrique, nettement supérieure dans les pays qui criminalisent l'homosexualité (à gauche) comparativement au niveau de prévalence observé dans les pays qui ne criminalisent pas l'homosexualité.

L'IMPACT DE LA DISCRIMINATION DES HSH SUR L'IMPORTANCE DU VIH



LA PRÉVALENCE DU VIH PARMI LES HSH DANS LES PAYS CARIBÉENS CRIMINALISANT OU NON L'HOMOSEXUALITÉ

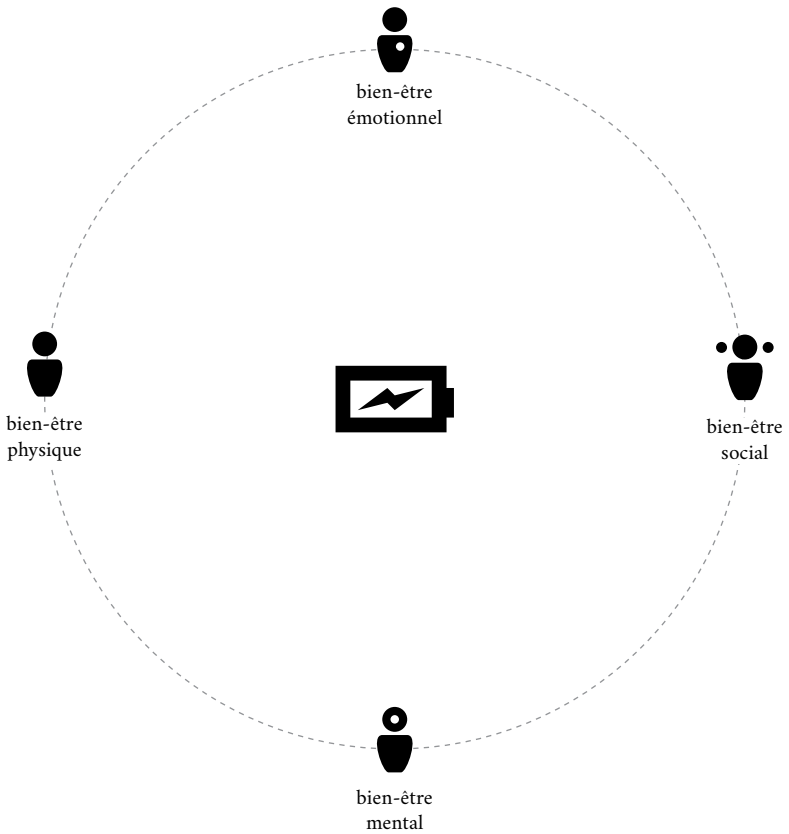
DÉFINITIONS

SANTÉ SEXUELLE

Désormais, la santé sexuelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un des volets de la santé globale.

SANTÉ SEXUELLE

Selon 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. La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.
La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.
La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »



GENRE

Le mot genre est employé dans plusieurs domaines, de façon plus ou moins précise dans ses définitions :

- En grammaire et en linguistique, le genre est un trait grammatical répartissant les mots entre masculin, féminin et neutre.

- En sciences sociales et en médecine, le concept de genre fait références aux différences non biologiques/anatomiques (psychologiques, mentales, sociales, économiques, démographiques, politiques…) distinguant les hommes et les femmes.

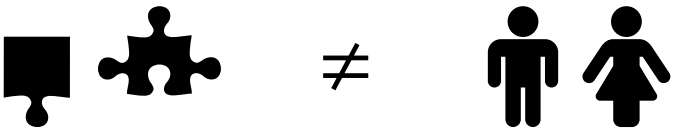
GENRE[5]

Pour aller plus loin, du point de vue des sciences sociales, le genre est **un processus dynamique d'organisation du social en deux catégories hiérarchisées et complémentaires**.

Il détermine la socialisation des corps : comment on devient idéalement un homme ou une femme « normal- e », ou comment on s'écarte de ce modèle.
Il organise les rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes et leur attribue des qualités et rôles *a priori* différenciés : les femmes sont dévolues au soin et à la protection par exemple.
Il influe sur les relations sexuelles, affectives ou économiques, notamment le travail : les hommes médecins décident des soins, les femmes infirmières exécutent.
La norme qu'il véhicule valorise l'hétérosexualité procréative au détriment d'autres sexualités.
Il participe à la représentation du « bien être », de la « bonne santé » et de la « maladie » de manière différente suivant le sexe.

Les termes Sexe et Genre, s'ils sont parfois utilisés comme synonymes, sont pourtant bien distincts :
« Comme l'âge, le sexe est un marqueur d'appartenance à un groupe social : c'est une catégorie descriptive[6]. »
Le sexe permet de décrire le social (analyser les différences selon le sexe), tandis que le genre permet de comprendre le social.
« Le genre organise des pratiques quotidiennes et des idées partagées par tout le monde : les normes du genre nous obligent tout-te-s à devenir homme ou femme, c'est-à-dire à marcher comme ci, à parler comme ça, à préférer telles couleurs, tels plats, tels partenaires sexuels, à éprouver de la peur dans telles circonstances mais pas dans telles autres, bref d'avoir toujours à faire en sorte d'avoir l'air d'être ce que nous sommes supposé-e-s être « naturellement », à ressentir les émotions qu'un « instinct » bien intégré nous dicterait[7] »

Mais le genre est dynamique, il évolue au cours du temps et suivant les sociétés. Par exemple en France le mariage des personnes de même sexe, impensable il y a encore quelques années, s'inscrit aujourd'hui peu à peu dans la norme de genre des démocraties occidentales.



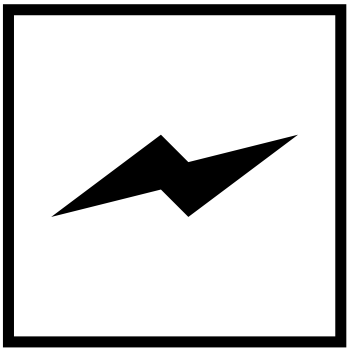
sexe biologique ≠ genre

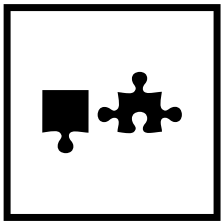
5. Le contenu de cette partie s'appuie principalement sur le document *Renforcer l'approche genrée dans la promotion de la santé* (2013) produit par l'association Frisse.
6. Clair I., Sociologie du genre, Paris : Armand Colin, coll. « 128 », 2012, p. 8.
7. Clair I., Sociologie du genre, op. cit., p. 9.

IDENTITÉ SEXUELLE

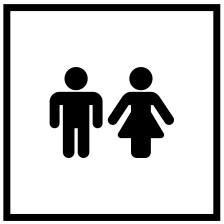
« Cet aspect important de toute identité est le résultat d'un processus de développement complexe dans lequel les aspects biologiques, l'éducation et les aspects culturels sont en interaction. L'identité sexuelle se compose de l'identité de sexe (le sexe *biologique*), de l'identité de genre (le sexe *psychique*, se sentir homme ou femme dans sa tête), du rôle sexuel (l'identification d'une personne avec les rôles, culturellement déterminés, de la virilité et de la féminité) et de l'orientation sexuelle. »[8]

IDENTITÉ SEXUELLE





identité de sexe
sexe biologique



identité de genre
sexe psychologique

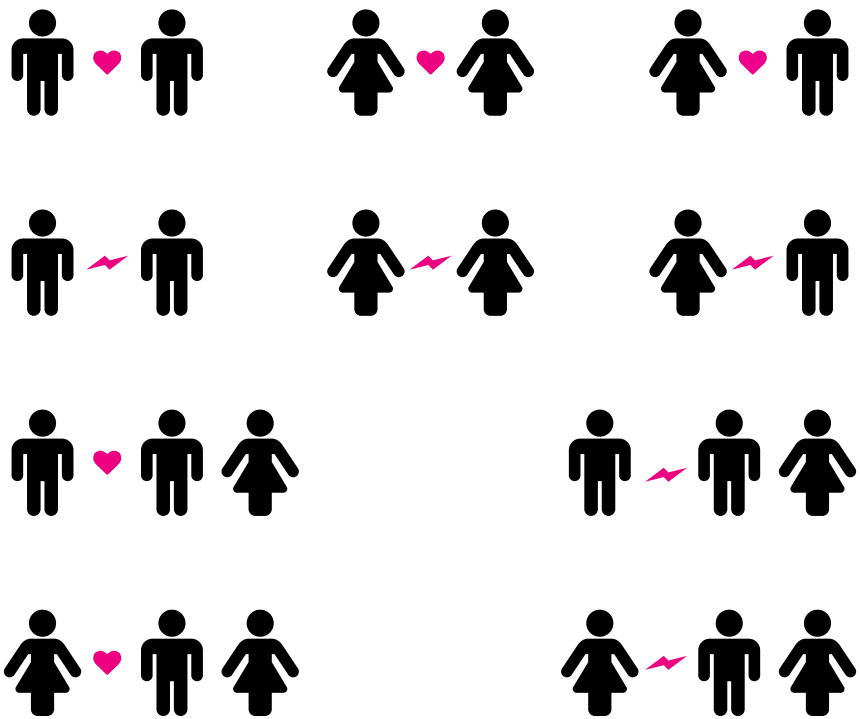
orientation
sexuelle

8. Pinxteren T., Tamagne F., Cabinet de la Ministre-Présidente de la Communauté française de Belgique, *Combattre l'homophobie – Pour une école ouverte à la diversité*, Bruxelles : Ministère de la Communauté française, 2005 : p. 130.

ORIENTATION SEXUELLE

L'orientation sexuelle est définie comme le désir affectif et/ou sexuel, l'attirance érotique qui peut porter sur les personnes du même sexe (orientation sexuelle homosexuelle) ; sur les personnes de l'autre sexe (orientation sexuelle hétérosexuelle) ou indistinctement sur l'un ou l'autre sexe (orientation sexuelle bisexuelle).

ORIENTATION SEXUELLE



Désir affectif

Désir sexuel

HSH FSF

HSH/MSM ET FSF/WSW

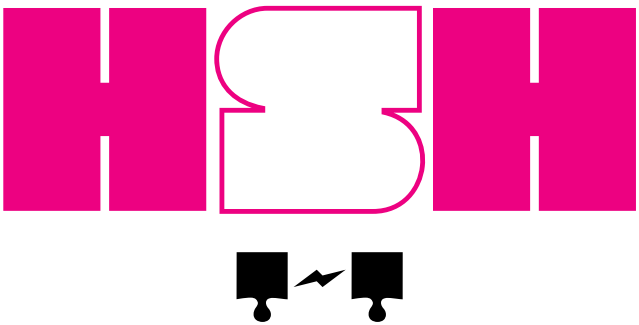
Les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes sont désignés par le sigle HSH en français et par le sigle MSM en anglais (Men having Sex with Men).

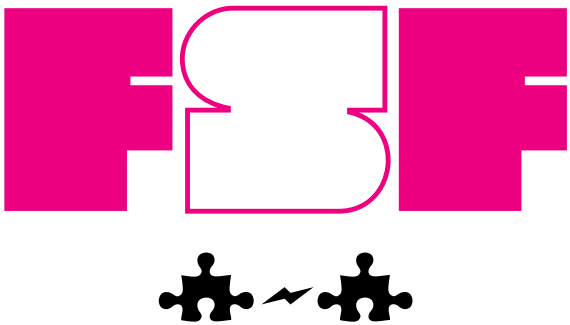
Les femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes sont désignées par le sigle FSF en français et par le sigle WSW en anglais (Women having Sex with Women).

Les HSH ou MSM sont reconnus comme un groupe vulnérable vis-à-vis du VIH.

HSH[9]/MSM ET FSF[10]/WSW

L'Onusida[11] précise ainsi la définition de la catégorie HSH/MSM : « un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque *communauté*. L'interprétation des mots *homme* et *sexe* varie selon les cultures et les sociétés, et selon les personnes concernées. En conséquence, le terme HSH s'applique à des situations et des contextes très divers où des personnes de sexe masculin ont des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin ». Par exemple en France, ces sigles permettent de prendre en compte dans les politiques de prévention les personnes qui se définissent comme hétérosexuelles tout en ayant des pratiques homosexuelles.





9. Ou HARSAH au Canada.
10. Ou FARSAF au Canada.
11. In *Le VIH et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord,* Manuel de la région MENA, 2012.

LGBT

Ce sigle, qui peut désigner les personnes mais également qualifier les institutions ou organisations, est souvent préféré à « homosexuelle » car il permet de donner de la visibilité et d'inclure dans les communautés d'intérêts les différentes minorités sexuelles (c'est-à-dire les groupes de personnes définies par leurs identités et/ou orientations sexuelles minoritaires).

LGBT est parfois complété par la lettre I pour inclure les personnes intersexuées ou Q pour queer ou en questionnement : LGBTI, LGBTIQ.

LGBT

LESBIENNES, GAYS, BI, TRANS

INTERSEXES, QUEER

LES TERMES DU LANGAGE COURANT DÉSIGNANT LES HOMOSEXUELS

De nombreux termes désignent aujourd'hui
les homosexuels des deux sexes :

pour les femmes
lesbienne, saphiste, tribade, gouine, goudou, invertie, etc.

pour les hommes
homo, pédé, pédale, tapette, tante, folle, inverti, etc.

LES TERMES DU LANGAGE COURANT DÉSIGNANT LES HOMOSEXUELS[12]

La plupart de ces termes, très souvent connotés péjorativement, sont utilisés comme insultes extrêmement discriminantes et homophobes. Parfois, ils sont employés par les homosexuels eux-mêmes, suivant une tradition de retournement de l'insulte comme manifestation d'une fierté et de réappropriation de son identité, à l'instar de l'utilisation du terme *nigger* par les mouvements de défense des droits civiques des noirs aux États-Unis.
Il est à noter que les termes pédé et pédale sont issus du terme pédéraste, qualifiant l'attirance des hommes pour des jeunes adultes de même sexe. Par extension, ces deux termes qualifient toute relation entre hommes. Ils ne doivent pas être confondus avec le terme pédophile, qualifiant l'attirance sexuelle d'un adulte pour des enfants.
Dans le vocabulaire courant, la locution anglaise gay a pris le pas sur d'autres qualificatifs pour évoquer l'homosexualité masculine, lesbienne pour l'homosexualité féminine.

GOUINE
GOUDOU
PD
PEDALE
TAPETTE
TANTE
FOLLE
INVERTI–E

12. Extraits partiels de Wikipédia : http://fr.wikipedia.org/wiki/Homosexuel (06/04/2013)

TRANSGENRE

« *Transgenre* est un terme générique pour les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Une personne *transgenre* peut s'identifier elle-même comme étant transgenre, personne de sexe féminin, personne de sexe masculin, femme trans, homme trans, transsexuelle, *hijra* (Inde), *kathoey* (Thaïlande), *waria* (Indonésie) ou l'une des nombreuses autres identités transgenres, et peut exprimer son genre sous des formes masculines, féminines et/ou androgynes très variées. »[13]

13. In *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres*. Recommandations pour une approche de santé publique, OMS, 2011.

TRANSSEXUEL

« Une personne transsexuelle est quelqu'un qui a subi des modifications physiques ou hormonales par des moyens chirurgicaux ou thérapeutiques, afin d'assumer de nouvelles caractéristiques sexuelles physiques. Les personnes transgenres et les transsexuels peuvent avoir n'importe quelle orientation sexuelle. Il importe en effet de distinguer le sexe de l'activité sexuelle. »[14]

14. In *Orientation sexuelle, identité de genre et droit international des droits de l'homme*, Guide Pratique n°4, Commission internationale de juristes, 2010.

HOMOPHOBIE, TRANSPHOBIE, SÉROPHOBIE

L'homophobie est l'hostilité, explicite ou implicite, envers des individus dont les préférences amoureuses ou sexuelles concernent des individus de même sexe. L'homophobie englobe les préjugés sur l'homosexualité et les discriminations (emploi, logement, services) envers les homosexuels.

La transphobie désigne pareille hostilité vis-à-vis des personnes transgenres.

La sérophobie désigne pareille hostilité vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.

PERSPECTIVE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

Ce qui intéresse les acteurs de prévention, ce sont les pratiques sexuelles en relation avec la transmission du VIH et des IST. Ces pratiques sont différemment nommées et interprétées suivant les contextes, les moments et les cultures.

D'un point de vue de santé publique, le déni de l'existence des pratiques sexuelles entre hommes, entrave les actions de prévention et l'accès au soin, favorisant ainsi la transmission du VIH.

DES PRATIQUES SEXUELLES ENTRE PERSONNES DE MÊME SEXE

DOCUMENTÉES EN AFRIQUE AU COURS DU 20ÈME SIÈCLE

Charles Guebogo, sociologue Camerounais, a recensé une partie de ces travaux en 2006[15], dont quelques extraits composent les parties suivantes :

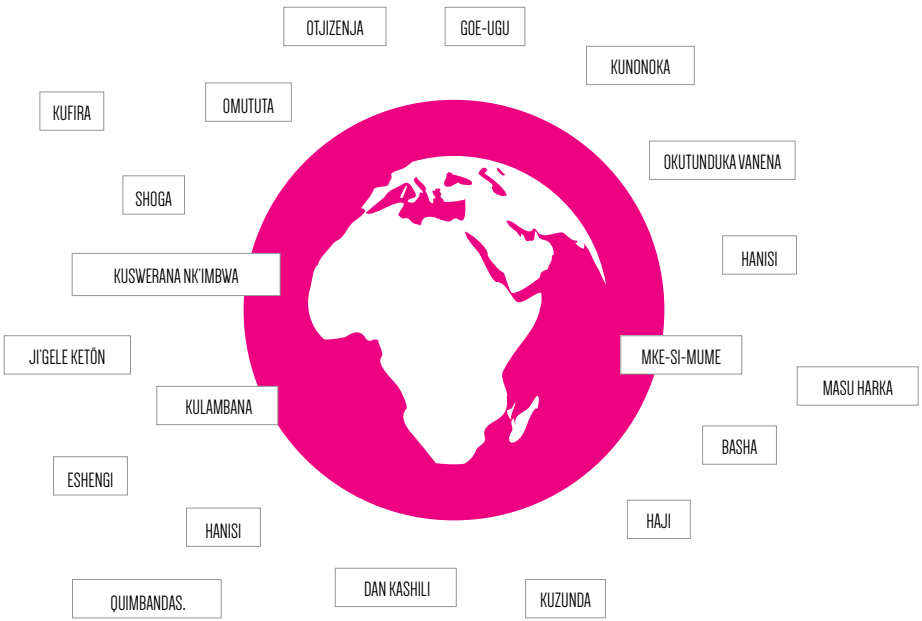
TERMES ET EXPRESSIONS DÉSIGNANT LES RAPPORTS SEXUELS ENTRE PERSONNES DE MÊME SEXE

De nombreux termes décrivent précisément les comportements et rôles sexuels : « *kufira* (kiswahili), *shoga* (kiswahili), *ji'gele ketön* (langue bafia du Cameroun), *eshengi* (ovambos), *hanisi* (kiswahili de Zanzibar), *okutunduka vanena* (hereros), désigneront la pénétration anale dans le sens réceptif[16] ou alors les individus qui acceptent une telle relation ; tandis que *basha*, *haji* (variante kiswahili de Monbassa) par exemple traduiront la pénétration anale insertive[17] ou les individus qui ont ce rôle dans les relations (homo) sexuelles. »

D'autres termes décrivent la masturbation mutuelle : « c'est le cas par exemple de *kuzunda* (wawihé) qui précise le fait que dans cet attouchement sexuel, ce sont les glands qui sont frottés les uns contre les autres ; ou encore le terme *kusagana* (kiswahili de Zanzibar) qui traduit le fait pour les femmes de se frotter les parties génitales l'une contre l'autre. Les pratiques comme le cunnilingus sont également connues : *goe-ugu* (xhosa), *kulambana*. »

Outre la description des pratiques, les rapports entre personnes de même sexe, hommes ou femmes sont également nommés dans différentes langues locales : « *dan kashili* (haoussa), *masu harka*, *mke-si-mume* (kiswahili), *kuswerana nk'imbwa*, *kunonoka* (kirundi), *quimbandas*. »

Le rôle sexuel, insertif et/ou réceptif est aussi connu : « *omututa* (wawihé), comme les relations interfémorales : *otjizenja* (wawihé). »



15. Guebogo C., « L'homosexualité en Afrique : sens et variations d'hier à nos jours », *Socio-logo. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 1 | 2006, mis en ligne le 09 octobre 2008.
16. Décrit la position de celui qui est pénétré.
17. Décrit la position de celui qui pénètre.

« HOMOSEXUALITÉ » EN AFRIQUE : CONSTRUCTION HISTORIQUE.

Pour le sociologue, l'homosexualité est souvent perçue, dans l'histoire africaine, « à travers divers modèles incluant tantôt les classes d'âge, tantôt les rites d'initiation, tantôt la compensation de la présence féminine ou masculine. »

Les classes d'âge

L'exemple des Bafia du Cameroun : « les garçons qui n'avaient pas encore de relations sexuelles avec les filles appartenaient à la première étape socialement reconnue de croissance chez l'individu (les Bafia reconnaissent trois principales étapes de croissance), le terme les désignant est : Kiembe. (…)

Cette première étape incluait les individus de six ans jusqu'à quinze ans. Les garçons de cette classe sociale, dormaient ensemble, jouaient ensemble et les plus grands pénétraient parfois analement, les plus jeunes comme le montrent certains auteurs[18] . »

« De telles pratiques se faisaient dans le secret, en l'absence d'adultes : c'était par exemple le cas chez les Wahiwé. Cependant, le secret n'était pas toujours de rigueur, comme chez les Gangellas en Angola, où les relations amoureuses entre personnes de même sexe étaient littéralement instituées : *aponji*. Chez les Gangellas, un jeune garçon circoncis et non marié, d'environ dix huit ans, pouvait décider de vivre avec un autre de douze ans qui lui plaisait, en allant rencontrer ses parents et faire la demande officielle de vivre avec lui comme *katumua*. Il donnait alors aux parents comme présent une vache, des vêtements ou de l'argent. Si le parent acceptait, les deux étaient socialement reconnus comme vivant en relation. Plus tard, le mariage du plus grand ne changeait littéralement rien à la relation, car il pouvait alternativement avoir des rapports sexuels entre sa femme et son katumua, jusqu'à ce que le plus jeune grandisse et désire aussi se marier. Il apparaît que le jeu pouvait parfois être institutionnalisé et obéir à certaines règles. Tout cela était regardé avec tolérance par les adultes, puisque selon eux, il s'agissait de jeux passagers qui étaient supposés s'arrêter à l'âge adulte chez les deux parties ».

Les rites initiatiques

« Dans certains rites initiatiques en Afrique, apparaissaient parfois des pratiques homosexuelles. Ces rites pouvaient servir à transformer le statut sexuel des individus (par exemple le rite marquant le passage de l'adolescence à l'âge adulte chez les Beti du Cameroun appelé « SO »), ou alors à initier les individus à l'art de la guerre (les Siwans en Libye) ou encore renforcer la cohésion sociale d'un groupe. »

« Chez les Kivaï, la pratique rituelle de la sodomie était courante et était socialement interprétée comme rendant les jeunes hommes plus vigoureux[19]. Dans le Nord-Ouest de la Zambie, le rite Mukanda[20] ou le rite de circoncision des garçons, était particulier. Les initiés mimaient souvent la copulation en se servant du pénis de l'initiateur le plus âgé. Cet acte était considéré comme rendant le sexe de l'initiandus plus fort, à l'instar de celui de l'initiateur. »
« Ailleurs, chez les Bantous parlant le Fang au Gabon, au Cameroun ou en Guinée Equatoriale par exemple (le groupe Pahouin), les relations homosexuelles étaient perçues comme le

18. FALK K., "Homosexuality among the Negroes of Cameroon and a Pangwe Tale", 1911.
19. BATAILLE S. et al., *La sexologie et son univers*, (S.L), 1983, p31.
20. S., O., MURRAY, W., ROSCOE, *Ibidem*, p143.

médicament pour être riche. Cette richesse était transmise du partenaire réceptif, le pédiqué, vers le partenaire insertif, le pédicon, dans une relation pénio-anale[21].

Ces différents rites, sont, selon le sociologue, « des moyens symboliques de diffusion du pouvoir à travers le fluide séminal ». Ainsi, « le sperme, transmis oralement ou analement, représente la voie symbolique de la diffusion du pouvoir »[22]. La sodomie ou la relation pénio-anale devient la voie pour « connaître et (…) dérober les secrets (du) maître »[23] pour les néophytes ; ou encore, le fait de jouer avec le sexe de l'initiateur.
Au Cameroun, le « *Mevungu* » chez les Beti et le « *Ko'o* » (l'escargot) chez les Bassa étaient des rites qui comprenaient des attouchements entre femmes ayant un caractère hautement homosexuel. D'après ses adeptes, le mevungu était présenté comme la « célébration du clitoris et de la puissance féminine »[24] Ce rite exclusivement féminin « comportait des danses qui, parfois auraient mimé le coït et dans lesquelles les initiées ménopausées auraient joué le rôle masculin »[25].

Un tel rite dans les représentations est associé à la chasse, fécondité des femmes et fécondité de la brousse se rejoignant[26]. En effet il se pratiquait quand le village devenait « dur », c'est-à-dire, quand le gibier se faisait rare, ou quand les récoltes étaient mauvaises. C'est pourquoi le « Mevungu » était entre les mains des femmes fécondes et matures (vieilles), supposées être efficaces auprès des instances ancestrales invoquées.

Homosexualité en l'absence d'hommes et/ou de femmes

Dans le contexte de harems ou de maisons polygames, les relations sexuelles entre femmes sont documentées, notamment au sud-ouest du Soudan[27] (Azande). « Chez les femmes Herero, les relations homosexuelles étaient courantes, désignées comme chez les hommes, *epanga*, *omukuetu*, *oupanga*. Les jeunes femmes mariées l'expliquaient par le peu de fréquence des relations hétérosexuelles avec leur partenaire. »

« Chez les Azande, la pratique consistant à épouser des jeunes garçons parmi les jeunes militaires était répandue. Pour cela, ils payaient une dot aux parents des jeunes garçons à épouser, comme ils l'auraient fait s'ils avaient voulu épouser leurs sœurs (les sœurs des garçons). Les parents des jeunes garçons étaient alors appelés par les prétendants en les termes de gbiore et negbiore qui désignent respectivement le beau-père et la belle-mère. Les garçons recevaient aussi des présents et dans les couples ainsi constitués, l'usage était de s'appeler badiare, « mon amour » ou « mon amoureux ». Le rôle du garçon était, on l'a souligné, de remplir dans la journée toutes les tâches du ménage dans les tentes du camp et dans la nuit de satisfaire sexuellement leur compagnon guerrier. Cela, jusqu'à ce que les dits garçons grandissent et prennent à leur tour des petits garçons pour « femmes »[28].
Des situations semblables ont été observées à la cour royale des Mossis du Burkina-Faso[29] où des jeunes pages (Soronés), habillés en femmes rendaient aussi des services sexuels aux chefs le ven-

21. S., O., MURRAY, W., ROSCOE, *Ibidem*, p142.
22. CORRAZE J., *L'homosexualité*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je », (1982) 1994, 4e édition, p19.
23. MORALI-DANINOS A., *Sociologie des relations sexuelles*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1963, p47.
24. P., LABURTHE-TOLRA, Initiations et sociétés secrètes au Cameroun. Essai sur la religion Beti, Paris, Karthala, 1985, p327 ; « Le Mevungu et les rituels féminins à minlaaba » in, J.,-C., BARBIER (sous la dir de), Femmes du Cameroun Mères pacifiques, Femmes rebelles, Paris, ORSTOM/ KARITHALA, 1985, pp233-243 (cit., p234).
25. J.-P., OMBOLO, Sexe et société en Afrique. L'Anthropologie sexuelle beti : essai analytique, critique et comparatif, Paris, l'Harmattan, 1990, p119.
26. P., LABURTHE-TOLRA, Initiations et sociétés secrètes…, Ibidem, p327-328.
27. EVANS-PRITCHARD E., Sexual inversion among the Azande «in, American Anthropologist, 72, 1970, pp1428-1434.
28. EVANS-PRITCHARD E., The Azande, Oxford, Clarendon Press, 1971, p199-200.
29. L., TAUXIER, *Les noirs du Soudan : Pays Mossi et Gourounni*, Paris, Emile La Rose, 1912, p569-570, souligné par S., MURRAY, W., ROSCOE, Ibid., p91-92.

dredi, jour où les rapports hétérosexuels étaient prohibés.

Les Ashanti, chez les Akan de Côte-d'Ivoire, avaient créé au XVIIIe siècle un puissant empire guerrier où les esclaves de sexe masculin étaient utilisés comme des concubines ou des amoureuses. Une fois leur maître mort, ils étaient aussi mis à mort.

L'homosexualité définie à travers le genre

Chez les Massai du Kenya par exemple, certains initiés, appelés *Sipolio*, aimaient sortir vêtus et maquillés en femmes et avaient des relations sexuelles avec les hommes. Il en était de même de certains prêtres comme le *ganga-ya-chimbanda* qui disait ne pas aimer les femmes et la société acceptait cela comme étant la volonté de Dieu. C'est le cas aussi pour les religieux en chef des Meru, agriculteurs du Kenya qui portaient le nom de *Mugawe*, s'habillaient en femmes et parfois épousaient des hommes[30].
Dans le Sud de la Zambie, de tels individus étaient désignés *mwaami* dans la langue Ila. Ils s'habillaient comme des femmes, faisaient des travaux attribués aux femmes, dormaient avec les femmes sans coucher avec elles. Ils étaient considérés comme des prophètes.

Il existait aussi des cas de passage à travers les genres observés dans certains mariages de femmes, veuves et âgées, qui épousaient des jeunes filles pour qu'elles leur procurent une descendance. Le choix du partenaire de l'autre sexe était fait par le « mari », c'est-à-dire la femme plus âgée qui avait payé la dot de la jeune femme. Les enfants issus du couple lui appartenaient alors et constituaient sa descendance. Cela se passait lorsque le mari de la veuve était mort sans lui laisser des enfants. Ce fut par exemple le cas chez les Nuer en Ethiopie[31] ; chez les Yoruba au Nigeria ; chez les femmes Zulu, surtout les plus riches ; chez les Nandi du Kenya ou le mari-femme est appelé *manong'otiot* ; chez les Kikuyu, les Venda d'Afrique du Sud où une telle dot est désignée par *Lobola*[32]. Le mariage des femmes était aussi une pratique courante dans la cour du Bénin, et dans le Transvaal en Afrique du Sud[33].
Au terme de l'analyse de diverses formes de pratiques homosexuelles observées durant la période coloniale et postcoloniale sur le continent africain, C. Guebogo observe que ces rites, mœurs et coutumes ont été longtemps combattus et déniés en Afrique : « C'est ainsi que plusieurs pays africains, après les indépendances, et copiant les législations des anciennes puissances coloniales d'alors, interdirent l'homosexualité en la considérant comme un crime passible d'un emprisonnement et d'une forte amende. » L'auteur fait l'hypothèse que cette situation a certainement contribué à favoriser l'idée que l'homosexualité n'avait jamais existé en Afrique.

30. NEEDHAM R., « The left hand of the mugwe : An analytical note on the structure of Meru symbolism » in, *Right and Left : Essays on Dual Classification*, 1973, pp109-127, rapporté par S., MURRAY, W., ROSCOE, Ibidem, p37.
31. EVANS-PRITCHARD E., *Kinship and Marriage Among the Nuer*, London, Oxford University Press, 1951, p108.
32. S., MURRAY, W., ROSCOE, Ibid, p257.
33. DUMONT J., *Histoire générale de l'Afrique*, Tome 3, Paris, Beaural, 1972, p35.

DES PRATIQUES SEXUELLES ENTRE PERSONNES DE MÊME SEXE AUJOURD'HUI

L'EXEMPLE DES HSH AU SÉNÉGAL

La description des HSH sénégalais, issue d'une enquête ethnographique réalisée en 2002[34], fait état d'identités et de rôles sociaux distincts, au-delà des pratiques sexuelles : « Les *Ibbis* sont plus enclins à adopter des maniérismes féminins, et à être moins dominateurs dans les interactions sexuelles. Bien que la société rejette formellement l'homosexualité, les *Ibbis* n'en bénéficient pas moins d'une grande considération dans certains milieux. Par exemple, les *Ibbis* peuvent souvent entretenir des relations avec des femmes dotées de pouvoir politique ou économique, et pour lesquelles ils accomplissent d'importantes cérémonies et fonctions sociales. Dans plusieurs quartiers, les *Ibbis* jouissent de la protection de la communauté tout entière. Les *Yoos* sont généralement les partenaires pénétrants, mais ne se considèrent pas eux-mêmes comme des homosexuels. Au-delà de ces larges catégories, il existe d'autres sous-catégories basées sur l'âge, le statut et le type de relation. Toutefois, l'identification à un groupe particulier ne constitue pas une indication infaillible des pratiques sexuelles d'un individu. »

POUR 250 HSH 1ÈRE EXPÉRIENCE SEXUELLE 15ANS EN MOYENNE

Pour les 250 HSH interrogés, la première expérience sexuelle a eu lieu le plus souvent avec un adulte, pendant l'adolescence (15 ans en moyenne). L'adulte est le plus souvent connu de l'adolescent. Pour un tiers des hommes interrogés, il est un membre de la famille élargie.

L'AMOUR, LE PLAISIR, ET LA CONTREPARTIE ÉCONOMIQUE ...

L'amour, le plaisir et la contrepartie économique sont les principaux motifs énoncés par les enquêtés. Pour nombre de HSH, la première expérience sexuelle tout comme les suivantes surviennent dans un contexte d'attirance émotionnelle et physique. La contrepartie économique joue également un rôle important. Les deux tiers (2/3) des enquêtés indiquent avoir reçu de l'argent dans le cadre de leur plus récente rencontre sexuelle, et 9% avaient donné de l'argent en contrepartie de rapports sexuels.

VASTE GAMME DE RELATIONS SEXUELLES

Les HSH ont fait état d'une vaste gamme de relations sexuelles, allant de la relation stable et régulière avec un seul partenaire aux relations irrégulières avec plusieurs partenaires, et sans exclure la relation régulière avec un partenaire, en plus des partenaires occasionnels. La grande majorité des MSM ont eu des rapports sexuels avec des femmes. Quatre-vingt-huit pour cent (88%) signalent avoir connu des rapports vaginaux, et environ le cinquième a pratiqué des rapports anaux avec des femmes.

34. NIANG C.I. et al. *Satisfaire aux Besoins de Santé des Hommes qui ont des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes au Sénégal*, ISE, Université Cheikh Anta Diop, CNLS, Horizons Program, 2003.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES HSH

%

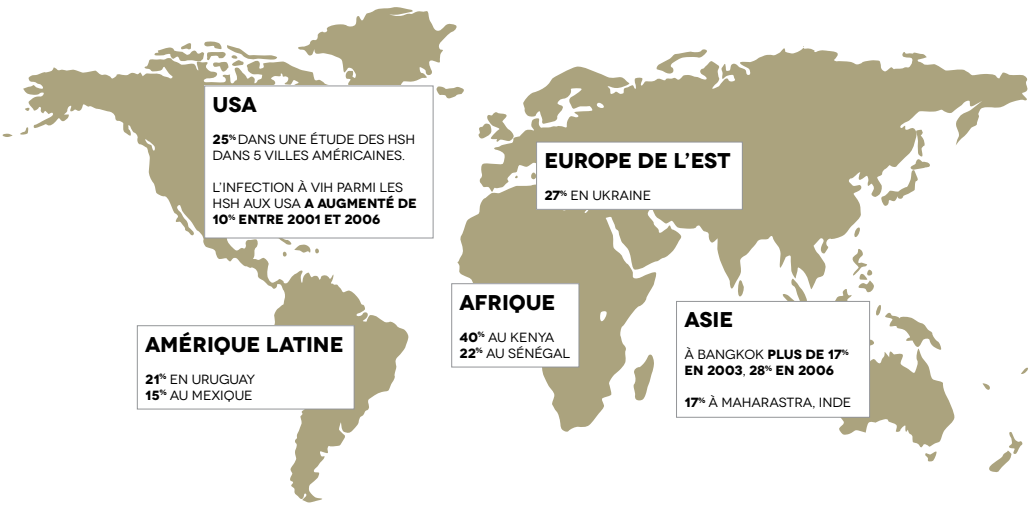
TAUX DE SÉROPRÉVALENCE AU VIH APPROXIMATIF PARMI LES HSH DANS CERTAINS PAYS

Dans un contexte où les rapports sexuels entre personnes de même sexe étaient niés par la société, leur situation vis-à-vis des IST dont le VIH était peu ou pas documentée[35].

Cette situation perdure concernant les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes et dans une moindre mesure, les personnes transgenres.

Les rares études épidémiologiques réalisées chez des personnes transgenres ont montré une prévalence[36] et une incidence[37] anormalement élevées de l'infection à VIH. Selon une méta-analyse publiée par le Lancet en 2013, le niveau de prévalence du VIH chez 11 066 femmes trans originaires de différents pays, se situait autour de 19% (Baral S. et al., 2013).

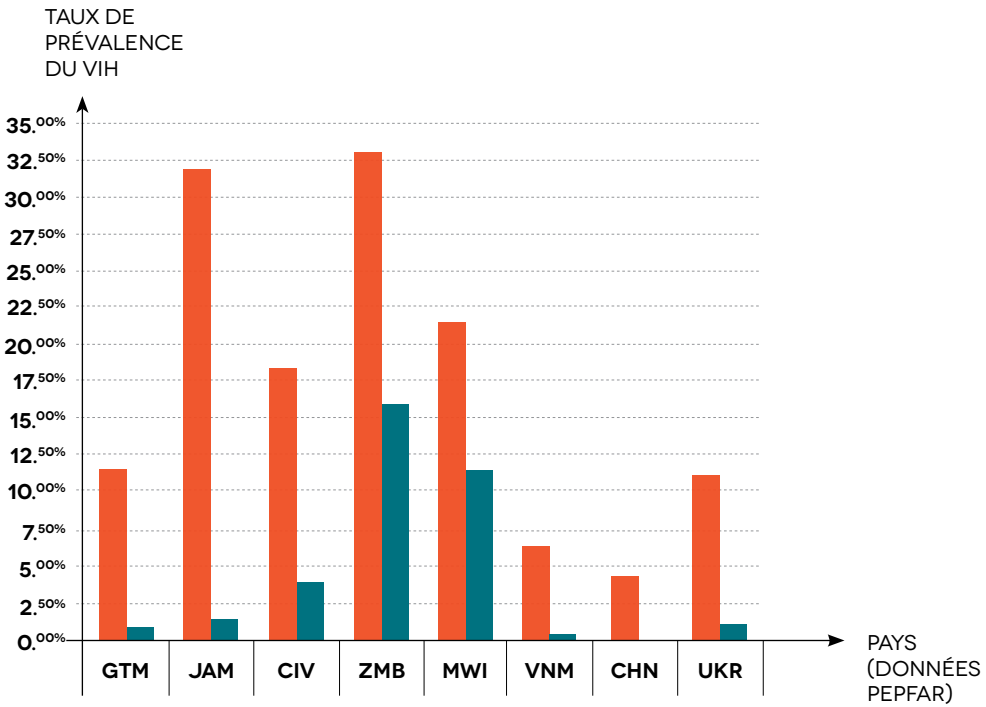
On dispose depuis quelques années de données épidémiologiques et de résultats d'études montrant que partout dans le monde les HSH sont affectés de manière disproportionnée par le VIH.



L'initiative HSH
American Foundation for AIDS Research (amfAR, 2007)

35. Brody S. et Potterat J., *Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa*, INTERNATIONAL JOURNAL OF STD & AIDS, Volume 14, Number 7: Pages 431-436, July 2003.
36. Prévalence = c'est le nombre total de cas d'une maladie (ou d'une infection) dans une population donnée
37. Incidence = c'est, pendant une période donnée, le nombre de personnes qui sont tombées malades (ou qui ont été infectées par un virus)

COMPARAISON DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES HSH ET EN POPULATION GÉNÉRALE



TAUX DE PRÉVALENCE CHEZ LES HSH

TAUX DE PRÉVALENCE DANS LA POPULATION EN GÉNÉRALE (ÂGE 15+)

GTM	GUATEMALA
JAM	JAMAÏQUE
CIV	CÔTE D'IVOIRE
ZMB	ZAMBIE
MWI	MALAWI
VNM	VIÊTNAM
CHN	CHINE
UKR	UKRAINE

On observe un risque d'infection au VIH nettement supérieur (jusqu'à 19,3 fois plus élevé) chez les HSH comparativement à la population générale dans les pays à revenu faible ou modéré (Baral, 2007).

Selon S. Baral, les rapports sexuels anaux sans protection entre hommes constituent probablement un facteur plus important dans les épidémies d'Afrique subsaharienne qu'on ne le pense généralement.

PRÉVALENCE HSH/POPULATION GÉNÉRALE ÂGÉE DE + DE 15 ANS EN AFRIQUE

TOTAL

N **6470**
PRÉVALENCE HSH **15.7%**
PRÉVALENCE VIH 15+ **5%**

ÉGYPTE

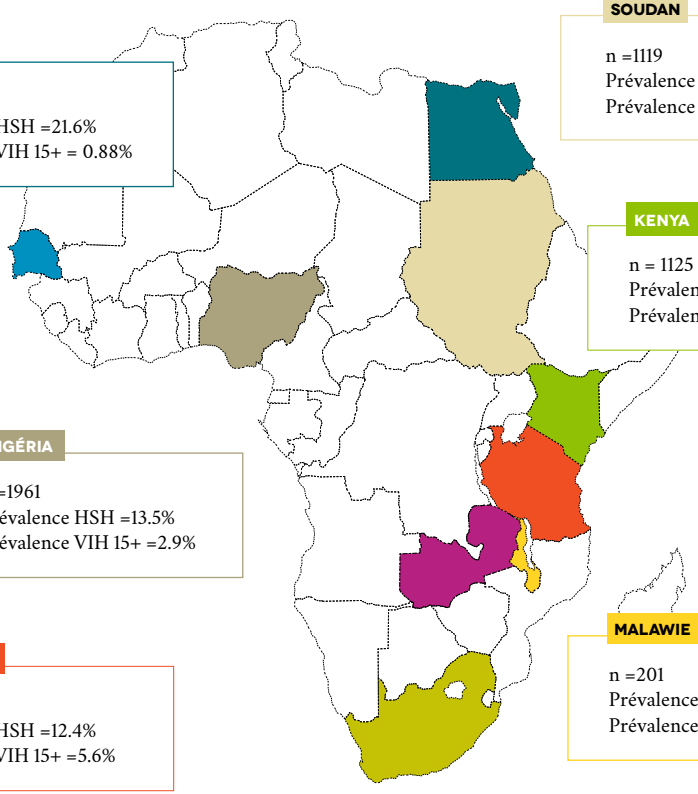
n = 340
Prévalence HSH =5.3%
Prévalence VIH 15+ = 0.02%

SOUDAN

n =1119
Prévalence HSH = 8.8%
Prévalence VIH 15+ = 1.3%

SÉNÉGAL

n = 943
Prévalence HSH =21.6%
Prévalence VIH 15+ = 0.88%



KENYA

n = 1125
Prévalence HSH =15.6%
Prévalence VIH 15+ = 7.5%

NIGÉRIA

n =1961
Prévalence HSH =13.5%
Prévalence VIH 15+ =2.9%

MALAWIE

n =201
Prévalence HSH =21.4%
Prévalence VIH 15+ =11.5%

TANZANIE

n =509
Prévalence HSH =12.4%
Prévalence VIH 15+ =5.6%

ZAMBIE

n = 641
Prévalence HSH =32.9%
Prévalence VIH 15+ = 15.7%

AFRIQUE DU SUD

n = 574
Prévalence HSH =15.3%
Prévalence VIH 15+ = 15%

Adapté de Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C (2007) Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low - and Middle-Income Countries 2000–2006 : A Systematic Review. PLoS Med 4(12): e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339

POURQUOI UNE TELLE DIFFÉRENCE DANS LE NIVEAU DE PRÉVALENCE EN POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES HSH ?

La composition physiologique des tissus concernés est telle que les rapports sexuels anaux non protégés, en particulier réceptifs, comportent environ 18 fois plus de risque de transmission d'infection au VIH que des rapports sexuels non protégés à pénétration vaginale (Baggaley, 2010)[38]. Par ailleurs la variété et la fréquence des rapports sexuels constituent un autre facteur d'exposition au VIH. Surtout, à comportement égal, avoir des relations sexuelles dans un groupe ayant une forte prévalence au VIH (un nombre élevé de personnes infectées) expose *mécaniquement* davantage les personnes au VIH.

Mais la physiologie et les comportements individuels n'expliquent pas tout : aux USA, les HSH noirs sont plus exposés au VIH que les HSH blancs alors qu'ils ne déclarent pas plus de comportements sexuels à risque. En Afrique et dans les Caraïbes, la prévalence du VIH chez les HSH est plus importante dans les pays pénalisant les relations homosexuels que dans les autres.
La discrimination des HSH est un frein considérable à la mise en œuvre de programmes ciblés dans de nombreux pays. A titre d'exemple, la distribution de préservatifs aux personnes détenues ne peut pas être envisagée lorsque l'homosexualité est pénalisée.

Surtout, « lorsque la vie de beaucoup de MSM est caractérisée par la violence et le rejet, (…) les comportements visant à rechercher des soins pour les symptômes d'IST s'entourent souvent de retard et dissimulation » (Niang et al., 2010)[39].

Les comportements préventifs sont aussi moins aisés à mettre en œuvre dans le contexte d'une sexualité cachée. Ainsi, une étude réalisée en 2010 au Sénégal auprès de 489 HSH montre que le premier facteur associé à la non-utilisation du préservatif est le fait d'avoir un rapport dans un espace public (cinéma, parc, etc.). Les hommes se protègent en effet 6 fois plus lorsqu'ils ont un rapport dans un espace privé (Larmarange et al., 2010)[40].

38. Baggaley R.F., *HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention*, Int J Epidemiol. 2010 August; 39(4): 1048–1063.
39. Niang et al., *Satisfaire aux Besoins de Santé des Hommes qui ont des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes au Sénégal*, Institut des Sciences de l'Environnement, Université Cheikh Anta Diop, Conseil National de Lutte Contre le SIDA (CNLS), Horizons Program 2010.
40. Larmarange J, Wade A S, Diop A K, et al., ELIHoS Group *Men Who Have Sex with Men (MSM) and Factors Associated with Not Using a Condom at Last Sexual Intercourse with a Man and with a Woman in Senegal, PLoS One*, 2010

Les HSH et les personnes originaires d'Afrique Subsahariennes sont les deux groupes les plus exposés au VIH. Depuis 2012, des données de différentes natures éclairent la situation des HSH Afro-caribéens en France :

- Selon les résultats de la première enquête réalisée auprès des populations afro-caribéennes en Ile-de-France en 2011[41] (4 044 questionnaires), 5% des répondants déclarent avoir eu au moins un partenaire sexuel du même sexe dans les 12 derniers mois. Par ailleurs, l'ensemble des répondants déclare avoir eu plusieurs partenaires en moyenne sur la même période.

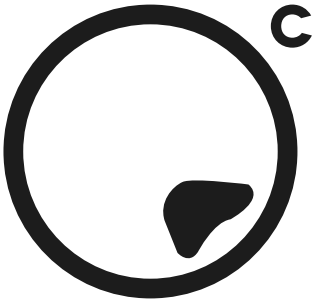
- Le rapport relatif aux dépistages rapides réalisés par l'association Aides pour l'année 2012 indique une prévalence de 1.8% chez les HSH caucasiens (blancs) mais de 3% chez les HSH Afro-caribéens.

Au vu de ces résultats et considérant que les relations entre personnes de même sexe sont généralement sous-déclarées, les acteurs de prévention ne peuvent plus considérer que l'homosexualité ne concerne pas les communautés afro-caribéennes.

41. L'Afrobaromètre a été réalisé par Afrique Avenir en partenariat avec l'Inpes et Sidaction.

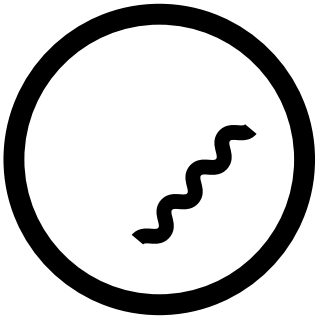
QUELQUES DONNÉES CONCERNANT LES AUTRES IST

En France, les HSH sont particulièrement exposés à différentes IST et une proportion considérable d'IST concerne des HSH séropositifs pour le VIH. Les enquêtes sur les modes de vie gays (EPGL[42], Net Gay Baromètre[43]) montrent, depuis les années 2000, une augmentation continue des pratiques sexuelles à risque. Comme le montrent les résultats de l'Enquête Presse Gay, depuis 1997, l'utilisation systématique du préservatif ne cesse de diminuer et ce, quel que soit le statut sérologique des répondants. Elle est passée de 68% en 1997 à 47% en 2011.
Ce constat se traduit d'une part par un niveau élevé de nouvelles contaminations au VIH chaque année, d'autre part par une augmentation des IST déclarées. Ainsi, les répondants du Net Gay Baromètre 2013[44] sont 21.8 % à déclarer avoir contracté une IST dans les 12 derniers mois ; ils étaient 8,8 % en 2009.



L'hépatite C

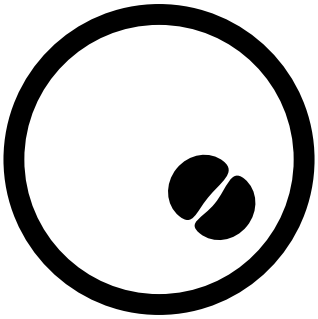
On observe par ailleurs depuis 10 ans, la survenue de maladies infectieuses aigües, notamment l'hépatite C, liées à des pratiques sexuelles à risque chez les HSH séropositifs pour le VIH (en 2010, ces coïnfections concernent 40 % des hommes homo/bisexuels, 11 % des hommes hétérosexuels et aucune femme).



La syphilis

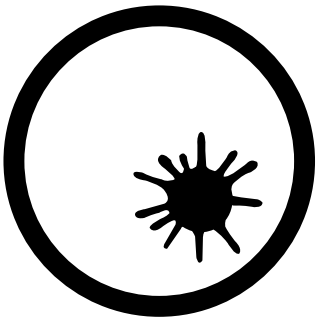
On observe une résurgence de la syphilis depuis 2000. Les HSH représentent plus de 80 % des cas de syphilis rapportés en 2011 et comptent pour 88 % des cas de syphilis récente en 2012.

42. Velter A. et al. *Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011*, ANRS, InVS.
43. Léobon, A. (CNRS, UMR ESO), Velter, A. (InVS), Otis J. (UQAM), *Net Gay Baromètre 2013*.
44. Chiffres issus de l'analyse des 13 500 premiers questionnaires.



Gonococcies

On observe une augmentation des gonococcies chez les hommes depuis 10 ans. Entre 2007 et 2010, le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire a doublé.
Près de la moitié (42%) des cas de gonococcies rapportés concernent également des HSH, incluant un nombre important de coïnfections VIH-gonococcies ano-rectales.



LGV (lymphogranulomatose vénérienne)

Enfin, la LGV (lymphogranulomatose vénérienne) est en augmentation constante depuis 2002, elle concerne principalement les HSH.

! Les IST accentuent le risque d'être infecté par le VIH mais nombre d'entre elles ne présentent aucun symptôme. On peut ainsi être infecté par une ou plusieurs IST sans le savoir. Or, les IST ne sont pas suffisamment prises en compte par les acteurs de prévention. Il est donc impératif d'informer les usagers des associations sur les risques d'IST et sur la nécessité, lorsqu'on a une sexualité active, de se faire dépister régulièrement (Voir plus loin le chapitre Focus sur les IST autres que VIH et hépatites).

INSTRUMENTS JURIDIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LES INJURES ET LES DISCRIMINATION EN RAISON DE L'ORIENTATION SEXUELLE

Les textes internationaux et européens qui interdisent les discriminations sont reconnus par les juges français comme sources du droit. Le principe de non discrimination est un principe fondamental du droit que le juge doit faire respecter.

Si les textes internationaux qui condamnent les discriminations sont nombreux, néanmoins très peu visent directement l'homophobie et l'expression « discrimination selon l'orientation sexuelle » est préférée.

Au plan international, on peut citer notamment :

1. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ·

Art. 1 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation ».

Art. 7 : « Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination. »

2. Le Pacte International des Droits Civils et Politique de l'ONU

Notamment à l'article 26 qui précise : « Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. À cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes une protection égale et efficace contre toute discrimination, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique et de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation ».

3. L'article 13 du Traité instituant l'Union Européenne

Qui depuis 1999 permet l'adoption de règles juridiques appropriées afin de lutter contre les discriminations dans un certain nombre de situations y compris celles fondées sur l'orientation sexuelle.

4. L'article 14 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés (CESDH) ·

« La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».

5. L'article 21 de la Charte européenne des droits fondamentaux

Selon laquelle « Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle ».

6. La Charte africaine des droits de l'homme et des peules adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi lors de la 18ème conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine ·

Art. 2 « Toute personne a droit à la jouissance des droits et libertés reconnus et garantis dans la présente Charte sans distinction aucune, notamment de race, d'ethnie, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de

toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. » ;

Art. 3 « 1. Toutes les personnes bénéficient d'une totale égalité devant la loi ; 2. Toutes les personnes ont droit à une égale protection de la loi. » ;
Art. 4 « La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne : nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. » ;

Art. 5 : « Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites. »

7. Les Principes de Jogjakarta

Présentés devant le Conseil des droits de l'homme des Nations le 26 mars 2007, *Les Principes de Jogjakarta* sont une série de principes sur l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre pour la protection et pour l'interdiction absolue de la discrimination contre les personnes LGBT et intersexuées, selon la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.

L'HOMOSEXUALITÉ ET LA LOI EN FRANCE

En France, les trois registres sous lesquels sont traitées les atteintes aux personnes en raison de l'orientation sexuelle sont la diffamation, l'injure et la discrimination.

LA DIFFAMATION SE DÉFINIT COMME TOUTE ALLÉGATION OU IMPUTATION D'UN FAIT QUI PORTE ATTEINTE À L'HONNEUR OU À LA CONSIDÉRATION DE LA PERSONNE OU DU CORPS AUQUEL LE FAIT EST IMPUTÉ (EXEMPLE : TEL COMMERÇANT VEND DES PRODUITS AVARIÉS).

L'INJURE, À L'INVERSE, SE DÉFINIT PAR L'ABSENCE D'ÉLÉMENTS FACTUELS, SEULE EXPRESSION OUTRAGEANTE, TERMES DE MÉPRIS OU INVECTIVE (EXEMPLE : UN TEL EST UN VOLEUR).

C'est la loi du 29 juillet 1881 qui protège les personnes et les institutions publiques ou privées contre les informations et commentaires qui leur ont porté préjudice, à charge pour elles d'en demander réparation.
Ce n'est que récemment que la législation française a pris en compte les injures ou diffamations visant précisément une personne en raison de son orientation sexuelle.

La provocation à la haine ou à la violence à l'encontre d'une personne en raison de son orientation sexuelle est punie d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende (article 24 de la loi du 29 juillet 1881).

La diffamation commise à l'encontre des mêmes victimes est punie de la même façon (article 32 de la loi du 29 juillet 1881).

Une injure homophobe sera punie de 6 mois d'emprisonnement et de 22 500 € d'amende (article 33 de la loi du 29 juillet 1881).

La diffamation et l'injure par voie de presse ou par tout autre moyen de publication sont visées par l'article 29 de la loi du 29 juillet 1881 à partir du moment où on caractérise une publicité de l'écrit litigieux.

Le caractère public est une condition sine qua non d'une infraction de presse, quel que soit le support de l'écrit (papier, internet…). Il s'agit alors d'un délit.
Sans publicité, les injures et diffamations sont réprimées en tant que contravention (R621-1 et R621-2 et suivants du Code pénal).

Il existe également des textes qui condamnent les discriminations en France.
On peut ainsi citer :

L'article 225-1 du Code pénal : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques en raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ».

Par ailleurs, l'article 225-3 du nouveau Code pénal punit de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait :

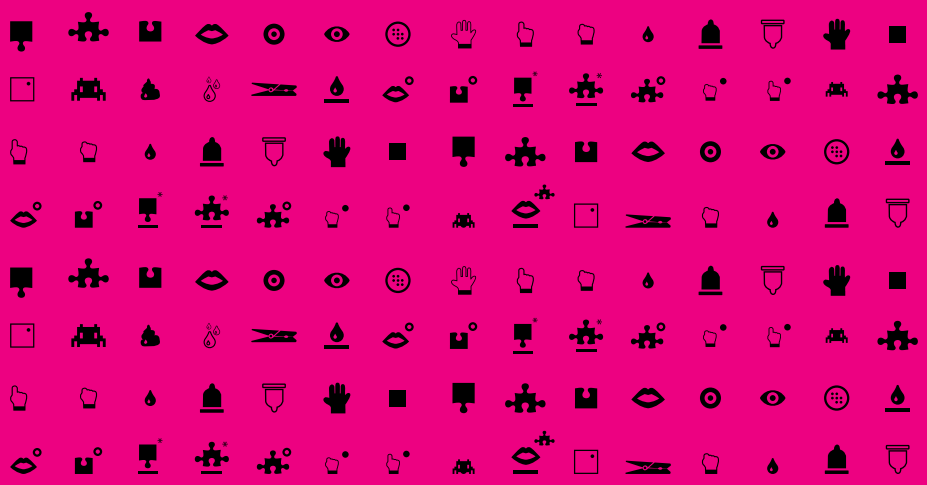
de subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition discriminatoire (par exemple exclure une personne d'une boîte de nuit du fait de la couleur de sa peau) ;

de subordonner une offre d'emploi à une condition discriminatoire (par exemple : de demander des stagiaires qui ne soient que « blancs »).

En revanche, une distinction basée par exemple sur le métier, le diplôme, le lieu de résidence, le type de contrat de travail (CDD, CDI, CPE, CNE, etc.), le lieu de travail ou l'expérience semble légale ; elle ne constitue pas une discrimination pénalement sanctionnée.

LORSQU'ON EST VICTIME D'ACTES DE VIOLENCE, **LE CODE PÉNAL PRÉVOIT L'AGGRAVATION DES PEINES POUR CERTAINS ACTES DÉLICTUEUX, COMME DES VIOLENCES PHYSIQUES, LORSQUE LE MOBILE EST RACISTE OU HOMOPHOBE. LA LOI DU 3 FÉVRIER 2003 PUNIT D'AUTANT PLUS SÉVÈREMENT UNE AGRESSION SI ELLE EST À CARACTÈRE RACISTE. LA LOI DU 18 MARS 2003 PUNIT D'AUTANT PLUS SÉVÈREMENT UNE AGRESSION SI ELLE EST À CARACTÈRE HOMOPHOBE.**

PRATIQUES SEXUELLES ET TRANSMISSION DES IST DONT LE VIH[45]



Pour être en capacité d'écouter l'usager, l'acteur de prévention doit idéalement connaître les pratiques sexuelles qu'il est susceptible d'aborder, au regard des risques potentiellement associés. Car au-delà des questions auxquelles il pourra répondre, la connaissance des pratiques, dans leur diversité, favorise le lien de confiance avec l'usager qui osera davantage aborder ses propres pratiques sans craindre de surprendre ou d'être jugé.

Dans ce modèle, nous évaluons le risque que comporte un épisode unique de chaque pratique sexuelle. La réalité de l'activité sexuelle est souvent plus complexe que cela, car elle est rarement limitée à un seul épisode ou à une seule pratique. Elle n'est pas non plus forcément limitée à un seul partenaire à la fois. De plus, l'ordre de succession de certaines pratiques sexuelles influencera le degré de risque potentiel.

Des pratiques hétérosexuelles sont détaillées ci-dessous puisqu'elles concernent également certaines personnes LGBT.

45. Le contenu de ce chapitre est issu du document *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque, une ressource pour les éducateurs, les conseillers et les professionnels de la santé,* 4ème édition, Société Canadienne du sida, 2004.

PRATIQUES SEXUELLES

AVEC PÉNÉTRATION

PÉNÉTRATION ANALE

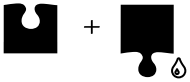
Sodomie, pénétrer l'anus/rectum, faire l'amour, enculer, mettre/fourrer le (trou du) cul, fucker

La sodomie est un rapport sexuel qui consiste en une pénétration de l'anus du ou de la partenaire, généralement avec le pénis ou à l'aide d'un objet servant de phallus.

46. Le risque résiduel est associé à un défaut de pose du préservatif ou à la rupture de celui-ci.

PÉNÉTRATION ANALE

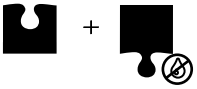
La sodomie non protégée (sans préservatif) présente un risque élevé tant pour le VIH que pour les IST pour les deux partenaires.



Le risque est augmenté dans le cas d'une sodomie avec éjaculation dans l'anus et le rectum. Le gland et l'anus, dans la mesure où ce sont des muqueuses, constituent un terrain propice à la transmission d'IST (hépatites, syphilis, herpès, papillomavirus, chlamydiae, trichomonas et blennorragie).

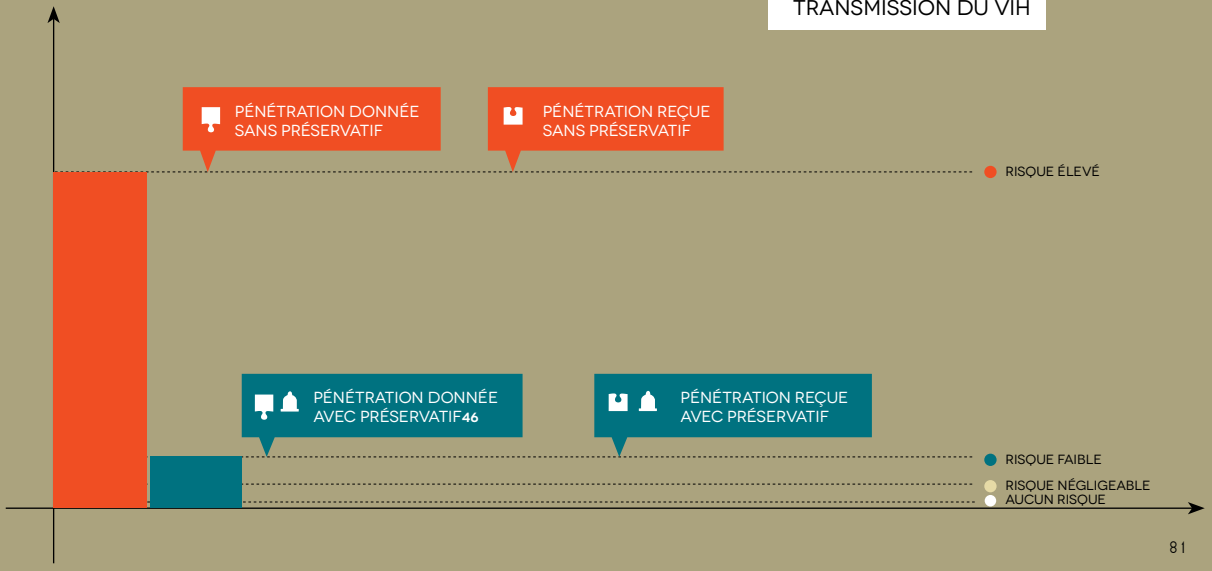
La présence de lésions sur le pénis et/ou la muqueuse anale et le contact avec le liquide pré-éjaculatoire et ou le sperme sont des facteurs qui augmentent le risque.

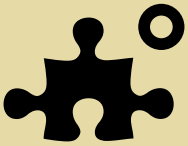
La meilleure protection passe par l'utilisation d'un préservatif associé à celle d'un lubrifiant à base d'eau ou de silicone. Le recours au préservatif féminin constitue une solution alternative.



Dans le cas d'un rapport non protégé, il est recommandé de se retirer avant éjaculation, cependant un risque demeure du fait de la présence de liquide séminal.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH





PÉNÉTRATION VAGINALE

Faire l'amour, pénétrer, baiser, (se) mettre,
s'envoyer en l'air, prendre son pied, fourrer, fucker

La pénétration vaginale consiste en une pénétration
du vagin par le pénis ou avec un objet.

PÉNÉTRATION VAGINALE

La pénétration vaginale non protégée (sans préservatif) comporte un risque élevé de transmission du VIH et des IST.

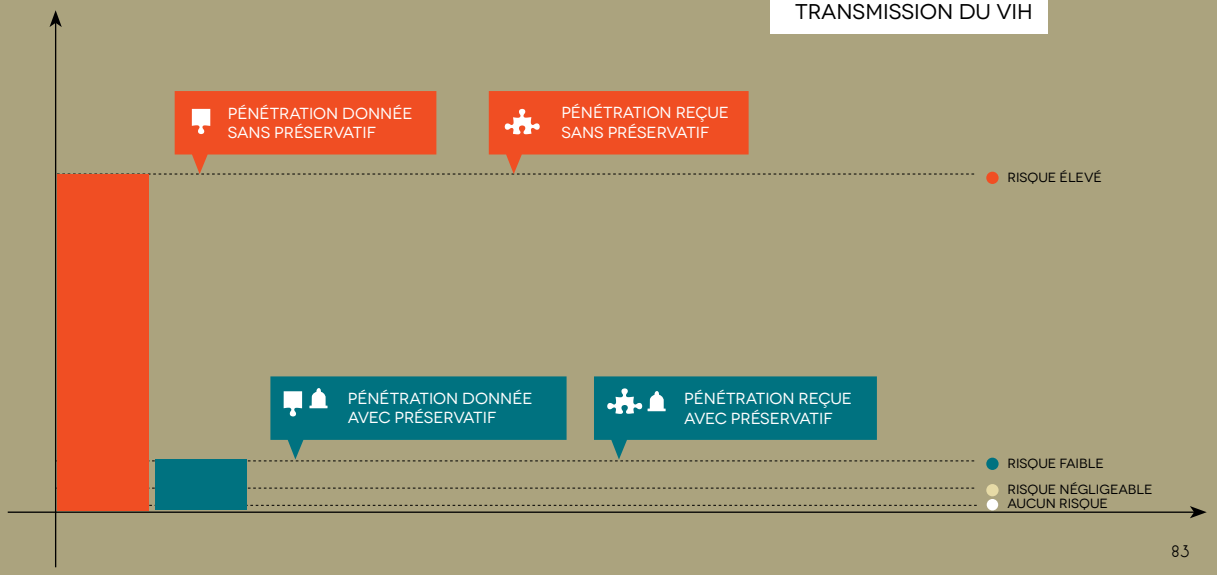
Les caractéristiques de la muqueuse vaginale et différents facteurs (IST, lésions, règles...) exposent les femmes à un risque bien plus élevé que les hommes, sauf si ces derniers présentent des lésions au niveau du pénis.

Suivre une démarche de réduction des risques implique l'utilisation d'un préservatif (masculin/ féminin) associé à un lubrifiant à base d'eau ou de silicone.

Dans le cas d'un rapport non protégé, il est recommandé de se retirer avant éjaculation, tout en sachant qu'un risque demeure du fait de la présence de liquide séminal.

On constate chez les hommes circoncis une plus faible exposition au risque.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH



FELLATION

Pipe, sucer, tailler une pipe, se faire sucer,
manger la queue, la bitte faire / se faire faire une pipe

La fellation consiste à stimuler le pénis du partenaire avec la bouche, les lèvres et la langue. Elle peut être employée comme préliminaire sexuel ou pour conduire l'homme à l'orgasme.

47. Le risque augmente si la personne recevant la fellation est en phase de primo infection.

FELLATION

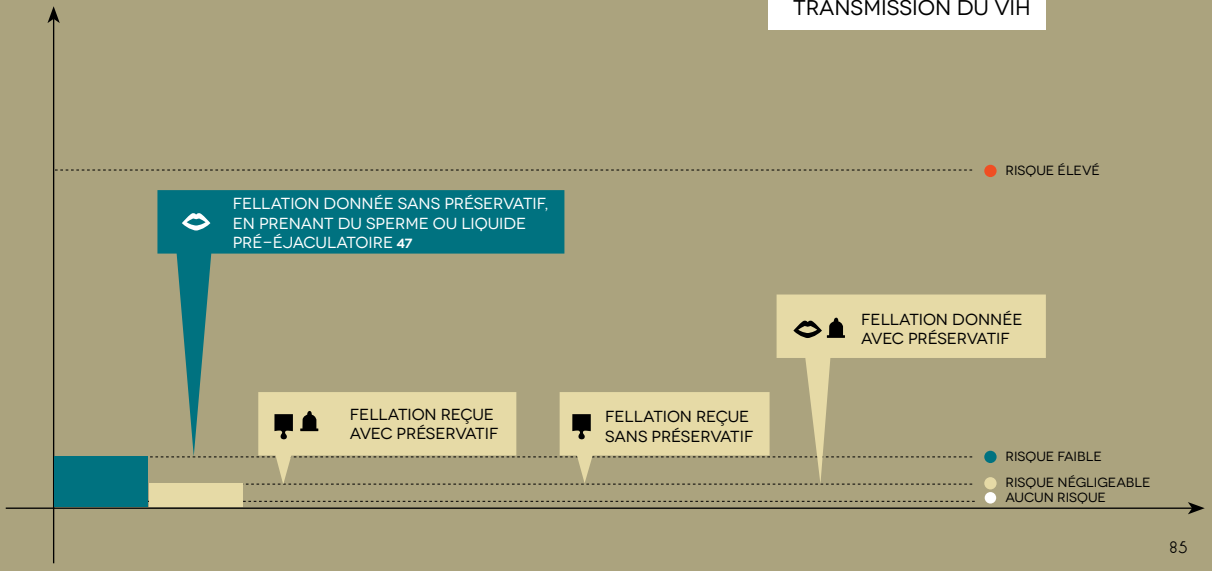
Le risque est ici plus élevé pour la personne qui reçoit le pénis. Le risque existe pour le partenaire actif dans la mesure où il avalerait du liquide pré-éjaculatoire ou du sperme dans la bouche.

La présence de lésions sur les muqueuses buccales participe également de l'exposition au risque (saignement gingival, coupure, plaie, lésion, ulcère, brûlure, récente extraction dentaire ou autres interventions de dentisterie).

L'utilisation du préservatif constitue la méthode la plus appropriée pour limiter au maximum l'exposition au risque de transmission du VIH et des IST.

Viser une réduction de l'exposition au risque implique de ne pas avaler le liquide pré-éjaculatoire et le sperme et de ne pas se brosser les dents dans les 30 minutes précédant l'acte.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH



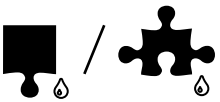
FIST-FUCKING

Fist, fister

Le fist-fucking ne sous-entend pas la pénétration du poing fermé dans le vagin ou le rectum, mais plutôt une lente introduction de la main dont les doigts sont gardés tendus et groupés dans l'orifice préalablement abondamment lubrifié et distendu progressivement. Une fois l'introduction effectuée, le poing peut être fermé ou les doigts rester droits. Le fist peut être réalisé également avec le pied. Le fist-fucking anal est perçu comme agréable par les hommes qui le pratiquent en raison de la stimulation de la prostate engendrée.

FIST-FUCKING

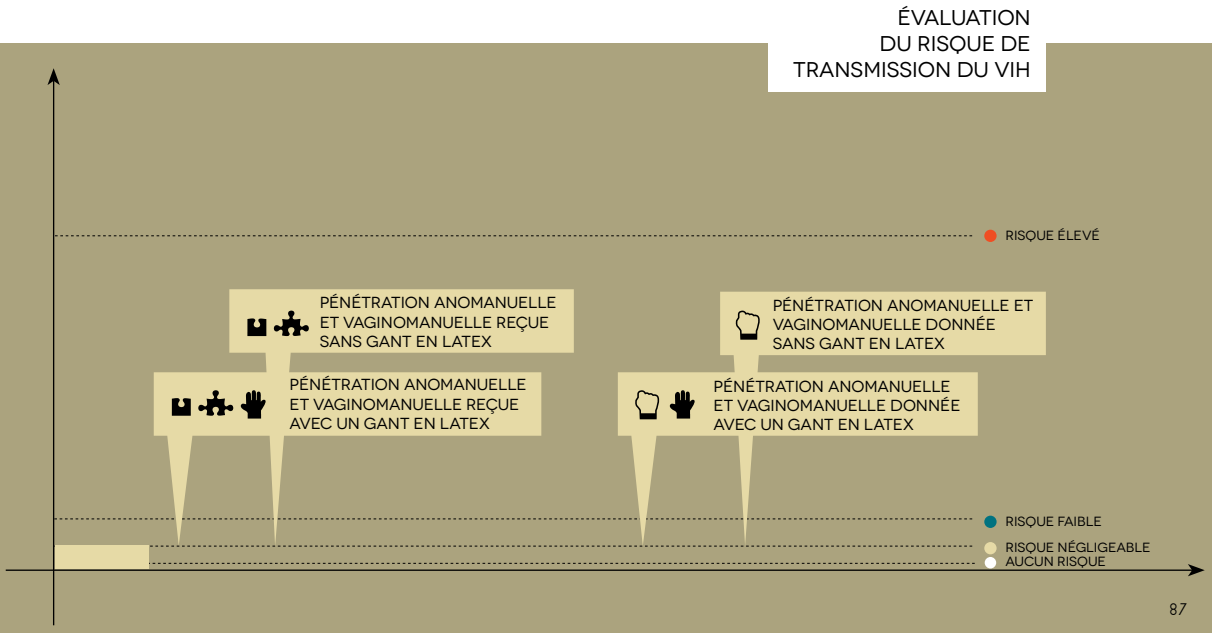
L'insertion de la main dans le rectum ou dans le vagin n'est pas, en soi, une voie de transmission du VIH. Toutefois, des études démontrent une étroite corrélation entre la pénétration manuelle reçue et l'infection à VIH. Ceci est attribuable à l'important traumatisme que peut subir le canal anal ou vaginal lors de cette activité. Même après un seul épisode, le traumatisme subi par les muqueuses peut mettre plusieurs semaines à guérir, et la personne demeure vulnérable pendant ce temps.



Par ailleurs, si une personne se masturbe et insère ensuite sa main dans l'anus ou le vagin d'un partenaire, il peut alors y avoir échange de sperme ou de sécrétions vaginales, ce qui augmente la possibilité de transmission. Pour cette raison, le risque est plus grand pour le partenaire qui est pénétré.

Le partenaire qui insère sa main, pour sa part, peut avoir une coupure ou une abrasion à la main (incluant des filets de peau soulevés autour d'un ongle), par laquelle de petites quantités de sang ou de sécrétions vaginales pourraient s'infiltrer. La main fait courir le risque de la transmission d'IST comme la syphilis, l'herpès, les chlamydiae, les virus des condylomes, l'hépatite C et la LGV.

Participer de la réduction des risques implique l'utilisation de gants et d'un lubrifiant compatibles, le non partage des gants et/ou du pot de crème, avoir les ongles coupés pour éviter la rupture du gant et arrêter aux premiers saignements et/ou en cas de douleurs.
Ce risque peut être réduit par le port d'un gant de latex et en utilisant beaucoup de lubrifiant.



PÉNÉTRATION AVEC LES DOIGTS

Doigter

La pénétration avec les doigts consiste dans l'introduction d'un ou plusieurs doigts dans le vagin de sa partenaire et/ou dans l'anus de son/sa partenaire.

PÉNÉTRATION AVEC LES DOIGTS

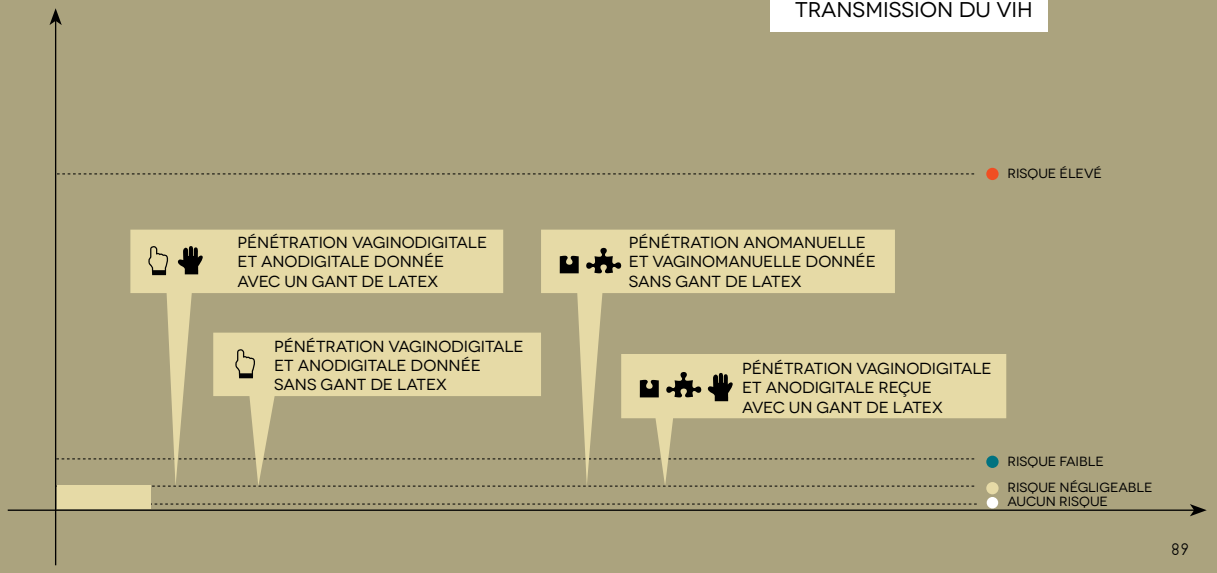
L'exposition au risque (IST principalement) se manifeste au contact de liquide vaginal et/ou d'une petite quantité de sang, sur un doigt marqué par la présence d'une coupure, d'une plaie ou d'une brulure.

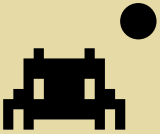
La stimulation digitale (du clitoris, des grandes lèvres ou de l'anus) ou l'insertion d'un doigt (dans le vagin ou le rectum) comporte un risque négligeable si le doigt ne présente pas de coupure ouverte, plaie, lésion, brûlure ou éruption suintante.
Il y a cependant une possibilité que le tissu rectal ou vaginal subisse un traumatisme : un ongle peut facilement déchirer ou égratigner ces membranes. Cela augmenterait le potentiel de transmission associée à des activités à risque plus élevé (comme la pénétration vaginale ou anale sans protection), qui pourraient avoir lieu après la stimulation/ pénétration digitale. Par ailleurs, si une personne se masturbe et insère ensuite un doigt dans l'anus ou le vagin d'un partenaire, il peut alors y avoir échange de sperme ou de sécrétions vaginales, ce qui augmente la possibilité de transmission.

Un ongle retourné ou une plaie sur un doigt peuvent également participer de l'exposition au risque ean présence de lésions sur la muqueuse vaginale ou anale. L'exposition au risque est plus forte en cas d'association à une pénétration vaginale ou anale sans protection et en période de règles.

Le recours à l'utilisation d'un gant en latex pour la personne active participe d'une démarche de réduction des risques associés à la pratique de la pénétration avec les doigts.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH





LES ACCESSOIRES SEXUELS

Sex toys (jouets sexuels), gadgets, dildos, godemichés

Les sex toys sont des objets utilisés pour faciliter ou stimuler son propre désir et/ou celui de son (sa) partenaire. Par extension, l'expression « sex toys » peut aussi s'appliquer aux herbes, et aux gels et lubrifiants vendus dans les sex shops en vue d'augmenter ou prolonger l'acte ou le plaisir sexuel.

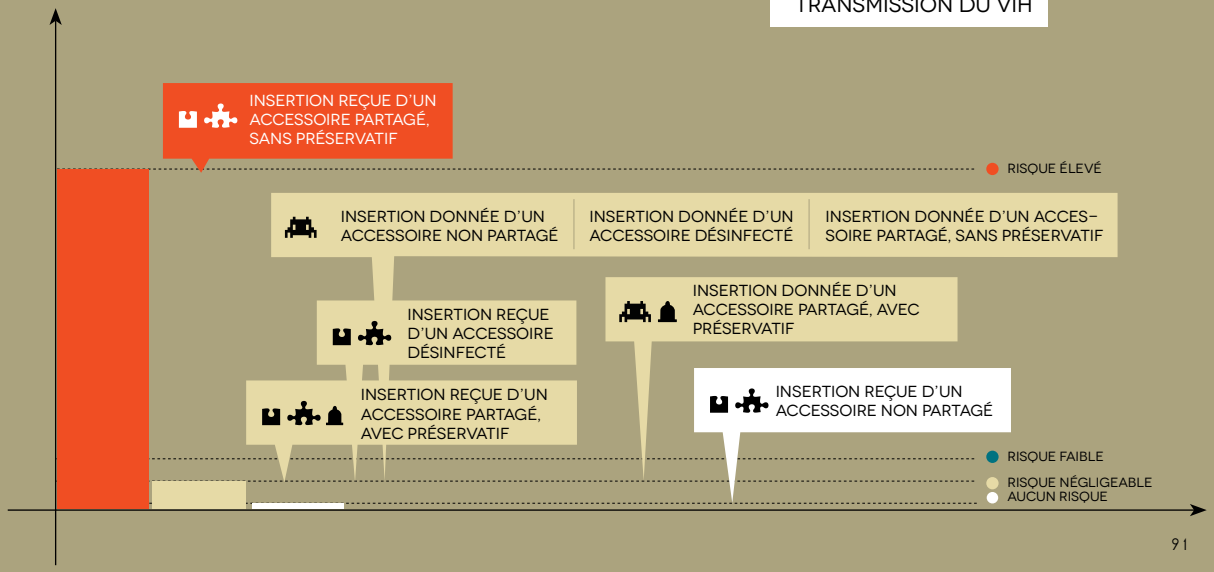
ACCESSOIRES SEXUELS

Les accessoires sexuels de pénétration (comme le godemiché *'dildo'*, le vibrateur, les boules chinoises, le fiche cul *'butt plug'*, les boules anales) et d'autres objets insérés, peuvent causer à la muqueuse du rectum ou du vagin un traumatisme d'importance variable, selon la taille de l'accessoire inséré et la façon dont il est utilisé. Même si l'objet est correctement désinfecté et n'est pas en soi une source de VIH, le traumatisme (et l'irritation) qu'il cause peut augmenter la possibilité de transmission lié à des activités subséquentes puisqu'il crée pour le VIH une porte d'entrée (coupures ou déchirements dans la muqueuse rectale ou vaginale) vers le sang et des cellules sensibles à l'infection à VIH.

L'échange de liquide organique en présence sur les sex toys participe également de l'exposition au risque à l'herpès, aux hépatites B et C, la syphilis, les chlamydiae, la blennorragie et LGV.

Réduire l'exposition au risque implique le strict respect de règles d'hygiènes relatives au nettoyage des accessoires. Le nettoyage au savon et le rinçage à l'eau sont recommandés. Par ailleurs, l'utilisation d'un préservatif et d'un lubrifiant à appliquer sur les objets en question sont vivement recommandés et ils doivent être remplacés lors d'échange d'accessoires entre différents partenaires.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

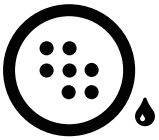


PRATIQUES SEXUELLES

SANS PÉNÉTRATION

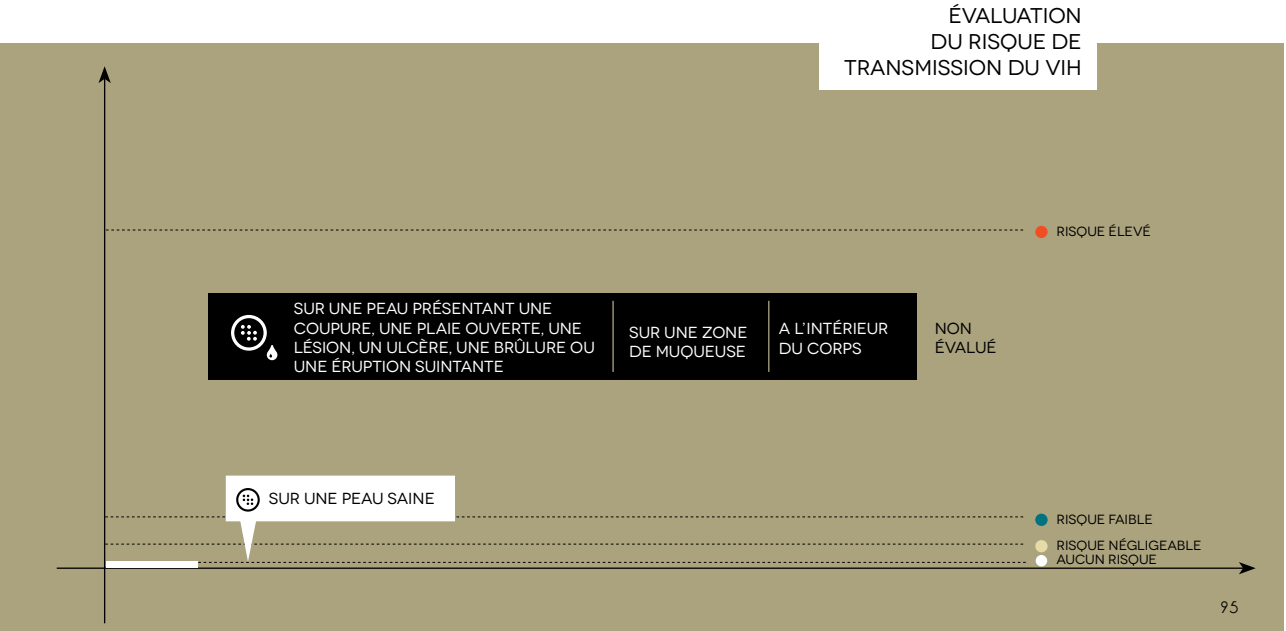
JEUX AVEC LE SANG

Pratique qui vise à ingérer, étaler ou jouer sur le corps de son partenaire avec du sang humain. Une pratique appelée *vampirisme* consiste à boire le sang de son partenaire.



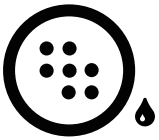
Cet ensemble de pratiques comporte un risque en cas d'application du sang sur des *zones portes d'entrée* aux IST et au VIH (anus, pénis, vagin, bouche).. Les échanges de sang entre partenaires présenteraient un risque important d'exposition.

La non application sur des zones de lésions ou de coupure, ainsi que sur les muqueuses sont à recommander, de même que la non ingestion du sang.



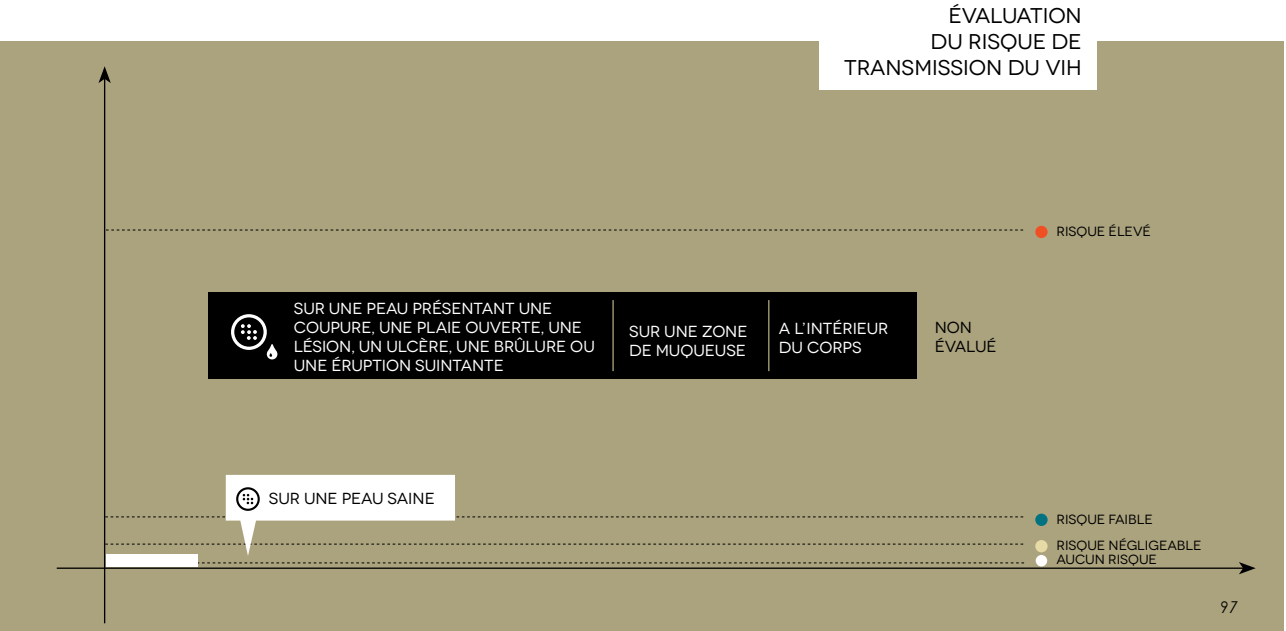
JEUX AVEC LES FLUIDE (SPERME, SÉCRÉTIONS VAGINALES)

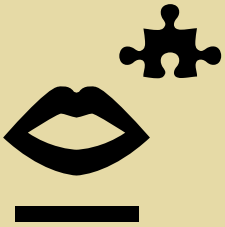
Pratique qui vise à ingérer, étaler ou jouer sur le corps de son/ses partenaires avec du liquide pré-éjaculatoire, du sperme et des sécrétions vaginales.



En cas d'application de fluides génitaux (sécrétion vaginale, sperme) sur des zones propices aux IST et au VIH ou porte d'entrée vers le sang, le risque pourrait être important. Les échanges de fluides entre partenaires présenteraient un risque important d'exposition.

La non application sur des zones de lésions ou de coupure, ainsi que sur les muqueuses sont à recommander, de même que la non ingestion des fluides.



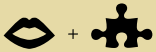


CUNNILINGUS

OU CUNNILINCTUS

Broute-minou, brouter la pelouse, brouter le gazon, bouffer ou brouter la chatte, manger et se faire manger, manger/lécher le clitoris, la vulve, le vagin, la plotte

Pratique sexuelle qui consiste à stimuler (lécher le clitoris, la vulve, ou la région voisine) de sa partenaire par un homme ou une femme.

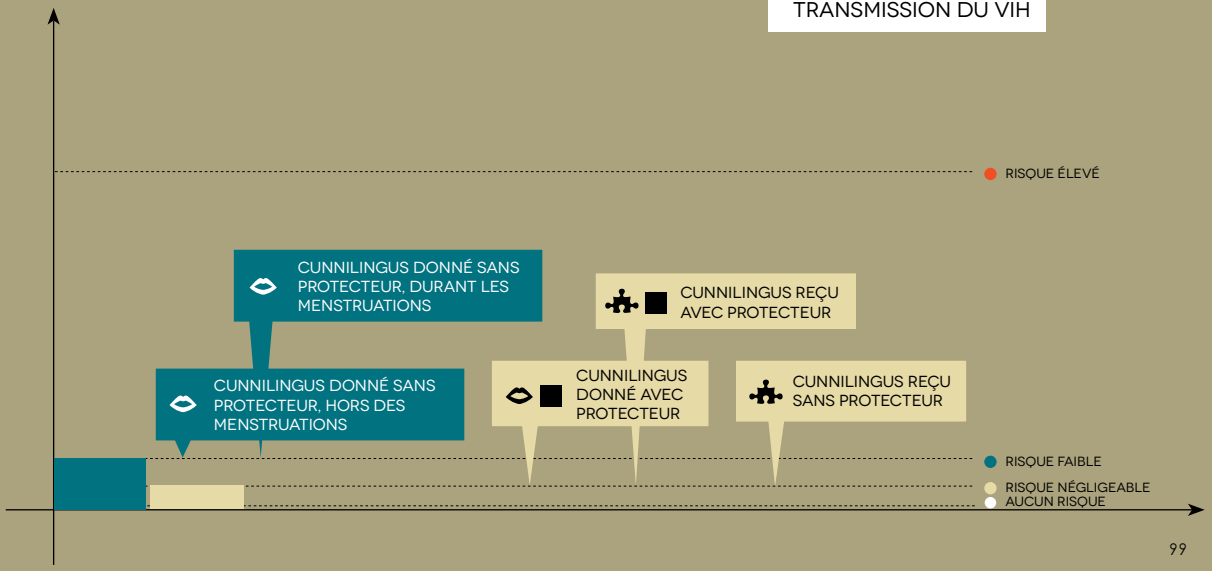


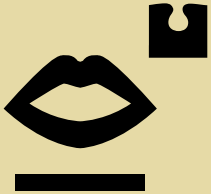
CUNNILINGUS

Le risque est plus élevé pour la personne qui donne le cunnilingus que pour celle qui le reçoit. La présence du risque se manifeste au contact ou à l'ingestion de sécrétions vaginales et/ou de sang. Par définition, le risque est plus élevé si la femme a ses règles !

La protection face au risque implique l'utilisation d'une digue dentaire ou d'un carré de latex placé sur le sexe. Il est recommandé de ne pas se laver les dents dans les 30 minutes précédant l'acte.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH





ANULINGUS

OU ANILINCTUS

Lécher/manger le (trou du) cul

L'anulingus consiste à exciter son (sa) partenaire sexuel (le) au niveau de l'anus ou de son pourtour, au moyen de sa langue. L'anus est une des zones érogènes du corps dont la stimulation peut dans certains cas amener à l'orgasme.

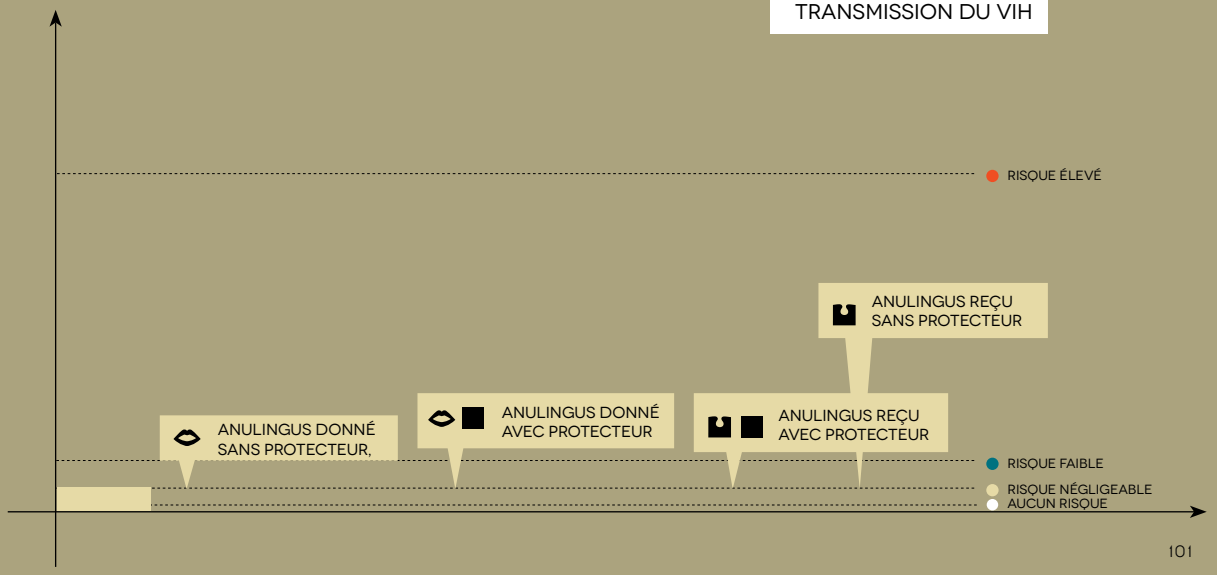
ANULINGUS

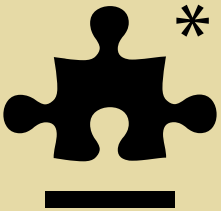
L'anulingus peut favoriser la transmission des maladies sexuellement transmissibles comme l'hépatite, l'herpès la syphilis, la blennorragie (gonorrhée), mais aussi des bactéries ou parasites intestinaux. La transmission du VIH est rare dans ces pratiques bucco-anales. Le risque est le même qu'en cas de cunnilingus. Il peut y avoir du virus VIH dans les sécrétions anales, même s'il n'y en a pas dans les matières fécales

L'éventuelle présence de lésions sur la muqueuse anale et/ou buccale et de saignements peut augmenter le risque de transmission du VIH. La muqueuse anale est plus exposée au risque que la muqueuse buccale. Par ailleurs, il est recommandé d'éviter cette pratique en cas d'irritation ou de saignement des gencives, et de l'anus, après une pénétration anale, même protégée.

Tout risque associé à l'anulingus peut être réduit par l'utilisation d'un protecteur tel qu'une digue dentaire ou un préservatif neuf coupé avec soin dans le sens de la longueur et placé entre la bouche et l'anus, comme barrière.

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

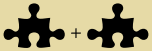




TRIBADISME

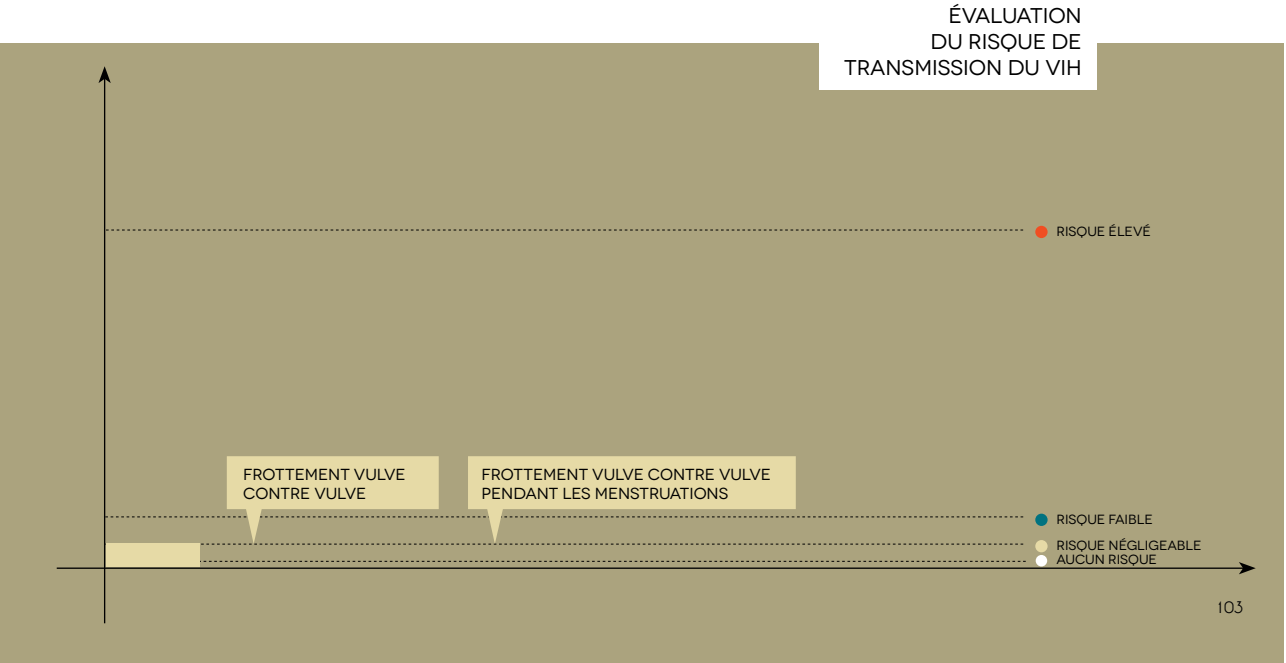
Frottement de chattes

Une relation sexuelle génitale entre deux femmes est appelée tribadisme. Cela consiste à se mettre en position de ciseaux afin de se frotter la vulve et le clitoris jusqu'à l'orgasme.



Le frottement d'une vulve contre une autre comporte un potentiel de transmission du VIH, bien que faible, puisqu'il est possible qu'un échange de sécrétions vaginales se produise, d'une partenaire à l'autre. Durant les menstruations, le risque est plus élevé en raison de l'échange possible de sang.

La protection face au risque implique l'utilisation d'un carré de latex placé sur le sexe.



MASTURBATION

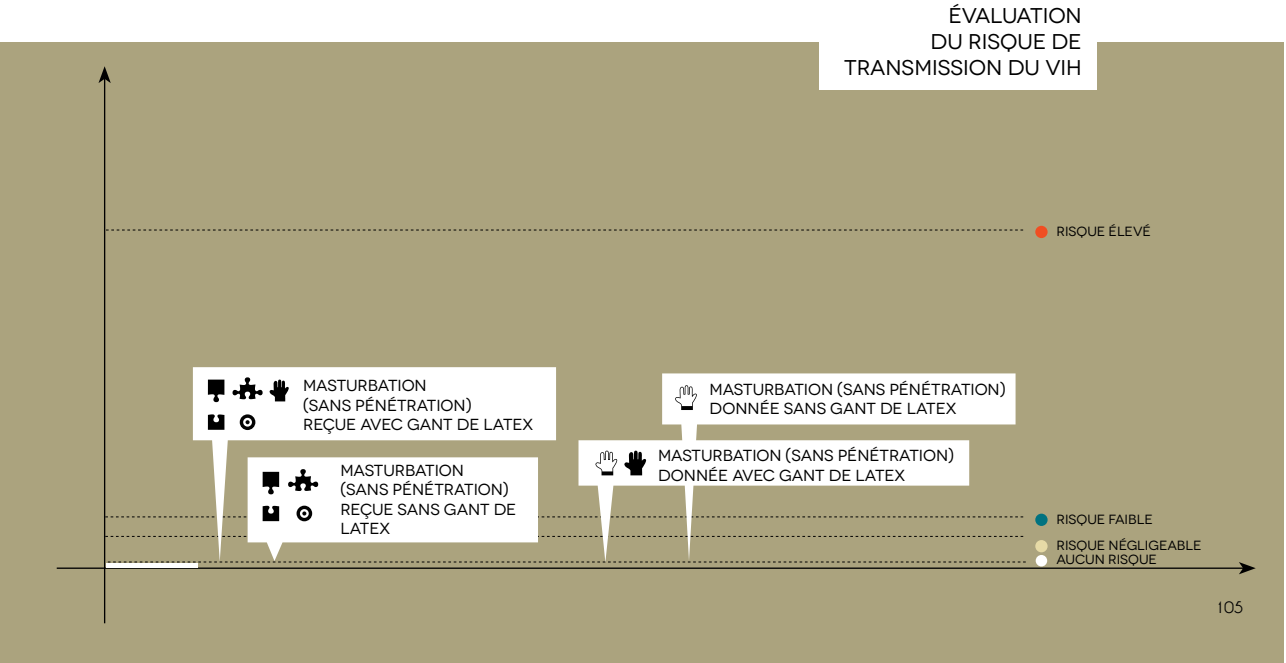
Se branler

La masturbation se définit par la stimulation manuelle de ses propres zones érogènes principales et secondaires pour avoir un plaisir sexuel ou pour atteindre l'orgasme. La masturbation mutuelle vise à ce que chaque partenaire stimule l'autre dans le but de le/la satisfaire.

MASTURBATION

Le risque est négligeable pour le partenaire actif, sauf en présence de coupure ou d'éruption sur un doigt en contact avec un liquide pré-éjaculatoire, du sperme, des sécrétions vaginales et du sang. L'utilisation du sperme par l'homme ou des sécrétions vaginales par la femme en qualité de lubrifiant pour masturber son partenaire expose davantage au risque.

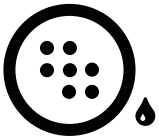
Solution préconisée, utiliser des gants en latex pour réduire, voire annuler, l'exposition au risque. Il est également conseillé de réduire au minimum le contact entre le sperme et les sécrétions vaginales sur le pénis, dans le vagin ou la muqueuse de l'urètre portant des marques de lésion, de plaies, d'ulcères, de brulures ou d'éruptions suintantes.



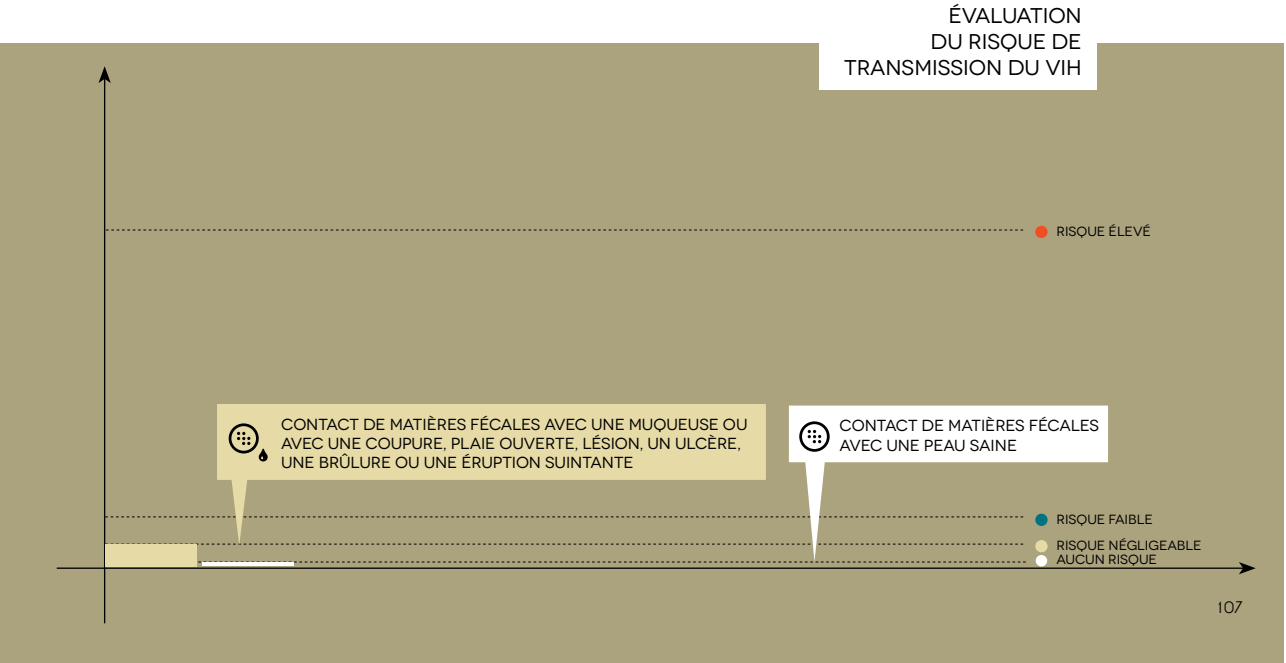
SCATOPHILIE

Scato

La scatophilie repose sur l'utilisation
d'excréments comme mode d'excitation.



Même si le VIH n'a encore jamais été isolé dans les matières fécales, ces dernières contiennent parfois du sang. Par conséquent, la défécation reçue comporte une possibilité faible de transmission du VIH lorsque les excréments entrent en contact avec des muqueuses ou avec une coupure ouverte, plaie, lésion, brûlure ou éruption suintante sur la peau. La défécation sur une peau en bon état ne présente pas de risque.

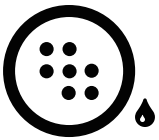


UROPHILIE

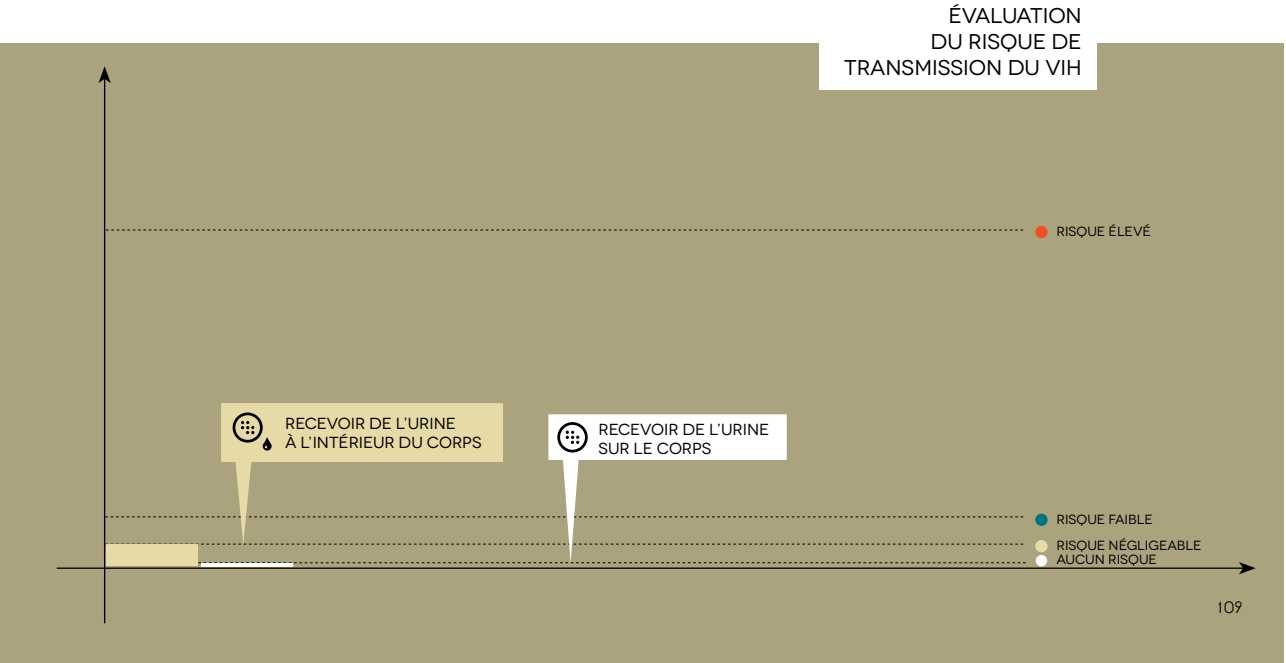
Uro, golden shower

Un *plan uro* consiste à uriner sur son partenaire, dans la bouche ou sur l'ensemble de la peau du corps. Pratiqué largement en groupe, elle vise à susciter tant l'excitation de la personne active que de la personne passive.

UROPHILIE



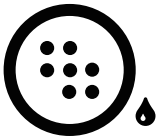
Recevoir de l'urine sur la peau, lorsqu'elle est en bon état, ne comporte aucun risque de transmission du VIH.
Avaler de l'urine ou laisser l'urine d'une autre personne pénétrer dans le corps comporte un potentiel faible de transmission du VIH. Cependant, l'ingestion d'urine peut donner lieu à l'infection par d'autres organismes (en particulier les hépatites A et B ainsi que d'autres maladies), qui présentent des risques particuliers pour les personnes vivant avec le VIH.
Si de l'urine contenant du sang entre en contact avec une coupure, une plaie, une lésion, une brûlure ou une région où la gencive saigne, le degré de risque pour le partenaire récepteur serait classé comme négligeable, plutôt que nul.



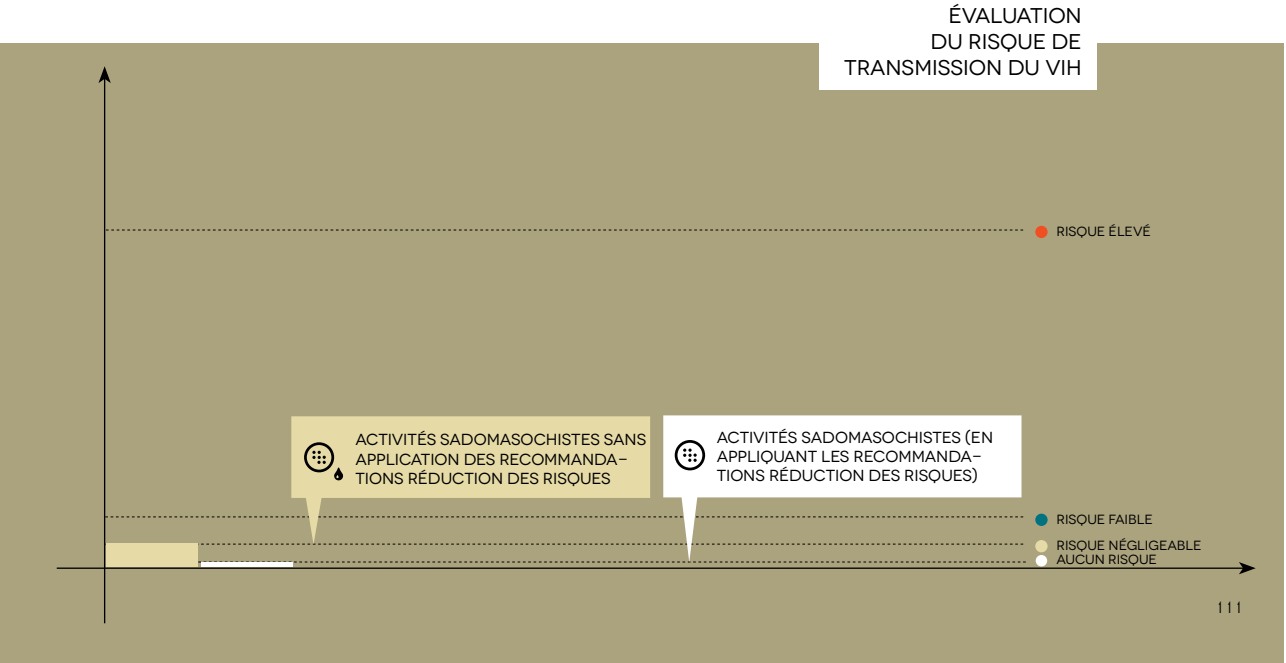
BDSM

BONDAGE , DISCIPLINE, DOMINATION, SOUMISSION , SADOMASOCHISME

Le sigle BDSM pour *Bondage, Discipline, Domination, Soumission, Sadomasochisme* désigne une forme d'échange contractuel utilisant la douleur, la contrainte, l'humiliation ou la mise en scène de divers fantasmes dans un but érogène. Le BDSM fait l'objet de pratiques très variées, à susciter tant l'excitation de la personne active que de la personne passive.



Plusieurs activités sadomasochistes ne comportent aucun risque de transmission du VIH, comme l'utilisation d'un fouet, de chaînes, de pincettes, de poids, d'un bâillon '*gag*', d'attaches et d'autres accessoires qui ne sont pas insérés dans le corps.
Les principes généraux de la transmission du VIH sont les mêmes que pour les autres activités sexuelles : l'infection peut se produire lorsque du sperme infecté, des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel contenant le VIH entrent en contact avec un milieu réceptif, comme la muqueuse du rectum, du pénis, du vagin ou du col utérin, ou une porte d'entrée menant au système sanguin, c'est à dire une coupure ouverte, plaie, lésion, brûlure ou éruption suintante.
Certaines activités sadomasochistes peuvent entraîner un saignement accidentel ou intentionnel (par exemple, avec un fouet, des pinces à mamelons, des attaches, une fessée forte, le tatouage et le perçage de la peau). Lorsqu'une activité comporte une possibilité de faire saigner le partenaire, des précautions semblables à celles utilisées en milieu hospitalier devraient être appliquées. Aucun objet qui cause un saignement ne devrait être utilisé sur plus d'une personne sans être désinfecté entre les usages.

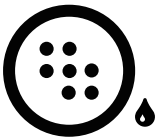


EMBRASSER

Rouler une pelle, rouler un patin, emballer

Un acte dans lequel la langue d'un des deux partenaires touche les lèvres, la langue, ou entre dans la bouche de l'autre.

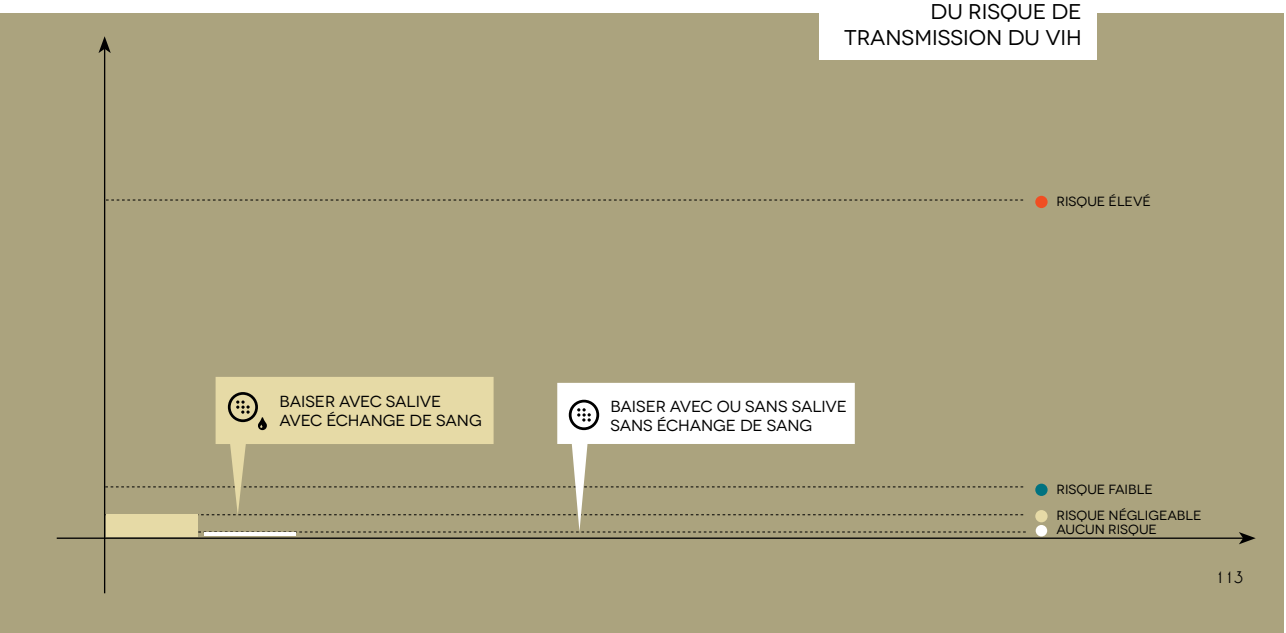
EMBRASSER

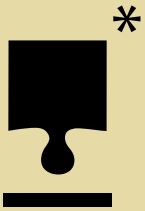


Les baisers, qu'ils soient profonds ou langoureux, ne comportent aucun risque, sauf à détecter la présence de sang dans la bouche de l'un des deux partenaires à la suite d'un brossage de dents, l'usage de fil dentaire ou de plaies de diverses natures. Si du sang est échangé d'une bouche à l'autre et que la bouche de la personne qui reçoit ce sang présente des ulcères ou des lésions, ou s'il y a récession gingivale, le risque de transmission est plus élevé.

Par conséquent, on ne peut pas considérer que le baiser soit sans aucun risque si du sang est présent dans la bouche. Il est recommandé d'attendre environ 30 minutes entre un brossage de dents (ou l'usage de soie dentaire) et une activité sexuelle.

En revanches certaines IST comme l'herpès ou la syphilis peuvent se transmettre par la bouche. Il n'existe aucun moyen de prévenir ce risque, il convient donc de rappeler la nécessité d'effectuer un dépistage des autres IST régulièrement, en fonction de son activité sexuelle.



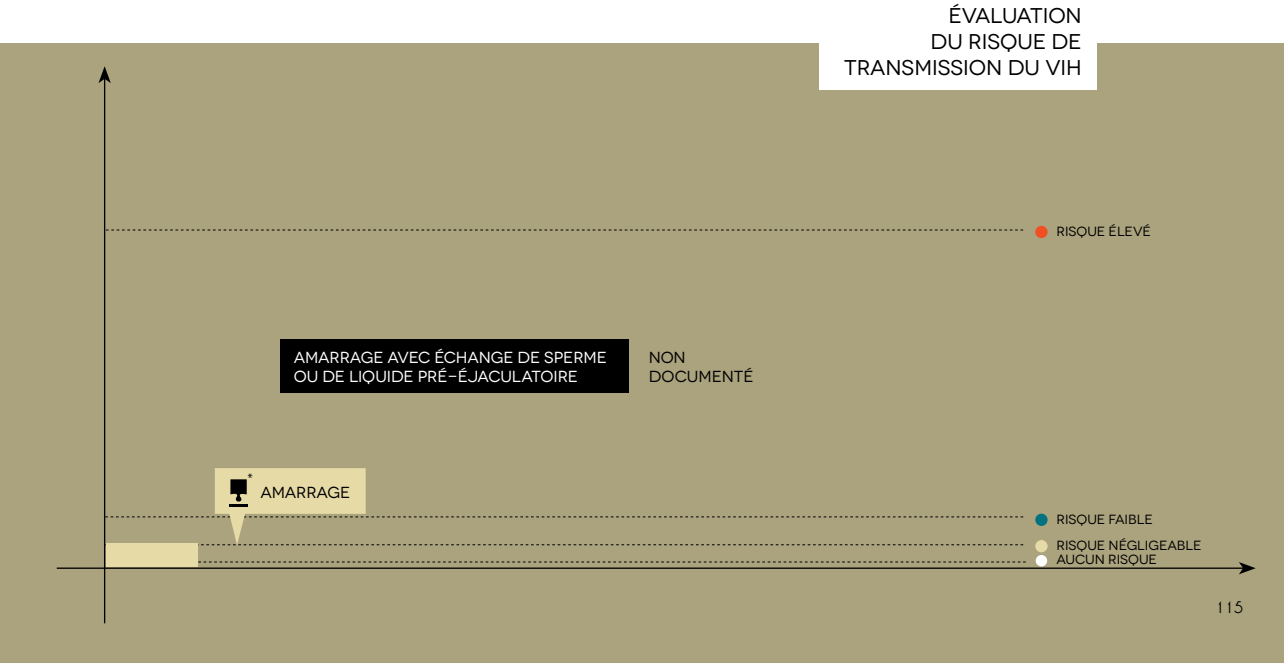


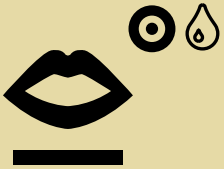
AMARRAGE OU DOCKING

L'amarrage consiste à étendre le prépuce du pénis par-dessus le gland du pénis d'un partenaire, pour ensuite masturber les deux simultanément.

AMARRAGE

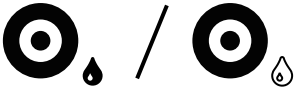
Cette activité comporte une possibilité de transmission par la pénétration du sperme de l'un dans l'urètre de l'autre, particulièrement si le prépuce enrobe les deux glands de façon assez serrée pour que le sperme reste captif. Il est également possible que, sous le prépuce d'un partenaire non circoncis, il reste du liquide pré éjaculatoire ou du sperme et que cela entraîne un risque d'infection par la muqueuse. Le risque de transmission est plus élevé pour les hommes non circoncis que pour ceux qui le sont.





BOIRE AU SEIN OU TÉTER

Boire au sein consiste à prendre du lait maternel dans la bouche lors d'une relation sexuelle.



Cela comporte un potentiel de transmission du VIH, car on a isolé dans le lait maternel des concentrations de VIH suffisantes pour donner lieu à une transmission. Ce potentiel est plus grand si la personne qui ingère le lait a des saignements de gencives ou une coupure, une plaie, un ulcère, une lésion ou une brûlure dans la bouche. De plus, une femme qui allaite un nourrisson peut avoir des fissures aux mamelons qui peuvent saigner, ce qui peut occasionner un passage du VIH à la personne qui prend du lait maternel dans sa bouche.

ÉVALUATION
DU RISQUE DE
TRANSMISSION DU VIH

NON-DOCUMENTÉ

FOCUS SUR LES IST AUTRES QUE VIH ET HEPATITES[48]

Les Infections Sexuellement Transmissibles se transmettent très facilement. Il n'y a pas toujours de signes visibles. Pour savoir si l'on est ou non atteint d'une IST, il est important de se faire dépister.
La plupart d'entre elles se soignent facilement mais, non traitées, elles peuvent entraîner de graves complications.
Les IST fragilisent les muqueuses et augmentent considérablement le risque de contamination par le virus du sida.
Inversement, si on est atteint par le virus du sida, les IST peuvent être plus graves et compliquer le traitement.

Cette partie contient des informations sur les infections les plus répandues chez les HSH en France en 2014 : la blennorragie gonococcique, le Papilloma Virus Humain, La syphilis, l'herpès génital, l'infection à Chlamydia, la LGV.

48. Les informations contenues dans ce chapitre sont issues des sites internet http://www.sida-info-service.org (SIS Association) et http://www.info-ist.fr/ (Inpes), ainsi que de la brochure *Le Livre des Infections Sexuellement Transmissibles* (Inpes).

LA BLENNORRAGIE GONOCOCCIQUE

Chaude-pisse

En recrudescence dans l'ensemble des pays européens.
La proportion de souches résistantes aux antibiotiques
est de plus en plus élevée.

LA BLENNORRAGIE GONOCOCCIQUE OU « CHAUDE-PISSE »

TRANSMISSION

Sexuelle, au cours de pénétrations vaginales, anales ou buccales.
Un contact sexuel sans pénétration peut suffire à une contamination. La bactérie peut donc siéger au niveau des muqueuses sexuelles, ano-rectale, buccale.

SYMPTÔMES ÉVENTUELS

- brûlures et/ou écoulement jaune par la verge
- angine
- le vagin ou l'anus
- fièvre
- douleur au bas-ventre

Le délai d'incubation est de 3 à 5 jours, parfois moins, mais peut être allongé en cas de prise concomitante d'antibiotiques.
Ces signes sont surtout présents chez les hommes. Chez les femmes bien souvent il n'y a pas de symptômes.
Si l'infection n'est pas soignée il existe des risques de stérilité, surtout chez la femme.

DÉPISTAGE

Par prélèvement local si symptômes ; en l'absence de symptômes TAAN (test d'amplification des acides nucléiques).
Possibilité de test combiné gonocoque/chlamydiae.

SYMPTÔMES ÉVENTUELS

L'utilisation massive de l'antibiothérapie dans la vie quotidienne a conduit à l'apparition de résistances importantes. Aujourd'hui, le traitement de la gonococcie repose sur des traitements « minute » :

INJECTION DE ROCEPHINE® (CEFTRIAXONE)
500 MG, EN INTRAMUSCULAIRE OU S/S CUTANÉE
OU 2 CP À 200 MG EN 1 PRISE

TOUJOURS ASSOCIER UN TRAITEMENT
DE L'INFECTION PAR LES CHLAMYDIAE.

La personne est considérée comme guérie (et donc non contaminante) à la fin du traitement.

HPV

Papilloma Virus Humain, condylomes, crêtes de coq

Sous le nom de Human Papilloma Virus (HPV) se cachent en fait plusieurs virus que l'on divise en 2 familles.

Famille I
Donne des verrues
- ce sont les "condylomes acuminés"

Famille II
Ne donne pas de signes visibles à l'œil nu
- ce sont les "condylomes plans".

TRANSMISSION

Ces virus se transmettent lors des rapports sexuels, par contact avec les condylomes.

SYMPTÔMES ÉVENTUELS

Ces virus peuvent rester très longtemps silencieux, donc l'apparition des symptômes ne veut pas forcément dire que la contamination est récente.

FAMILLE I donne des verrues.
FAMILLE II pas de symptômes particuliers, mais certains de ces virus peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus, et plus rarement de l'anus ou de la gorge s'ils ne sont pas dépistés et traités.

DÉPISTAGE

FAMILLE I les verrues se voient.
FAMILLE II le dépistage se fait lors du frottis du col de l'utérus pour les femmes.

TRAITEMENT ET SUIVI

Le traitement n'éradique pas le virus, mais s'attaque simplement aux lésions.

LES VERRUES traitement local ou chirurgical.
LES CONDYLOMES PLANS traitement chirurgical.

Dans les deux cas, le suivi est important puisque l'on reste porteur du virus. Ce qui veut dire qu'il peut y avoir quelquefois des récidives. Dans ce cas, on traitera à nouveau. Il est important de noter que ce n'est pas parce qu'on reste porteur du virus qu'on va forcément le transmettre : s'il n'y a pas de lésions, il n'y a pas de transmission.

PRÉVENTION

Le préservatif ne protège pas totalement du HPV, mais diminue néanmoins les risques de transmission. De plus, il existe un vaccin qui protège contre certains de ces virus.

VACCIN

GARDASIL® POUR LES HPV 6, 11, 16 ET 18.
CERVARIX® POUR LES HPV 16 ET 18

REMBOURSÉ À 65% POUR LES JEUNES FILLES

- DE 11 À 14 ANS
- DE 15 À 23 ANS N'AYANT PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS **OU** AU PLUS TARD DANS L'ANNÉE SUIVANT LE DÉBUT DE LEUR VIE SEXUELLE.

SYPHILIS

Maladie vénérienne très ancienne, elle est due à une bactérie (tréponème pâle) trouvée en quantité dans les lésions primaires et secondaires.

SYPHILIS

TRANSMISSION

- Pénétration vaginale,
- Pénétration anale
- Rapports bouche-sexe
- Éventuellement bouche-bouche

Le **risque de transmission est élevé** (de l'ordre de 30% sur un seul rapport) mais le tréponème ne peut pas survivre à l'air libre et ceci explique qu'il soit transmis **par contact direct** uniquement.

SIGNES POSSIBLES

PHASE PRIMAIRE Le chancre syphilitique apparaît 20 jours en moyenne (10 à 100 jours) après le contact.
Aspect

- ulcération (donc un trou) superficielle et bien limitée
- d'un diamètre de 5 à 15 mm (donc pas très grand)
- à base indurée (durcie)
- indolore (c'est pourquoi il passe souvent inaperçu)

PHASE SECONDAIRE Environ 6 à 16 semaines après la contamination, elle dure en moyenne 1 à 2 ans et se manifeste sous la forme d'éruptions sur la peau et les muqueuses appelées « floraisons » qui durent quelques jours à quelques semaines.

PHASE TERTIAIRE Devenue vraiment rarissime, elle survient vers la 3ème année (2 à 10 ans ou plus). Elle peut occasionner des troubles neurologiques, cardio-vasculaires et psychiatriques.

DÉPISTAGE / DIAGNOSTIC

Un examen clinique est pratiqué à la recherche d'un chancre, en cas de prise de risque récente (moins d'un mois), ou de lésions sur la peau ou les muqueuses.
Le diagnostic de certitude repose sur la visualisation du tréponème à l'examen au microscope à fond noir (examen direct).
En l'absence de signes cliniques le diagnostic repose sur la sérologie (prise de sang).

TRAITEMENT

UNE INJECTION DE BENZATHINE PÉNICILLINE G INTRAMUSCULAIRE À LIBÉRATION PROLONGÉE SUFFIT À TRAITER UNE SYPHILIS PRIMAIRE OU SECONDAIRE. ON CONSIDÈRE QUE LES TRÉPONÈMES SONT TUÉS EN 3 À 4 HEURES.

HERPÈS GÉNITAL

(HSV-2)

L'herpès génital se contracte en général au début de la vie sexuelle. Il n'y a pas donc lieu de faire suivre tout contact avec un porteur d'herpès d'une batterie de tests.

TRANSMISSION

La transmission de HSV-2 se fait dès lors qu'il y a excrétion de virus au niveau de la filière génitale.

Ceci se produit lors des rapports sexuels :
- soit quand il y a des lésions d'herpès
- soit quand il y a présence de virus dans les secrétions génitales au cours d'une poussée asymptomatique.

La pénétration n'est pas obligatoire pour qu'il y ait contamination. Le contact des muqueuses avec des lésions herpétiques (le plus souvent extériorisées) suffit à la transmission et les doigts peuvent tout à fait servir de moyen de transport du virus vers d'autres sites (anus, œil…).

A partir d'un contact, le délai d'incubation est très variable, de 1 jour à 1 mois, 8 jours en moyenne.

SYMPTÔMES ÉVENTUELS

L'herpès génital évolue en 2 phases :

LA PRIMO-INFECTION. Elle suit le 1er contact avec le virus.
- Elle est asymptomatique dans la majorité des cas, ce qui n'empêche pas la contamination d'un partenaire.
- Lorsqu'elle est symptomatique, elle donne une éruption vésiculaire douloureuse (boutons clairs remplis de liquide, reposant sur une zone enflammée), qui débute au niveau des grandes lèvres chez la femme, et sur le gland (balanite) chez l'homme.
- Cette éruption s'accompagne de signes généraux (fièvre, malaise général, etc.).
- La guérison des lésions est habituelle, mais le virus reste présent
- Le virus reste latent au niveau des ganglions nerveux et peut se réacti ver, à la faveur le plus souvent d'un événement intercurrent (infection concomitante, stress, immunodépression, etc.).

LES RÉSURGENCES (OU RÉCURRENCES). Elles résultent de cette réactivation. C'est le « bouton de fièvre » ou les éruptions génitales selon la localisation initiale et sur le territoire de la primo-infection.
- Elles se produisent avec un rythme variable,
- Elles sont favorisées par l'immunodépression,
- Elles peuvent être asymptomatiques.

Dans tous les cas, l'éruption herpétique est :

- douloureuse (sensation de brûlure intense),
- souvent prurigineuse (ça gratte), ces signes fonctionnels étant particulièrement stimulés au contact avec les lésions.

Lors des résurgences, les démangeaisons, brûlures et autres picotements précèdent l'éruption de 1 à 2 jours.

DIAGNOSTIC

Par un examen médical, prise de sang ou prélèvement local.

TRAITEMENT

Deux molécules sont indiquées dans le traitement de l'herpès génital (primo-infection ou résurgence) :
L'ACICLOVIR (ZOVIRAX®) CP À 200MG, CRÈME À 5 %.
LE VALACICLOVIR (ZELITREX®) CP À 500 MG

CHLAMIDIAE

Chlamidiose , Chlamydiae

L'infection à Chlamydia Trachomatis est extrêmement répandue. Cependant elle est relativement peu diagnostiquée, en raison de manifestations cliniques peu fréquentes et souvent peu parlantes, surtout chez la femme (symptomatique chez seulement 6 % des femmes et 11 % des hommes). Le diagnostic est souvent tardif et survient au-delà du délai d'incubation.

CHLAMIDIAE

TRANSMISSION

- Pénétration vaginale ou anale, pour les deux partenaires
- Pas de transmission orale proprement dite, mais la bouche peut servir de relais en cas de pratiques collectives
- Transmission mère-enfant lors de l'accouchement (occasionnant des conjonctivites et des pneumopathies tardives)

SYMPTÔMES ÉVENTUELS

CHEZ L'HOMME

- une urétrite, dont les symptômes sont :
- un écoulement surtout matinal, pas très limpide
- ± brûlures urinaires (13 à 50 % des urétrites en seraient l'origine)
- une épididymite (inflammation du canal spermatique situé dans la partie haute du testicule)

CHEZ LA FEMME

- des pertes
- des douleurs du bas ventre (pelviennes)
- ou des douleurs urinaires, avec un col utérin irrité saignant au contact

La complication majeure chez la femme est la salpingite (inflammation d'une ou des 2 trompes utérines) dont les symptômes sont essentiellement :

- des douleurs du bas ventre (douleurs pelviennes) qui peuvent être aiguës ou chroniques, permanentes ou intermittentes ou se limiter à une sensation désagréable ou de lourdeur localisée dans le bas ventre. Les douleurs sont généralement exacerbées par les rapports sexuels
- une fièvre discrète
- des pertes vaginales sales ou malodorantes

<u>Complications possibles</u>
Stérilité (homme, femme), grossesses extra-utérines.

DÉPISTAGE

- prélèvement local, à l'entrée du vagin chez la femme ou sur le col si pose d'un spéculum
- prélèvement à l'entrée de l'urètre chez l'homme
- ou en recueil du premier jet des urines pour l'homme

Le diagnostic de référence aujourd'hui repose sur
la biologie moléculaire par TAAN (test d'amplification des acides nucléiques) ;

La sérologie est inutile en dépistage.

TRAITEMENT

ANTIBIOTHÉRAPIE.
LA PERSONNE N'EST PLUS CONTAMINANTE
UNE SEMAINE APRÈS LA FIN DU TRAITEMENT.

TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE DES PARTENAIRES DES DEUX DERNIERS MOIS.

LGV

Lymphogranulomatose vénérienne

La LGV ou maladie de Nicolas-Favre est due à une bactérie de la famille des Chlamydiae. Maladie tropicale, endémique dans certaines régions d'Afrique, en Amérique centrale et du Sud, et dans les Caraïbes, l'infection à Lymphogranuloma venerum a fait son apparition en Europe en 2003 et se rencontre principalement chez HSH.

TRANSMISSION

- Elle peut se faire lors des rapports sexuels de pénétration non protégée vaginale ou anale
- L'éjaculation n'a aucune influence dans la transmission
- La pratique du «fist-fucking» (pénétration de l'anus avec le poing) semble être un mode de transmission fréquent de la LGV

SYMPTÔMES

Le délai d'incubation varie de 2 à 60 jours, en moyenne 20-25 jours.
La LGV évolue classiquement en 3 phases :

PHASE PRIMAIRE
A l'issue de l'incubation, apparaît une lésion de type papule (bouton surélevé) ou vésicule (comme une lésion élémentaire d'herpès, donc avec du liquide dedans), qui va secondairement s'ulcérer (donc faire un trou).
Cette lésion est indolore et transitoire. Elle passe presque toujours inaperçue. Sa localisation est souvent profonde (col de l'utérus, urètre, rectum). Elle peut être confondue avec la syphilis (ulcérations plus grosses).

PHASE SECONDAIRE
Elle est précoce et apparaît 1 à 2 semaines après l'apparition de la 1ère lésion.
Elle comporte des adénopathies - gros ganglions douloureux - habituellement multiples (différence avec la syphilis, où il y a souvent un seul ganglion). Ces ganglions évoluent vers la fistulisation à la peau (perforations par lesquels va s'écouler le pus vers l'extérieur). **Particularité : un ganglion va généralement produire plusieurs fistules, d'où l'aspect classique en « pomme d'arrosoir ».**

La phase secondaire de la LGV peut également provoquer une anorectite aigüe (inflammation du rectum et de l'anus) caractérisée par :
- des douleurs rectales
- un ténesme (contracture douloureuse du rectum avec sensation de brûlure, envie constante d'aller à la selle)
- des «faux besoins»
- et un écoulement purulent plus ou moins hémorragique

PHASE TERTIAIRE
En l'absence de traitement, l'infection peut devenir chronique avec apparition d'un rétrécissement du rectum et de fistules périnéales. L'aspect peut prendre, à cette phase, la forme de tumeurs trompeuses pouvant faire croire à un cancer.
Dans certains cas il n'y a pas de symptômes particuliers.

COMPLICATIONS

Elles sont devenues rares, car les patients sont plus sensibilisés aux IST et que les traitements antibiotiques sont efficaces.
Autres IST : devant une suspicion de LGV il faut proposer un dépistage des autres IST : VIH, syphilis, hépatite B, gonococcie.

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

La LGV n'a pas de symptomatologie spécifique. Les phases primaires et secondaires peuvent évoquer d'autres maladies.
Pour le diagnostic de la LGV la recherche de Chlamydia trachomatis par PCR est primordiale.
Les prélèvements se font :

- par écouvillonnage (en frottant la lésion ou le pus à l'aide d'une sorte de « coton tige »), des lésions péri-anales (chancre),
- sous anuscopie ou sous rectoscopie lorsqu'il existe une anorectite (inflammation de l'anus et du rectum),
- ou par ponction (ganglion).

TRAITEMENT

Il faut traiter sans attendre les résultats. Le traitement est plus long que pour les chlamydioses, il n'y a pas de traitement « minute ».

ANTIBIOTHÉRAPIE PENDANT 3 À 4 SEMAINES.
PARFOIS CHIRURGIE DES COMPLICATIONS LOCALES.

DOIVENT ÉGALEMENT ÊTRE DÉPISTÉS ET TRAITÉS LES PARTENAIRES AYANT EU DES CONTACTS DANS LES 60 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LE DÉBUT DES MANIFESTATIONS CLINIQUES, MÊME EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES.

Les patients doivent normalement être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat de test négatif de contrôle par PCR environ 3 à 4 semaines après la fin du traitement et leur rétablissement clinique.

Tant que la maladie est active, le malade est contaminant. La personne n'est plus contaminante lorsque le résultat du test de contrôle devient négatif environ 3 à 4 semaines après la fin du traitement et quand il n'a plus de symptômes.

OÙ CONSULTER POUR UNE IST

Il existe plusieurs possibilités :

- aller voir son médecin traitant : il pourra soigner une maladie en cours, proposer un dépistage adapté, ou orienter vers un spécialiste si nécessaire
- les femmes qui sont suivies par un gynécologue peuvent l'interroger sur les IST
- les dermatologues sont également les spécialistes des IST
- dans chaque département, il existe des centres de diagnostic et de traitement des IST, dans lesquels les consultations sont gratuites (ainsi que les traitements notamment pour les personnes qui n'ont pas de couverture sociale) :

  - les **CDAG** (Consultations de dépistage anonyme et gratuit)
  - les **CIDDIST** (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST)
  - les **CPEF** (Centres de planification et d'éducation familiale)

Pour localiser le centre de dépistage le plus proche :
http://www.sida-info-service.org ou 0800 840 800 (anonyme, confidentiel et gratuit)

Pour en savoir plus, consulter le document VIH/IST, dépistage - Informations et ressources pour les professionnels de santé
(http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf)

LES HÉPATITES[49]

ABCDE

Une hépatite est une inflammation du foie causée par une infection virale ou par une intoxication (médicaments, alcool, produits chimiques).

Dans le cas d'une infection virale, ce sont les défenses immunitaires qui, en luttant contre le virus, vont produire cette inflammation. Selon le virus hépatique, elle peut durer de nombreuses années (des décennies) et entraîner des complications sévères.

Les différents virus des hépatites sont identifiés par une lettre de l'alphabet : A, B, C, D et E[50] (VHA, VHB, VHC, VHD, VHE). Ils sont différents par leurs modes de transmission, les évolutions de la maladie et leur traitement.

49. Ce chapitre s'appuie sur les sources suivantes : Guide sur les hépatites, SOS Hépatites Editions 2012 ; Le site santé du Ministère de la Santé et des Affaires sociales (http://www.sante.gouv.fr/les-hepatites-virales.html) ; (Portail VIH/Sida du Québec (http://pvsq.org/publications/fiches) ; Portail santé mieux-être Québec (http://www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/hepatites-a-b-et-c/).
50. Les hépatites D et E ne seront pas traitées dans ce chapitre. Le VHD ne se réplique qu'en présence du virus de l'hépatite B, dont il emprunte l'enveloppe. C'est pourquoi l'hépatite D ne peut survenir que chez un patient infecté en même temps par le virus de l'hépatite B ou déjà porteur de ce virus. Le VHE se comporte comme le virus de l'hépatite A et provoque le même type d'affection. Le mode de transmission est féco-oral et l'évolution clinique est aiguë. L'infection n'est jamais chronique.

LES SYMPTÔMES

Souvent, les personnes infectées par l'hépatite A, B ou C ne présentent pas de symptômes. Quand il y a des symptômes, ils apparaissent quelques semaines[51], voire quelques mois après la transmission en fonction de la durée d'incubation de la maladie, variable selon le type d'hépatite :

- fatigue
- fièvre
- douleurs au ventre
- perte d'appétit
- diarrhée
- peau et blanc des yeux jaunes (jaunisse)
- selles pâles et urines foncées
- nausées, vomissements

Sans symptômes, il est possible d'être porteur très longtemps d'une hépatite et de contaminer son entourage familial ou des partenaires sexuels. De plus, l'infection peut devenir chronique et créer des dommages internes tout en passant inaperçue.

TRANSMISSION

Une personne infectée peut transmettre les hépatites A, B ou C même si elle n'a pas de symptômes.

HÉPATITE A

Par voie orale :

- par consommation d'eau ou d'aliments contaminés par les selles d'une personne infectée;
- par contact direct avec une personne malade (mains souillées) ou indirect (par l'intermédiaire d'objet, d'aliments ou de drogues manipulés par les mains souillées) ;
- lors de la consommation de drogue dans des conditions non hygiéniques.

Par contact sexuel :

- au cours d'une relation sexuelle orale-anale;
- lors du partage de jouet sexuel ayant été en contact avec les selles d'une personne infectée ou par contact avec des objets contaminés par les selles d'une personne infectée.

51. L'incubation pour l'hépatite A est en général de 15 à 30 jours.

HÉPATITE B

Par le sang :

- lors du partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogue;
- lors du tatouage ou du perçage avec du matériel non stérile;
- par contact d'un liquide contaminé, comme du sang, ou d'un objet lui-même souillé par du sang avec une surface endommagée de la peau (morsure, piqûre, coupure, plaie) ou d'une muqueuse.

Par contact sexuel :

- au cours d'une relation sexuelle avec pénétration du pénis dans le vagin ou l'anus;
- au cours d'un contact de la bouche avec le pénis, la vulve, le vagin ou l'anus;
- lors du partage de jouet sexuel;
- par contact des organes génitaux (pénis, vagin, vulve, anus) avec le sperme ou les sécrétions vaginales d'une personne infectée.

La mère infectée peut également transmettre l'hépatite B à son bébé au moment de l'accouchement.

HÉPATITE C

Par le sang :

- lors du partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogue;
- lors du tatouage ou du perçage dans des conditions non stériles;
- par contact du sang, avec une surface endommagée de la peau (morsure, piqûre, coupure, plaie) ou une muqueuse.

Par contact sexuel, principalement lorsqu'il y a présence de sang :

- au cours d'une relation sexuelle avec pénétration du pénis dans le vagin ou l'anus : le risque augmente lors de relations sexuelles traumatiques qui peuvent créer des lésions ou des blessures ou lorsque préexistent des lésions génitales dues à des IST (exemple : insertion de doigts ou du poing dans l'anus) ;

La transmission du virus d'une mère à son enfant est possible lors de l'accouchement, mais est beaucoup moins fréquente que pour l'hépatite B.

VACCINATION

Il existe un vaccin sûr et efficace contre l'hépatite A et l'hépatite B.

Les vaccins contre les hépatites A et B ont des taux d'efficacité proches de **95%**. Il existe des vaccins contre une maladie : hépatite A (Havrix, Avaxim) ou hépatite B (Engerix B, Genhévac), et un vaccin combiné contre l'hépatite A et B (Twinrix).

En l'absence de vaccination antérieure contre ces maladies, le mode le plus simple consiste en une **double vaccination** contre les hépatites A et B par la même injection. Le schéma de vaccination comprend 3 injections : la première réalisée au jour J0, la deuxième 1 mois plus tard et la troisième 6 mois après la première injection. A priori, il n'y a pas besoin de rappel. Cependant, pour les personnes immunodéprimées (VIH, ..), il est préférable de contrôler l'efficacité de la vaccination.

La vaccination contre les hépatites A et B est fortement conseillée pour les personnes **séropositives au VIH**. Les meilleures conditions sont une charge virale indétectable et un niveau de CD4 (cellules du système immunitaire) supérieur à **500/mm^3**, afin que le corps soit capable de réagir au vaccin et de développer une immunité.

La vaccination contre les hépatites A et B est fortement conseillée en cas de **co-infection** déjà existante entre le VIH et l'hépatite C.
Plus de 7% des patients infectés par le **VIH** sont porteurs d'une infection chronique au VHB.

Le taux de CD4 au moment de la vaccination influe sur la durée de l'immunité. Un taux supérieur à **350/mm^3** assure une bonne réponse immunitaire, mais les personnes séronégatives conservent les anticorps anti-VHA et anti-VHB plus longtemps, et sont donc plus longtemps immunisées.

DÉPISTAGE

Le dépistage des hépatites se fait par prise de sang. Des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), sont en cours d'évaluation par le Centre national de référence et la Haute Autorité de santé en 2014.
Il est indiqué de se faire dépister **même sans symptômes**, le virus pouvant être dormant durant plusieurs années.

Le dépistage des hépatites B ou C est indiqué pour toute personne présentant une vulnérabilité à l'exposition au virus :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation
- Les femmes enceintes (dépistage de l'hépatite B obligatoire pendant la grossesse)
- Les membres de l'entourage familial d'une personne porteuse d'une hépatite chronique
- Les personnes originaires des pays à forte exposition aux hépatites ou les voyageurs dans ces pays qui y ont reçu des soins ou des transfusions ou ont eu des contacts sexuels
- Les personnes ayant des tatouages ou des piercings

- Les personnes porteuses d'une affection au foie, cirrhose, hépatite chronique
- Les travailleurs du sexe
- Les personnes qui ont contracté une IST
- Les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels
- Les personnes qui ont reçu des transfusions sanguines avant 1992
- Les personnes détenues ou ayant été détenues

Suivant les recommandations du rapport d'experts 2013[52] : « Une unique pénétration anale non protégée chez un HSH dans le passé même ancien, voire un doute, suffit à recommander un premier dépistage du VHC. Il convient de le renouveler dans le cas de risques ultérieurs, en même temps que le contrôle du VIH et d'autres IST. »

La période fenêtre pour pouvoir dépister l'hépatite C est d'environ **8 à 9 semaines** à compter de l'infection.

La période fenêtre pour pouvoir dépister l'hépatite B est d'environ **4 semaines** à compter de l'infection.

TRAITEMENT

HÉPATITE A

Il n'y a pas de traitement contre l'hépatite A. Dans la majorité des cas, l'infection guérit sans traitement en quelques semaines. Le corps se débarrasse du virus et développe des anticorps protecteurs contre l'hépatite A. La personne est généralement protégée contre l'hépatite A ou une nouvelle infection au virus de l'hépatite A (immunité permanente).

HÉPATITE B

Dans la majorité des cas, l'infection guérit sans traitement en quelques semaines. Le corps se débarrasse du virus et développe des anticorps protecteurs contre l'hépatite B. La personne est généralement protégée contre une nouvelle infection au virus de l'hépatite B (immunité permanente).
Dans certains cas, le corps n'arrive pas à se débarrasser du virus et ne développe pas d'anticorps protecteurs contre l'hépatite B. La personne ne guérit pas et peut transmettre l'hépatite B même si elle n'a pas de symptômes. Dans ces cas, la personne est « porteur chronique ». Des traitements peuvent limiter la gravité de l'infection et permettre le contrôle de la maladie de certains porteurs chroniques de l'hépatite B.

52. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013 (Dir P. Morlat, CNS/ANRS, La documentation Française).

HÉPATITE C

Chez certaines personnes, l'infection guérit sans traitement en quelques semaines. Le corps se débarrasse du virus et développe des anticorps contre l'hépatite C. Toutefois, ces anticorps ne protègent pas contre une nouvelle infection à l'hépatite C (aucune immunité).
Dans la majorité des cas, le corps n'arrive pas à se débarrasser du virus. La personne ne guérit pas et peut transmettre l'hépatite C même si elle n'a pas de symptômes. Dans ces cas, la personne est «porteur chronique ». Des traitements peuvent limiter la gravité de l'infection et permettre la guérison de certains porteurs chroniques de l'hépatite C.

COMPLICATIONS

Chez les porteurs chroniques des hépatites B et C, les conséquences graves possibles sont :

- cirrhose (maladie du foie)
- cancer du foie

PRÉVENTION DES HÉPATITES B ET C

- Utiliser des **préservatifs** (avec l'aide d'un lubrifiant)
- Vérifier l'utilisation de **matériels stériles à usage unique** chez le dentiste, le coiffeur (rasoir), le tatoueur ou perceur (aiguille)
- **Ne pas partager ou emprunter le matériel de toilette** pouvant être en contact avec du sang (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles) ou certains bijoux (anneaux, boucles d'oreille)
- **Ne pas partager ou emprunter le matériel pour consommer des drogues** (paille, seringue, garrot, cuillère, coton, eau, pipe à crack)
- Inciter son entourage à se faire dépister et vacciner contre l'hépatite B

Il est possible à une femme porteuse du virus de l'hépatite B d'allaiter son enfant s'il a été sérovacciné à la naissance (et que la vaccination a bien été poursuivie).

VIH ET HÉPATITE B

Il est recommandé à toute personne **séropositive au VIH** de se faire dépister pour l'hépatite C et pour l'hépatite B. En effet, les modes de transmission et d'infection sont **très similaires** entre le VHC, le VHB et le VIH.

L'hépatite B évolue plus fréquemment vers la chronicité chez les personnes séropositives pour le VIH avec une immunodéficience avancée, soit environ 25% des cas. La progression de l'hépatite B est moins favorable et accélérée en cas de co-infection avec le VIH et le risque d'atteinte hépatique est plus élevé que lors d'une infection VHB seule. Les trithérapies à long terme exercent des effets néfastes sur le foie de manière plus importante en cas de co-infection avec le VHB, d'ou l'importance particulière du contrôle de l'infection par le virus de l'hépatite B. Certains médicaments des traitements combinés contre le VIH sont également efficaces contre le virus de l'hépatite B.

VIH ET HÉPATITE C

Le VIH accélère le processus de **fibrose** du foie (le tissu cicatriciel dégrade la capacité filtrante du foie), et le risque de cirrhose est multiplié entre **2 et 5 fois**. Le VIH provoque pour sa part une inflammation virale des organes, ajoutant ainsi à celle provoquée par l'hépatite C.

Le traitement antirétroviral pour traiter l'infection au VIH peut provoquer une **intoxication** du foie, qui s'ajoute alors à l'hépatite C et ainsi accélère la détérioration de l'organe. Les effets secondaires peuvent se cumuler, et amener à un arrêt des traitements multi thérapeutiques.

QUELQUES CHIFFRES

4000 PERSONNES DÉCÈDENT CHAQUE ANNÉE EN FRANCE DU FAIT D'UNE HÉPATITE VIRALE. C'EST LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS DES PATIENTS CO-INFECTÉS (43% DE L'ENSEMBLE DES CAUSES)

281 000 PERSONNES INFECTÉES PAR UNE HÉPATITE B CHRONIQUE (DONT 150 000 QUI L'IGNORENT). 2 400 NOUVELLES INFECTIONS PAR AN.

232 000 PERSONNES INFECTÉES PAR UNE HÉPATITE C CHRONIQUE (DONT 100 000 QUI L'IGNORENT). 2 700 À 4 400 NOUVELLES INFECTIONS CHRONIQUES PAR AN.

LES NOUVELLES STRATEGIES DE PREVENTION

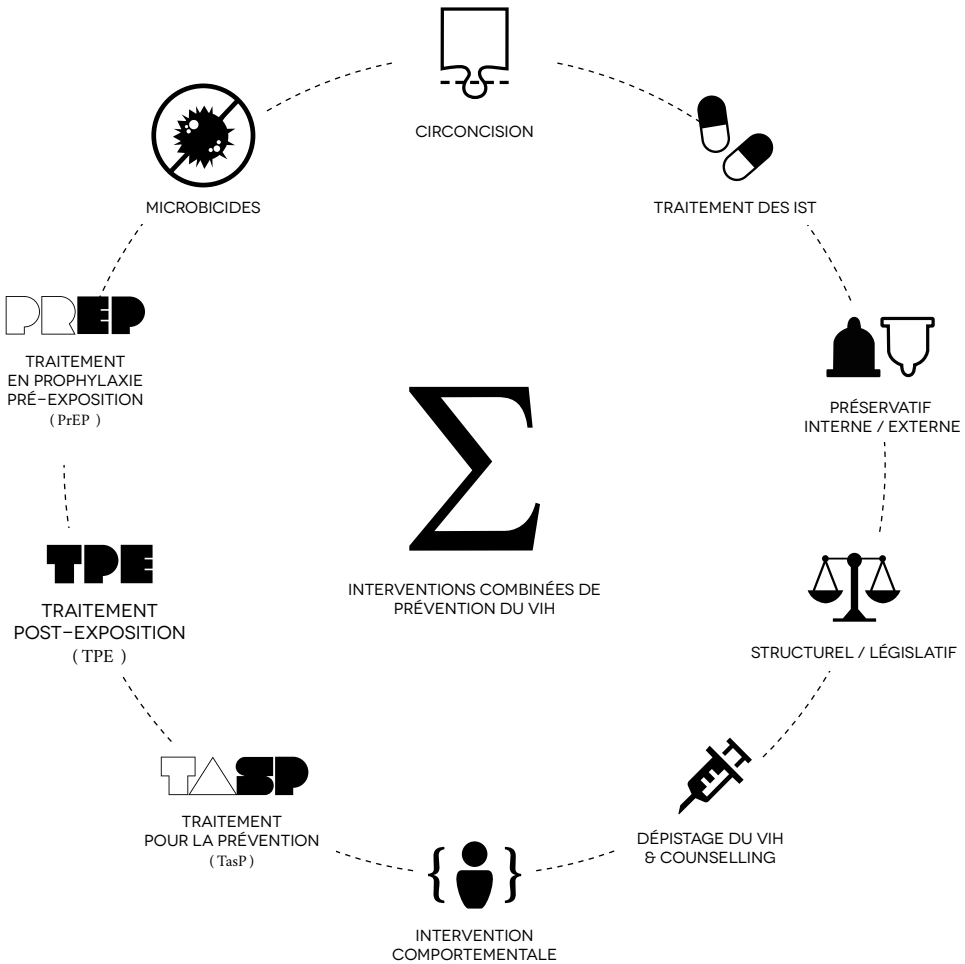
Σ

LA PRÉVENTION COMBINÉE

La prévention combinée c'est le fait d'utiliser plusieurs outils de prévention à la fois (préservatif, dépistage, traitement comme prévention, etc.)

LA PRÉVENTION COMBINÉE

Les actions de prévention peuvent cibler des individus (Réduction Des Risques Sexuels, accompagnement psychologique, etc.), des groupes (ateliers, groupes de soutien, etc.), des partenaires ou des couples.
D'autres types d'actions de prévention sont entreprises au niveau institutionnel (éducation sexuelle à l'école par exemple) ou communautaire (mobilisation collective). Au niveau structurel, on peut citer les actions visant à améliorer les législations existantes en matière d'égalité des droits ou de discrimination.



LES TERMES DE LA PRÉVENTION BIOMÉDICALE

TASP

TRAITEMENT COMME PRÉVENTION

Abréviation de *Treatment as Prevention*, traitement comme prévention. Cette idée prend en compte la preuve scientifiquement établie de la forte réduction du risque de transmission du VIH au partenaire hétérosexuel d'une personne séropositive, dont la charge virale est contrôlée[53] et en l'absence d'autres IST. Lorsqu'il est efficace et bien observé par le patient, le traitement antirétroviral permet de faire baisser la quantité de VIH dans le sang, jusqu'à la rendre indétectable. La diminution de la quantité de VIH dans le sang entraîne généralement une diminution de la quantité de VIH dans le sperme et une réduction du risque de transmettre le VIH lors de rapports sexuels.
Même avec une charge virale sanguine indétectable, il peut y avoir un risque « résiduel » de transmettre le VIH. Ce risque résiduel a été estimé comme faible chez les couples hétérosexuels sérodifférents. Les premiers résultats de l'étude Partner montrent un niveau de protection similaire chez les couples homosexuels. Par ailleurs et dans tous les cas, il importe de rappeler que d'autres IST peuvent être transmises en l'absence de préservatif.

53. La charge virale est la quantité de virus mesurable dans le sang (charge virale sanguine ou plasmatique), le sperme (charge virale spermatique), le liquide séminal, les secrétions vaginales, rectales, ou dans d'autres cellules du corps. La quantité de virus n'est pas la même dans ces différents compartiments de l'organisme, il y a donc différentes charges virales, différentes mesures.

PREP

PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION

Désigne en anglais la prophylaxie pré-exposition (*Pre-exposure Prophylaxis*), une approche expérimentale qui utilise des médicaments antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque d'infection au VIH chez les personnes séronégatives. Avec cette intervention, les personnes séronégatives prendraient un médicament unique ou une combinaison de médicaments dans l'espoir de réduire leur risque d'infection en cas d'exposition au VIH. Des essais cliniques ont montré une réduction de 44 % du risque de transmission chez les gays avec la prise quotidienne d'ARV. D'autres essais sont actuellement en cours de réalisation, notamment l'essai Ipergay en France qui teste l'efficacité d'une prise intermittente d'ARV (avant et après un rapport sexuel) par une personne séronégative. La prise de traitement en PrEP n'est ni recommandée, ni prise en charge en France en 2013 ; elle est recommandée aux Etats-Unis sous certaines conditions.

TPE

TRAITEMENT POST–EXPOSITION

Désigne en français le *Traitement Post-Exposition*, en anglais : *Post-Exposure Prophylaxis*, c'est-à-dire un traitement antirétroviral temporaire de 28 jours, prescrit dans les Services des Urgences hospitalières, immédiatement après un risque d'exposition au VIH (jusqu'à 72 h après le risque). Le but est de diminuer le risque d'infection par le VIH dans les situations suivantes pour les HSH :

- En cas de rupture ou de glissement du préservatif pendant un rap port sexuel, qu'il y ait eu ou non éjaculation.
- En cas de rapport sexuel (anal ou oral) non protégé, si au moins l'un des partenaires est séropositif, ou s'il y a un doute sur la sérologie d'un des partenaires.
- En cas de contact direct entre une muqueuse (anus, gland, bouche, yeux) ou une lésion (coupure, brûlure, plaie) et le sang ou le sperme d'une personne séropositive ou au statut sérologique inconnu.
- En cas d'ingestion du sperme, du liquide préséminal ou du sang d'un partenaire séropositif ou au statut sérologique inconnu.

! Plus le traitement est initié tôt après la prise de risque (quelques heures), plus il est réputé efficace. Les effets secondaires se font particulièrement ressentir lors des premières semaines de traitement. Pendant la durée du TPE, la personne reste potentiellement contagieuse et vulnérable à une autre contamination.

LES TERMES DE LA RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS

La connaissance actualisée du statut sérologique par le dépistage régulier du VIH et des IST et la capacité des partenaires à dire leurs statuts sont les conditions indispensables à toute pratique de RDRS.

Si les préservatifs restent le socle de la prévention du VIH, l'intervenant de terrain doit pouvoir discuter avec l'usager d'autres méthodes de réduction des risques si nécessaire. Dans le cadre d'un entretien en face à face, il s'agit d'abord d'écouter sans juger. En matière de RdR, on adapte les réponses à ce que la personne dit de ses pratiques sexuelles dans un contexte particulier. Il s'agit de l'accompagner dans l'élaboration d'une stratégie de prévention adaptée à son contexte de vie et à sa situation particulière. Parmi les moyens alternatifs de prévention qui peuvent être évoqués, on peut citer le positionnement sexuel, la séroadaptation, l'utilisation de lubrifiants, le retrait et la prise en compte de la charge virale.

DANS TOUS LES CAS :

RAPPELER QUE LE PRÉSERVATIF RESTE LE MOYEN DE PRÉVENTION LE PLUS EFFICACE.

NE PAS DISSOCIER LE VIH DES AUTRES IST ET DES HÉPATITES.

AVOIR UNE APPROCHE DIFFÉRENCIÉE EN FONCTION DU STATUT SÉROLOGIQUE ET DU TYPE DE PARTENAIRES.

LA DIVULGATION DU STATUT SÉROLOGIQUE AU PARTENAIRE SEXUEL

LA PERSONNE SÉRONÉGATIVE CONNAÎT LE STATUT SÉROLOGIQUE DE SON/SA PARTENAIRE ET PEUT DONC PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE TRANSMISSION.

LE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE

L'HOMME SÉRONÉGATIF PRATIQUE UNIQUEMENT LA PÉNÉTRATION ANALE INSERTIVE (C'EST LUI QUI PÉNÈTRE).

LE RETRAIT AU COURS DE LA PÉNÉTRATION ANALE RÉCEPTIVE

L'HOMME SÉRONÉGATIF NE SE PRÊTE À LA PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE QUE SI SON PARTENAIRE N'ÉJACULE PAS DANS SON RECTUM.

LA SÉROADAPTATION

LA PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE N'EST PRATIQUÉE QU'AVEC DES PARTENAIRES PARTAGEANT LE MÊME STATUT SÉROLOGIQUE.

LA SÉCURITÉ NÉGOCIÉE

IL S'AGIT D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE SÉROADAPTATION. LA PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE N'EST PRATIQUÉE QU'AVEC UN PARTENAIRE SÉRONÉGATIF DANS LE CADRE D'UNE RELATION RÉGULIÈRE STABLE.

LA PRISE EN COMPTE DE LA CHARGE VIRALE

(VOIR TASP)

MYTHES
ET IDÉES REÇUES

Les acteurs de prévention sont amenés à entendre nombre d'arguments négatifs vis-à-vis de l'homosexualité. Ce chapitre donne à voir quelques commentaires fréquents et propose des arguments pour y répondre.

L'HOMOSEXUALITÉ EST **CONTRE NATURE**

Si l'on entend nature comme ce qui existe dans la réalité, alors les pratiques homosexuelles existent dans toutes les cultures et sont attestées depuis très longtemps. Parmi les autres mammifères, des pratiques sexuelles entre males et entre femelles sont également observées.

L'HOMOSEXUALITÉ EST **UNE MALADIE**

En Occident, l'homosexualité a été construite comme pathologie au XIXème siècle. Cette perception a évolué. Elle n'est plus classée parmi les maladies mentales depuis 1973 au niveau du DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en français le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). L'homosexualité a été exclue des pathologies mentales par l'OMS en 1992.
Ceux qui prétendent « guérir l'homosexualité », où que ce soit dans le monde, n'ont obtenu, semble-t-il, aucun résultat.
Quant à l'idée de contagion, le désir n'est pas contagieux : on n'empêche pas quelqu'un d'éprouver du désir pour quelqu'un, et son désir ne peut se transmettre. Rien n'indique en outre que la proportion d'homosexuels dans la population française soit en augmentation.

ÊTRE HOMOSEXUEL **CELA SE VOIT**

Pas forcément, surtout dans les contextes où les gens ont intérêt à le cacher. Certains homosexuels affichent un style efféminé, d'autres pas du tout. En croyant « reconnaitre » les homosexuels, on passe à côté de ceux qui ne se comportent pas comme on l'attendrait.

LA PRATIQUE HOMOSEXUELLE, **C'EST UNE AFFAIRE DE BLANC.**

Les travaux de Stephen O. Murray et Will Roscoe[54] documentent l'existence de pratiques homosexuelles masculines et féminines dans une cinquantaine de pays d'Afrique, montrant qu'elles s'inscrivent bien dans les cultures africaines, mais qu'elles n'y ont aucune visibilité car socialement ou juridiquement réprimées.

LA PÉNÉTRATION ANALE EST **SURTOUT UNE PRATIQUE HOMOSEXUELLE**

Elle est couramment pratiquée chez les hétérosexuels, notamment dans les communautés où la virginité avant le mariage doit être préservée ; comme moyen contraceptif, et pour le plaisir. Elle est mal perçue, voire condamnée dans différentes cultures, comme d'autres pratiques non procréatives.
Attention, en matière de prévention, on s'intéresse aux pratiques et non à la morale ou à la loi. Dans la mesure où la pénétration anale est effectivement pratiquée, et compte tenu du fait que c'est la pratique la plus à risque pour le VIH lorsqu'elle n'est pas protégée, il est nécessaire de l'aborder lorsqu'on parle des modes de transmission.

LES HOMMES QUI ONT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES **SONT TOUS DES HOMOSEXUELS**

Il faut distinguer pratiques sexuelles et identité sexuelle. Tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifient pas comme gays ou homosexuels. Certains s'identifient comme bisexuels, d'autres comme hétérosexuels. Ce qui intéresse l'acteur de prévention, se sont les pratiques sexuelles, en relation avec la transmission des IST dont le VIH.

54. Voir le chapitre Perspective anthropologique

LA BIBLE ET LE CORAN **CONDAMNENT L'HOMOSEXUALITÉ**

Les textes demandent à être interprétés car ils ont été produits à des époques et dans des cultures très différentes. Ainsi de nombreux interdits figurant dans Lévitique (Ancien Testament) ont été abandonnés au cours des siècles. On a pu noter en septembre 2013, un changement de ton marqué par le pape François qui, dans un long entretien publié en France par la revue Etudes, invite à accompagner avec miséricorde les personnes qui autrefois étaient condamnées par l'Eglise : homosexuels, divorcés, femmes ayant avorté… Cet entretien fait écho à son discours de clôture des Journées Mondiales de la Jeunesse en juillet 2013, où il avait déclaré : « *Si une personne est gay et cherche le Seigneur avec bonne volonté, qui suis-je pour la juger ?* »

De même, s'agissant de l'islam, plusieurs Imams expliquent que le Coran étant la parole de Dieu, c'est Dieu seul qui peut juger.

L'HOMOSEXUALITÉ EST **UNE PRATIQUE MYSTIQUE**

L'idée de magie ou de sorcellerie associée à l'homosexualité n'est pas dénuée de fondements puisque sont attestées des pratiques sexuelles entre hommes ou entre femmes, dans différentes cultures africaines, à différentes époques, se déroulant soit dans le cadre de rites initiatiques, soit dans celui d'actes magiques ou de sorcellerie visant à rendre la terre plus fertile en cas de sécheresse.

Mais les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe dans d'autres contextes n'ont aucun lien avec la sphère magico-religieuse.

L'ORDRE DE LA LOI

Si les lois de certains pays condamnent l'homosexualité, Il faut rappeler qu'en France, au contraire, les injures et la discrimination en raison de l'orientation sexuelle sont pénalisées.
En France, une personne peut demander l'asile en raison des persécutions dont elle est victime dans son pays d'origine au motif de son orientation sexuelle.

L'ORDRE ÉCONOMIQUE

L'HOMOSEXUALITÉ, C'EST **LA PROSTITUTION AVEC LES BLANCS**

La prostitution est l'une des multiples formes du vécu de l'homosexualité. La sexualité transactionnelle est plus particulièrement importante dans les pays à faibles revenus et ne concerne pas spécifiquement les homosexuels. Elle peut concerner des rapports entre noirs et blancs lorsque ces derniers ont un pouvoir économique jugé supérieur. Elle concerne également des rapports entre noirs. La motivation financière n'est pas nécessairement dissociée de la motivation sexuelle.
Selon l'anthropologue Christophe Brocqua, aucune enquête ne montre de lien accru entre la sexualité rétribuée et l'exposition au VIH.

RESSOURCES POUR L'ORIENTATION DES PERSONNES LGBT

Pour trouver l'association de lutte contre le VIH (soutien, prévention, etc.) la plus proche : **www.sida-info-service.org** ou **0 800 840 800** (appel confidentiel, anonyme et gratuit)

L'annuaire des associations LGBT (recherche par département) est accessible en suivant le lien :**www.sida-info-service.org/spip.php?page=asso**

EN ÎLE-DE-FRANCE

AFRIQUE ARC EN CIEL HSH Afro-Caribéens
Contacter Ariel au 06 12 83 50 75
ou par mail : afriquearcencielparisidf@hotmail.fr

AIDES
0805 160 011 ou sur **www.aides.org**
pour localiser l'antenne de l'association la plus proche.

ARCAT Permanence Hispanophone
11 passage Saint Michel, 75017 Paris - Tél. 01 42 93 05 78
Accueil sans RDV : lundi et mercredi de 9h à 13h, jeudi de 9h à 13h et de 14h à 18h
Accueil sur RDV : lundi et mercredi de 14h à 18h

LE CENTRE LGBT Île-de-France
63 rue Beaubourg, 75003 Paris - Tél. 01 43 57 21 47
Accueil du lundi au vendredi de 15h30 à 20h et le samedi de 13h à 19h

ASSOCIATIONS D'AUTOSUPPORT POUR LES PERSONNES TRANS

ACCEPTESS-T
183 Rue Championnet 75018 Paris - Tél. 01 42 29 23 67
Accueil le mercredi de 10h30 à 18h

PASTT Accueil du public transgenre, travesti et travailleur du sexe
94 rue Lafayette 75010 Paris - Tél. 01 53 24 15 40

OUTRANS
Au bar La Mutinerie 176-178 rue Saint Martin 75003 Paris
Accueil tous les 3èmes samedis du mois de 15h à 17h
Email : autosupport@outrans.org

CHRYSALIDE Groupe d'Echange et de Dialogue
17 rue Romarin 69001 Lyon - Tél. 06 34 42 51 92
Le 3ème samedi de chaque mois (sauf juillet et août), de 16h à 19h

DÉPISTAGE ET SOIN, SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE (ÎLE-DE-FRANCE)

LE 190
190 Boulevard de Charonne 75020 Paris- Tél. 01 55 25 32 72
Ouvert du lundi au vendredi de 16h à 20h et le samedi matin

LE CHECKPOINT
36 rue Geoffroy l'Asnier 75004 Paris - Tél. 01 44 78 24 44
Lundi : 8h à 12h30 sans rendez-vous
Mardi : 16h à 20h30 avec rendez-vous

AIDES Territoire d'Action Sud Est Île de France
3 rue Guillaumot 75012 Paris - Tél. 01 53 33 01 55
Accueil : jeudi de 14h à 18h, ou sur RDV
Permanence santé sexuelle et Tests rapides pour tous publics : mardi de 18h à 21h au local

AIDES Territoire d'Action Nord Est Île de France
26 rue de Château-Landon 75010 Paris - Tél. 01 40 35 76 10
Accueil avec et sans RDV suivant les jours
Tests rapide pour tout public : jeudi de 18h à 21h

INSTITUT ALFRED FOURNIER
Centre médical et dentaire, dépistage VIH-IST, planning familial, etc.
25 Boulevard Saint-Jacques 75014 Paris - Tél. 01 40 78 26 00

CENTRE MÉDICAL ET DENTAIRE MAIRE-VOLTA
4 rue au Maire 75003 Paris - Tél. 01 48 87 49 87

ASSOCIATION PSYGAY
01 42 74 16 02 (répondeur et rappel)
ou remplir le formulaire en ligne : http://www.psygay.com/07_Contact/contact.cfm

ESPAS (RÉSEAU PSY)
01 42 72 64 86 et www.espas-psy.org

AMG Association de Médecine Gay et Gay friendly
01 48 05 81 71 et http://asso.medecinegayfriendly.fr
Permanence téléphonique médicale : lundi et mercredi de 20h à 22h
Écoute psy : jeudi de 20h30 à 22h30

CONSEILS JURIDIQUES

ARDHIS Information et accompagnement des personnes homosexuelles et transsexuelles pour l'accès aux droits de séjour
Centre LGBT, 63 rue Beaubourg, 75003 Paris
Mobile : 06 19 64 03 91 et email : contact@ardhis.org
Permanences

- *Le deuxième samedi du mois à 11H : Permanence destinée aux personnes qui demandent l'asile en raison des craintes de persécution dans leur pays d'origine de fait de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.*
- *Le troisième samedi du mois à 11h : Permanence sur les problématiques de séjour et les questions relatives aux droits à vivre ensemble des couples binationaux homosexuels.*

RAVAD Assistance et conseils pour les personnes victimes d'agressions ou de discrimination en raison de l'orientation sexuelle
En cas d'URGENCE 06 89 81 36 90 – email : urgence@ravad.org
Conseils pour l'orientation vers un professionnel de santé gayfriendly :
reseau.sante@ravad.org ou le 06 89 81 36 90

SOS HOMOPHOBIE Ligne d'écoute anonyme
Tél. 0 810 110 135 ou 01 48 06 42 41
Du lundi au vendredi de 18h à 22h
Samedi de 14h à 16h
Dimanche de 18h à 20h

ASSOCIATIONS CONFESSIONNELLES

HM2F Homosexuel Musulmans de France
Maison des associations - 5 rue Perrée 75003 Paris.
Mobile : 06 58 71 38 48 - email : homomusulmans@gmail.com

DAVID ET JONATHAN Mouvement homosexuel chrétien ouvert à tous
92bis rue de Picpus, 75012 Paris
Accueil tous les vendredis de 18h30 à 20h30
Permanence Tél. : 09.50.30.26.37 en semaine 14h à 19h

DEVENIR UN EN CHRIST
15 avenue Georges Clemenceau 94300 Vincennes - Tél. 01.58.64.03.04

ASSOCIATIONS AYANT SUIVI LA FORMATION

Plusieurs associations intervenant en matière de prévention des IST dont le VIH et les hépatites auprès des publics afro-caribéens ont suivi en 2013-2014 la formation Prévention des IST dont le VIH et des hépatites auprès des personnes homosexuelles, LGBT, en contexte afro-caribéen*. Ces associations sont à même de recevoir de manière compétente tous les publics LGBT :*

AFRIQUE AVENIR
22 Rue des Archives 75004 Paris - Tél. 01 42 77 41 31
Accueil du lundi au vendredi toute la journée
Email : afriqueavenir@gmail.com
Site web : www.afriqueavenir.fr

AREMEDIA
113 Rue du Faubourg du Temple 75010 Paris - Tél. 01 47 70 07 70
Accueil du lundi au vendredi de 10h à 18h
Email : contact@aremedia.org
Site web : www.aremedia.org

ARPS (Association Réunionnaise pour la Prévention des risques liés à la Sexualité)
11 bis, rue Saint-Jacques 97400 Saint-Denis - Tél. 02 62 21 88 77
Email : prevention@arps-info.com

CHRÉTIENS ET SIDA
30 rue Boucry 75018 Paris - Tél. 01 46 07 89 81
Email : chretiens.sida@gmail.com
Site web : www.chretiens-sida.org

DA TI SENI
18 rue Paul Cazeneuve 69008 Lyon - Tél. 04 78 00 10 39 / 06 45 36 70 57
Permanence le mercredi de 14h à 17h
Email : da-ti-seni@orange.fr
Site web : http://datiseni.free.fr/

ESPOIR 91
10 Rue Saint Antoine 91150 Etampes - Tél. 01.69.78.20.13
Accueil du lundi au vendredi (9h00-12h30 13h00-16h30)
Mobile : 06 27 42 96 06
Email : assoespoireuro@yahoo.fr
Site web : www.espoir-asso.fr

IKAMBERE
39, boulevard Anatole France 93200 Saint Denis - Tél. 01 48 20 82 60

Accueil et permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 18h
Email : contact@ikambere.com
Site web : www.ikambere.com

KWADENGUE BLACK ARC EN CIEL
3/38 Allée de la Filature 59000 Lille - Tél. 06 40 30 68 39

LA MARMITE
18bis Avenue Léon Blum 93140 Bondy - Tél. 01 48 02 03 30
Accueil : lundi de 12h30 à 18h, mardi, mercredi et vendredi de 10h à 18h
Email : direction@asso-lamarmite.org
Site web : www.asso-lamarmite.org

MARIE-MADELEINE
24 ter rue du Maréchal Joffre 78000 Versailles - Tél. 09 51 63 39 37

URACA
33, rue Polonceau 75018 Paris - Tél. 01 42 52 50 13
Accueil et permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 18h
Email : association.uraca@wanadoo.fr

VIE ENFANCE ESPOIR 91
1 Rue Du Minotaure 91350 Grigny - Tél. 01 69 21 46 16

-

ACTION SIDA MARTINIQUE
267 r Kan Malavoi 97200 Fort de France - Tél. 05 96 63 12 36
Email : actionsidamartinique@orange.fr

ADER KOUROU (Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche)
60 r Edjide Duchesne 97310 Kourou - Tél. 05 94 22 03 83
Email : ader.kourou[@]orange.fr

D.A.A.C GUYANE (Développement, Animation, Accompagnement, Coopération)
26 rue Alpinia 97354 Renire - Montjoly - Tél. 05 94 30 44 80
Email : daac.guyane@laposte.net
Site web : www.daacguyane.org

ENTRAIDE GWADLOUP'
Immeuble Capitaine Langlois-Grand Camp - Esc 1 - porte 3100 - 97139 Abymes
Tél./Fax : 05 90 89 08 54
Email : entraide.gwadloup@wanadoo.fr

DES ASSOCIATIONS LGBT FRIENDLY EN AFRIQUE

ALGÉRIE

APCS Association de Protection Contre le Sida
2 rue Sylvain Parent, Cave Gay, Gambetta, B.P.: 356 31 024 Oran
Tél. : (+213) 41 53 05 79 - (+213) 41 42 14 05
Email : hakelwikaya10@yahoo.fr

BURKINA FASO

REVS+ Responsabilité Espoir Vie Solidarité
01 BP 382 Bobo Dioulasso
Tél. (+226) 20 97 05 17
Email : revs@hotmail.fr
Site web : www.revs-bf.org

AAS Association African Solidarité
01 BP 2831 Ouagadougou
Tél. (+226) 50 31 01 47
Email : aas@fasonet
Site web : www.aasbf.org

ALAVI Association Laafi la Viim
01 BP 4664 Ouagadougou 01
Tél.: (+226) 50 47 27 25
Email : associationalavi95@gmail.com
Site web : www.alavi-bf.org

KASABATI
04 BP 8668 Ouagadougou 04
Tél.: (+226) 50 35 25 27 / 50 50 28
Email : assoociationkasabati@yahoo.fr

BURUNDI

ANSS Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et aux malades du Sida
Siège de l'ANSS, Centre TURIHO, Kigobe nord B.P. 4152
Tél. (+257) 22 215977
Email : anss_turiho@yahoo.fr
Site web : www.anss.bi

CAMEROUN

AFFIRMATIVE ACTION
Tél. (+237) 99 25 06 85
Email : action_affirmative@yahoo.fr

ALTERNATIVES CAMEROUN
2178, Boulevard de la Liberté-Akwa, BP : 12 767 Douala Cameroun
Tél. (+237) 33 11 78 69
Email : alternatives.cameroun@gmail.com

COLIBRI
BP 1346 Bafoussam
Tél. (+237) 33 07 01 53
Email : colibri_002@yahoo.com
Site web : www.colibricameroon.org

HUMANITY FIRST YAOUNDE
Tél. (+237) 99 49 71 24
Email : eloundou_jules@yahoo.fr

REDS Réseau sur l'Ethique, le Droit et le Sida
BP 5877 Yaounde
Tél. (+237) 22 20 68
Email : 59 redscm@yahoo.fr

ÎLE MAURICE

COLLECTIF ARC EN CIEL
57 av De la Faye, Belle Rose
Tél. (+230) 464 37 02 / (+230) 52 51 87 98 (cell.)

PILS 1
76 Rue Dr O.Beaugeard, Port-Louis (Prévention)
Tél. : (+230) 210 70 43 / 210 70 44
Email : prevention@pils.mu

PILS 2
Rue Pandit J.Nehru Port-Louis (Soutien)
Tél. (+230) 210 70 75 / 210 70 47
Email : info@pils.mu
Site web : www.pils.mu

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

RSB Renaissance Santé Bouaké
Quartier résidentiel (Millionnaire), BP 1233 Yamoussoukro
Tél. (+225) 30 64 74 20 (Yamoussokro) / (+225) 31 63 03 90 (Bouaké)
Email : ong_rsb@yahoo.fr

ESPACE CONFIANCE
05 BP 1456 Abidjan 01, 54 Bis rue du Canal Marcory Bietry
Tél. (+225) 21 35 28 62
Email : espaceconfiance@yahoo.fr

RUBAN ROUGE
CI Yopougon-Sogephia Solic II rue Princesse,
Appartement N° 2334, 22 BP 1291, Abidjan 22
Tél. (+225) 23 45 35 10
Email : rubanrougeci@yahoo.fr

MALI

ARCAD SIDA
C/O CESAC, BPE 2561 Bamako
Tél. (+223) 20 23 64 77
Email : arcadsida@arcadsida.org

KENEDOUGOU SOLIDARITÉ
Rue 44 porte 810 Wayerma I. BP 365 Sikasso
Tél. (+223) 21 62 14 33
Email : ksolidarite@yahoo.fr

MAROC

ALCS
Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hôpitaux – Casablanca
Tél. (+212) 5 22 22 31 13 / 14
Email : alcs@menara.ma

SENEGAL

YEEWU-YEETE
1271 Mbour/ Sénégal.
Tél. (+ 221) 776 40 16 07
Email : yyeete10@yahoo.fr

TOGO

EVT Espoir Vie Togo
BP 14 543 Lomé
Tél. (+228) 2251 46 56
Email : espoirvietogo@laposte.tg

TUNISIE

ATL MST Sida - Section Tunis Association Tunisienne de lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida
7 rue Khalil Menzah 8, 2037 Tunis
Tél. (+212) 71 701 195
Email : infosida@atlsida.org
Site web : www.atlsida.org

RESSOURCES INTERNET

POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

www.sidainfoplus.fr
www.seronet.info
www.action-traitements.org

SUR LES SEXUALITÉS GAYS ET LA PRÉVENTION

www.prendsmoi.fr
www.sneg.org
www.reactup.fr Information scientifiques
www.msmgf.org Forum mondial sur les HSH et le VIH

SUR LA SANTÉ DES FEMMES LESBIENNES ET BISEXUELLES

www.sante-plurielle.ch
www.lecrips.net/L

AUTO-SUPPORT ET SANTÉ DES PERSONNES TRANSGENRES

www.ant-france.eu
www.cestpasmongenre.com
http:// chrysalidelyon.free.fr
www.ftm-transsexuel.com/forum
http://transidentit.es/forum
www.i-trans.net/forum-trans
www.outrans.org
http://humeurs.de.sophie.free.fr/assos.php Carte des associations Trans

POUR LES PROFESSIONNELS

www.vih.org
www.trt-5.org Actualités sur les traitements et la recherche

DES OUTILS POUR LA PREVENTION ISSUS DU CATALOGUE DE L'INPES

LUTTE CONTRE L'HOMOPHOBIE ET LES DISCRIMINATIONS

AMOUR GLOIRE ET SANTÉ
Le tiré à part de la célèbre série en roman-photo qui paraît dans *On dit quoi ?* abordant tous les thèmes de santé qui intéressent les africains vivant en France.
Dans le but de faire baisser les discriminations liées à l'orientation sexuelle, un épisode est consacré à l'homosexualité et l'homophobie (n°11, avril 2013).

LA SÉRIE *TOI-MÊME TU SAIS*
Alioune, jeune médecin dans une cité de banlieue parisienne est confronté tous les jours à la réalité sociale et aux questions de ses patients, dont la plupart sont des migrants venus d'Afrique. Comme Alioune, tous les héros de *Toi-même tu sais* sont porteurs d'un message fort : il faut préserver notre santé et celle de ceux qui nous sont chers.

Saison 1
Ce DVD contient 5 épisodes de prévention. Ils traitent respectivement du paludisme, de la contraception d'urgence, de la prévention des chutes, de la discrimination des personnes atteintes par le VIH et de nutrition.
DVD 311308597DV

Saison 2
Cinq épisodes, cinq thèmes : hépatite B, diarrhée des enfants, dépression, VIH, IST et multi-partenariat, lutte contre l'homophobie.

PRÉVENTION DU VIH ET DES IST
TOUS PUBLICS DONT HSH

LES MODES D'EMPLOI DU PRÉSERVATIF
Les modes d'emploi des préservatifs masculins et féminins, en plusieurs langues, sont utilisables pour les publics de toutes orientations sexuelles.

LA BROCHURE QUESTIONS D'ADOS En cours d'édition
Cette brochure aborde la santé sexuelle dans sa globalité,
elle est adaptée aux adolescents.

LA BROCHURE D'INFORMATION
SUR LE VIH ET LES IST En cours d'édition
Cette brochure délivre de manière simple, et non orienté sexuellement, les informations essentielles sur le VIH et les IST en 2013.

PRÉVENTION DU VIH ET DES IST
PUBLIC HSH

CARTES D'INFORMATION SUR LES IST ET HÉPATITES
Une collection de cartes d'information sur les 6 principales IST : symptômes possibles, mode de dépistage, risques possibles et traitements disponibles. Avec une couverture typographie, la brochure ne comporte pas d'imagerie gay ; seul le texte y fait référence.
(Carte postale 10,5x15 cm –hépatite B – 311209598PC ; Carte postale 10,5 x 15 cm –hépatite C – 311209599PC ; Carte postale 10,5 x 15 cm –condylomes – 311209600PC ; Carte postale 10,5x15 cm –Blennorragie – 311209601PC ; Carte postale 10,5x15 cm –syphilis – 311209602PC ; Carte postale 10,5 x 15 cm –LGV – 311209603)
« Un rapport à risque ? Quatre réflexes pour agir ! »

Une campagne d'information qui oriente les personnes ayant eu un rapport à risque vers les démarches à accomplir pour limiter le risque de contamination, pour soi et pour ses partenaires.
La brochure ne comporte pas d'imagerie gay. Seul le texte intérieur y fait référence.
Brochure – réf. 311281910B

POUR LES PROFESSIONNELS

JEUNES ET HOMOS SOUS LE REGARD DES AUTRES
Outil professionnel (milieu scolaire et périscolaire)
L'outil *Jeunes et homos sous le regard des autres* a pour objectif principal de favoriser le respect de la diversité sexuelle et prévenir les attitudes, paroles et comportements discriminants (homophobes) et leurs conséquences chez les jeunes de 11 à 18 ans à partir de ces courts métrages écrits par des jeunes.
Il est composé d'un DVD et son livret d'accompagnement.
Le DVD contient les 5 courts métrages (En colo, Baskets et maths, Les incroyables aventures de Fusion Man, Pauline, Omar).

Le livret d'accompagnement est structuré autour de 5 parties :

1. une présentation générale de l'outil (contexte, objectifs, destinataires ?)
2. des éléments de connaissances (définitions, conséquences de l'homophobie, discrimination, facteurs de risques et facteurs de protection)
3. l'animation de séquences de prévention de l'homophobie (recommandations, préparation, généralités sur l'animation, logistique, règle du groupe et du débat)
4. des propositions de débats à partir des 5 courts métrages (tous structurés de la même manière : présentation du court métrage, public destinataire, objectifs spécifiques de

l'animation, déroulement de la séance d'animation et proposition d'éléments pour le débat)

5. des ressources complémentaires (pour les éducateurs et pour les jeunes

LES MINORITÉS SEXUELLES FACE AU RISQUE SUICIDAIRE

Acquis des sciences sociales et perspectives

Coll. Santé en action

François Beck, Jean-Marie Firdion, Stéphane Legleye, Marie-Ange Schiltz

Santé mentale, Information sexuelle / Livre

Fruit d'une collaboration de statisticiens, d'épidémiologistes et de sociologues, cet ouvrage fait le point sur plus de dix ans de recherche et d'études, dans le monde et en France, sur le risque suicidaire parmi les jeunes des minorités sexuelles et ceux qui se questionnent sur leur identité sexuelle. Il est destiné à sensibiliser les professionnels en contact avec les jeunes, qu'ils viennent des champs éducatif, sanitaire, social ou judiciaire sur les phénomènes spécifiques que sont l'homophobie, la lesbophobie, la transphobie, tout en soulignant leur lien avec une autre discrimination fondamentale : le sexisme.

LANGAGE VISUEL DÉDIÉ À LA SANTÉ SEXUELLE

MORPHOLOGIE


YEUX


BOUCHE


SEIN


PEAU


MAIN

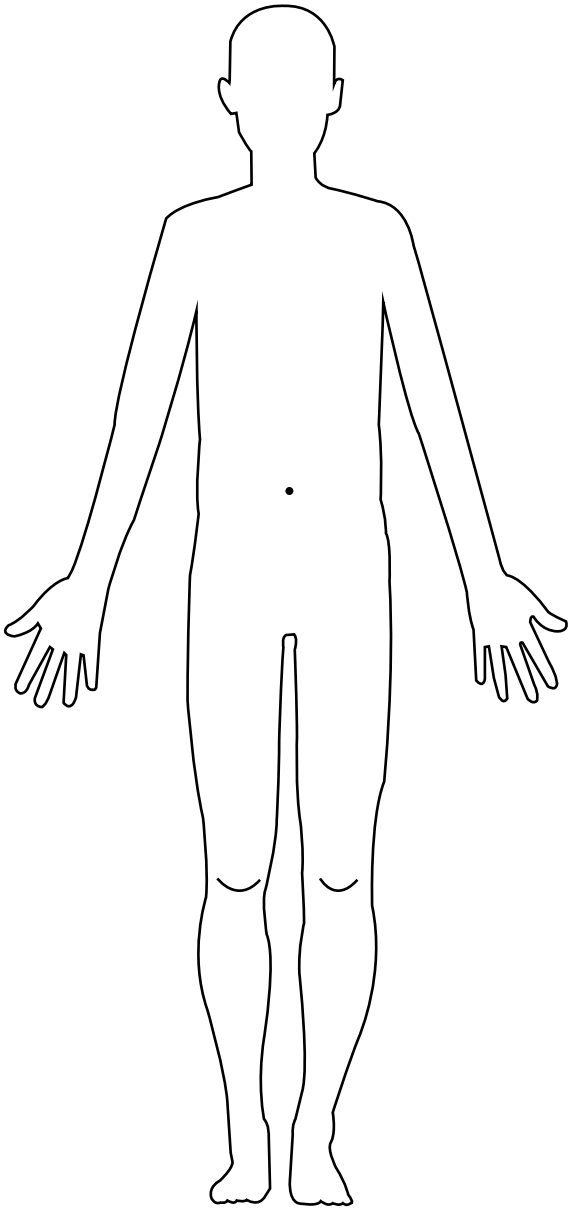

DOIGT


POING


PÉNIS


VAGIN


ANUS



BIEN-ÊTRE + SANTÉ

BIEN-ÊTRE PHYSIQUE

BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL

BIEN-ÊTRE MENTAL

BIEN-ÊTRE SOCIAL

ÉTAT DE SANTÉ

VULNÉRABILITÉ

BON ÉTAT DE SANTÉ

SANTÉ SEXUELLE

X-PHOBIES

STIGMATISATION

DISCRIMINATION

VIOLATION DES
DROITS DE L'HOMME

HOMOPHOBIE,
TRANSPHOBIE,
SÉROPHOBIE

IDENTITÉS + DÉSIRS

IDENTITÉ DE GENRE

IDENTITÉ DE GENRE

IDENTITÉ DE GENRE

IDENTITÉ BIOLOGIQUE

DÉSIR SEXUEL

IDENTITÉ SEXUELLE

TRANSGENRE

TRANSSEXUEL–LE

DÉSIR AFFECTIF

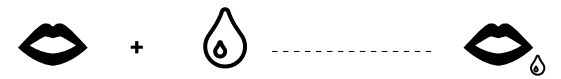
ORIENTATION SEXUELLE

HSH HOMME AYANT UNE SEXUALITÉ AVEC DES HOMMES

FSF FEMME AYANT UNE SEXUALITÉ AVEC DES FEMMES

LGBT LESBIENNE, GAYS, BIS, TRANS

FLUIDES

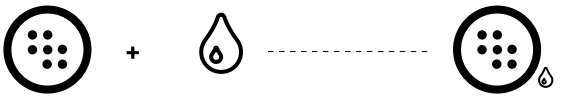


SALIVE

LAIT

SPERME

SÉCRÉTIONS
VAGINALES



TRANSPIRATION

LARMES

OUTILS DE PRÉVENTION

(X) RELATION SEXUELLE PROTÉGÉE

X RELATION SEXUELLE NON PROTÉGÉE

 PRÉSERVATIF EXTERNE

 PRÉSERVATIF INTERNE

 GANT EN LATEX

 DIGUE DENTAIRE

 LUBRIFIANT À BASE D'EAU OU DE SILICONE

INFECTIONS + MALADIES

SYPHILIS

GONOCCIES

LYMPHOGRANULOMATOSE
VÉNÉRIENNE

HPV
PAPILLOMA VIRUS HUMAIN

HSV-2
HERPÈS GÉNITAL

CHLAMIDIAE

ABCDE

HÉPATITES

MICROBES

INTERVENTION DE PRÉVENTION

INTERVENTIONS COMBINÉES
DE PRÉVENTION DU VIH

CIRCONCISION

PRÉSERVATIF
INTERNE + EXTERNE

TRAITEMENT DES IST

STRUCTUREL
LÉGISLATIF / JURIDIQUE

DÉPISTAGE DU VIH

INTERVENTIONS
COMPORTEMENTALES

MICROBICIDES

TASP

TRAITEMENT POUR
LA PRÉVENTION

TPE

TRAITEMENT
POST-EXPOSITION

PREP

TRAITEMENT
EN PROPHYLAXIE
PRÉ-EXPOSITION

RDRS

RÉDUCTION
DES RISQUES
SEXUELS

PRATIQUES SEXUELLES AVEC PÉNÉTRATION

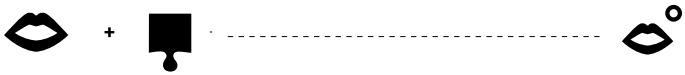
—

PRATIQUE SEXUELLE
AVEC PÉNÉTRATION
DÉFINIE PAR LA PARTIE DU CORPS QUI EST PÉNÉTRÉ

PRATIQUE SEXUELLE
AVEC PÉNÉTRATION
DÉFINIE PAR L'OBJET OU PARTIE DU CORPS QUI PÉNÈTRE


PÉNÉTRATION ANALE


PÉNÉTRATION VAGINALE


FELLATION


FIST-FUCKING


PÉNÉTRATION DIGITALE


PÉNÉTRATION PAR SEXTOY

PRATIQUES SEXUELLES SANS PÉNÉTRATION

PRATIQUE SEXUELLE
SANS PÉNÉTRATION

JEUX DE SANG

JEUX DE FLUIDE

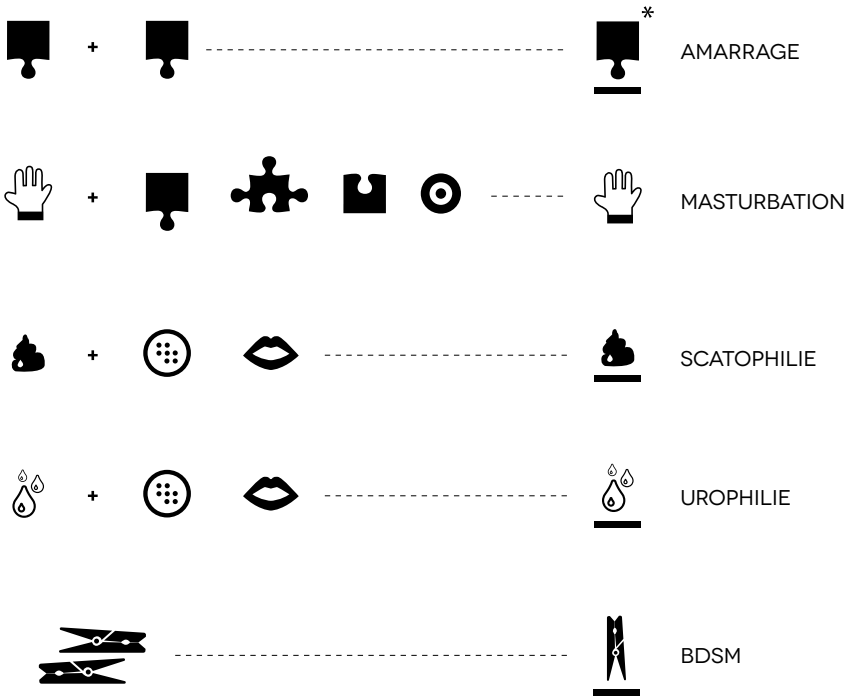
CUNNILINGUS

ANULINGUS

BOIRE AU SEIN, TÉTER

EMBRASSER

TRIBADISME


AMARRAGE
MASTURBATION
SCATOPHILIE
UROPHILIE
BDSM

Achevé d'imprimer en Juin 2014