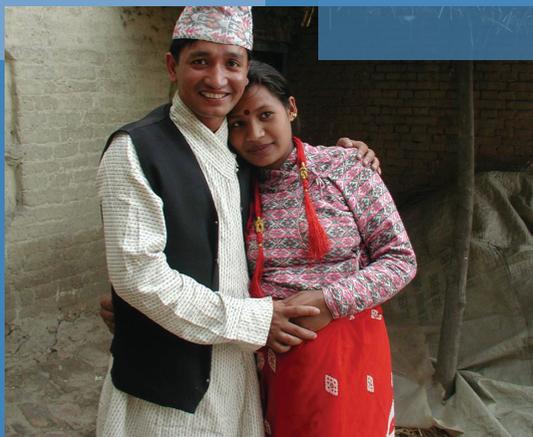


Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH



Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

1.Infections à VIH - transmission. 2.Transmission verticale de maladie infectieuse – prévention et contrôle. 3.Hommes. 4.Conjoints. 5.Connaissances, attitudes et pratiques en santé. 6.Comportement de réduction des risques. 7.Afrique subsaharienne. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250367 8

(Classification NLM : WC 503.3)

© **Organisation mondiale de la Santé 2012**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Résumé	v
Introduction	1
Raison d'être et contexte	2
Inégalités entre hommes et femmes et leur impact sur la PTME	4
Avantages de l'engagement des hommes dans la PTME	7
Quelle est la nature de la participation actuelle des hommes à la PTME ?	9
Quels sont les obstacles à la participation des hommes à la PTME ?	10
Base de connaissances : vers des programmes transformateurs qui visent à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes	15
Comment avancer vers une programmation transformatrice visant à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes ? Caractéristiques préconisées pour les programmes d'implication des hommes dans la PTME	19
La question de la qualité de la relation est-elle la pièce manquante ?	26
Considérations, questions et ressources méthodologiques	29
Questions à examiner	30
Lacunes dans les connaissances et axes de recherche pour l'avenir	34
Références	35

Sigles et acronymes

CDV	conseil et dépistage volontaire
CDVC	conseil et dépistage volontaire de couple
CHAMPION	Channelling Men's Positive Involvement in the National HIV Response (Mettre l'implication positive des hommes au service de la riposte nationale au VIH)
DALY	année de vie ajustée sur l'incapacité
GEM	Gender-Equitable Men (Scale) (échelle Hommes équitables par rapport au genre)
HPTN	HIV Prevention Trials Network (Réseau des essais sur la prévention du VIH)
IC	intervalle de confiance
IST	infections sexuellement transmissibles
OMD	objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OR	odds ratio
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PTPE	prévention de la transmission parents-enfant
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SSG	santé sexuelle et génésique
TAR	traitement antirétroviral
TME	transmission mère-enfant
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	AID des États-Unis d'Amérique
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

En 2009, 370 000 enfants ont été infectés dans le monde par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Presque tous ces enfants ont contracté le VIH par le biais de la transmission mère-enfant (TME). Quatre-vingt-dix pour cent d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. Dans leurs documents d'orientation, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) invitent à une riposte globale centrée sur les femmes et adaptée à la réalité de leur vie. Dans le cadre d'une approche centrée sur les femmes, l'implication des hommes a été identifiée comme un domaine d'intervention prioritaire, son impact sur les différentes composantes des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ayant été largement démontré. Une revue approfondie de la littérature de santé publique a été menée pour évaluer le niveau actuel et la nature exacte de l'implication des hommes et pour identifier les opportunités de faire évoluer de manière constructive leur engagement dans la PTME. Sur le plan géographique, le présent document se concentre sur l'Afrique subsaharienne. Il souligne les avantages établis de l'engagement des hommes dans la PTME du VIH, les obstacles à leur engagement et les stratégies prometteuses pour les impliquer, ainsi que les questions conceptuelles et méthodologiques qui doivent faire l'objet d'une réflexion et de travaux de recherche supplémentaires. Ce document révèle que malgré leurs attitudes extrêmement positives quant à une programmation qui les implique dans la PTME, l'engagement des hommes dans ces services reste très faible. Parmi les obstacles à leur participation, on retrouve la peur de connaître son statut par rapport au VIH, de la stigmatisation et de la discrimination. Mais les obstacles les plus importants sont peut-être ceux d'ordre conceptuel et politique qui contribuent involontairement à leur exclusion de la PTME et d'autres services de santé génésique. Institutionnaliser pendant des années la santé génésique comme relevant de la santé de la femme a contribué à ce que les hommes perçoivent les services de consultations comme des « espaces pour les femmes » et la santé génésique comme « du ressort des femmes », et a rendu d'une manière générale les services de santé peu accueillants à l'égard des hommes et des couples. Ce document entend démontrer que, pour maximiser les résultats sanitaires de la PTME chez l'enfant, la femme et l'homme, il faut cesser de voir les hommes comme étant simplement des « facteurs facilitants » permettant aux femmes d'accéder à des services de santé, mais les considérer comme faisant partie intégrante des politiques et des pratiques en matière de santé génésique. Il montre que l'engagement constructif des hommes peut produire et produit effectivement des résultats positifs pour la santé des femmes, des enfants et des familles.

Introduction

1. Le présent document vise à favoriser la tenue de discussions et de délibérations fructueuses pour faire progresser, de manière constructive, l'engagement des hommes dans l'élimination de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez l'enfant et dans la promotion de la santé des femmes et de la famille. Il a servi à l'origine de document de base pour une consultation sous-régionale d'experts sur l'implication des hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) parrainée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) qui s'est tenue à Kigali du 24 au 26 août 2011 ; il s'appuie sur les activités menées au niveau mondial et régional s'attachant à intégrer judicieusement la participation des hommes dans les services et les programmes de santé. Ces activités comprennent la réunion de la cellule mondiale de réflexion sur l'élimination des nouvelles infections à VIH chez l'enfant (Johannesburg, mai 2011) ainsi que la consultation sur l'intégration de la planification familiale, de la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant et de la lutte contre le VIH menée par AID des États-Unis d'Amérique (USAID) et le Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (PEPFAR) (Washington DC., avril 2011). En mettant l'accent sur l'Afrique subsaharienne, ce document présente la littérature actuelle portant sur l'implication des hommes dans la PTME, y compris sur les avantages établis de leur participation dans la PTME du VIH, les obstacles à leur engagement, les stratégies prometteuses pour les impliquer, et les questions conceptuelles et méthodologiques qui doivent faire l'objet d'une réflexion et de recherches supplémentaires. Il utilise comme base de discussion le document de l'OMS intitulé *PMTCT strategic vision 2010–2015* (OMS, version 2010a) et les documents correspondants de l'ONUSIDA intitulés *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015* (ONUSIDA 2011) et *Une action conjointe en vue de résultats : cadre de*

résultats de l'ONUSIDA, 2009–2011 (ONUSIDA, version 2010a). À partir de ces documents, il fait ressortir l'intégration des services et l'attention accrue accordée au couple en expliquant comment ces stratégies concrètes et prometteuses ouvrent la voie à une plus grande implication des hommes. Il soulève aussi la problématique de notre compréhension et de notre acceptation conceptuelles actuelles de la PTME (ainsi que des services de lutte contre le VIH et des autres services de santé sexuelle et génésique [SSG]) en tant que domaine appartenant aux femmes. Ce document entend démontrer en effet que, pour maximiser les résultats sanitaires de la PTME chez l'enfant, la femme et l'homme, il faut cesser de voir les hommes comme étant simplement des « facteurs facilitants » permettant aux femmes d'accéder à des services de santé (Peacock et al. 2009 ; Larsson et al. 2010), mais les considérer comme faisant partie intégrante des politiques et des pratiques en matière de santé génésique (Theuring et al. 2009).

Raison d'être et contexte

2. **Les statistiques.** En 2009, 370 000 enfants ont été infectés par le VIH dans le monde – soit plus de 1000 enfants par jour (ONUSIDA 2011). Presque tous ces enfants ont contracté le VIH par le biais de la transmission mère-enfant (TME) (McIntyre 2006 ; ONUSIDA 2006). En Afrique subsaharienne, les enfants sont particulièrement affectés par le VIH : environ 2 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans sont séropositifs au VIH, ce qui représente environ 90 % de la totalité des enfants infectés à travers le monde (Byamugisha et al. 2010b). Dans le monde, l'infection à VIH continue à faire des ravages sur la santé des femmes. Principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer, elle est désormais la principale cause de mortalité maternelle dans les pays à forte charge d'infection à VIH comme l'Afrique du Sud et le Zimbabwe (OMS 2010a). Selon les estimations, entre 42 000 et 60 000 femmes enceintes sont mortes de l'infection à VIH en 2009 (ONUSIDA 2011).

3. Malgré tous les progrès accomplis, l'accès et le recours aux services de PTME restent insuffisants.

Dans les pays à revenu élevé, la TME du VIH a été réduite à environ 1 % par des mesures de prévention, notamment par des services efficaces de conseil et de dépistage du VIH volontaire ou systématique, le traitement antirétroviral (TAR) et l'utilisation de substituts du lait maternel sûrs, accessibles et financièrement abordables (Tudor Car et al. 2011). Si cet état de fait montre que les mesures visant à mettre un terme aux nouvelles infections se révèlent efficaces, la réalité dans les pays pauvres est radicalement différente, la couverture des interventions de PTME chez les femmes et les enfants y restant très insuffisante (Gloyd et al. 2007 ; Johnson 2009). En 2009, on estime que 26 % des femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou moyen ont fait un test

de dépistage du VIH et que 53 % des femmes enceintes séropositives au VIH y ont reçu au moins un type de prophylaxie par ARV. La couverture des programmes était inférieure à 50 % dans 11 des 25 pays où vit le plus grand nombre de femmes ayant besoin d'ARV pour réduire la TME (OMS/ONUSIDA/ UNICEF 2010). Il faut toutefois reconnaître que, dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, des progrès considérables ont été accomplis depuis l'an 2000 concernant l'introduction et l'extension du programme de PTME du VIH en tant que composante faisant partie intégrante des soins prénatals.

4. L'extension rapide des interventions efficaces auprès des femmes est au cœur de la riposte mondiale. Le document de l'OMS intitulé *PMTCT strategic vision 2010–2015* (OMS, version 2010a)

Tableau 1. La PTME et le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*

Qu'est-ce que la TME ?	« L'infection à VIH transmise d'une mère infectée par le VIH à son enfant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein s'appelle transmission mère-enfant (TME) » (OMS 2010a)		
Cadre programmatique	Le cadre de mise en œuvre pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie s'appuiera sur une stratégie plus large agissant sur quatre fronts. Cette stratégie fournit les bases sur lesquelles seront conçus et mis en œuvre les plans nationaux ; elle englobe un éventail de mesures en matière de prévention et de traitement de l'infection à VIH, des services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que la planification familiale, l'ensemble de ces activités faisant partie intégrante des efforts des pays pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4, 5 et 6.		
Front 1	Front 2	Front 3	Front 4
Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer au sein des services liés à la santé génésique, comme les soins prénatals, les soins du post-partum et les soins pendant la période postnatale, ainsi que les autres points de prestation de services liés à la santé ou au VIH, y compris en travaillant avec des structures communautaires.	Fourniture d'un conseil et d'un soutien appropriés ainsi que de contraceptifs aux femmes vivant avec le VIH afin de satisfaire leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale et d'espacement des naissances et d'optimiser les résultats sanitaires de ces femmes et de leurs enfants.	Garantie pour les femmes enceintes vivant avec le VIH de recevoir un conseil et un dépistage du VIH et d'avoir accès aux antirétroviraux nécessaires pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein.	Soins, traitement et soutien dans le domaine du VIH pour les femmes et les enfants vivant avec le VIH et leur famille.

et les documents correspondants de l'ONUSIDA intitulés *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015* (ONUSIDA 2011) et *Une action conjointe en vue de résultats : cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009–2011* (ONUSIDA, version 2010a) exhortent clairement les pays à placer la réalité de la vie des femmes, ainsi que les droits en matière de procréation et les besoins de cette population au cœur de leur plan national afin d'intensifier les interventions pour prévenir l'infection à VIH chez l'enfant et promouvoir la santé des mères (le cadre programmatique du Plan mondial est présenté dans le tableau 1). Cela signifie que les plans doivent « être fermement ancrés dans les meilleurs intérêts de la mère et de l'enfant » (ONUSIDA 2011:8) et que les services doivent satisfaire leurs besoins de façon holistique.

5. Accroître la prise en compte de la réalité de la vie des femmes : intégration de l'infection à VIH et de la SSG. L'établissement de liens entre les services liés au VIH et les autres services de SSG permet d'accomplir bien des choses. *L'intégration a du sens pour les gens* et tient compte des réalités des besoins des femmes. Par exemple, l'intégration des interventions de PTME dans les services de santé maternelle et néonatale a du sens puisque ces services coïncident dans le temps avec la grossesse, le travail, l'accouchement et le début de la période du post-partum et parce que la majorité des femmes se rendent en consultation prénatale au moins une fois (Tudor Car 2011). *L'intégration œuvre en faveur du droit humain d'accéder à des soins primaires* : « c'est reconnaître l'importance de donner les moyens aux individus de faire des choix en toute connaissance de cause sur leur santé sexuelle et génésique, et le rôle crucial que la sexualité joue dans leur vie » ONUSIDA 2010b:15). Il est particulièrement important de prendre ici en considération le droit humain que les femmes séropositives ou séronégatives au VIH ont de décider d'avoir ou non des enfants, et, si oui, d'en décider du moment et du nombre, dans la mesure où il a été clairement établi que la planification familiale est une stratégie efficace de prévention de l'infection à VIH (Wilcher

et al. 2008). *L'intégration tient compte de la réalité épidémiologique* : aussi bien l'homme que la femme courent un risque élevé de contracter l'infection à VIH quand la femme est enceinte (Moodley et al. 2009). « La plupart des infections à VIH ont été transmises par voie sexuelle, ou sont associées à la grossesse, à la naissance et à l'allaitement, et certaines infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent le risque de transmission du VIH. En outre, la mauvaise santé sexuelle et génésique et l'infection à VIH ont les mêmes origines, c'est-à-dire les inégalités économiques, l'accès limité à des informations appropriées, les inégalités entre hommes et femmes, les normes culturelles néfastes et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables » (ONUSIDA 2010b:15). *L'intégration crée une synergie et peut conduire à des économies de coûts* : la plupart des pays ayant une lourde charge d'infection à VIH se heurtent également à d'importantes difficultés pour améliorer les résultats sanitaires chez la mère et l'enfant ; utiliser les structures et les ressources humaines existantes pour étendre les services peut par conséquent devenir une stratégie déterminante d'un bon rapport coût/efficacité pour parvenir à un accès équitable et universel aux soins de santé et améliorer la santé et la survie des femmes et des enfants.

6. Une autre réalité de la vie des femmes : les hommes. Les programmes de PTME étant axés sur la femme, certains ont préconisé un examen de l'engagement des hommes dans la PTME pour réaliser les objectifs du programme – non seulement pour réduire l'incidence de l'infection chez les femmes et les nourrissons, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de la cellule familiale dans son ensemble en termes de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH. Au cours de la dernière décennie, l'implication des hommes a en effet été reconnue comme une priorité pour les programmes de PTME (OMS et al. 2007). La raison en est claire. L'impact de l'implication des hommes sur les différentes composantes des programmes de PTME a été largement étudié (Falnes et al. 2011) : l'homme joue un rôle important dans le risque d'infection à VIH chez la femme (Msuya et al. 2006b) et dans la prévention de cette infection en

termes d'utilisation du préservatif dans le couple (Farquhar et al. 2007 ; Desgrées-du-Loû et al. 2009a). L'homme joue également un rôle dans l'utilisation des services par la femme, y compris pour le test de dépistage du VIH (Maman et al. 2001 ; Baiden et al. 2005 ; Banjunirwe et Muzooru 2005 ; Peltzer et al. 2008.) et pour obtenir les résultats de ce test (Peltzer et al. 2008). Le partenaire masculin influe aussi sur les décisions de la femme concernant le traitement, notamment de recevoir ou non des médicaments (Farquhar et al. 2004 ; Msuya et al. 2008 ; Peltzer et al. 2008) et de suivre ou non les conseils reçus en matière d'alimentation du nourrisson (de Paoli et al. 2002, 2004b ; Brou et al. 2007 ; Farquhar et al. 2004 ; Msuya et al. 2008 ; Tijou Traoré et al. 2009).

7. L'implication des hommes comme élément de la riposte mondiale. En tenant compte de cette réalité et dans le cadre de son approche centrée sur la femme, le Plan mondial déclare que « des efforts doivent être réalisés pour assurer l'implication et le soutien des hommes dans tous les aspects de ces programmes et pour lutter contre la discrimination liée à l'infection à VIH et aux inégalités entre hommes et femmes qui compromettent l'accès à ces services, ainsi que leur utilisation et la fidélisation des patients » (ONUSIDA 2011:8). Les programmes et les services de SSG ont été principalement axés sur les femmes, si bien que les hommes ont souvent manqué d'informations pour prendre des décisions éclairées au sujet des comportements sains et des rôles qu'ils pourraient jouer pour promouvoir la santé globale de la famille, y compris pour l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Certaines études montrent que lorsqu'ils ont la possibilité de participer à des programmes de SSG, telles que la planification familiale et les programmes de PTME, les hommes souhaitent être positivement impliqués dans la promotion de la santé de leur famille et de leur communauté (Peacock et al. 2009). Le résultat, comme le montre le présent document, c'est que l'engagement constructif des hommes peut produire et produit effectivement des résultats positifs pour la santé des femmes, des enfants et des familles.

Inégalités entre hommes et femmes et leur impact sur la PTME

8. Historiquement, de nombreux programmes de PTME ont organisé leurs services comme si les clients potentiels étaient libres d'agir de façon autonome. Ainsi, la plupart des activités de sensibilisation et de mise en œuvre liées à la planification familiale ainsi qu'à la prévention et aux soins de l'infection à VIH ont été destinées en premier lieu aux femmes, sans tenir compte des normes culturelles et sexospécifiques susceptibles d'influer sur la prise de décision par les femmes sur ces questions (Peacock et al. 2009). En réalité, **la prise de décision par les femmes au sujet de leurs grossesses et de leur santé est profondément influencée par leur partenaire, par la communauté ainsi que par les normes et les croyances sociales concernant l'infection à VIH et le sida** (ONUSIDA 2011). Comme on le verra ci-dessous, des études récentes montrent la façon dont les normes sexospécifiques du système patriarcal affectent l'utilisation, la prestation et l'efficacité des différentes composantes du service de PTME.

9. Les femmes peuvent se trouver dans l'incapacité de négocier des rapports sexuels ou des pratiques sexuelles sans risque, telles que l'utilisation de préservatifs ou de contraceptifs, ce qui peut être la cause d'une infection à VIH, d'une autre IST ou d'une grossesse non planifiée. Les études menées en Afrique subsaharienne montrent clairement que, dans la plupart des endroits, les normes sociales et culturelles accordent aux hommes le pouvoir de décider de la nature des relations sexuelles. Parmi les participants d'un grand nombre d'études, un consensus s'était manifestement dégagé sur le fait que la décision d'utiliser un préservatif revenait au partenaire masculin (Farquhar et al. 2004 ; Desgrées-du-Loû et al. 2009b) et que les hommes associaient souvent l'utilisation du préservatif à l'infidélité, jugeant donc cette utilisation inappropriée dans le cadre d'une relation sérieuse (Falnes et al. 2011). Malgré leurs connaissances sur le préservatif acquises en

consultation et l'opinion favorable qu'elles s'en étaient fait, de nombreuses femmes refusaient de demander à leur partenaire d'en utiliser un par crainte de ses réactions (Falnes et al. 2011).

10. La peur du rejet, de la stigmatisation et de la violence peut empêcher les femmes d'utiliser des services de conseil et de dépistage du VIH. La peur des réactions de leur partenaire vis-à-vis du dépistage du VIH et du partage des résultats était pour les femmes un obstacle important à l'accès à ces services (Maman et al. 2001, 2003 ; Medley et al. 2004 ; OMS 2004 ; Bajunirwe et Muzoora 2005). Elles craignaient la façon dont leur partenaire allait réagir, d'être abandonnées, de perdre leur soutien économique, d'être victime de stigmatisation, de rejet, de discrimination et de violences, de bouleverser ou contrarier certains membres de leur famille ou de devoir faire face à des accusations d'infidélité (Bor 1997 ; Kilewo et al. 2001 ; Gaillard et al. 2002 ; de Paoli et al. 2004a ; Medley et al. 2004). Chez la femme, le sentiment que son mari approuverait qu'elle fasse un test de dépistage du VIH était en fait le meilleur facteur prédictif de la volonté d'accepter un test VIH. Les femmes qui pensaient que leur mari serait d'accord étaient presque six fois plus susceptibles de manifester leur volonté d'être testées que celles qui pensaient que leur mari n'approuverait pas (odds ratio [OR] = 5,6, intervalle de confiance [IC] à 95 % = [2,8–11,2] (Bajunirwe et Muzoora 2005). Dans une étude, le consentement du partenaire était la principale raison pour refuser le dépistage du VIH (Homsy et al. 2007).

11. La plupart des études citées au paragraphe 10 ont toutefois été réalisées avant que l'accès au TAR soit élargi et que le dépistage avec option de refus (opt-out) soit introduit. **Les hommes et les femmes acceptaient généralement mieux le dépistage avec option de refus.** Il est important de noter que les hommes étaient beaucoup plus enclins à accepter le dépistage de leur partenaire quand le test VIH était considéré comme un élément systématique des protocoles de PTME (Falnes et al. 2011). Le dépistage avec option de refus atténuait aussi les craintes des femmes et les rendait plus

enclins à accepter le dépistage (Byamugisha et al. 2010a). Le conseil et le dépistage volontaire du VIH (CDV) étaient beaucoup moins acceptables pour les femmes quand ils ne faisaient pas partie de la prise en charge systématique. Les hommes interprétaient cette conduite comme signifiant soit que la femme suspectait son partenaire d'infidélité, soit qu'elle-même avait été infidèle (Falnes et al. 2011).

12. Les femmes se sentent accablées qu'on leur demande en consultation que leur partenaire fasse un test de dépistage du VIH (Larsson et al. 2011). Les femmes ne se sentaient pas en mesure de demander à leur partenaire masculin de réaliser un test VIH en raison de leur propre peur de faire ce test et d'en partager les résultats avec lui. Elles ont plutôt exprimé le désir que cette demande émane du personnel de santé (Falnes et al. 2011).

13. L'observance du schéma d'alimentation du nourrisson est influencée par les hommes. L'alimentation du nourrisson était considérée comme relevant du domaine des femmes, mais seulement tant que le mode d'alimentation du nourrisson était conforme aux normes sociales. Dans la mesure où l'alimentation du nourrisson est souvent faite dans des lieux publics, la manière dont les femmes choisissent de nourrir leur bébé est visible aux yeux des voisins et des membres de la famille. Quand ce choix n'est pas conforme aux normes culturelles en matière de mode d'alimentation, il peut involontairement conduire à révéler la séropositivité de la femme. Cela peut également mettre la femme face à des sanctions telles qu'« être forcée d'allaiter ou même de divorcer » (Falnes et al. 2011).

14. Pour toutes ces raisons, il est certain que **l'implication des hommes et la participation de la communauté sont essentielles à la réussite des programmes** : « le processus de développement et de mise en œuvre des programmes doit inclure une participation judicieuse des femmes, en particulier des mères vivant avec le VIH, pour s'attaquer aux obstacles qui barrent l'accès aux services, et pour œuvrer en tant que partenaires pour dispenser des soins. En outre, des efforts doivent être réalisés pour

Tableau 2. Les objectifs du Millénaire pour le développement et le Plan mondial (ONUSIDA 2011)

Rôle essentiel de la PTME dans la santé dans le monde	L'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie contribuent directement à la réalisation de quatre des OMD là où les avancées sont actuellement limitées par l'infection à VIH. De même, les avancées obtenues dans la réalisation d'autres OMD contribuent à la prévention et au traitement de l'infection à VIH chez les femmes et les enfants.		
OMD 3	OMD 4	OMD 5	OMD 6
Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes – en favorisant l'autonomie des femmes par l'accès à des informations sur la prévention de l'infection à VIH, aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH, ainsi qu'aux services de SSG ; en impliquant les mères vivant avec le VIH comme partenaires clés dans la réalisation du plan et par l'engagement des partenaires masculins. Les femmes à qui l'on a donné les moyens d'agir sont davantage en mesure de négocier des relations sexuelles à moindre risque, et leur vulnérabilité à l'infection à VIH est réduite en éliminant la violence sexiste.	Réduire la mortalité infantile et post-infantile – en réduisant le nombre de nourrissons infectés par le VIH ; en fournissant traitement, soins et soutien aux enfants non infectés nés de mères vivant avec le VIH et en garantissant des liens efficaces vers des traitements capables de sauver leur vie pour les enfants vivant avec le VIH ; et indirectement en améliorant la santé maternelle et en garantissant des modes d'alimentation à moindre risque du nourrisson. Les taux de survie des enfants nés de femmes vivant avec le VIH augmentent si la situation au cours de la période néonatale et les pratiques familiales en matière de soins sont améliorées.	Améliorer la santé maternelle – en prévenant l'infection à VIH chez les femmes et en fournissant des services de planification familiale aux femmes séropositives au VIH en âge de procréer ; et en garantissant des soins, un traitement et un soutien efficaces aux mères vivant avec le VIH. Lorsque les systèmes de santé sont robustes, ils peuvent contribuer à garantir de bonnes conditions d'accouchement ainsi qu'une détection précoce de l'infection à VIH chez la femme enceinte et son inscription à un programme de traitement.	Combattre le VIH et le sida, le paludisme et d'autres maladies – en prévenant la propagation de l'infection à VIH en prévenant l'infection chez les femmes en âge de procréer ; en prévenant la transmission du VIH aux enfants et en traitant les mères ; et en garantissant des liens forts et efficaces pour des soins, un traitement et un soutien continus pour les enfants et pour les mères vivant avec le VIH. Le traitement antituberculeux permet de réduire le nombre de décès chez les femmes enceintes vivant avec le VIH. La prévention de la tuberculose et du paludisme permet de réduire la mortalité infantile et maternelle chez les femmes et les enfants vivant avec le VIH.

assurer l'implication et le soutien des hommes dans tous les aspects de ces programmes et pour lutter contre la discrimination liée au VIH et aux inégalités entre hommes et femmes qui compromettent l'accès à ces services, ainsi que leur utilisation et la fidélisation des patients » (ONUSIDA 2011:8).

Avantages de l'engagement des hommes dans la PTME

15. Parmi les études signalées dans la partie précédente, bon nombre donnent une description détaillée des effets du manque d'implication des hommes dans la santé maternelle et infantile en Afrique. Prises seules, ces informations alimentent une notion souvent passée sous silence dans laquelle l'homme est vu comme un *obstacle à la santé* plutôt que comme un partenaire dans la promotion de la santé familiale. Pourtant, il existe des données de plus en plus nombreuses indiquant que **quand les hommes procèdent à un examen critique des normes de pouvoir, acquièrent de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences et remettent en question les normes sexospécifiques en vigueur, il peut en résulter de nombreux avantages pour la santé génésique globale des familles** (OMS 2007).

16. Pourquoi est-il important d'engager les hommes dans la PTME et la promotion de la santé globale de la famille ? Un membre du personnel de CARE-Burundi a répondu en toute simplicité à cette question lors d'une formation récente : « il faut à la fois un homme et une femme pour la reproduction. Les hommes sont la moitié de l'équation. Il faut les impliquer ». Actuellement, les hommes prennent de nombreuses décisions qui affectent la vie privée et familiale. **Leur implication et leur soutien constructifs à l'élimination du VIH chez l'enfant et à la promotion de la santé des femmes et de la famille permettraient non seulement que la responsabilité à l'égard de la santé familiale (actuellement à la charge des femmes de manière disproportionnée) soit partagée entre les hommes et les femmes, mais aussi accélèrent à l'échelle mondiale les progrès vers la réalisation des OMD** (en particulier les OMD 3 à 6) qui sont cruciaux pour

le développement des pays (tableau 2). On ne peut pas exclure la moitié de la population si l'on tient vraiment à créer une riposte mondiale de grande envergure pour éliminer l'infection à VIH chez l'enfant. Il faut rallier les hommes à cette cause et leur démontrer les avantages pour eux-mêmes et pour la famille de l'égalité entre hommes et femmes, de la prise de décision commune, du partenariat et de la non-violence. Cette partie présente les effets que l'implication positive et constructive des hommes pourrait avoir sur la PTME.

17. L'implication des hommes contribue à la prévention de l'infection à VIH en facilitant la communication au sein du couple au sujet de la sexualité. La participation du partenaire favorise la communication entre époux sur l'infection à VIH et les risques sexuels (Desgrées-du-Loû et al. 2009a). Elle devient plus cruciale encore dans les couples sérodifférents, quand l'implication de l'homme dans le dépistage peut permettre au couple d'aborder l'utilisation du préservatif, de diminuer les rapports sexuels avec des partenaires extérieurs et de contribuer ainsi à prévenir la transmission du VIH et des autres IST au partenaire non infecté (Roth et al. 2001 ; Allen et al. 2003). Certaines études ont également retrouvé une association entre l'implication des hommes et l'utilisation de méthodes contraceptives (Becker 1996 ; Sternberg et Hubley 2004). Enfin, en tant que partenaires de soutien, les hommes peuvent influencer sur l'environnement social de la famille, surtout auprès de la famille élargie, pour créer un environnement qui soit plus propice au recours au traitement, à son observance, au respect des rendez-vous de consultation et à la rétention dans les soins à la fois pendant la grossesse et après l'accouchement. L'implication des hommes en tant que partenaires de soutien peut alors contribuer à la santé des deux parents ainsi qu'à la prévention de la transmission pendant la période périnatale.

18. Le conseil et le dépistage du VIH de couple donnent accès à de nombreux avantages. Dans une étude menée au Kenya, les femmes séropositives qui avaient recours au CDV avec leur conjoint étaient trois fois plus susceptibles que

celles qui assistaient seules au CDV d'observer correctement leur schéma prophylactique pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et cinq fois plus susceptibles d'observer correctement l'option d'alimentation du nourrisson choisie (Farquhar et al 2004). Dans une autre étude, la probabilité qu'une femme soit enregistrée dans une structure de soins pour accoucher était 28 % plus élevée pour une femme ayant reçu un conseil et réalisé un test de dépistage avec son partenaire que pour une femme qui avait fait ce test seule (Conkling et al. 2010). L'accouchement dans une structure de soins permet de garantir le respect de la posologie des antirétroviraux administrés à l'enfant ainsi que l'utilisation de pratiques obstétricales modifiées dont il a été démontré qu'elles réduisaient la TME. Les femmes ayant fait un test avec leur partenaire étaient moins susceptibles d'être perdues de vue que celles ayant fait ce test seules (Conkling et al. 2010). Certaines études ont observé chez la femme une utilisation plus fréquente de modes d'alimentation du nourrisson alternatifs (Farquhar et al. 2004) et une plus grande acceptation du dépistage du VIH (Semrau et al. 2005) quand elle recevait en même temps que son partenaire un conseil avant ou après le test.

19. Il existe une association entre le partage du statut avec le partenaire et la prévention de l'infection à VIH. Les femmes qui partageaient leur séropositivité au VIH avec leur partenaire étaient plus susceptibles que celles qui ne l'avaient pas fait de revenir pour un conseil après le test, d'accepter une prophylaxie antirétrovirale, de modifier le mode d'alimentation du nourrisson et d'utiliser davantage des préservatifs dans la période du post-partum (Kiarie et al. 2006 ; Farquhar et al. 2004 ; Semrau et al. 2005 ; Msuya et al. 2006a). Une analyse multivariée a fait apparaître que les femmes qui avaient partagé leur séropositivité et signalé que peu souffrir de discrimination liée au VIH observaient plus scrupuleusement la prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la TME. De même, l'observance des doses de névirapine données à la mère et au nourrisson était meilleure chez les femmes dont le partenaire masculin était impliqué dans les soins prénatals (Peltzer et al. 2011).

20. L'implication des hommes a un impact positif sur le mode d'alimentation des nourrissons et permet de réduire le taux de mortalité des nourrissons. Les hommes prenaient une part active à appliquer les conseils reçus (surtout en ce qui concerne l'allaitement au sein exclusif et le sevrage précoce) quand ils savaient que leur épouse était séropositive au VIH et qu'ils étaient impliqués dans le projet de PTME (Tijou Traoré et al. 2009). Dans une étude menée en République-Unie de Tanzanie (Msuya et al. 2008), il a été noté que l'impact principal de la participation du partenaire portait sur le mode d'alimentation du nourrisson. Dans cette étude, chez les femmes dont le partenaire était impliqué et qui avaient choisi l'allaitement au sein exclusif, 64 % ont réussi à éviter de donner une alimentation mixte et ont cessé l'allaitement au sein à l'âge de 4 à 6 mois, contre 28 % chez celles dont le partenaire n'était pas impliqué. Pour celles qui choisissaient d'utiliser une préparation pour nourrissons, l'observance de ce mode d'alimentation était de 80 % lorsque le partenaire était impliqué contre 29 % lorsque le partenaire ne l'était pas. Dans une autre étude menée au Kenya (Aluisio et al. 2011b), la participation des hommes au dépistage du VIH dans les activités prénatales de PTME avec dépistage du VIH avait un impact sur les résultats sanitaires du nourrisson. Selon les auteurs de cette étude, après ajustement sur la charge virale maternelle et l'allaitement au sein, le risque combiné d'acquisition de l'infection à VIH et de mortalité infantile était plus faible si le partenaire avait auparavant participé à la PTME et réalisé un test de dépistage du VIH.

21. Certaines données suggèrent que l'implication des hommes, en plus d'avoir des avantages pour la santé, peut aussi être une stratégie offrant un bon rapport coût/efficacité au regard de la prévention de l'infection à VIH. Un article ancien (Postma et al. 1999) sur l'infection à VIH acquise par les femmes pendant leur grossesse a porté sur l'estimation du rapport coût/efficacité d'une expansion du dépistage du VIH pendant la prise en charge prénatale dans la ville de Londres dans le cadre du dépistage volontaire universel du VIH en début de grossesse. L'analyse du scénario

était basée sur des données d'une étude française qui faisait le compte des enfants nés infectés par le VIH en dépit d'un dépistage en début de grossesse. D'après l'article, le dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes peut éviter le coût d'une prise en charge à vie d'un enfant infecté par le VIH (estimé à 296 905 US\$, en utilisant un taux d'actualisation de 5 % pour la préférence pour le présent sur les prix de 1995 et 1996) et pourrait également conduire à des gains en années de vie à la fois pour la mère et pour l'enfant. Le document conclut que le dépistage volontaire universel du VIH lors de la prise en charge prénatale est une intervention qui présente un bon rapport coût/efficacité et permet potentiellement des économies dans les zones à forte prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte. Au cours de la consultation sous-régionale sur l'implication des hommes dans la PTME qui s'est tenue à Kigali, une conclusion supplémentaire a été avancée par l'un des auteurs de cet article : le test de dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes, réalisé dans le cadre du dépistage universel ou refait de manière sélective, présenterait même en outre un rapport coût/efficacité plus avantageux s'il pouvait permettre d'éviter l'infection à VIH de la mère ou du père en plus de l'enfant. Un exercice récent de modélisation utilisant des données provenant du Rwanda (Ndagije 2011) est parvenu à des conclusions similaires. Au Rwanda, 56 % des couples dans lesquels au moins un des partenaires est infecté par le VIH sont sérodifférents pour le VIH, ce qui signifie qu'environ 133 000 couples sont sérodifférents dans le pays. Selon les estimations du modèle, et sur la base d'hypothèses tirées de publications revues par un comité de lecture sur l'efficacité du conseil et du dépistage du VIH de couple pour réduire la transmission horizontale et la transmission verticale, la réalisation à l'échelle nationale d'un conseil et d'un dépistage du VIH de couple pourrait permettre de prévenir 31 691 infections au coût de 1136 US\$ par infection évitée. Le conseil et le dépistage du VIH de couple avait évité 91 infections et 2861 années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) – soit plus d'infections et de DALY évitées que ce qui est observé avec l'option standard de conseil et de dépistage du VIH (88 infections et 2772 DALY évitées. L'auteur conclut

que le conseil et le dépistage du VIH de couple est une méthode de prévention de l'infection à VIH offrant un bon rapport coût/efficacité pour les couples sérodifférents et pour la prévention de la transmission du VIH aux nourrissons.

Quelle est la nature de la participation actuelle des hommes à la PTME ?

22. La participation des hommes au dépistage et au conseil du VIH pendant la période prénatale est très insuffisante. Malgré les nombreux avantages obtenus grâce à l'implication des hommes, des études menées en Afrique de l'Est et en Afrique australe ont révélé des taux de dépistage oscillant entre 8 % et 15 % (Chandisarewa et al. 2007 ; Farquhar et al. 2004 ; Msuya et al. 2008 ; Katz et al. 2009). En République-Unie de Tanzanie (région du Kilimandjaro), Falnes et al. (2011) ont constaté que seuls 3 % des hommes faisaient un test de dépistage en consultation prénatale.

23. Néanmoins, les perceptions des hommes à l'égard des avantages de la PTME sont positives et ils soutiennent généralement la participation de leur partenaire au programme de PTME (Maman et al. 2003 ; Medley et al. 2004 ; OMS 2004 ; Theuring et al. 2009). *Il existe toutefois une contradiction qu'il faut expliquer entre les attitudes positives des hommes et leur faible taux de participation dans les sites de PTME* (Theuring et al. 2009).¹

24. Les hommes qui participent à la PTME sont généralement engagés dans une relation plus sérieuse et signalent communiquer davantage avec leur partenaire au sujet de l'infection VIH. Dans une étude menée à Nairobi, par rapport aux hommes qui ne se présentaient pas aux consultations prénatales, les hommes qui s'y présentaient pour un conseil et un dépistage du VIH étaient souvent mariés monogames et installés avec leur partenaire ; ils avaient également plus souvent déjà discuté du dépistage du VIH avec leur

¹ Sur ce point, une des explications possibles est donnée plus loin dans ce document, dans la partie intitulée « La question de la qualité de la relation est-elle la pièce manquante ? ».

partenaire (27 % contre 19 %, $P = 0,001$) et étaient plus disposés à se confier à elle s'ils étaient testés séropositifs au VIH (68 % contre 59 %, $P = 0,004$). Dans une analyse multivariée, vivre ensemble et signaler avoir déjà discuté du dépistage du VIH avec sa partenaire restaient fortement associés au fait que l'homme s'était présenté en consultation prénatale (OR [IC à 95 %] = 4,34 [1,05-18,0] et 1,49 [1,12-1,97], respectivement). En outre, les femmes dont le partenaire se présentait en consultation prénatale avaient sensiblement moins de chances d'être testées séropositives au VIH que celles dont le partenaire ne s'y présentait pas (10 % versus 16 %, respectivement ; $P = 0,015$) (Katz et al. 2009). Les autres facteurs associés à la participation des hommes sont notamment le niveau d'éducation, la connaissance de son statut sérologique et avoir entendu parler de la PTME (Byamugisha et al. 2010b). S'ils avaient entendu parler de la PTME, les hommes étaient deux fois plus susceptibles d'être impliqués que ceux qui n'en avaient pas entendu parler.

La participation des hommes : l'œuf ou la poule ?

Les données ne permettent pas de trancher. Est-ce que ce sont les activités des programmes de PTME visant à promouvoir l'implication des hommes qui poussent ces derniers à utiliser ces services ? Ou est-ce que ce sont les hommes déjà impliqués de façon active dans la vie de leur partenaire qui utilisent les services de PTME (Bakari et al. 2000 ; Msuya et al. 2006a ; Katz et al. 2009 ; Larsson et al. 2010) ?

Quels sont les obstacles à la participation des hommes à la PTME ?

25. Comme décrit ci-dessous, un certain nombre de facteurs propres aux établissements et aux services (l'offre) et de facteurs sociaux (la demande) font obstacles à une participation effective des hommes aux services de PTME. Pourtant, les obstacles les plus importants sont peut-être ceux d'ordre conceptuel et politique qui contribuent involontairement à l'exclusion des hommes de

la PTME et d'autres services de santé génésique.

Greene et Biddlecom (2000) apportent une réflexion détaillée et approfondie sur cette question. Certains de ces obstacles sont décrits ci-dessous.

26. Les orientations et les financements de la communauté internationale ont poussé de nombreux pays à concentrer leurs activités sur les déterminants immédiats de l'infection chez l'enfant.

Les programmes de PTME se concentrent sur les femmes du fait que la transmission verticale du VIH à un nourrisson ne peut se produire qu'à partir d'une mère infectée par le VIH. Les femmes sont encouragées à faire un dépistage du VIH ; si elles sont séropositives, elles reçoivent une prophylaxie par ARV pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant. D'un point de vue biologique, cette orientation est justifiée ; sur le plan conceptuel, elle est en cohérence avec la théorie et la pratique mondiale en matière de santé génésique de ces dernières décennies, la femme étant au centre de toutes les activités. Les défis mondiaux en matière de santé – croissance démographique, mortalité maternelle et infantile notamment – qui menacent de faire capoter les efforts menés pour le développement des pays ont été identifiés et liés aux femmes. Aucun problème de santé urgent équivalent n'a été identifié chez les hommes en lui accordant la même importance (Gutmann 2007). En outre, le modèle « les femmes et le développement » considérait la femme comme un bon investissement en termes de ressources pour le développement ; dans de nombreux programmes de développement, les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) ont donc fait de la participation des femmes une priorité. Il y a cependant des revers à cette façon de faire. Cette fixation sur les femmes ne tient pas compte du contexte dans lequel elles vivent en tant que membre d'une relation, d'une famille et d'une communauté, et nuit à une vision plus large de la santé globale de la famille, y compris de celle des hommes (Betancourt et al. 2010 ; Njeru et al. 2011).

27. Au-delà du cadre professionnel de la santé publique, le milieu social et culturel dans lequel nous vivons a aussi traditionnellement associé la question de la reproduction à la sphère domestique ou aux femmes – un sentiment

souligné à maintes reprises dans la littérature qui renvoie au fait que les hommes considèrent les centres de santé comme des espaces féminins, et que les prestataires peuvent parfois aussi avoir des attitudes négatives quant à la participation des hommes dans des services traditionnellement réservés aux femmes. La santé publique et les cultures dans lesquelles celle-ci opère ont concouru de manière involontaire à créer un système de pensée qui associe la SSG à la femme.

28. Cette institutionnalisation de la santé des femmes a conduit à une organisation particulière des structures prénatales et de maternité, qui a certainement bénéficié aux femmes et aux familles, mais qui a également contribué à empêcher les hommes de participer à certains domaines importants de la santé. Ces interventions exclusives, efficaces pour protéger les droits des femmes, peuvent au bout du compte avoir un effet bénéfique moindre sur l'égalité en santé génésique que les interventions qui incluent les hommes (Dudgeon et Inhorn 2004 ; Walston 2005 ; Homsy et al. 2006). « Il faut reconnaître que les facteurs culturels/traditionnels qui ont toujours fait obstacle à l'implication des hommes dans les services de santé génésique ont été aggravés par la tendance des systèmes de santé à isoler de manière structurelle les hommes des questions de reproduction » (Theuring et al. 2009:599).

29. L'une des conséquences évidentes de cette logique est que le dépistage du VIH est habituellement proposé de manière séparée aux hommes et aux femmes, et ce dans des circonstances très différentes. Cela ne facilite ni la communication au sujet du VIH ou du statut par rapport à cette infection ni l'adoption de comportements préventifs au sein du couple (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann 2008). Comme Theuring et ses collègues exhortent à le faire : « les partenaires masculins doivent être considérés et traités non seulement comme des facteurs ayant une influence importante, mais également comme partie intégrante de la santé génésique, et ils ne peuvent plus être exclus d'aucune discussion sur des questions comme la grossesse, l'infection à VIH et le sida » (Theuring et al. 2009:S100).

30. Il existe d'autres obstacles plus concrets à la participation des hommes aux services de PTME ; ceux-ci peuvent être classés dans les différentes catégories suivantes : les facteurs liés aux connaissances sur le VIH, à la stigmatisation et à la discrimination ; les facteurs liés aux consultations et à l'offre ; les défis en matière de logistique et d'accès aux services ; et les obstacles liés aux normes sexospécifiques.

31. Connaissances, stigmatisation et discrimination en rapport avec l'infection à VIH. Il est clair qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer chez les hommes les connaissances sur le conseil et le dépistage du VIH. Certaines études ont montré que les hommes étaient bien au courant des opérations médiatiques pour promouvoir leur participation au dépistage, mais ils déclaraient que *ces campagnes dans les médias n'ont pas été aussi efficaces pour expliquer pourquoi ils doivent faire un dépistage et quels sont les avantages qu'ils pourraient en tirer* (par ex. Larsson et al. 2010). D'autres études ont montré qu'il existait tout simplement de fortes craintes : une étude sur les perceptions des hommes vis-à-vis de la PTME a montré que 88,5 % des hommes de l'échantillon sélectionné pensaient que d'autres hommes n'ont pas participé à la PTME parce qu'ils craignaient de connaître leur statut par rapport au VIH (Katz et al. 2009). Dans une autre étude, les femmes ont déclaré qu'il serait particulièrement difficile d'engager leur partenaire dans la PTME s'il ne connaissait pas son statut par rapport au VIH, refusait de faire un dépistage ou était en situation de déni par rapport à son statut (Reece et al. 2010). Il semble également exister des *lacunes dans les connaissances sur la sérodifférence*. Certains hommes doutaient de la nécessité de faire un test de dépistage si leur partenaire en avait déjà réalisé un, pensant que leur résultat serait identique à celui de leur partenaire (Falnes et al. 2011). Les hommes ont également exprimé leur inquiétude à propos d'une éventuelle sérodifférence, expliquant qu'une telle situation pourrait être source de colère et d'amertume dans leur relation, amenuisant ainsi encore davantage leur désir de soutenir leur épouse, voire même de participer aux services (Reece et al. 2010).

L'étude HIV Preventions Network TRIAL 052

En mai 2011, le HIV Preventions Network TRIAL (HPTN) (Réseau des essais sur les préventions de l'infection à VIH [HPTN]) a montré que dans un couple sérodifférent, la mise précoce – par opposition à la mise tardive – sous traitement antirétroviral du partenaire séropositif pouvait réduire de 96 % le risque de transmission du VIH au partenaire non infecté. Ces résultats soulignent l'intérêt d'accroître la prise de conscience publique de l'importance de connaître son statut par rapport au VIH. Ils attirent également l'attention sur le besoin d'identifier les couples sérodifférents en améliorant les programmes offrant un conseil et un dépistage du VIH aux partenaires et aux couples et en orientant les personnes diagnostiquées comme séropositives vers des services de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH.

La revue de la littérature menée pour la préparation de ce document a montré que les hommes étaient au courant de tentatives menées dans les médias pour les amener à faire un dépistage, mais que les avantages de ce dépistage leur étaient moins compréhensibles (Katz et al. 2009 ; Byamugisha et al. 2010b ; Reece et al. 2010). Il existe un besoin urgent de campagnes de sensibilisation qui informent les hommes et les couples sur la sérodifférence pour le VIH et que les hommes soient ainsi plus nombreux à recourir à un dépistage plutôt qu'ils utilisent le statut de leur partenaire comme moyen indirect pour connaître leur propre statut.

32. Il reste beaucoup à faire pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les communautés et promouvoir les comportements préventifs positifs. Les hommes estimaient que leur implication dans la PTME pourrait laisser entendre que l'un ou les deux partenaires du couple vivaient avec le VIH (Peacock 2003), et redoutaient le caractère stigmatisant des soins de l'infection à VIH (Larsson et al. 2010). Les femmes déclaraient que la stigmatisation liée au VIH influait fortement sur le soutien qu'elles pouvaient obtenir de leur partenaire en faveur d'activités de base, comme se rendre au service de consultations pour obtenir de la préparation pour l'alimentation du nourrisson. En conséquence, elles déclaraient qu'elles n'étaient pas certaines de pouvoir observer correctement un régime à base de préparation pour nourrisson (Reece et al. 2010). Les hommes rapportaient également qu'il leur était difficile de poursuivre leur engagement dans les régimes d'alimentation du nourrisson de la PTME en raison d'une stigmatisation sociale de la part de leurs amis et de leur famille quand les pratiques d'alimentation différaient des normes locales, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la préparation pour nourrisson (Reece et al. 2010).

33. Les facteurs liés aux établissements de soins sont fortement dissuasifs pour utiliser des services. Les études passées en revue pour la préparation de ce document reposaient en grand nombre sur les perceptions des hommes à propos de leur implication dans les services de PTME. Les participants parlaient avec force virulence de la manière dont les services leur étaient fournis dans les établissements de santé. Les hommes ont signalé des attitudes négatives des membres du personnel (Theuring et al. 2009 ; Reece et al. 2010), leur manque de courtoisie élémentaire, leurs manières « brutales » de se conduire avec les femmes enceintes ; certains ont indiqué s'être vus interdire par le prestataire de soins l'entrée en consultation aux côtés de leur partenaire (Theuring et al. 2009 ; Byamugisha et al. 2010b ; Larsson et al. 2010). En fait, certains hommes ont eu affaire à des prestataires de soins réticents à encourager toute fréquentation masculine dans les services de soins prénatals (Misiri et al. 2004). Un grand nombre d'hommes ressentaient qu'ils n'étaient pas les bienvenus et qu'on leur manquait de respect (Larsson et al. 2010), et qu'il était clair que les services avaient été conçus sans que leurs besoins spécifiques aient été pris en compte (Orne-Gliemann et al. 2010). Des frais non officiels à la charge des usagers constituaient un autre obstacle cité par les hommes (Byamugisha

et al. 2010b ; Larsson et al. 2010). Un autre facteur mentionné comme décourageant les hommes de faire un dépistage était le manque d'intégration des services, les hommes estimant qu'ils seraient « exposés » en se rendant dans des services de consultations spéciaux ou à des heures d'ouverture spéciales (Larsson et al. 2010).

34. Les préoccupations des clients portant sur leur accueil dans les établissements de santé semblent être parfaitement fondées, basées sur des obstacles à leur participation qu'ils ont eux-mêmes identifiés et qui relèvent des prestataires de soins. Les prestataires de soins semblent partager les mêmes idées au sujet de la sexospécificité que les résidents des communautés dans lesquelles ils vivent et travaillent. Cela n'est pas surprenant, étant donné que ces questions de sexospécificité, et plus particulièrement l'implication des hommes dans la SSG, font rarement partie des programmes de formation aux métiers de la santé. Certains prestataires craignaient par exemple d'être accusés d'incompétence. Les prestataires de sexe féminin redoutaient une agression sexuelle de la part de leurs clients masculins et l'ensemble des prestataires signalaient ne pas être à l'aise à l'idée de fournir un conseil à des hommes ayant un résultat positif au test de dépistage du VIH (Aluisio 2011b ; Shemsanga 2011). Dans une étude menée en République-Unie de Tanzanie, aucun des prestataires n'a décrit le service où il travaille comme étant « adapté aux hommes », même quand ils étaient eux-mêmes en faveur de l'implication des hommes (Kapata et al. 2010). Les avantages de l'implication des hommes dans les services sont mal connus, et nombre de praticiens ont peu de connaissances sur les préoccupations des hommes en matière de SSG et n'ont reçu aucune formation spécialisée sur l'intégration des hommes dans les services (Shemsanga 2011). Du fait d'un certain nombre de difficultés liées aux infrastructures (par ex. salaires et moral bas, épuisement professionnel, pénuries de personnel, etc.), il semble que les prestataires soient peu motivés pour faire face aux exigences supplémentaires pour fournir des services aux hommes et aux couples (Aluisio

2011a ; Shemsanga 2011) ou pour adopter de nouvelles directives sur la manière d'exercer leur métier. Mais même s'ils en avaient l'envie, il n'existe dans de nombreux endroits tout simplement aucune directive sur l'implication des hommes. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, les hommes ont été inclus de manière remarquable dans le National Multi-Sectoral Framework on HIV/AIDS (Cadre national multisectoriel sur le VIH et le sida), mais il manque une stratégie pour expliquer comment, quand ou par qui cette vision de l'implication des hommes définie dans ce cadre doit être mise en œuvre (Katapa et al. 2010).

L'étude HPTN 052 et les services adaptés aux hommes

Les résultats de l'étude HPTN 052 pouvant donner davantage de raisons personnelles et interpersonnelles de consulter pour un dépistage un plus grand nombre d'hommes devrait vraisemblablement utiliser les sites autonomes de conseil et de dépistage du VIH ainsi que les structures de PTME. Une plus grande participation des hommes devrait inciter à adapter les services à leurs besoins et à faire que l'implication des hommes dans la PTME soit mieux acceptée et devienne la norme, diminuant ainsi la stigmatisation et la discrimination.

35. Dans de nombreux endroits en Afrique subsaharienne, la participation des hommes à la PTME va clairement à l'encontre des normes sexospécifiques en vigueur. Le recours au soin en matière de santé génésique était considéré par les hommes comme « du ressort des femmes ». Les services de consultations prénatales étaient vus par les hommes comme un endroit pour les femmes, et la définition et l'organisation du programme comme fondamentalement orientées à l'intention des femmes (Reece et al. 2010). De manière prévisible, les hommes estimaient que les activités des consultations prénatales ne relevaient pas de leurs responsabilités (Peacock 2003 ; Orne-Gliemann et al. 2010 ; Falnes et al. 2011). Par conséquent, ils

percevaient que leur présence aux consultations prénatales irait « à l'encontre de leur virilité » (OMS 2003, Montgomery et al. 2006 ; Chinkonde et al. 2009). Ils se sentaient mal à l'aise d'être le seul homme à la consultation (Falnes et al. 2011) et redoutaient une stigmatisation de la part d'autres hommes (Byamugisha et al. 2010b ; Reece et al. 2010 ; Falnes et al. 2011). Dans les programmes de PTME, l'accès aux hommes se fait par l'intermédiaire des femmes ; beaucoup d'hommes estimaient cependant que, même quand la demande émane du médecin, les femmes n'ont pas à dire aux hommes ce qu'ils ont à faire (Falnes et al. 2011) et que, dans ce contexte, un homme n'est pas censé suivre sa femme ; c'est lui qui est censé prendre les initiatives. Dans l'esprit de nombreux hommes, leur participation à la PTME serait donc perçue par d'autres personnes du même sexe comme un signe de faiblesse ainsi qu'un manque de virilité et de puissance.

Question de langage : PTME ou PTPE ?

Lors de la consultation sous-régionale qui s'est tenue à Kigali (Rwanda) en août 2011 pour examiner les moyens de renforcer l'implication des hommes dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, les participants se sont demandés s'il convenait de continuer à utiliser le terme PTME, ou s'il fallait passer à PTPE – pour prévention de la transmission **parents**-enfant du VIH.

Un groupe de participants estimait que PTME reflétait simplement la réalité biologique : quelles que soient les interventions comportementales menées ou le langage utilisé, le but ultime est de prévenir la transmission biologique du virus de la mère à l'enfant.

Un autre groupe de participants avait une position différente. Postulant que le niveau d'implication des hommes dans les soins prénatals ainsi que dans le conseil et le dépistage du VIH affecte à la fois la transmission et le bien-être des femmes et des nourrissons, l'utilisation de PTPE non seulement reflète selon eux la réalité sociale des couples et des familles dans la dynamique de la transmission, mais aide aussi les hommes à se sentir mieux accueillis dans les établissements de santé.

Les deux groupes semblaient d'accord pour que la langue locale utilisée dans la prestation de services ne serve pas de moyen de dissuasion à la participation des hommes. En d'autres mots, il est important de s'assurer, lors de la traduction en langue locale de ces termes, que les hommes ressentent que les services de PTME les concernent également et que ces services ne sont pas uniquement conçus pour les femmes.

36. Difficultés d'accès et difficultés logistiques rencontrées par les hommes. Les hommes citaient invariablement une multitude de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne qui les empêchait de participer aux programmes de PTME. Ils parlaient de ce qu'ils percevaient comme étant leurs responsabilités principales en tant que personne qui subvient aux besoins. Le temps passé dans les services de consultations et en dehors du travail ou d'autres activités génératrices de revenus était clairement perçu comme un obstacle à leur participation à un programme de PTME (Byamugisha et al. 2010b ; Larsson et al. 2010 ; Orne-Gliemann et al. 2010 ; Reece et al. 2010 ; Falnes et al. 2011). Ils mentionnaient aussi assez régulièrement la distance à parcourir ainsi que le coût du transport et les horaires de consultation (Larsson et al. 2010 ; Reece et al. 2010). Les hommes jugeaient compliqué de demander un congé à leur employeur, non seulement parce que la PTME et le dépistage étaient liés au VIH, ce qui pourrait soulever des questions sur leur statut sérologique, mais aussi parce qu'ils considéraient que ces questions regardaient essentiellement les femmes (Reece et al. 2010). Des résultats mitigés ont été obtenus après la mise en œuvre d'actions destinées à résoudre un grand nombre de ces obstacles logistiques à l'accès aux services et en matière d'emploi en proposant des horaires de consultation le week-end. Sur un site à Nairobi, le service de consultations a été bien utilisé, mais cela n'a pas eu d'impact mesurable sur la proportion d'hommes ayant recours aux services (Katz et al. 2009). D'autres programmes ont en revanche obtenu une plus grande participation des couples pendant les heures d'ouverture étendues au week-end (Allen et al. 2003).

Base de connaissances : vers des programmes transformateurs qui visent à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes

37. Avant d'examiner les programmes de PTME et d'évaluer leur succès dans l'intégration de l'implication des hommes, il est important pour nous de définir ce que nous entendons par « succès ». Historiquement dans le domaine de la SSG, différentes approches ont été utilisées dans les programmes quand il s'agissait de chercher à intégrer les questions de sexospécificité et à résoudre les inégalités entre hommes et femmes. Certains programmes pensaient que le simple fait d'inclure le sexe opposé dans leurs activités était suffisant, sans prendre en considération les besoins et les préoccupations spécifiques des hommes et des femmes. D'autres ont même involontairement exploité les différences de pouvoir pour atteindre leurs objectifs, par exemple en tirant parti du pouvoir décisionnel des hommes pour accroître l'utilisation de la planification familiale, même si cela signifiait que les femmes avaient moins leur mot à dire. D'un autre côté, certains programmes ont non seulement inclus les deux sexes et pris en considération leurs besoins spécifiques, mais ont également cherché, pour avoir un impact durable, à transformer la nature de la relation de pouvoir entre hommes et femmes.

38. Certaines des approches utilisées pour intégrer la sexospécificité dans la programmation sont présentées dans le tableau 3 où elles sont replacées dans un continuum – allant des approches exploitant les inégalités (approches néfastes) aux approches transformatives visant à faire évoluer favorablement la question (approches bénéfiques). **Ce continuum est utile car il peut aider les responsables de l'élaboration des politiques de santé publique ainsi que les praticiens et les personnes responsables de la prise de décision dans les programmes à faire un choix délibéré dans les stratégies et les activités qu'ils mettent en place afin d'obtenir des résultats effectifs et durables.**

Tableau 3 - Continuum d'approches pour parvenir à intégrer la sexospécificité dans la programmation (Gupta 2001)

Approche pour l'intégration	Caractéristiques programmatiques
Programmes qui exploitent les inégalités entre les hommes et les femmes/qui traitent les hommes et les femmes de manière inégale	Profitent des normes sexospécifiques rigides et des déséquilibres de pouvoir existants. Peuvent avoir des conséquences néfastes et aller à l'encontre de l'objectif souhaité du programme.
Programmes qui ne prennent pas en compte la sexospécificité	Ne prennent pas, ou prennent très peu, en compte les différentes normes sexospécifiques et relations entre hommes et femmes dans les programmes et dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques.
Programmes qui prennent en compte/ axés sur la sexospécificité	Prendent en compte le rôle des normes sexospécifiques et les inégalités. Mettent en place des activités pour les compenser et/ou rééquilibrer la situation. Ne cherchent pas activement à changer les normes, mais s'efforcent de limiter l'impact des normes sexospécifiques néfastes. Peuvent être un premier pas efficace vers une programmation transformatrice qui vise à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes.
Programmes transformateurs qui visent à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes	Cherchent activement à examiner, remettre en question et changer les normes sexospécifiques rigides. Examinent les vulnérabilités et les coûts imputables aux normes sexospécifiques rigides pour les hommes et les femmes, pour la santé ainsi que pour la vie sociale, économique et politique. Font la promotion des femmes et de l'égalité, en général. Remettent en question la répartition des ressources et la répartition des tâches. Œuvrent à résoudre les déséquilibres de pouvoir et œuvrent en faveur de relations équitables dans divers contextes.

39. Dans *PMTCT Strategic Vision* de l'OMS (OMS 2010a) ainsi que dans le *Plan mondial et Une action conjointe en vue de résultats – Cadre de résultats* de l'ONUSIDA (ONUSIDA 2011), l'égalité entre hommes et femmes est explicitement considérée comme une condition de base qui, si elle est remplie, conduirait à de meilleurs résultats sanitaires pour les femmes, les enfants et les hommes. En adoptant une approche centrée sur la femme, ces documents mondiaux encouragent la pleine implication des femmes dans la prise de décision sur la santé de la famille et la mise en place de services de santé génésique et de services liés au VIH intégrés qui répondent aux besoins de toute la famille.

40. Dans ces documents, il est également entendu que les programmes de PTME offrent une opportunité stratégique d'influencer l'égalité entre hommes et femmes et de promouvoir la prise

de décision commune, et donc d'avoir un impact large et durable sur les femmes et les familles, ainsi que sur les communautés dans lesquelles elles vivent. Au-delà de la PTME, le partage du pouvoir et de la prise de décision en matière de SSG entre les hommes et les femmes peut apporter des avantages pour toute la famille, notamment une utilisation accrue de la planification familiale, une meilleure prévention de la transmission sexuelle du VIH et d'autres IST, une réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la prévention de la violence sexiste. **Pour y parvenir, les gouvernements et les programmes doivent passer d'une vision où l'homme est seulement quelqu'un qui permet aux femmes d'avoir des comportements favorables de recours aux soins, à une vision où l'homme est un partenaire à part entière dans la promotion de la santé et de l'égalité entre hommes et femmes ainsi qu'en tant que client des services de SSG.**

41. Pour ce document, le succès est donc mesuré par l'existence de programmes transformateurs qui visent à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes et qui :

- Intentionnellement et de façon réfléchie impliquent à la fois les femmes et les hommes – que ce soit simultanément ou de façon séquentielle dans le même cadre programmatique, c'est-à-dire une programmation où le rôle des hommes et des femmes est synchronisé en tant que clients, et non pas simplement comme quelqu'un qui permet aux femmes d'accéder aux services (une vue d'ensemble de la programmation où le rôle des hommes et des femmes est synchronisé, ainsi que des avantages de ce type de programmation, se trouve dans le document du Population Reference Bureau [2010]) ;
- Répondent aux besoins spécifiques des hommes comme des femmes ;
- Créent des opportunités pour un dialogue constructif entre les hommes et les femmes ;
- S'emploient activement à examiner, remettre en question et modifier les normes sexospécifiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH et d'autres résultats défavorables en matière de santé génésique ;
- Tentent de résoudre les déséquilibres de pouvoir et de promouvoir des relations équitables dans divers contextes, y compris dans l'ensemble de la communauté ;
- Parviennent à des résultats ou à un impact mesurables sur la santé.

42. Peu de programmes axés expressément sur la PTME et l'implication des hommes ont obtenu des résultats comportementaux ou sanitaires spécifiques.

43. Le conseil et le dépistage volontaire de couple (CDVC) consistent en « la participation commune du couple au conseil et au dépistage du VIH [et] constituent une base pour toutes les autres décisions prises ensemble au sujet du VIH et de la PTME, comme la décision de participer à l'intervention de PTME » (Theuring et al. 2009).

Un excellent article de Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann (2008) passe en revue l'état des connaissances sur le CDVC depuis les années 1990. Cette revue porte sur les actions entreprises pour le CDVC à la fois dans les sites de PTME et les sites n'ayant pas la PTME pour objectif. Dans des sites de PTME (en Zambie et au Kenya) où les femmes enceintes se voyaient proposer un conseil du VIH individuel ou de couple, le conseil de couple était associé à une plus grande utilisation des services de dépistage, de la prophylaxie antirétrovirale et des alternatives à l'allaitement au sein prolongé et à l'alimentation mixte ; en comparaison du conseil individuel, il n'a pas été signalé que le conseil de couple était associé à un risque accru d'événements indésirables sur le plan social (Farquhar et al. 2004 ; Semrau et al. 2005). Les résultats des études menées dans les sites n'ayant pas la PTME pour objectif étaient également favorables. Les taux de partage du statut avec l'autre partenaire étaient élevés, et ce partage était rarement accompagné de réactions négatives de la part du partenaire. Le CDVC avait également un impact considérable sur les taux d'utilisation du préservatif et était associé à une réduction des risques au sein des couples (Allen et al. 1992, 2007 ; Van der Straten et al. 1995 ; Painter 2001).

44. Approche centrée sur la famille. Allant dans le même sens que *PMTCT strategic vision 2010–2015* (OMS, version 2010a) et son orientation sur l'intégration et sur la création d'un continuum de soins, l'approche centrée sur la famille considère de façon holistique l'unité formée par le ménage, en prenant pour hypothèse qu'une famille affectée par le VIH est exposée à une multitude de résultats négatifs potentiels, ce qui peut avoir un effet en cascade sur la santé de tous les membres du ménage (Betancourt et al. 2010). Une approche holistique consiste à prendre des interventions traditionnelles de PTME et à « étendre » ces services à d'autres membres de la famille. Dans le cadre des soins prénatals, les services peuvent par exemple être étendus à d'autres membres du ménage par le biais du conseil et du dépistage du VIH pour le ménage, ou par le biais d'évaluations des risques de violence sexiste. Un ensemble d'études passées

en revue pour en vérifier l'efficacité ont cherché à étendre le conseil et le dépistage du VIH aux partenaires de femmes enceintes recevant des soins prénatals. Cette revue montre que « la participation des partenaires était associée à des résultats positifs, comme par exemple à une plus grande utilisation des antirétroviraux et à une meilleure acceptation du conseil après le test chez les femmes enceintes, ainsi qu'à plus de communication entre époux sur le VIH et les risques sexuels. En outre, lorsque les partenaires d'un couple recevaient ensemble un conseil avant ou après le test, les femmes utilisaient davantage les méthodes alternatives d'alimentation du nourrisson et acceptaient plus largement le dépistage du VIH. La participation des partenaires était également souvent utilisée comme point d'entrée pour fournir aux participants hommes et femmes des services de PTME supplémentaires ». Il est important de noter qu'un deuxième ensemble d'études consacrées à l'extension du TAR au partenaire et à d'autres membres de la famille a également été examiné dans la publication de Betancourt et al. ; ces études ont retrouvé une très bonne observance du TAR chez tous les membres de la famille. Une troisième catégorie d'études a revu de manière critique les modèles globaux de PTME. Les auteurs en ont relevé deux qui avaient atteint des résultats impressionnants et les ont présentés comme programmes modèles : (1) l'initiative PTME-Plus, qui répond aux besoins de santé de la mère et de l'enfant et reconnaît que la famille de la mère doit également être intégrée dans les soins ; (2) Global AIDS Programme des Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) en Ouganda, qui est centré sur l'extension du conseil et du dépistage du VIH par le biais d'une approche à domicile.

45. Conseil et dépistage du VIH pendant l'accouchement. Une étude menée par Homsy et al. (2006) dans un hôpital de 200 lits dans une zone rurale de l'Ouganda a comparé l'acceptabilité, la faisabilité et l'utilisation de services prénatals habituels de PTME avec option de refus avec le conseil et le dépistage systématique du VIH avec option de refus à la maternité au cours de l'accouchement (c'est-à-dire entre le début du travail et l'accouchement proprement dit). Les résultats

obtenus ont été impressionnants. L'acceptation du conseil et du dépistage du VIH était de 97 % (3591/3741) chez les femmes et 97 % (104/107) chez les hommes accompagnant leur partenaire à la consultation prénatale, et de 86 % (522/605) chez les femmes et 98 % (176/180) chez leur partenaire masculin à la maternité. Trente-quatre femmes ont été identifiées comme étant séropositives au VIH lors du dépistage pendant l'accouchement, ce qui représente une augmentation de 12 % (34/278) de la détection de l'infection à VIH. Au cours de la période de l'étude, le pourcentage de femmes chez qui le statut par rapport au VIH a été établi avant de quitter la maternité est passé de 39 % (480/1235) à 88 % (1395/1594). Seulement 2,8 % des partenaires masculins des femmes au statut non déterminé ont fait un test de dépistage dans le service de consultations prénatales, contre 25 % à la maternité. Sur l'ensemble des partenaires masculins qui se sont présentés en consultation prénatale ou à la maternité, seulement 48 % (51/107) sont venus avec leur épouse et ont reçu avec elle le conseil dans le service de consultations prénatales, contre 72 % (130/180) à la maternité. Les couples où les deux partenaires ont reçu ensemble le conseil représentaient 2,8 % de l'ensemble des personnes ayant fait un dépistage dans le service de consultations prénatales, contre 37 % de l'ensemble des personnes ayant fait un dépistage à la maternité. L'étude démontre ainsi que le conseil et de dépistage du VIH pendant l'accouchement peut être un moyen acceptable et réalisable pour accroître la participation des personnes et des couples aux interventions de PTME.

46. Sur le « continuum d'approches pour parvenir à intégrer la sexospécificité dans la programmation », la position de ces programmes se trouve probablement dans la catégorie **qui prend en compte/axée sur la sexospécificité**. Ces interventions impliquent intentionnellement à la fois les hommes et les femmes. Grâce au conseil de couple, elles offrent l'opportunité d'un dialogue entre hommes et femmes. Certaines données indiquent que ces interventions permettent la remise en cause des dynamiques de pouvoir au sein des relations et des normes sexospécifiques.

Par exemple, dans leur revue du CDVC, Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann (2008) ont constaté qu'en République-Unie de Tanzanie, les femmes ayant partagé leur résultat étaient moins souvent victimes de violences de la part de leur partenaire que celles n'ayant pas partagé leur résultat. D'un autre côté, **aucune de ces interventions ne vise explicitement à changer les normes sexospécifiques néfastes parmi les hommes, les femmes et les communautés, changements pouvant pourtant améliorer la capacité d'un programme à accroître l'implication des hommes, à prévenir l'infection à VIH, les autres IST et les grossesses non désirées, et à faciliter l'utilisation des services de PTME par les femmes.** En outre, malgré les données montrant les nombreux avantages du conseil et dépistage du VIH de couple, leur acceptabilité reste faible. Cela amène à s'interroger sur *la manière avec laquelle ce service est fourni et s'il répond bien aux besoins et aux préoccupations spécifiques des hommes.* En d'autres termes, ces programmes voient-ils l'homme simplement comme quelqu'un qui permet aux femmes d'avoir des comportements favorables de recours aux soins, ou est-il reconnu pour les rôles élargis qu'il peut jouer au-delà de sa position de partenaire de soutien – en étant client lui-même et militant pour le changement social ?

Comment avancer vers une programmation transformatrice visant à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes ?

Caractéristiques préconisées pour les programmes d'implication des hommes dans la PTME

47. De façon générale, l'objectif de l'étude de l'OMS (2007) *Inclure des hommes et des garçons dans la lutte contre les inégalités de genre en matière de santé : enseignements tirés des programmes d'intervention* était d'examiner les données probantes concernant l'efficacité des programmes

qui visent à engager des hommes et des garçons dans les programmes de santé génésique. Certains programmes ont obtenu des résultats non négligeables en menant des actions appartenant aux différentes catégories d'interventions examinées (par ex. groupes de formation, services de santé, mobilisation et engagement communautaire) ; **mais les programmes ayant combiné différents types d'interventions, surtout le développement communautaire et la mobilisation et les campagnes médiatiques, ont été particulièrement efficaces pour obtenir des résultats comportementaux et sanitaires (par ex. augmentation de l'utilisation du préservatif, âge plus tardif du premier rapport sexuel, diminution de la violence, baisse des taux d'IST, etc.).**

48. L'étude de l'OMS a identifié les éléments qui ont déterminé la réussite d'une programmation pour l'implication des hommes, ces éléments ayant été confirmés par la suite par une autre étude (Pulerwitz et al. 2010). Ils comprenaient :

- Réflexion critique sur ce que signifie être un homme ;
- Renforcement des messages dans des campagnes bien conçues au niveau communautaire ou via les médias ;
- Engagement des filles, des femmes, des communautés et des prestataires de services ;
- Engagement des alliés de la communauté ;
- Reconnaissance des besoins des hommes et de la nécessité de leur soutien et de leur acceptation à l'égard des droits des femmes.

49. Les caractéristiques préconisées tirées à la fois de l'étude de l'OMS sur l'implication des hommes (OMS 2007) et de la littérature actuelle sur la PTME sont analysées dans les paragraphes suivants. Schématiquement, elles peuvent être regroupées en caractéristiques propres aux services de consultations (facteurs relevant de l'offre) et en caractéristiques propres à la communauté (facteurs relevant de la demande). En accord avec les recommandations de l'étude de l'OMS sur l'engagement des hommes et des garçons (OMS

2007), il est important d'examiner comment les facteurs relevant de l'offre et de la demande peuvent être traités conjointement et de manière cohérente pour non seulement accroître l'engagement des hommes dans la PTME, mais aussi transformer les normes sexospécifiques afin de favoriser un changement social positif et durable ainsi que l'égalité.

50. Stratégies s'appuyant sur les infrastructures ou axées sur l'offre pour promouvoir l'implication des hommes. Les hommes peuvent jouer différents rôles qui contribuent à la SSG globale des familles et au développement, notamment celui d'être un **homme en tant que client** (une analyse exhaustive de l'implication des hommes se trouve dans la publication de Green et al. [1991]). Dans ce rôle, les hommes sont encouragés à recourir à des services non seulement pour améliorer leur propre santé, mais aussi de façon à partager les mêmes responsabilités que leur partenaire et à participer avec elle à la prise de décision commune (sans nécessairement prendre le contrôle de ces décisions) et à contribuer à la santé de toute la famille.

51. Pour promouvoir un comportement favorable de recours aux soins et la participation des hommes aux programmes de PTME, **il est essentiel que les services soient à la fois accueillants pour la clientèle masculine et que leur personnel soit compétent pour répondre à ses besoins.** La capacité d'un site à faire tomber les obstacles liés à l'organisation et aux attitudes rencontrés au moment de la mise en place, de la fourniture puis de l'intensification de services ouverts aux hommes, influera largement sur les possibilités d'accroître l'utilisation par les hommes des services liés au VIH et des services de santé génésique ainsi que le soutien qu'ils apportent pour que leur partenaire utilise les services afin de promouvoir la santé de la famille.

52. Il est essentiel de disposer d'un personnel formé, compétent et respectueux des hommes. Diverses sources donnent des suggestions quant à la façon d'améliorer le personnel et la qualité des

soins qu'il dispense. Les membres du personnel estimaient eux-mêmes que des cours de recyclage, y compris sur la prise en charge des clients, et une meilleure rémunération pour le personnel étaient importants (Byamugisha et al. 2010b). Les hommes suggéraient que le personnel soit formé sur la façon de mieux répondre à leurs besoins, pour que les services soient mieux adaptés aux hommes et qu'ils s'y sentent moins stigmatisés (Larsson et al. 2010). Un auteur a suggéré que la formation des prestataires de services sur l'importance de l'intégration du partenaire et sur le conseil et le dépistage du couple représenterait une stratégie importante pour accroître la participation des hommes (Walston 2005 ; Theuring et al. 2009). Un autre chercheur a suggéré d'incorporer dans le travail habituel les lignes directrices contenues dans le document de l'OMS *Integrating gender into HIV/AIDS programmes* (OMS 2003) en les incluant par exemple dans les termes de références du personnel de santé (Amin et al. 2007). Cela était jugé particulièrement important pour les conseillers des services de consultations prénatales, qui représentent un lien essentiel entre la politique et la pratique des services de santé, et dont les attitudes et les pratiques quand ils donnent des conseils influenceraient de manière significative le résultat de l'intervention (de Paoli et al. 2002 ; Theuring et al. 2009)..

53. Gamme de services, leur structure et leur organisation. On trouve dans la littérature une série de recommandations concernant le type de services qui pourraient accroître l'engagement actif des hommes. Ils consistent entre autres à offrir des méthodes alternatives de dépistage du VIH telles que *les cliniques mobiles, le dépistage sur le lieu de travail et le dépistage porte-à-porte*, qui ont été associées à une augmentation de l'utilisation des services et à une réduction de la stigmatisation (Larsson et al. 2010). Le conseil et le dépistage du VIH de couple était considéré comme une bonne idée, car il donnait l'occasion aux deux partenaires ensemble d'obtenir des informations, de faire un test de dépistage et d'en recevoir le résultat. Selon les études, les opinions divergent quant à la forme de dépistage du VIH à privilégier, à savoir de couple

ou individuel (Larsson et al. 2010 ; Falnes et al. 2011). Pour cette raison, Katz et al. (2009) suggèrent que les consultations prénatales offrant des services aux hommes envisagent d'inclure *à la fois des options pour un conseil de couple et pour un conseil individuel.*

54. Rendre les services plus adaptés aux hommes.

Hommes et femmes se sont exprimés en faveur *d'initiatives plus nombreuses exclusivement tournées vers les hommes et dirigées par des hommes.* Selon eux, une intervention telle qu'un groupe de soutien psychosocial pour hommes était un parfait exemple de mesure qui pourrait s'avérer utile pour engager et fidéliser les hommes dans les services liés au VIH (Reece et al. 2010). Une autre suggestion était *d'offrir un service/des rendez-vous aux hommes en même temps* – vraisemblablement pour répondre aux préoccupations sanitaires spécifiques que les hommes peuvent avoir (Reece et al. 2010) ; cela va dans le sens d'une autre suggestion *d'intégrer les soins liés au VIH dans les soins de santé généraux* afin d'améliorer la pérennité du dépistage, du suivi et de la fourniture du TAR, mais aussi pour aider à réduire la stigmatisation (Larsson et al. 2010). Les femmes ont suggéré que leur conjoint serait plus à l'aise si le personnel de santé comptait davantage d'hommes et qu'il pourrait plus volontiers parler de sujets sensibles. Pour réduire la stigmatisation de la part d'autres hommes, certains auteurs ont suggéré une *révision des sites de consultations prénatales en tenant compte des hommes* (Theuring et al. 2009), des services uniquement pour les hommes, ou des services spécialement conçus pour les couples attendant un enfant (Falnes et al 2011). Enfin, *le personnel de santé invitant directement les pères à faire un test de dépistage*, par exemple par le biais d'une lettre d'invitation, a été cité à plusieurs reprises dans la littérature comme une bonne stratégie pour accroître la participation des hommes en Afrique subsaharienne. Les hommes pourraient ainsi se sentir davantage inclus dans le programme de PTME et donc être plus disposés à agir (Theuring et al. 2009 ; Byamugisha et al. 2010b ; Falnes et al. 2011).

Informations sur les services adaptés aux hommes : le programme d'étude d'EngenderHealth sur la santé génésique des hommes

Il s'agit d'un programme de cours en trois parties conçu pour fournir à un large éventail de personnel soignant les compétences et la sensibilité nécessaires pour travailler avec des clients de sexe masculin et fournir des services de santé génésique des hommes. Le programme comprend les sections suivantes :

- **Introduction to men's reproductive health services, revised edition** (Introduction aux services de santé génésique des hommes, édition révisée, 2008). Le premier module de ce programme d'étude est conçu pour aider les sites et le personnel soignant à surmonter les obstacles liés à l'organisation et aux attitudes au moment de la mise en place, de la fourniture puis de l'intensification du programme sur les services de santé génésique des hommes.
- **Counselling and communicating with men.** (Conseil et communication avec les hommes). Le second module est centré sur le renforcement de la capacité des prestataires de services à interagir et communiquer avec des hommes et à leur donner un conseil – en présence ou non de leur partenaire – sur les questions de santé génésique.
- **Management of men's reproductive health problems.** (Prise en charge des problèmes de santé génésique des hommes). Le troisième module donne aux cliniciens et aux autres prestataires de services des informations sur la manière de diagnostiquer et de prendre en charge des troubles de la santé génésique chez les hommes.

Pour plus d'informations, contacter Lori Rollerli (LRolleri@engenderhealth.org) à EngenderHealth.

55. Communication en vue d'un changement de comportement et d'un engagement communautaire. Un autre rôle que peuvent jouer les hommes est celui de *partenaires de soutien* (Greene et al. 1991). Ce rôle reconnaît l'influence que les hommes peuvent avoir sur la SSG de leur partenaire, y compris dans la prise de décision, la planification et la fourniture de ressources pour les soins. En allant au devant des hommes pour

les encourager à jouer ce rôle, il est important de les voir comme des alliés et des ressources dans la promotion de la santé des familles. Les hommes veulent être un soutien pour leur partenaire enceinte, mais souvent ne savaient pas comment faire (Peacock et al. 2009), ou semblaient n'avoir que de vagues concepts de la responsabilité paternelle. Face à cela, les campagnes de communication en vue d'un changement de comportement sont une occasion exceptionnelle de diffuser des messages transformateurs visant à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes, messages qui remettent en question le statu quo et favorisent dans la communauté l'émergence de nouvelles façons de penser les hommes, les femmes et les relations. Par exemple, les campagnes qui mettent en avant des *modèles de paternité responsable* peuvent être un axe majeur dans les actions

d'information, d'éducation et de communication auprès du public pour accroître l'implication du partenaire dans les consultations prénatales/la PTME (Theuring et al. 2009). La *promotion de la communication en matière de VIH et de sida au sein du couple* par le biais des médias peut augmenter le nombre d'hommes accompagnant leur partenaire de sexe féminin dans les services de consultations prénatales quand le CDV pour homme est disponible. Des efforts particuliers peuvent être nécessaires pour atteindre les partenaires masculins des femmes célibataires vues en consultation prénatale (Katz et al. 2009).

56. Les hommes ont clairement indiqué qu'ils préféraient les événements communautaires. En raison de leurs besoins spécifiques d'information, les hommes préféraient les événements communautaires où ils auraient la possibilité de poser des questions. Ils pensaient

Une nouvelle initiative à suivre : la campagne MenCare en Afrique du Sud

Dans l'ensemble des sujets abordés afin d'engager les hommes dans l'égalité entre hommes et femmes, la question des hommes en tant qu'aidants, notamment l'implication des hommes dans la santé maternelle, reste à l'évidence absente ou insuffisamment explorée. Pour combler ce vide, le Sonke Gender Justice Network (Réseau de Sonke pour la justice entre hommes et femmes), Promundo et d'autres groupes ont récemment lancé MenCare pour créer et mettre en œuvre une campagne mondiale qui favorise une plus grande implication des hommes : dans la fonction d'aidant et dans le travail domestique, y compris dans le contexte du VIH et du sida ; en tant que pères engagés ; et en tant que partenaires pour la santé maternelle et infantile. Cette campagne vise à fournir aux responsables de l'élaboration des politiques, aux médias, au secteur de la santé et des services sociaux, aux ONG et aux groupes communautaires ainsi qu'aux hommes et aux femmes des images positives des différents rôles remplis par les hommes en tant qu'aidants ; elle propose dans le même temps des exemples concrets de programmes et de politiques montrant comment les impliquer davantage de manière positive.

« Nous avons beaucoup parlé de la transmission intergénérationnelle de la violence, mais nous avons beaucoup moins parlé de la transmission intergénérationnelle du fait d'être un aidant et de l'égalité entre hommes et femmes. »

La campagne MenCare est guidée par la conviction que la participation des hommes en tant qu'aidants et dans la santé maternelle est positive pour les femmes, les enfants, les sociétés et les hommes eux-mêmes. En tant que telle, la mise en valeur de l'aidant peut être une manière positive « d'accrocher » les hommes afin de les engager dans l'égalité entre hommes et femmes et dans la promotion de la réduction de la violence contre les femmes et les enfants. Elle propose une autre forme d'identité pour les hommes qui peut servir à galvaniser leur participation à l'égalité entre hommes et femmes à un point qui n'est pas encore complètement réalisé.

Pour plus d'informations, contacter Sonke Gender Justice Network (info@genderjustice.org.za).

Informations sur la communication en vue d'un changement de comportement : Brothers for Life

Brothers for Life (Frères pour la vie) (www.brothersforlife.org) est une campagne nationale ciblant principalement les hommes âgés de 30 ans et plus qui vise à réduire les risques associés au fait d'avoir de multiples partenaires, plusieurs partenaires en parallèle ou des rapports sexuels en ayant consommé de l'alcool, à réduire la violence sexiste, et à favoriser le dépistage du VIH ainsi que l'implication des hommes dans la PTME et dans d'autres comportements de recours aux soins. Pour atteindre ses différents publics, la campagne utilise la communication interpersonnelle, les médias et le plaidoyer.

Brothers for Life utilise le Men's Wellness Toolkit (Guide pour le bien-être des hommes) afin d'engager les hommes au sein des communautés autour des thèmes prioritaires qui continuent à compromettre la santé des hommes et des femmes. Le travail au niveau communautaire est appuyé par une composante de communication par médias interposés soigneusement conçue et dont les messages sont percutants. En utilisant la télévision et la radio, cette campagne repose sur le concept de fraternité pour transmettre l'importance des décisions prises par les hommes pour leur propre santé et pour la santé des personnes dépendant d'eux.

Cette campagne est le résultat d'efforts collectifs dirigés par le South African National AIDS Council (SANAC), le Department of Health, USAID/PEPFAR, Johns Hopkins Health and Education in South Africa (JHHESA), Sonke Gender Justice, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Interdepartmental Management team (IDMT), le système des Nations Unies en Afrique du Sud et plus de 40 autres partenaires de la société civile.

Pour plus d'informations, contacter Johns Hopkins Health and Education in South Africa (joinbrothers@jhuccp.co.za).

notamment qu'il serait utile d'entendre des hommes ayant déjà fait un test de dépistage qui pourraient parler de leur propre expérience, ainsi que des hommes séropositifs afin de mieux connaître la réalité de leur vie. Ils ont déclaré qu'ils trouveraient aussi utile que des discussions soient organisées entre le personnel de santé et la communauté, pour avoir plus d'informations sur les services existants (Larsson et al. 2010).

57. L'éducation par les pairs et les actions de proximité étaient d'autres stratégies également préconisées par les hommes. La sensibilisation des hommes par leurs pairs (Larsson et al. 2010) pourrait inclure le recrutement de leaders dans les groupes de soutien pour hommes qui, dans leur communauté, dirigeront les discussions entre pairs pour donner à d'autres hommes des séances d'éducation sur l'importance de leur soutien et de leur engagement dans les programmes comme la PTME (Reece et al. 2010).

Informations sur une approche associant différentes interventions : Promundo Program H

Le Program H : Engaging Young Men in Gender Equality (Programme H : engagement des jeunes hommes dans l'égalité entre hommes et femmes) vise à engager des jeunes hommes et leur communauté dans une réflexion critique sur les normes rigides de virilité. Il comprend des activités éducatives de groupe, des campagnes communautaires et un modèle d'évaluation innovant (Gender-Equitable Men – GEM – Scale [échelle Hommes équitables par rapport au genre]) pour évaluer l'impact du programme sur les attitudes sexospécifiques. Après avoir participé à des activités proposées par le Program H, des jeunes hommes ont signalé un certain nombre de changements positifs dans leur attitude et leur comportement, allant d'une augmentation de l'utilisation du préservatif et de l'amélioration de leurs relations avec leurs amis et leur partenaire sexuelle, à une meilleure acceptation du fait que le travail domestique relève également de la responsabilité des hommes et à une diminution des taux de harcèlement sexuel et de violence à l'encontre des femmes. Dans son rapport *State of world population* 2008, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a reconnu le Program H comme stratégie efficace pour engager les jeunes hommes dans la promotion de la SSG.

Pour plus d'informations, contactez Piotr Pawlak (p.pawlak@promundo.org.br) à Promundo.

58. Les hommes en tant qu'agents du changement. Le dernier rôle que peuvent jouer les hommes est celui d'*agents du changement*. Sa caractéristique principale est de mettre l'accent sur l'examen, la remise en question et le changement actifs des normes sexospécifiques qui affectent négativement la santé des femmes, des enfants et des hommes. Bien que l'utilisation de ce terme aille ici au-delà de sa conceptualisation initiale (Greene et al. 1991), il est crucial d'attendre des hommes qu'ils transcendent leur rôle de bénéficiaires passifs de nouvelles connaissances, compétences et prises de conscience, et que leur responsabilité dépasse le fait d'être personnellement transformés (plus équitables sur le plan sexospécifique) dans leurs relations. La question des rôles et des responsabilités amène à se pencher sur le **leadership – personnel, communautaire, national et mondial**. Dans leurs rôles de décideurs, les hommes sont dans une position de pouvoir pour apporter des changements systémiques – en s'opposant par exemple aux obstacles conceptuels ayant des conséquences mondiales ou en influant sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales et sous-nationales ayant des effets directs au niveau local. Sur la scène internationale, les responsables de l'élaboration des politiques peuvent remettre en question la manière restrictive de penser la démographie (qui met l'accent de façon mécanique et réductrice sur ses déterminants immédiats), qui a entretenu la logique d'exclusion des hommes des services de santé génésique. En ayant au contraire une approche axée sur la santé et les droits humains et en reconnaissant la réalité sociale des familles, les responsables de l'élaboration des politiques sont mieux placés pour plaider en faveur de politiques qui prennent en compte les dynamiques de l'infection dans les communautés. Il est important qu'une vision plus large de l'égalité entre hommes et femmes – qui tient compte de l'implication des hommes – soit « intégrée » dans

chaque cadre d'action national de lutte contre le VIH, y compris dans les orientations pour la mise en œuvre et dans le soutien pour favoriser l'action. Une action importante consisterait à soutenir les initiatives politiques dont le but est d'inciter la participation des hommes aux services, prenant des mesures en faveur d'une responsabilité conjointe dans le dépistage et dans le partage mutuel du résultat du test et encourageant au dépistage les partenaires souvent réticents au départ. Normaliser l'implication des hommes pourrait également répondre à bon nombre de leurs préoccupations (par ex. cette activité revient aux femmes, la crainte d'être vu par d'autres hommes, etc.), l'ensemble des hommes devant alors participer. Le même type de mesures incitatives pourrait éventuellement être utilisé pour encourager la participation des hommes aux soins prénatals, pour les inclure dans la préparation et la planification de la naissance et pour encourager l'accouchement dans une structure de santé. La question du leadership ne concerne pas seulement les acteurs au niveau mondial ou national. Le leadership local est essentiel à une mise en œuvre de qualité. Le Gouvernement du Rwanda a reconnu ce fait et a incité la participation des dirigeants locaux à la promotion de l'implication des hommes dans la PTME en rajoutant ce critère pour l'évaluation de leur travail (encadré « Plein feu »). Au bout du compte, être un agent du changement est personnel. Il s'agit d'un engagement en faveur de l'égalité et de la reconnaissance de ses avantages pour la communauté toute entière. Une fois pris cet engagement, les actions devraient suivre – depuis la formulation de politiques pour le niveau le plus large, à la dénonciation de la violence sexiste dans sa propre communauté et en tenant les hommes pour responsables de leurs discours et de leurs actions quand ceux-ci bafouent l'égalité. Il ne suffit pas d'être « sensibilisé » à la sexospécificité. Pour un changement réel dans l'élimination de l'infection à VIH chez l'enfant et dans la santé maternelle, il faut plus que des hommes sensibles. Il faut des leaders.

Plein feu sur le Rwanda

Face à l'insuffisance de la participation des hommes à la PTME, le Rwanda a élaboré la campagne « Going for the Gold » qui vise à soutenir une approche centrée sur la famille pour la PTME, conformément aux stratégies nationales qui s'attachent particulièrement à la participation des hommes, en encourageant les partenaires masculins à participer au conseil et au dépistage du VIH.

Les différentes composantes de cette campagne sont les suivantes :

- Promotion du conseil et du dépistage du VIH de couple comme stratégie nationale ;
- Mobilisation de la communauté avec les autorités locales et les agents de santé communautaires ;
- Renforcement des capacités du personnel de santé sur le conseil et le dépistage du VIH de couple ;
- Campagnes de sensibilisation du public par le biais des médias au dépistage de couple ;
- Introduction d'indicateurs sur le dépistage du VIH de couple dans le contrat basé sur la performance passé entre les autorités locales et le gouvernement ;
- Intégration d'indicateurs sur le conseil et le dépistage du VIH de couple dans le programme de financement basé sur la performance au niveau des établissements de santé et au niveau communautaire ;
- Organisation de séances de conseil et de dépistage du VIH le week-end à l'intention des partenaires indisponibles en semaine ;
- Mise en place de lettres d'invitation pour les partenaires masculins.

Résultats : la participation au dépistage de couple a augmenté de façon spectaculaire, la moyenne nationale passant de 33 % en 2005 à 78 % en 2008, l'utilisation du dépistage par le partenaire atteignant 90 % dans certaines structures de santé. Le nombre de couples ayant fait un test de dépistage dans le cadre du programme de PTME a presque quadruplé, passant de 58 700 en 2005 à 229 200 en 2008. Dans le programme, la couverture du dépistage du VIH a augmenté, passant de 10 % du nombre total attendu de femmes enceintes en 2002 à 50 % en 2005 et 75 % en 2008. Une diminution relative de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et leurs partenaires masculins a également été signalée : elle est passée de 9,1 % en 2003 à 2,98 % en 2008 chez les femmes enceintes, et de 10,2 % en 2003 à 3,07 % en 2008 chez les partenaires masculins.

Pour plus d'informations, contacter Placidie Mugwaneza (mu_placy@yahoo.fr) au Centre de Traitement et de Recherche sur le sida/Ministère de la Santé.

La question de la qualité de la relation est-elle la pièce manquante ?

59. Les obstacles conceptuels ont été soulignés dans la partie consacrée aux obstacles à la participation des hommes à la PTME. Il a été soutenu que la santé publique et les cultures dans lesquelles elle opère ont concouru involontairement à faire perdurer un **paradigme qui associe la SSG aux femmes, et qui a eu pour effet d'exclure les hommes d'une participation à des secteurs importants de la santé génésique.**

60. **Les hommes n'ont pas été les seuls oubliés, le couple aussi** – alors qu'il forme la dyade biologique et sociale essentielle de la reproduction biologique et sociale et que ses résultats sanitaires ont des conséquences importantes pour le développement national. Quand d'aventure le couple a été pris en compte, c'était toujours sous l'angle des déterminants immédiats de l'infection chez l'enfant : comment amener les hommes à coopérer avec les femmes pour suivre les directives en matière de prévention et de traitement en vue d'éliminer l'infection à VIH chez l'enfant ? La véritable pièce manquante est la prise en compte de la nature et de la qualité de la relation entre l'homme et la femme, notamment les « intrications entre comportement sexuel et relations affectives » (Cole et Thomas 2009). Si l'on exclut cette variable de nature plus « distale » de l'appréciation de notre travail, comment alors être fidèle à l'impératif du Plan mondial (ONUSIDA 2011) de mettre la réalité de la vie des femmes au centre de notre riposte à l'infection à VIH chez l'enfant ? Comment pouvons-nous réussir à mobiliser les programmes et les services pour parvenir à une approche holistique de la santé de la famille et à un continuum de soins ?

61. **Les chercheurs ont commencé à noter la pénurie de documents publiés consacrés aux relations entre partenaires et le besoin d'informations supplémentaires pour étayer la programmation dans le domaine de la**

santé publique à destination des couples. « En Afrique subsaharienne, les connaissances socio-comportementales sur la prévention de l'infection à VIH dans le cadre de la dynamique des relations de couple sont encore insuffisantes » (Painter 2001). Cela comprend la communication au sein du couple sur les risques sexuels, l'évolution des comportements préventifs au fil du temps (par ex. en fonction de la durée de la relation ou du temps écoulé depuis le CDV), et les questions de sexospécificités liées à la négociation et à la violence (Desgrées-du-Loû et Gliemann 2008). Dans une autre étude menée récemment dans différents pays pour évaluer l'acceptabilité d'un conseil après le test du VIH orienté vers le couple, les auteurs ont constaté que l'une des clés de l'implication des hommes dans le conseil et le dépistage du VIH pendant la période prénatale est « une meilleure compréhension des relations de couple, des attitudes et des modes de communication entre l'homme et la femme concernant l'infection à VIH et la SSG. Ce contexte conjugal doit être pris en compte pour fournir pendant la période prénatale un conseil du VIH de qualité axé sur une PTME et une prévention primaire de l'infection à VIH intégrées » (Orne-Gliemann et al. 2010).² Toutefois, il est également important de noter que le type de relation que les hommes et les femmes entretiennent peut varier considérablement (mariages polygames, partenaires vivant ensemble ou non, perception de soi comme étant célibataire, etc.) et que le type de relation affecte la nature et même la définition de l'implication des hommes (voir dans ce document « Questions à examiner : le couple »).

² Le conseil après le test du VIH orienté vers le couple est une intervention comportementale en milieu clinique qui remplace le conseil standard fourni à la femme enceinte après le test du VIH. « Elle apporte à la femme des informations personnalisées ainsi que des outils et des stratégies pour que son partenaire soit impliqué de façon active dans le processus de conseil et de dépistage du VIH pendant la période prénatale » (Orne-Gliemann et al. 2010).

62. Pourquoi est-il important de connaître la nature des relations entre partenaires ? En termes simples, parce que **la plupart des infections en Afrique subsaharienne surviennent dans des relations**

stables, soit en raison d'une infection antérieure chez l'un des partenaires, soit à cause de l'infidélité (Carpenter et al. 1999 ; Malamba et al. 2005 ; Chomba et al. 2008). Les données d'enquêtes à grande échelle menées récemment au Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya et en République-Unie de Tanzanie révèlent que la sérodifférence est une réalité préoccupante : dans chaque pays, au moins deux tiers des couples où l'un des partenaires était séropositif au VIH étaient sérodifférents (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann 2008).

63. Le fait que le couple a été négligé peut potentiellement s'expliquer sur le plan épidémiologique par **une méprise des professionnels qui ne réalisent pas l'ampleur de la sérodifférence pour le VIH et par un refus du public de croire en cette possibilité**. L'examen de la littérature réalisé pour le présent document a relevé, au moins à quelques reprises, que les hommes ne recouraient pas au conseil et au dépistage parce qu'ils connaissaient le statut sérologique par rapport au VIH de leur partenaire et présumaient que leur propre statut serait identique (par ex. Brou et al. 2007). Si les deux partenaires croient avoir le même statut sérologique par rapport au VIH, l'utilisation d'une méthode de prévention pendant les rapports sexuels ne paraîtra pas logique (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann 2008).

64. Par conséquent, l'utilisation du préservatif reste faible chez les personnes engagées dans une relations « sérieuse » (Nations Unies 2002 ; De Walque 2007). Il a aussi été établi que le préservatif est un symbole chargé, associé à des partenaires occasionnel(le)s et à l'infidélité (Bauny et Jarabi 2003 ; Chimbiri 2007), ce qui fait qu'il est difficile pour les femmes comme pour les hommes (Maharaj et al. 2005 ; Chimbiri 2007) de suggérer ou d'adopter des comportements préventifs avec leur partenaire régulier. Du fait de la réalité et de l'ampleur de la sérodifférence, les personnes engagées dans une relation où les partenaires sont sérodifférents sont exposées au risque d'une infection à VIH ultérieure, et l'enfant est aussi exposé au risque d'infection.

65. Il a été établi que l'utilisation du préservatif est plus fréquente dans les couples où existe un dialogue sur les risques sexuels (Zamboni et al. 2000 ; Desgrées-du-Loû et al. 2009b). Mais d'après les réponses fournies par les personnes interrogées de certaines études, il ressort que la qualité des relations est en définitive assez pauvre. Une étude menée en Ouganda a signalé que les hommes pensaient que leur relation était fondamentalement instable et qu'aucune confiance n'y régnait. Larsson et al. (2010) ont constaté que « la méfiance était répandue et que les liaisons extraconjugales étaient fréquentes, surtout chez les hommes. Les liaisons extraconjugales étaient en général tacitement acceptées au sein d'un mariage, et rarement discutées entre époux. Toutefois, le soupçon permanent que son ou sa partenaire pourrait être infidèle fait planer un climat omniprésent de méfiance entre maris et femmes ». Il n'est alors guère surprenant que les hommes aient jugé peu attrayante l'idée du dépistage de couple dans les sites de PTME en raison des conflits qu'il peut générer au sein de la relation. Ces études portant sur les perceptions des personnes quant à la nature et à la qualité de leur relation sont assez évocatrices et expliquent peut-être pourquoi, malgré les résultats positifs des programmes de conseil et de dépistage de couple, l'acceptabilité de ces services reste faible (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann 2008). Le conseil et le dépistage de couple est une excellente idée, mais cette intervention peut être à l'origine de conversations et de questions qui n'intéressent pas le couple, ou dont le couple ne souhaite pas parler ou pour lesquelles il n'a ni les compétences ni le pouvoir pour les aborder, même pour se protéger soi-même ou protéger son ou sa partenaire.

Une initiative prometteuse : CoupleConnect

CoupleConnect de l'organisation EngenderHealth est un programme interactif fondé sur les compétences et conçu pour prévenir l'infection à VIH parmi les couples en République-Unie de Tanzanie. Il met l'accent sur le renforcement de la « connexité dans le couple », à savoir de « la qualité du lien affectif entre les partenaires qui est à la fois mutuel et maintenu dans le temps ». Conformément aux objectifs du projet, les couples sont définis comme deux personnes qui vivent dans ou à proximité d'une zone urbaine, se sont mariées au cours des cinq dernières années, appartiennent à un milieu socioéconomique défavorisé ou à la classe moyenne, sont alphabétisées, âgées d'au moins 20 ans et non polygames. EngenderHealth met en œuvre la connexité dans le couple en encourageant l'adoption de neuf comportements clés dans le couple. L'un des thèmes majeurs du programme est la manière dont les inégalités entre hommes et femmes et les normes sexospécifiques néfastes affectent ces neuf comportements qui forment l'état de connexité dans le couple. En tant que tel, le programme cherche à sensibiliser sur les normes sexospécifiques néfastes, s'interroge sur les effets négatifs de ces normes et les redéfinit en solutions favorables à la santé tout au long du programme.

CoupleConnect est basé sur l'hypothèse que les couples qui déclarent une meilleure connexité au sein de leur relation sont davantage susceptibles que ceux qui déclarent peu de connexité de s'engager dans des comportements sexuels favorables à la santé. CoupleConnect est actuellement en phase pilote de mise en œuvre.

Pour plus d'informations, contacter Dr Dunstan Bishanga (DBishanga@engenderhealth.org) à EngenderHealth (projet CHAMPION), République-Unie de Tanzanie.

66. Retour à la question de l'œuf ou de la poule posée plus tôt : **est-ce que les hommes participent aux programmes de PTME du fait de la bonne qualité du travail de terrain réalisé par les programmes ? Ou est-ce que ce sont les hommes qui ont déjà le sentiment d'être engagés dans leur relation et d'avoir une bonne communication avec leur partenaire qui participent à ces programmes ? Des études semblent étayer la seconde assertion :**

- Le niveau de communication préexistant au sein du couple sur les questions de SSG influe sur l'acceptabilité du conseil et du dépistage du VIH dans la période prénatale (Bakari et al. 2000) ;
- Les femmes vivant dans une zone urbaine en République-Unie de Tanzanie étaient moins susceptibles de venir chercher leurs résultats de test si elles n'avaient jamais discuté des questions de santé génésique avec leur partenaire (Msuya et al. 2006) ;
- Un engagement fort envers sa partenaire peut augmenter la motivation d'un homme à participer au CDV et aux consultations prénatales ; avoir discuté par le passé de l'infection à VIH peut motiver ou simplifier le recours au dépistage du VIH (Katz et al. 2009) ;
- Hommes et femmes ont signalé dans une étude qu'ils pensaient qu'une bonne communication ouverte les aiderait à recourir au dépistage systématique du VIH, à discuter des difficultés de la vie avec le VIH, et à être un soutien plus dynamique à l'égard du/de la partenaire infecté(e) par le VIH (Reece et al. 2010).

67. Rapprocher les hommes, les femmes et l'intégration : le couple comme élément d'une riposte mondiale ciblée.

Les couples représentent une occasion formidable, mais encore inexploitée, de promouvoir la santé génésique et familiale dans le contexte de services intégrés. Il est urgent de saisir ces occasions manquées d'intégrer la prévention primaire de l'infection à VIH et la PTME. Une approche du conseil et du dépistage du VIH centrée sur la famille, impliquant les hommes, contribuerait à améliorer la santé génésique, la communication sur la sexualité entre partenaires ainsi que la prévention de l'infection à VIH et des autres IST au sein de la relation (Orne-Gliemann et al. 2010). Avec l'arrivée des résultats de l'étude HPTN 052 et ses conséquences pour les couples sérodifférents, l'importance du conseil de couple pour aborder la prévention et la qualité de la relation s'impose maintenant d'autant plus. La question devient : comment favoriser la communication dans les couples de la communauté pour qu'ils soient prêts à utiliser un éventail de services de SSG afin de prévenir le sida chez l'enfant, promouvoir la santé maternelle et améliorer le bien-être de toute la famille ?

Considérations, questions et ressources méthodologiques

68. Comment définir l'implication des hommes ?

Actuellement, l'implication des hommes dans la PTME se mesure essentiellement par leur présence au conseil et au dépistage du VIH et par les résultats comportementaux et sanitaires qui y sont associés (par ex. l'utilisation du préservatif ou l'observance du schéma d'alimentation prescrit pour le nourrisson). **Le dépistage est-il un bon indicateur de l'implication constructive des hommes dans la PTME ?** La participation d'un homme au dépistage garantit-elle que l'homme ou le couple adoptera des comportements sexuels moins risqués ? ou qu'il soutiendra sa partenaire dans ses efforts pour observer correctement les schémas thérapeutiques prescrits (Ghanotakis, communication personnelle, 2011) ?

69. Les composantes de la prestation de services de PTME sont en vérité très nombreuses. Toutes n'ont pas reçu la même attention en ce qui concerne l'engagement des hommes. À ce sujet, voici trois exemples où l'engagement des hommes n'est pas suffisamment pris en compte :

(1) l'implication des hommes dans la planification familiale dans les couples infectés ou sérodifférents, même si l'étude menée par Wanyenze et al. (2011) est une récente et notable exception ; (2) la participation des hommes plus généralement pendant la grossesse, axée sur la prise en charge prénatale et surtout dans le plan de préparation à l'accouchement, y compris la promotion de l'accouchement dans une structure de soins ; (3) les effets du dépistage prénatal de la syphilis et du traitement du/de la partenaire sur l'engagement des hommes dans la prise en charge prénatale, y compris sur l'acceptation du dépistage du VIH.

70. En quoi consiste donc l'implication des hommes dans la PTME ? **Qu'est-ce que les hommes ont besoin de savoir, croire ou faire pour être « impliqués » ?** À quelles composantes de la PTME les hommes doivent-ils participer pour qu'il y ait implication ? Par exemple, si les hommes ont des

attitudes et des comportements sexospécifiques positifs (par ex. absence de partenaires sexuels multiples ou de violence exercée par un partenaire intime) et soutiennent l'utilisation de services par leur partenaire (par ex. en apportant un soutien financier), est-il crucial qu'ils se rendent avec elle dans le service de PTME ? Cette question devient plus opportune encore quand les services de santé ne sont pas adaptés aux hommes, ce qui peut encore renforcer les normes sexospécifiques néfastes (Ghanotakis, communication personnelle, 2011). La question est également primordiale dans un contexte de forte prévalence de la sérodifférence dans les couples.

71. Deux groupes de recherche (Byamugisha et al. 2010b ; Peltzer et al. 2011) ont utilisé une échelle ou un indice pour mesurer le niveau d'implication des hommes. L'étude réalisée par Byamugisha et ses collègues a cherché par exemple à déterminer le niveau d'implication des hommes et ses déterminants dans un programme de PTME dans l'est de l'Ouganda. Pour mesurer le niveau d'implication des hommes, les auteurs ont utilisé un « indice ad hoc de l'implication des hommes ». Cet indice se composait des six éléments suivants, chacun étant d'une importance égale dans l'analyse :

- L'homme se rend avec sa partenaire aux consultations prénatales ;
- L'homme connaît les rendez-vous de consultation prénatale de sa partenaire ;
- L'homme discute des interventions prénatales avec sa partenaire ;
- L'homme soutient financièrement les visites de consultation prénatale de sa partenaire ;
- L'homme a pris la peine de savoir ce qui s'est passé pendant les consultations prénatales ;
- L'homme a demandé l'autorisation d'utiliser des préservatifs pendant la grossesse en cours.

« Pour chaque personne interrogée, le score de l'implication pouvait varier de 0 = aucune implication à 6 = est impliqué dans les six activités. Un score total compris entre 4 et 6 était considéré comme un score « élevé » d'implication masculine ; un score total compris entre 0 et 3 comme un score

« faible ». L'analyse bivariée a été effectuée entre la variable dépendante "avoir un indice d'implication masculine élevé" et chaque variable indépendante » (Byamugisha et al. 2010b). L'article ne comportait malheureusement aucune explication sur la sélection de ces critères et aucune analyse de leur validité ou de leur généralisation pour les utiliser ailleurs.

72. Horizons et Promundo ont mis au point l'échelle Hommes équitables par rapport au genre (Gender-Equitable Men [GEM]) pour mesurer quantitativement les changements d'attitude à l'égard des normes sexospécifiques et les effets d'une intervention sur ces normes et sur les comportements sexuels à risque. L'échelle est conçue pour fournir des informations sur les normes sexospécifiques dans une communauté ainsi que sur l'efficacité des interventions qui s'emploient à les modifier (Pulerwitz et Barker 2008). L'échelle GEM est destinée à « (1) être multidimensionnelle et à mesurer de multiples domaines au sein des normes sexospécifiques, un accent particulier étant mis sur ce qui concourt à l'instauration de normes sexospécifiques égalitaires ou inégalitaires ; (2) cibler les objectifs du programme liés aux relations sexuelles et intimes, à la SSG et à la prévention des infections ; (3) être largement applicable tout en tenant compte des différences culturelles, afin que les indicateurs puissent être appliqués et comparés dans différents contextes et être suffisamment pertinents pour des contextes culturels spécifiques ; et (4) être facile à gérer de sorte que différents types d'acteurs – y compris les organisations qui mettent en œuvre les interventions – puissent se charger de ce type d'évaluation ». Les hommes ayant répondu au questionnaire et qui ont obtenu un score élevé à l'échelle GEM (indiquant qu'ils concourent de façon notable à des normes sexospécifiques inégalitaires) étaient beaucoup plus susceptibles de signaler des symptômes d'IST et des violences physiques et sexuelles contre une partenaire que les hommes ayant obtenu des scores peu élevés à l'échelle GEM » (Population Council, document non daté). L'échelle GEM a été validée pour l'Éthiopie, le Kenya, l'Inde et le Brésil.

73. Suivi de l'implication des hommes dans la mise en œuvre et la qualité du programme. Le projet Channeling Men's Positive Involvement in the National HIV Response (CHAMPION) (Mettre l'implication positive des hommes au service de la riposte nationale au VIH) d'EngenderHealth en République-Unie de Tanzanie a élaboré une série de normes de performances pour chacun de ses domaines programmatiques (Ramirez-Ferrero et al. 2010). Ces normes de performance ont été conçues dans le but de faire le suivi et l'évaluation du projet CHAMPION ou d'autres programmes d'implication des hommes au niveau communautaire, principalement par le biais d'organisations partenaires locales. Elles ont été élaborées pour un certain nombre de domaines programmatiques, notamment l'éducation par les pairs, l'éducation basée sur des cours, l'engagement communautaire, les services de santé adaptés aux hommes, le plaidoyer et la programmation intégrant une perspective sexospécifique (ou l'intégration de cette perspective au niveau organisationnel). L'évaluation du programme peut être effectuée de façon périodique par le personnel administratif ou le personnel du programme, ou par une organisation externe. Les normes de performances ont trois fonctions principales :

- Établir le niveau de base de la performance et identifier les besoins d'assistance technique ;
- Fournir des orientations au personnel et aux partenaires d'exécution de CHAMPION, en les aidant à identifier les domaines clés pour le suivi et l'amélioration de la qualité de la programmation ;
- Évaluer, au fil du temps, l'efficacité de l'assistance technique par la surveillance du nombre d'indicateurs (ou de normes de performances) atteints depuis le niveau de référence.

Questions à examiner

74. Questions conceptuelles

- D'une vision de l'homme comme obstacle ou simplement quelqu'un permettant aux femmes d'avoir des comportements favorables

de recours aux soins à une vision de l'homme comme partenaire, client et agent du changement. Une réorientation radicale (c'est-à-dire au niveau de leur origine) est nécessaire pour surmonter les obstacles conceptuels et politiques à l'implication des hommes et à l'intégration – passer d'une vision qui place l'homme comme simple facteur de facilitation permettant aux femmes d'accéder aux services de santé à une vision de l'homme comme partenaire et client des politiques et pratiques de santé génésique et comme militant pour le changement social.

- **La question de la sexospécificité est d'ordre relationnel.** Ce document n'a pas prêté assez d'attention à une hypothèse fondamentale de la programmation transformatrice qui vise à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes selon laquelle la question de la sexospécificité est d'ordre relationnel. C'est-à-dire que les normes sexospécifiques, les rôles ainsi que les vulnérabilités culturelles de chacun des sexes sont continuellement construits à travers les interactions individuelles et collectives entre hommes et femmes tout au long du cycle de vie. « Les significations sociales de masculinités et de féminités – et tout ce qui se produit à cause de ces significations – sont construites par comparaison avec l'autre et dans la relation à l'autre » (Population Reference Bureau 2010). Une programmation transformatrice qui vise à faire évoluer favorablement les inégalités entre hommes et femmes cherche à mieux comprendre la manière dont chacun façonne les différentes constructions sociales de la sexospécificité et la manière donc chacun est façonné par ces constructions. Pour susciter plus efficacement une transformation sociale pérenne, il faut dépasser l'idée de simplement faire venir l'homme à la structure de soins, et faire intentionnellement se croiser les hommes et les femmes dans un travail de programmation basée sur la sexospécificité, afin d'engager chacun dans l'examen, le questionnement et la remise en question des constructions restrictives de la masculinité et de la féminité qui favorisent l'inégalité et nuisent à la santé et au bien-être.

75. Les couples

- **La qualité de la relation et ses conséquences sur l'infection à VIH.** Il faut en apprendre davantage sur les dynamiques et les qualités de la relation de nos clients. La contradiction entre les attitudes positives des hommes à l'égard des services et leur faible taux de participation dans les sites de PTME est évocatrice de dynamiques dans les relations, dynamiques que nous ne maîtrisons pas complètement à ce jour. Étant donné le taux élevé de sérodifférence et le potentiel très positif que représentent les couples comme points d'entrée pour promouvoir la santé et le bien-être de toute la famille, il est impératif de mieux comprendre ce phénomène.
- **La diversité des types de relations et la définition de l'implication des hommes.** Il est important de reconnaître le « spectre complexe de types de vies conjugales » qui constituent en Afrique la catégorie « en couple » (Desgrées-du-Loû et al. 2009b). L'état matrimonial peut être difficile à définir. Le mariage lui-même peut être imprécis car il peut ne pas être réductible à un seul événement mais plutôt être un processus pouvant prendre des années. En outre, il existe des variables relatives à la cohabitation (vivre ensemble ou non) et au nombre de conjointes dans un mariage, la polygamie étant une pratique répandue dans certaines régions d'Afrique. Desgrées-du-Loû et ses collègues (2009b) concluent que « la catégorie "en couple", comprenant toutes les personnes qui déclarent avoir un partenaire régulier, semble être la catégorie la plus pertinente à prendre en compte pour étudier la prévention de la transmission du VIH au sein des relations conjugales ». Même ainsi, les aspects temporels de la formation des couples, la variété des unions et la diversité de l'état matrimonial remettent en question la manière dont on définit l'implication des hommes dans divers contextes. Qu'en est-il, par exemple, dans des endroits où la majorité des femmes qui se rendent en consultation se considèrent comme célibataires ? Dans ce cas, comment modifier nos services et nos politiques ?

76. Intégration

- **Planification familiale.** Pierre angulaire des quatre fronts de la PTME, l'accent mis sur la planification familiale reste très loin de recevoir l'attention nécessaire. Cela est particulièrement regrettable dans la mesure où de nombreuses données attestent de son efficacité dans la prévention de l'infection à VIH et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il s'agit par ailleurs d'un impératif en termes de droits humains : la planification familiale permet aux femmes, aux hommes et aux couples, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs au VIH, de décider s'ils veulent avoir des enfants, quand et combien.
- **Infections sexuellement transmissibles.** Les activités de lutte contre le VIH et les autres IST ne sont pas assez intégrées alors qu'il est largement admis que les IST contribuent à l'acquisition et à la transmission du VIH, que la prévalence de l'infection à VIH est plus élevée chez les patients atteints d'une IST, et que des interventions similaires (préservatifs, circoncision et changement de comportement) préviennent à la fois l'infection à VIH et les autres IST (Fleming et al. 1999 ; OMS 2007). Les stratégies visant à engager les partenaires masculins dans la PTME du VIH doivent explorer les synergies potentielles avec la lutte contre les IST, comme le rôle du dépistage prénatal systématique de la syphilis et le diagnostic syndromique des IST pour engager les partenaires masculins dans les soins prénatals.
- **Violence sexiste.** La violence sexiste est une préoccupation immédiate au regard de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction – parce qu'il s'agit de la protection la plus élémentaire des personnes contre les dommages physiques. Non seulement les blessures physiques sont une préoccupation de premier plan, mais les conséquences de la violence sur la SSG sont profondes. La violence dans les relations a été associée à des taux accrus de grossesses non désirées et de transmission de l'infection à VIH et des autres IST, à une utilisation insuffisante des soins prénatals, à la dépression

et à une mauvaise estime de soi, à la survenue d'une grossesse et à l'utilisation, cachée d'une méthode de contraception (Heise et al. 1999).

77. Services de santé

- **Des soins de qualité.** La qualité des services est une préoccupation importante qui peut faire obstacle aux soins. La bonne nouvelle est que les initiatives comme les services adaptés aux hommes ne sont pas seulement un moyen d'élargir la gamme des services, mais constituent aussi des outils utiles pour améliorer la qualité. Lors du déroulement d'une formation sur la façon de rendre les services adaptés aux hommes, une attention particulière doit être portée sur deux questions épineuses qui ont été soulevées – comment travailler plus efficacement avec les couples (voir l'encadré ci-dessous « Une initiative prometteuse ») de manière à remettre en question les normes sexospécifiques néfastes et de promouvoir la prise de décision en commun, et comment dépister la violence exercée par un partenaire intime. Une étude menée en Afrique du Sud a montré les très nombreux avantages du dépistage de la violence exercée par un partenaire intime. Non seulement les questions ont été bien accueillies par les clientes, mais cette intervention a aussi permis aux femmes de bénéficier d'un traitement et d'un soutien psychosocial. Les femmes ont trouvé utile le simple fait de discuter de leur expérience de la violence. Les auteurs rapportent que les femmes ont facilement fait le lien entre leur expérience de la violence et l'inégalité entre les hommes et les femmes (Christofides et Jewkes 2010).
- **Expansion des services.** Si la PTME comprend de nombreux services, le conseil et le dépistage du VIH sont essentiels car ils servent – ainsi qu'il a déjà été indiqué – de point de départ au couple pour prendre tout un ensemble de décisions au sujet de l'infection à VIH et de la PTME. Des services de qualité contribuent à garantir les droits humains des clients, non seulement pour qu'ils accèdent au conseil et au dépistage du VIH de couple, mais aussi pour qu'ils soient orientés vers des programmes efficaces de

prévention, de traitement et de soins. Lorsque certains volets sont ajoutés au conseil et au dépistage de couple, comme la remise en cause des normes sexospécifiques néfastes et le dépistage de la violence exercée par un partenaire intime, la qualité de ce conseil devient d'autant plus importante, ce qui représente un défi pour l'expansion des services. Compte tenu des problèmes d'infrastructure rencontrés par de nombreux systèmes de santé en Afrique subsaharienne (par ex. pénurie de ressources humaines) et devant l'appel de l'OMS pour intensifier des programmes efficaces de PTME, il est important de se rappeler que le maintien de la qualité n'est pas une question de chance mais de choix. L'OMS est une organisation parmi d'autres qui fournit des orientations techniques sur l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité à l'échelle nationale et infranationale. L'un des points clés de toute activité d'assurance qualité ou d'amélioration de la qualité est que la qualité doit être planifiée. À ce sujet, une récente note technique de l'OMS (OMS 2011) fournit un cadre utile pour l'amélioration de la qualité à destination des responsables de l'élaboration des politiques et des praticiens de santé publique ; ce document définit 10 éléments constitutifs fondamentaux nécessaires pour institutionnaliser un conseil et un dépistage du VIH de qualité dans des contextes et des situations variés.

Une initiative prometteuse : le conseil après le test du VIH orienté vers le couple

Le conseil après le test du VIH orienté vers le couple est une intervention comportementale en milieu clinique qui remplace le conseil standard fourni à la femme enceinte après le test du VIH. « Elle apporte à la femme des informations personnalisées ainsi que des outils et des stratégies pour que son partenaire soit impliqué de façon active dans le processus de conseil et de dépistage du VIH pendant la période prénatale » (Orne-Gliemann et al. 2010). Les volets élargis du conseil orienté vers le couple comprennent : identification du partenaire et discussion sur la nature de la relation ; évaluation du niveau de la communication au sujet de la SSG et de l'infection à VIH ; discussion à propos du partage du statut, du dépistage du partenaire et du conseil de couple ; fourniture d'outils et de stratégies pour aider les femmes à traiter de ces questions avec leur partenaire ; et anticipation des possibles réactions négatives du partenaire et stratégies pour y faire face.

L'activité de conseil après le test du VIH orienté vers le couple fait partie de l'essai multicentrique de prévention de l'infection à VIH pendant la période prénatale mené par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS 12127). Sur les données de l'évaluation de référence, les auteurs ont cependant déjà constaté qu'une des clés de l'implication des hommes dans le conseil et le dépistage du VIH pendant la période prénatale est « une meilleure compréhension des relations de couple, des attitudes et des modes de communication entre hommes et femmes concernant l'infection à VIH et la santé sexuelle et génésique. Ce contexte conjugal doit être pris en compte pour fournir pendant la période prénatale un conseil du VIH de qualité axé sur une PTME et une prévention primaire de l'infection à VIH intégrées » (Orne-Gliemann et al. 2010).

Lacunes dans les connaissances et axes de recherche pour l'avenir

78. Les hommes

- La plupart des informations disponibles concernant les hommes et la PTME portent sur le dépistage du VIH. Des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les moyens d'impliquer les hommes dans les autres volets de la PTME.
- Il n'est fait presque aucune mention de la participation des hommes dans le plan de préparation à l'accouchement, la promotion de l'accouchement dans une structure de soins et la transmission du VIH.
- Il manque des données de recherche sur le rôle du dépistage prénatal systématique de la syphilis pour engager les hommes dans la grossesse de la femme, ainsi que sur l'influence potentielle que le dépistage des IST pourrait avoir pour améliorer la couverture du dépistage des partenaires masculins et identifier les femmes particulièrement exposées au risque d'acquisition du VIH.
- Le fait que l'homme voit dans la femme un moyen indirect pour remplacer son propre dépistage du VIH suggère que sa compréhension des dynamiques de la transmission et de la sérodifférence est insuffisante.
- La plupart des informations disponibles au sujet des hommes et de la PTME proviennent des femmes et, dans une moindre mesure, des hommes qui se rendent aux consultations. Rares sont les informations sur les hommes et les couples qui n'utilisent pas les services.

79. Les couples

- Des travaux de recherche supplémentaires doivent être menés sur la gestion du risque d'infection par le VIH et la prévention de l'infection à VIH au sein des relations de couple. En Afrique subsaharienne, les connaissances socio-comportementales de la prévention de l'infection à VIH sont encore insuffisantes dans le cadre de la dynamique des relations de couple (Painter 2001). Cela comprend la communication au sein du couple sur les risques sexuels, l'évolution des comportements préventifs au fil du temps (par ex. en fonction de la durée de la relation ou du temps écoulé depuis le CDV), et les questions de sexospécificité liées à la négociation et à la violence (Desgrées-du-Loû et Gliemann 2008).
- Il serait utile de mener des travaux de recherche sur les différences entre les couples qui utilisent les services et ceux qui ne le font pas. Quelle est la relation entre la qualité de la relation de couple, l'utilisation des services et l'implication des hommes ? La connexité dans le couple est-elle un facteur de confusion entre l'utilisation des services et les résultats sur la santé et les comportements ?

80. L'intégration

- Des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les effets de l'intégration de la PTME en période périnatale dans d'autres services de santé sur la couverture, l'utilisation, et la qualité des services ainsi que sur les résultats sanitaires, et pour déterminer les meilleures modalités d'intégration (Tudor Car et al. 2011).
- Les approches centrées sur la famille restent peu développées et les données sur ce sujet sont rares. Dans la littérature publiée, il existe peu d'évaluations systématiques des modèles de PTME centrés sur la famille et presque aucune étude comparée dans ce domaine (Betancourt et al. 2010).

Références

- Allen S et al. Confidential HIV testing and condom promotion in Africa: impact on HIV and gonorrhoea rates. *JAMA*, 1992, 268:3338–3343.
- Allen S et al. Promotion of couples' voluntary counseling and testing for HIV through influential networks in two African capital cities. *BMC Public Health*, 2007; 7:349.
- Allen S et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 2003, 17:733–740.
- Aluisio A et al. Male antenatal attendance and HIV testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011a, 56(1):76–82.
- Aluisio A. *Barriers to male engagement in PMTCT: research from primary stakeholders*. Présentation effectuée à la consultation sous-régionale pour débattre du renforcement de l'implication des hommes dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, Kigali, Rwanda, 25 août 2011b.
- Amin A, Erhardt S, Simbakalia C. *Field testing of WHO guidelines on integrating gender into HIV/AIDS programmes in Tanzania: summary report*. Dar es Salaam, Organisation mondiale de la Santé/Société pour la Coopération technique d'Allemagne (GTZ)/Ministère de la santé de République-Unie de Tanzanie, 2007.
- Baiden F et al. Voluntary counseling and HIV testing for pregnant women in the Kassena-Nankana district of northern Ghana: is couple counseling the way forward? *AIDS Care*, 2005, 17:648–657.
- Bajunirwe F, Muzoora M. Barriers to the implementation of programs for the prevention of mother to child transmission of HIV: a cross-sectional survey in rural and urban Uganda. *AIDS Research and Therapy*, 2005, 2:10.
- Bakari JP et al. Rapid voluntary testing and counseling for HIV. Acceptability and feasibility in Zambian antenatal care clinics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000, 918:64–76.
- Bauni EK, Jarabi BO. The low acceptability and use of condoms within marriage: evidence from Nakuru district, Kenya. *Étude de la Population Africaine/ African Population Studies*, 2003, 18(1):51–65.
- Becker S. Couples and reproductive health: a review of couple studies. *Studies in Family Planning*, 1996, 27(6):291–306.
- Betancourt TS et al. Family-centered approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13(Suppl. 2):S2.
- Bor R. Disclosure. *AIDS Care*, 1997, 9(1):49–53.
- Brou H et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e342.
- Byamugisha R et al. Dramatic and sustained increase in HIV-testing rates among antenatal attendees in Eastern Uganda after a policy change from voluntary counselling and testing to routine counselling and testing for HIV: a retrospective analysis of hospital records, 2002–2009. *BMC Health Services Research*, 2010a; 10:290.
- Byamugisha R et al. Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Eastern Uganda: a cross-sectional survey *Reproductive Health*, 2010b, 7:12.
- Carpenter LM et al. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS*, 1999, 13:1083–1089.
- Chandisarewa W, et al. Routine offer of antenatal HIV testing ("opt-out" approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2007, 85:843–50.
- Chimbiri AM. The condom is an 'intruder' in marriage: evidence from rural Malawi. *Social Science and Medicine*, 2007, 64(5):1102–1115.
- Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. The prevention of mother to child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi: why do so many women drop out. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:143–151.
- Chomba E et al. Evolution of couples' voluntary counseling and testing for HIV in Lusaka, Zambia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 47(1):108–115.
- Christofides N, Jewkes R. Acceptability of universal screening for intimate partner violence in voluntary HIV testing and counseling services in South Africa and service implications. *AIDS Care*, 2010, 22(3):279–285.

- Cohen SI, Burger M. *Faire des hommes des partenaires : nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2000 (Document technique No. 3).
- Cole J, Thomas LM. *Love in Africa*. Chicago, University of Chicago Press, 2009.
- Conkling M, et al. Couples' voluntary counselling and testing and nevirapine use in antenatal clinics in two African capitals: a prospective cohort study. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 15;13:10
- de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Counselors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:144–156.
- de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Factors influencing acceptability of voluntary counseling and HIV-testing among pregnant women in Northern Tanzania. *AIDS Care*, 2004a, 16(4):411–425.
- de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Are infant feeding options that are recommended for mothers with HIV acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe? Pregnant women's perspectives. *Public Health Nutrition*, 2004b, 7:611–619.
- Desgrées-du-Loû A et al. Beneficial effects of offering prenatal HIV counseling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002–2005. *AIDS and Behavior*, 2009a, 13(2):348–355.
- Desgrées-du-Loû A et al. From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Social Science and Medicine*, 2009b, 69:892–899.
- Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centered testing and counseling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16:151–161.
- De Walque D. Serodiscordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 2007, 33(3):501–523.
- Dudgeon M, Inhorn M. Men's influences on women's reproductive health: Medical anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 2004, 59:1379–1395.
- Falnes EF et al. "It is her responsibility": partner involvement in prevention of mother to child transmission of HIV programs, northern Tanzania. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:21.
- Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.
- Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:3–17.
- Gaillard P et al. Vulnerability of women in an African setting: Lessons for the mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS*, 2002, 16(6):937–939.
- Gloyd S et al. Scaling up antenatal syphilis screening in Mozambique: transforming policy to action. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:S31–S36.
- Greene M, Biddlecom AE. Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. *Population and Development Review*, 2000, 26(1):81–115.
- Greene M et al. *Involving men in reproductive health: contributions to development*. New York, Projet du Millénaire des Nations Unies, 1991.
- Gupta GR. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. *SIECUS Report*, 2001, 29(5):6–12.
- Gutmann M. *Fixing men: sex, birth control, and AIDS in Mexico*. Berkeley, University of California Press, 2007.
- Heise L, Ellsberg M. Ending violence against women. *Population Reports*, 1999, L-11.
- Homsy J et al. Routine intrapartum HIV counseling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 42(2):149–154.
- Homsy J et al. The need for partner consent is a main reason for opting out of routine HIV testing for prevention of mother-to-child transmission in a rural Ugandan hospital. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44:366–369.
- Johnson, W. Treatment for women and prevention for infants: Can't we do both? *GHMC Treatment Issues*, 2009, March:1–3.

- Kapata RS et al. *Assessment of men's gender attitudes and behaviors, and their involvement in reproductive health and HIV/AIDS in Tanzania*. Dar es Salaam, EngenderHealth, 2010.
- Katz DA et al. Male perspectives on incorporating men into antenatal HIV counseling and testing. *Plos One*, 2009, 4:e7602.
- Kiarie J et al. Domestic violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV. *AIDS*, 2006, 20:1763–1769.
- Kilewo C et al. HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: Experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar Es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(5):458–462.
- Larsson EC et al. Mistrust in marriage-Reasons why men do not accept couple HIV testing during antenatal care- a qualitative study in eastern Uganda. *BMC Public Health*, 2010, 10:769.
- Larsson EC et al. Opt-out HIV testing during antenatal care-experiences of pregnant women in rural Uganda. *Health Policy Plan*, 2012, 27(1):69–75.
- Maharaj P, Cleland J. Risk perception and condom use among married or cohabiting couples in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(1):24–29.
- Maman S et al. High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS and Behavior*, 2003, 7:373–382.
- Maman S et al. Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: challenges for HIV-1 voluntary counselling and testing. *AIDS Care*, 2001, 13:595–603.
- McIntyre J. Strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2006, 19:33–38.
- Medley A et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:299–307.
- Misiri HE, Tadesse E, Muula AS. Are public antenatal clinics in Blantyre, Malawi, ready to offer services for the prevention of vertical transmission of HIV? *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8:64–70.
- Montgomery CM et al. Men's involvement in the South African family: engendering change in the AIDS era. *Social Science and Medicine*, 2006, 62:2411–2419.
- Moodley D, et al. High HIV incidence during pregnancy: compelling reason for repeat HIV testing. *AIDS*, 2009, 23:1255-9.
- Msuya SE et al. Predictors of failure to return for HIV test results among pregnant women in Moshi, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006a, 43:85–90.
- Msuya SE et al. HIV among pregnant women in Moshi Tanzania: the role of sexual behavior, male partner characteristics and sexually transmitted infections. *AIDS Research and Therapy*, 2006b, 3:27.
- Msuya SE et al. Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: implications for preventive programs. *AIDS Care*, 2008, 20:700–709.
- Nations Unies. *Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2000*. Nations Unies, New York, 2002.
- Ndagije F. *Cost-effectiveness of male involvement in PMTCT/ANC*. Présentation effectuée à la consultation sous-régionale pour débattre du renforcement de l'implication des hommes dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, Kigali, Rwanda, 25 août 2011.
- Njeru MK et al. Practicing provider-initiated HIV testing in high prevalence settings: consent concerns and missed preventive opportunities. *BMC Health Services Research*, 2011, 11:87.
- OMS. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.
- OMS. *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates, barriers and outcomes: a review paper*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.

- OMS. *Improving HIV testing and counselling services*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/WHO_HIV_11_01/en/index.html, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- OMS. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003 (http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/Integrating%5B258KB%5D.pdf, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- OMS. *PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2010a.
- OMS. *Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2010b.
- OMS. *Sexual and reproductive health and HIV. Linkages: evidence review and recommendations*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009_linkages_evidence_review_en.pdf, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- OMS. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 : rompre la chaîne de transmission*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : 2010 rapport de situation*. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/fr/index.html>, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- OMS, UNICEF, Groupe de Travail Inter Agences sur la prévention de l'infection à VIH. *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH : vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du sida*. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Groupe de Travail Inter Agences sur la prévention de l'infection à VIH, Genève, 2007.
- ONUSIDA. *Compte à rebours jusqu'à zéro : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_fr.pdf, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- ONUSIDA. *Une action conjointe en vue de résultats : cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009–2011*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2010a (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1713_joint_action_fr.pdf, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- ONUSIDA. *Sexual and reproductive health (SRH) services with HIV interventions in practice: background paper to the 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2010b.
- ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2006.
- Orne-Gliemann J et al. Couple-oriented prenatal HIV counseling for HIV primary prevention: an acceptability study. *BMC Public Health*, 2010, 10:197.
- Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 53:1397–1411.
- Peacock D. *Men as partners: promoting men's involvement in care and support activities for people living with HIV/AIDS*. Brésil, EngenderHealth, 2003.
- Peacock D et al. Men, HIV/AIDS, and human rights. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 3):S119–125.
- Peltzer K et al. Follow-up survey of women who have undergone a prevention of mother to child transmission program in a resource-poor setting in South Africa. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2008, 19:450–460.
- Peltzer K, Sikwane E, Majaja M. Factors associated with short-course antiretroviral prophylaxis (dual therapy) adherence for PMTCT in Nkangala district, South Africa. *Acta Paediatrica*, 2011, 100(9):1253–1257.

- Population Council. *The Gender-Equitable Men Scale* (<http://www.popcouncil.org/Horizons/ORToolkit/toolkit/gem1.htm>, consulté en ligne le 3 mai 2012).
- Population Reference Bureau. *Synchronizing gender strategies: a cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations*. Washington DC., Population Reference Bureau, 2010.
- Postma MJ et al. Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 1999, 19;318(7199):1656-60.
- Pulerwitz J et al. Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs: lessons learned from Horizons research. *Public Health Report*, 2010, 125(2):282-292.
- Pulerwitz J, Barker G. Measuring attitudes towards gender norms among young men in Brazil: Development and psychometric evaluation of the GEM Scale. *Men and Masculinities*, 2008, 10:322-338.
- Ramirez-Ferrero E et al. *Performance standards for gender-based reproductive health program areas*. Dar es Salaam, EngenderHealth, 2010.
- Reece M, Hollub A, Nangami M, Lane K. Assessing male spousal engagement with prevention of mother-to-child transmission (pMTCT) programs in western Kenya. *AIDS Care*, 2010, 22(6):743-50.
- Ringheim K. When the client is male: client-provider interaction from a gender perspective. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(3): 170-175.
- Roth D et al. Sexual practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda: Effects of a testing and counselling programme for men. *International Journal of STD and AIDS*, 2001, 12:181-188.
- Semrau K et al. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*, 2005, 19:603-609.
- Shemsanga MA. *Barriers to male engagement: perspectives from health care providers*. Présentation effectuée à la consultation sous-régionale pour débattre du renforcement de l'implication des hommes dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, Kigali, Rwanda, 25 août 2011.
- Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promotion International*, 2004, 19(3):389-96.
- Theuring S et al. Male involvement in PMTCT services in Mbeya region, Tanzania. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:S92-S102.
- Tijou Traoré A et al. Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast. *Social Science and Medicine*, 2009, 69:830-837.
- Tudor Car L et al. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (6):CD008741.
- Van der Straten A et al. Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 1995, 9:935-944.
- Walston N. *Challenges and opportunities for male involvement in reproductive health in Cambodia*. Policy Project. Washington, DC., AID des États-Unis d'Amérique, 2005.
- Wanyenze R et al. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:35.
- Wilcher R et al. From effectiveness to impact: contraception as an HIV prevention intervention. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl. 2):ii54-60.
- Zamboni B, Crawford I, Williams P. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 2000, 12:492-504.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 250367 8

