

HSH en Afrique, s'affranchir d'une double vie

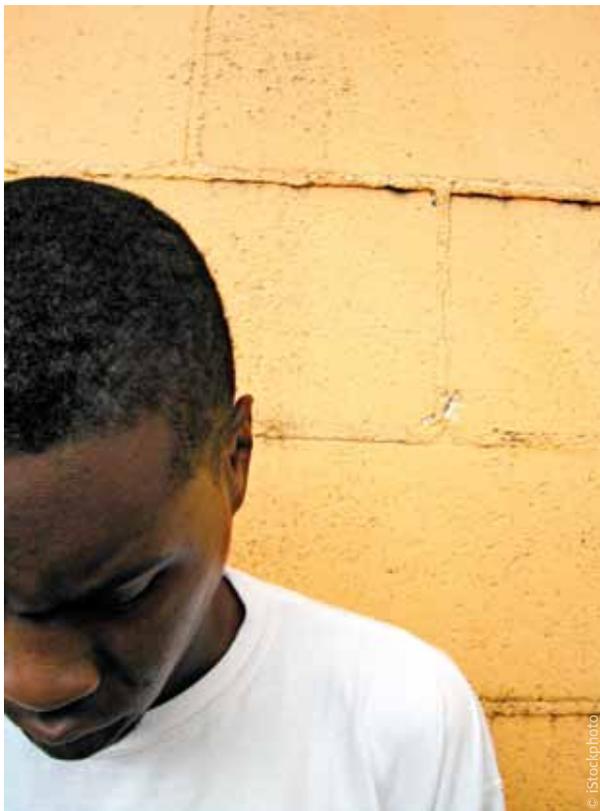
Compte tenu d'une situation sociale et juridiquement hostile, la prise en charge des HSH demeure difficile. Non sans impact sur leur santé psychique.

Avec 1 225 psychiatres recensés en Afrique, soit une densité inférieure à 0,05 pour 10 000 habitants¹, il est peu de dire que cette spécialité est le parent pauvre de la médecine sur ce continent. Pourtant, dès le début de l'épidémie, face à l'absence de médicaments, la prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVIH) s'est révélée indispensable afin de les aider à affronter la maladie et la stigmatisation qui les frappait en raison de leur statut sérologique. Les nombreuses initiatives qui ont vu le jour ont permis de considérablement améliorer le quotidien des PVIH, en favorisant l'écoute, l'échange et le partage. Ces approches psychologiques ont ainsi favorisé la lutte contre la stigmatisation et permis un meilleur accès aux soins.

Rejet des HSH. Mais ce qui s'est révélé efficace avec la population générale n'est malheureusement pas appliqué avec certaines catégories de populations très vulnérables, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Particulièrement stigmatisés, pénalement condamnables dans 38 pays africains, ils vivent cachés et ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge psychologique. Selon Yves Yomb, le directeur exécutif d'Alternatives Cameroun, « *seules les associations identitaires ont conscience de ce besoin* ». Et lorsque l'on évoque avec lui la tradition de la prise en charge psychosociale qui avait fonctionné au début des années 2000, il explique que « *même au sein de ces équipes pourtant formées et dévouées, il existe une forte réticence à s'occuper de cette population* ». Rejetés de ces programmes, non réceptifs à une prise en charge psychosociale destinée à la population générale, « *ils sont rejetés* », poursuit Yves Yomb et souffrent « *autant de leur statut sérologique que de leur orientation sexuelle* ». Dans le cadre du rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur le VIH et la santé mentale publié en 2008, il a été établi que les problèmes de santé mentale peuvent élever le risque de contracter le VIH, compliquer la recherche d'aide, gêner la qualité des soins ou encore altérer l'observance.

Au Cameroun, par exemple, où l'homosexualité est pénalement réprimée, les hommes se cachent. Et lorsqu'ils se tournent vers une association identitaire, celle-ci ne peut intervenir que dans le cadre d'un dépistage ; le soin ne leur étant pas autorisé dans ce pays. Ils sont alors orientés vers le corps médical, qui les rejette. « *Et alors, à nouveau, nous les perdons*, se désole Yves. *Ils n'ont plus accès aux soins et à la prévention.* »

Double vie obligatoire. Dans une étude² conduite à Abidjan (Côte d'Ivoire), à la clinique Confiance du quartier de Marcory auprès de 150 HSH, plus d'un tiers des répondants confirment cette constatation d'Yves Yomb, puisqu'ils sont 34,7 % à estimer que leur sexualité leur confère une mauvaise image dans la société. Près de la moitié, 44,7 %, ont affirmé subir des difficultés dans leur entourage familial. Pour l'essentiel, à 58,2 %, cela s'exprimait par des violences physiques et verbales, mais également par de la discrimination (25,4 %) et du rejet (16,4 %). Selon les auteurs de l'étude, « *vouloir nier l'existence de l'homosexualité participe de sa construction mythique* », pourtant erronée : « *celle-ci ayant toujours été connue et pratiquée* ». Mais elle n'est pas encore affranchie des contraintes culturelles et des pressions sociétales qui se dressent contre elles sur le continent « *acquis aux valeurs pronatalistes* ». Cela induit donc, pour un grand nombre des HSH, une gestion complexe de leur vie, les contraignant à une double vie ou à des vies multiples. Le Pr Jean-Marie Yeo-Tenena Yessonguilana, un des auteurs de l'étude, explique avoir reçu dans son cabinet des hommes « *souhaitant devenir hétérosexuels afin d'éviter des problèmes* ». Certains auteurs, dont Charles Gueboguo³, parlent de « *stratégie de discrétion* » ou encore de « *tactique de camouflage* », conduisant à opter pour une visibilité hétérosexuelle et des rapports clandestins avec les hommes, ceux qui sont identifiés étant rejetés. Dans l'étude ivoirienne, seuls 48 % se présentent comme des homosexuels exclusifs, 52 % étant donc bisexuels. Autant de situations qui ne favorisent pas l'insertion et



la bonne gestion d'une prise en charge médicale au long cours. Parmi les répondants, 52 % ne sont ainsi pas prêts à afficher publiquement leur orientation sexuelle, 62 % ne l'ont pas dévoilé à leur entourage et 87,3 % n'osent pas en parler aux médecins. Les principales raisons évoquées pour expliquer ce silence sont la gêne et la honte (48,1 %), et la réaction des agents de santé (46,6 %).

Aller vers les HSH. Dans *Africagay contre le sida : un combat africain*, rapport édité par le réseau Africagay en 2012, un HSH burundais évoque ainsi sa réticence à voir un médecin, puis le rejet dont il a été victime : « [...] J'ai cru voir sur moi des symptômes d'IST. Ces symptômes sont apparus au niveau anal. Or je savais qu'une loi pénalise l'homosexualité et cela constituait une preuve de la mienne. Je ne voulais pas me faire soigner de peur de me faire dénoncer. Mais les symptômes s'aggravant, j'ai finalement cédé à la douleur et j'ai été voir un premier médecin que je connaissais déjà un peu. Il n'a plus rien voulu entendre de moi quand il a su où se situaient mes symptômes. » Cet isolement, que ce patient a pu rompre grâce à la prise en charge globale offerte par l'ANSS, association historique de lutte contre le sida au Burundi, est propice au développement de troubles psychiques. Souvent associés à des comportements addictifs à des produits psychoactifs, dépression, troubles anxieux et suicide sont la conséquence de sentiments de culpabilité et de honte. Sentiments qui engendrent une pratique clandestine de leur sexualité, à 62 % selon l'étude ivoirienne,

dans un environnement social hostile favorisant une prise de risque accrue, regroupant multipartenaires, ignorance du statut sérologique du partenaire, non-utilisation systématique du préservatif et prostitution.

Pour parvenir à élaborer une prise en charge efficiente des HSH, y compris au niveau psychosocial, « *des stratégies avancées doivent être élaborées*, estime Yves Yomb. *Arriver jusqu'au centre [de prise en charge] peut être très long pour les patients, nous devons aller vers ces populations.* » Une méthodologie utilisée notamment par Association African solidarité au Burkina Faso où l'homosexualité n'est pas interdite, mais sous le coup d'une forte répression sociale et religieuse. Cinq animateurs et une vingtaine de pairs éducateurs se rendent auprès des HSH afin de les conseiller en termes de prévention et de dépistage, et de les orienter vers le centre Oasis où ils seront accueillis et écoutés en fonction de leurs besoins, y compris d'un point de vue psychologique.

Sensibiliser les soignants. L'autre point essentiel est de former des équipes sur les questions psychiques spécifiques aux HSH dans les centres de prise en charge. « *Tant que les personnels sanitaires ne seront pas sensibilisés et formés aux problématiques rencontrées par cette population, tout restera compliqué*, souligne Yves Yomb. *Nous sommes médecins, nous devons comprendre les gens.* » Bien sûr, l'autre priorité est d'obtenir « *le retrait des lois, qui bloquent nos actions* », explique-t-il, citant en exemple le refus des HSH d'accepter préservatifs et lubrifiants, ces kits étant utilisés comme « *éléments de preuve d'homosexualité* ».

Priorités partagées par les répondants de l'enquête réalisée à la clinique Confiance de Marcory, qui estiment que, afin d'améliorer leur santé psychique, ils doivent être acceptés par la société, protégés par des textes de loi et « *ne plus se heurter à un système rigide dans lequel ils ont du mal à trouver une place satisfaisante* ».

Il serait également judicieux d'associer des membres de ce groupe clé dès la conception des programmes les concernant et de proposer des réponses adaptées aux besoins afin de faire avec, et non pour eux. La seule issue étant, comme le souligne le Pr Jean-Marie Yeo-Tenena Yesson-guilana, « *de ne pas empêcher quiconque d'être bien, sans crainte* ». ●

¹ *Statistiques sanitaires mondiales 2012, OMS, 2012.*

² *Yao Konan E et al, « Description du vécu des homosexuels masculins suivis dans une clinique de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *PsyCause*, n° 61, 2012.*

³ *La Question homosexuelle en Afrique. Le cas du Cameroun, l'Harmattan, 2006.*