



Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

APPROCHES PRATIQUES POUR DES INTERVENTIONS COLLABORATIVES



Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

APPROCHES PRATIQUES POUR DES INTERVENTIONS COLLABORATIVES



Citation recommandée :

Fonds des Nations Unies pour la population, Global Forum on MSM & HIV, Programme des Nations Unies pour le développement, Organisation mondiale de la Santé, *United States Agency for International Development*, Banque mondiale. Mettre en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Approches pratiques pour des interventions collaboratives. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour la population 2015.

© **Fonds des Nations Unies pour la population 2015**

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du FNUAP 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.

Photo de couverture reproduite avec l'aimable autorisation de Nadia Rafif, du *Global Forum on MSM & HIV*.

Conception et mise en page par L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

La traduction française du MSMIT a été menée par MSMGF (Forum mondial sur les HSH et le VIH) en partenariat avec Virtual words, Inc. et avec le soutien financier de Aids Fonds, le Ministère néerlandais des Affaires étrangères et LINKAGES à travers son programme portant sur le continuum des services VIH pour les populations clés.

Sommaire

Remerciements	vii
Acronymes	x
Glossaire	xi
Introduction	xv
1 Autonomisation communautaire	1
1.1 Introduction	5
1.1.1 Pouvoir et santé	6
1.2 Éléments clés du processus d'autonomisation communautaire	10
1.2.1 Travailler avec des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	11
1.2.2 Favoriser la mise en place de programmes conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	12
1.2.3 Favoriser l'émergence de communautés soudées	13
1.2.4 Renforcer les systèmes communautaires	15
1.2.5 Promouvoir un cadre de défense des droits de l'homme	17
1.2.6 Recourir à la défense des intérêts des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour façonner les politiques et mettre en place des environnements propices	19
1.2.7 S'adapter aux besoins et aux contextes locaux	20
1.2.8 Soutenir la mobilisation communautaire et pérenniser les mouvements sociaux	21
1.3 Réaliser un suivi des progrès	22
1.4 Ressources et lectures complémentaires	26
2 Lutte contre la violence	29
2.1 Introduction	33
2.1.1 Contextes de violence	36
2.1.2 Valeurs et principes de lutte contre la violence	38
2.2 Interventions et stratégies prometteuses	39
2.2.1 Renforcement des capacités et de l'auto-efficacité	40
2.2.2 Œuvrer pour des réformes juridiques et politiques	41
2.2.3 Favoriser la responsabilité des forces policières	43
2.2.4 Promouvoir la sûreté et la sécurité	45
2.2.5 Fournir des services de santé	46
2.2.6 Fournir des services de soutien psychosocial, juridique et autres	47
2.3 Gestion, suivi et évaluation	50
2.4 Ressources et lectures complémentaires	53

③ Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	57
3.1 Introduction	61
3.1.1 Principes de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	62
3.2 Étapes pour une promotion efficace de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants	64
3.2.1 Assurer l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants	67
3.2.2 Programmes de marketing social des préservatifs et des lubrifiants	71
3.2.3 Créer la demande	73
3.2.4 Créer un contexte favorable à la promotion des préservatifs et des lubrifiants ..	75
3.2.5 Promotion de l'utilisation de lubrifiants	78
3.2.6 Autres considérations autour des programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants	79
3.3 Gestion, suivi et évaluation du programme	81
3.3.1 Rôles et responsabilités	81
3.3.2 Suivi du programme	83
3.3.3 Évaluation	84
3.4 Ressources et lectures complémentaires	85
④ Prestation de soins de santé : approches visant à améliorer le continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH	87
4.1 Introduction	91
4.1.1 Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH	92
4.1.2 Fournir des services de santé complets aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	93
4.2 Prévention combinée	97
4.2.1 Interventions comportementales au niveau individuel et collectif	98
4.2.2 Recueil des antécédents de risques sexuels ou d'autres types de risques	100
4.2.3 Stratégies d'adaptation (sérotriage, positionnement stratégique)	103
4.2.4 Circoncision masculine médicale volontaire	103
4.2.5 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	103
4.2.6 Conseil et dépistage volontaire du VIH	106
4.2.7 Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	111
4.2.8 Prophylaxie post-exposition (PEP)	117
4.2.9 Services de soin des infections sexuellement transmissibles	119
4.2.10 Autres services de santé sexuelle	126
4.3 Soins et traitement	129
4.3.1 Soins et traitement antirétroviraux	129
4.3.2 Tuberculose	133
4.3.3 Santé mentale	134
4.3.4 Toxicomanie et alcoolisme	138
4.4 Approches de prestation de services	141
4.4.1 Approches cliniques	141
4.4.2 Les approches communautaires	145
4.4.3 Utilisation des technologies de l'information et de la communication	159
4.4.4 Espaces sécurisés	160
4.5 Ressources et lectures complémentaires	162

5 Les technologies de l'information et de la communication dans les programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	169
5.1 Introduction	173
5.1.1 Contexte	174
5.2 Planification et intégration des programmes employant les TIC	175
5.2.1 Les TIC sont-elles la bonne solution?	175
5.2.2 Évaluer l'environnement en matière de TIC et identifier les leaders de la sphère virtuelle	175
5.2.3 Concevoir une intervention comportementale dédiée aux TIC	176
5.2.4 Questions d'éthique et de sécurité	179
5.3 Mise en œuvre des TIC et des programmes à travers le continuum de lutte contre le VIH	179
5.3.1 Sensibiliser plus largement et promouvoir la prévention et le dépistage du VIH	180
5.3.2 Promotion des biens et des services	182
5.3.3 Améliorer la qualité des services	183
5.3.4 Communautés virtuelles de soutien	184
5.4 Utiliser les TIC pour créer un environnement propice	184
5.5 Impliquer le secteur privé	185
5.6 TIC et gestion des programmes	186
5.6.1 Collecte des données	186
5.6.2 Suivi et évaluation	186
5.7 Ressources et lectures complémentaires	187
6 Gestion des programmes	189
6.1 Introduction	193
PART I.	
6.1.1 Identifier les difficultés de gestion des programmes	194
6.1.2 Gérer les programmes aux côtés des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	194
6.2 Planifier et mettre en œuvre des services complets destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	198
6.2.1 Définir le programme et ses normes	199
6.2.2 Établir un système de données pour concevoir et gérer des programmes	202
6.2.3 Planifier l'évaluation du programme	210
6.2.4 Définir la structure de gestion	213
6.2.5 Assurer progressivement la participation complète des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (section 6.2.5)	215
6.2.6 Établir des priorités	215
6.2.7 Mettre en œuvre le programme par étapes	217
6.2.8 Mettre en place un système de supervision	226
6.3 Renforcement des capacités et enseignements tirés du programme	228
6.4 Développement du personnel	229

PART II.

6.5 Renforcer les capacités des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	229
6.5.1 Fonder une organisation officielle	231
6.5.2 Renforcement des capacités organisationnelles.....	233
6.5.3 Gouvernance	233
6.5.4 Gestion de projet.....	235
6.5.5 Assistance technique et renforcement des capacités.....	235
6.5.6 Mobilisation des ressources et gestion financière.....	237
6.5.7 Constitution de réseaux.....	238

PART III.

6.6 Administrer des programmes dans des conditions difficiles ou dangereuses	239
6.7 Ressources et lectures complémentaires	240

Remerciements

Cet instrument pratique a été élaboré par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des gestionnaires de programmes, des chercheurs et des partenaires au développement, qui ont participé aux recherches, à l'ébauche du présent document et à sa revue, en collaboration avec le groupe de coordination. Nous tenons à remercier tous les contributeurs mentionnés ci-dessous pour le temps et l'expertise partagés, mais aussi toutes les organisations qui ont alimenté les recherches en apportant différents exemples de cas.

Peter Aggleton, Université New South Wales, Australie
Pablo Aguilera, HIV Young Leaders Fund, Pays-Bas
Michael O. Akanji, The Initiative for Equal Rights, Nigeria
Carlos Alicea, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Frederick Altice, École de médecine de l'Université de Yale, États-Unis
Vivek Anand, Humsafar Trust, Inde
Oliver Anene, MAN: The Initiative for Improved Male Health, Nigeria
Katie Anfinson, Population Services International, Guatemala
Matt Avery, FHI360/LINKAGES, Thaïlande
Jack Beck, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Rahel Beigel, United States Agency for International Development, États-Unis
Alexandra Brandes, United States Agency for International Development, États-Unis
Lily May Catanes, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Simon Casal, SOMOSGAY, Paraguay
Venkatesan Chakrapani, C-SHARP, Inde
Martin Choo, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), Malaisie
Donn Colby, Croix-Rouge thaïlandaise, Thaïlande
Christophe Cornu, Siège de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
Ivan Cruickshank, Coalition des communautés vulnérables des Caraïbes, Jamaïque
Anjana Das, FHI 360, Inde
Glenn de Swardt, Anova Health Institute, Afrique du Sud
Bidia Deperthes, Fonds des Nations unies pour la population, Siège
Daouda Diouf, Enda Santé, Sénégal
Fatou Drame, Enda Santé, Sénégal
Dzmitry Filippau, Fondation menZDRAV, Fédération de Russie
Adam Garner, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse
Philippe Girault, consultant, Thaïlande
Kimberly Green, PATH, Vietnam
Matthew Greenall, Conseil international des ONG de lutte contre le sida, Royaume-Uni
Mauro Guarinieri, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse
Justin Harbottle, Terrence Higgins Trust, Royaume-Uni
Pato Hebert, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Fabrice Houdart, Banque mondiale, États-Unis
Micheal Ighodaro, AVAC: Global Advocacy For HIV Prevention, Nigeria
Cary James, Terrence Higgins Trust, Royaume-Uni
Paul Janssen, consultant, Pays-Bas
Surang Janyam, Service Workers in Group Foundation (SWING), Thaïlande

Brian Kanyemba, Desmond Tutu Peace Foundation, Afrique du Sud
Deanna Kerrigan, Université Johns Hopkins, États-Unis
Kent Klindera, The Foundation for AIDS Research (AmfAR), États-Unis
Boyan Konstantinov, Programme des Nations Unies pour le développement, Turquie
Tudor Kovacs, International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer Youth and Student Organization (IGLYO), Belgique
Philip Kumar, Public Health Foundation of India, Inde
Raphael Landovitz, Université de Californie, Los Angeles, États-Unis
Lieu Anh Vu, Youth Voices Count, Thaïlande
Tony Lisle, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Thaïlande
Micah Lubensky, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Sussy Lungo, Pan American Social Marketing Organization, Guatemala
Keletso Makofane, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), Afrique du Sud
John Mathenge, Health Options for Young Men on AIDS and STIs (HOYMAS), Kenya
Rafael Mazin, Organisation panaméricaine de la santé, États-Unis
Daniel McCartney, International Planned Parenthood Federation, Royaume-Uni
Giovanni Melendez, United States Agency for International Development, Guatemala
Steve Mills, FHI360/LINKAGES, Thaïlande
Steve Miralles, Epicentro, Pérou
Panus Na Nakorn, United States Agency for International Development, Thaïlande
Steave Nemande, African Men for Sexual Health & Rights (AMSHer), Cameroun
Peter Njane, ISHTAR-MSM, Kenya
Carlo Oliveras, Coalition internationale pour la préparation au traitement/HIV Young Leaders Fund, Puerto Rico
Mohamed Osman, Elton John AIDS Foundation, Royaume-Uni
Sunil Pant, Blue Diamond Society, Népal
Andrea Pastorelli, Programme des Nations Unies pour le développement, Chine
Chamrong Phaengnongyang, Service Workers in Group Foundation (SWING), Thaïlande
Dusita Phuengsamran, Service Workers in Group Foundation (SWING), Thaïlande
Billy Pick, Bureau du Coordinateur de Global AIDS, États-Unis
Jim Pickett, International Rectal Microbicide Advocates
Midnight Poonkasetwattana, Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), Thaïlande
Habib Rahman, consultant
Kevin Rebe, Anova Health Institute, Afrique du Sud
James Robertson, India HIV/AIDS Alliance, Inde
Jorge Saavedra, AIDS Healthcare Foundation, Mexique
Saeed Sadek, Service Workers in Group Foundation (SWING), Thaïlande
Karin Santi, Programme des Nations Unies pour le développement, États-Unis
Ayden Scheim, University of Western Ontario, Canada
Paul Semugoma, Anova Health Institute, Afrique du Sud
Edmund Settle, Programme des Nations Unies pour le développement, Thaïlande
Mukta Sharma, Organisation mondiale de la santé, Thaïlande
Steve Shoptaw, Université de Californie, Los Angeles, États-Unis
Leon Sierra, Association Kimirina, Équateur
Mohan Sundararaj, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
Pamela Teichman, United States Agency for International Development, États-Unis
Johnny Tohme, M-Coalition, Liban
Cheikh Traore, consultant, Nigeria

Gift Trapence, Centre for the Development of People (CEDEP), Malawi
Chatwut Wangwon, AIDS Healthcare Foundation, Thaïlande
John Waters, Coalition des communautés vulnérables des Caraïbes/Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), République dominicaine
Steve Wignall, Clinton Health Access Initiative, Indonésie
Jessica Wilkinson, United States Agency for International Development, États-Unis
Felicity Young, RTI International, Australie

Groupe de coordination

Darrin Adams, Futures Group/Health Policy Project, États-Unis
George Ayala, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
James Baer, consultant, Royaume-Uni
Clancy Broxton, United States Agency for International Development, États-Unis
Jennifer Butler, Fonds des Nations unies pour la population, Bureau régional Europe de l'Est et Asie centrale
Clif Cortez, Siège du Programme des Nations Unies pour le développement
Gina Dallabetta, Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis
Karl Dehne, Siège du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
Vivek Divan, consultant, Inde
Sameer Kumta, Fondation Bill & Melinda Gates, Inde
Gillian Miles, US Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis
Souad Orhan, Siège du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
Tonia Poteat, Université Johns Hopkins, États-Unis
Michelle Rodoloph, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Tim Sladden, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Michelle Rodoloph, Siège du Fonds des Nations unies pour la population
Tisha Wheeler, United States Agency for International Development, États-Unis
John K. Williams, US Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis
Cameron Wolf, United States Agency for International Development, États-Unis
Ilya Zhukov, Siège de l'Organisation mondiale de la santé

Plusieurs des contributeurs cités ont participé à une consultation qui s'est déroulée en octobre 2014 à Bangkok (Thaïlande) afin de revoir et de peaufiner l'ébauche de cet instrument pratique. Nous tenons à remercier le MSMGF pour l'organisation efficace et émérite de cette rencontre.

L'élaboration de cet instrument a été appuyée par le Fonds des Nations Unies pour la population, la *United States Agency for International Development* et la Fondation Bill & Melinda Gates.

Cet instrument a été édité par James Baer, avec l'aide de George Ayala et de Jennifer Butler; la correction d'épreuves a été effectuée par Chris Parker et L'IV Com Sàrl en a assuré la conception graphique.

Acronymes

AMT	Approche du marché total
CCP	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis)
CDC	Conseil et dépistage du VIH pour les couples
CDIP	Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de soin
CICr	Taux de clairance de la créatinine
CMMV	Circoncision médicale masculine volontaire
DE	Dysfonction érectile
ERSC	Équipe de réponse aux situations de crise
GPS	Système de positionnement mondial
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HVB	Virus de l'hépatite B
HVC	Virus de l'hépatite C
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PPE	Prophylaxie post-exposition
PrPE	Prophylaxie pré-exposition
PSN	Plan stratégique national
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et évaluation
SLGI	Système logistique de gestion de l'information
SMS	Service de messages courts (<i>Short Message Service</i>)
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TARV	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TCP	Traitement comme méthode de prévention
TIC	Technologies de l'information et de la communication
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Glossaire

Agence: Le terme désigne une organisation.

Communauté: Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » renvoie à des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ces hommes peuvent appartenir. La « sensibilisation de la communauté » désigne donc la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Dans de nombreux contextes, l'autonomisation de la communauté et la recherche d'une réponse structurée à la présence du VIH chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont l'initiative de personnes qui considèrent que leur identité est liée à leur orientation sexuelle ou à leur comportement sexuel. Il peut s'agir d'homosexuels, de bisexuels, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou de tout autre groupe désigné par un terme spécifique à certaines langues ou cultures. S'il est vrai que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes partagent des attirances et des comportements sexuels déterminés, il ne faut pas perdre de vue qu'ils ne partagent pas nécessairement une identité liée à ces comportements. En d'autres termes, ils ne considèrent pas tous que leur identité est liée à l'homosexualité. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se caractérisent également par une grande diversité d'âge, d'appartenance ethnique, de classe sociale, de religion, d'identité sexuelle, d'expression sexuelle, d'antécédents familiaux et de séropositivité. Nous préconisons donc d'envisager de façon ouverte, sensible et réfléchie ce que peut recouvrir le terme « communauté » lors de la conception des interventions dites « communautaires » destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Espace sécurisé (centre communautaire): Endroit où les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes peuvent se rassembler pour se détendre, rencontrer d'autres membres de la communauté et organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Voir le Chapitre 4, Section 4.4.4 pour de plus amples informations.

Hétérosexisme: Imposition de l'hétérosexualité comme seule expression normale et acceptable de la sexualité. Il induit des préjugés ou des discriminations à l'encontre de personnes non hétérosexuelles ou perçues comme telles.

Homophobie: Aversion, peur, préjugé ou discrimination à l'égard des personnes homosexuelles, que leur orientation sexuelle soit avérée ou supposée, ou à l'égard des cultures ou comportements homosexuels.

Intervenant en sensibilisation communautaire: Ici, l'expression « intervenant en sensibilisation communautaire » désigne un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sensibilise ses pairs. Il ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent également être désignés par d'autres expressions telles que « pairs éducateurs », « agents de proximité » ou simplement « agents de sensibilisation ». Il convient toutefois de ne pas interpréter ni utiliser les termes « communautaires » ou « pairs » en considérant qu'ils désignent des personnes moins qualifiées ou moins aptes que les agents de sensibilisation permanents.

Les jeunes hommes et les jeunes recouvrent les individus âgés de 10 à 24 ans, conformément à la note technique du Groupe de travail interinstitutions sur les populations clés intitulée *HIV and young men who have sex with men: a technical brief* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015).

Libre arbitre : Le choix, contrôle et pouvoir qu'un homme ayant des rapports sexuels avec un homme exerce sur lui-même ou encore la liberté, l'indépendance matérielle, intellectuelle ou morale d'une personne, d'une communauté ou d'une organisation d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Organisme de mise en œuvre : Il procède à une intervention de prévention auprès des travailleurs du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou au niveau local. Parfois, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

Renforcement des capacités : Au Chapitre 6 est utilisée l'expression « renforcement des capacités organisationnelles ». On pourrait tout aussi bien parler de « développement des capacités », de « développement organisationnel » ou employer d'autres expressions encore.

Sensibilisation communautaire : Sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes visant à leur fournir des services éducatifs, des outils de protection contre le VIH et les IST et d'autres formes de soutien. Les interventions de sensibilisation doivent aussi souvent que possible être menées par des membres qualifiés et habilités de la communauté, autrement dit par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (appelés ici « intervenants en sensibilisation communautaire » ; consulter la définition ci-dessous). Des personnes autres que des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes peuvent toutefois constituer des intervenants efficaces en sensibilisation communautaire, en particulier lorsque les membres de la communauté ne sont pas encore suffisamment habilités à mener des interventions de sensibilisation.

Travailleurs/travailleuses du sexe : La *Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe* (mise à jour en 2012) définit les professionnel(le)s du sexe comme les femmes, les hommes, les personnes transsexuelles et les jeunes âgés de plus de 18 ans qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle. Les services sexuels ne sont pas tous « formels » ni organisés de la même manière. Il est important de signaler que les services sexuels se fondent sur des rapports sexuels consentants entre adultes ; ils peuvent prendre différentes formes et varier entre les pays et au sein même des pays et des communautés.

Violence basée/fondée sur le sexe : tout acte préjudiciable commis contre le gré de quelqu'un et fondé sur des différences (de genre) socialement prescrites entre hommes et femmes.¹

1 Comité permanent interorganisations (IASC) *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence (version d'essai)*. Genève : IASC ; 2005 (p. 7). Betron M, Gonzalez-Figueroa E. *Gender identity, violence, and HIV among MSM and TG : a literature review and a call for screening*. Washington (DC) : Futures Group International, USAID Health Policy Initiative, Task Order 1 (p. vi) ; 2013 ; Betron M. *Screening for violence against MSM and transgenders : Report on a pilot project in Mexico and Thailand*. Washington (DC) : Futures Group, USAID Health Policy Initiative, Task Order 1 ; 2009 ; Wong CM, Noriega S. *Exploring gender based violence among men who have sex with men (MSM), male sex worker (MSW) and transgender (TG) communities in Bangladesh and Papua New Guinea : Results and recommendations*. FHI 360 ; 2013.



Introduction

Introduction

Dans presque tous les pays disposant de données de suivi fiables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont affectés de façon disproportionnée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par rapport à l'ensemble de la population. Dans les pays à faible et moyen revenus, ils sont en effet 19,3 fois plus susceptibles d'être infectés par le VIH que l'ensemble de la population. La prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Amérique centrale, en Asie du Sud et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne varie entre 14 et 18 %. Bien que l'incidence du VIH baisse dans le monde entier, le taux de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reste stable et augmente même dans certains pays à revenu élevé, comme les États-Unis. En 2011, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et le *Global Forum on MSM & HIV* (MSMGF) ont rédigé un document d'orientation intitulé *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et chez les populations transgenres*.¹ Ce document formule des recommandations techniques sur les interventions à mener en matière de prévention et de traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En 2014, l'OMS a publié ses *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*.² Celles-ci rassemblent toutes les orientations existantes relatives aux populations clés, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi la version actualisée de certaines orientations et recommandations. Les recommandations formulées dans ces deux publications sont récapitulées dans le Tableau 1, à la fin de la présente introduction.

Suite à la publication des Recommandations de 2011 et des Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014, qui décrivent des interventions efficaces et fondées sur des faits (*que faire*), il s'est avéré nécessaire de formuler des orientations davantage axées sur la mise en œuvre (*comment faire*). La présente publication répond à ce besoin en prodiguant des conseils pratiques sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et les IST destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, conformément aux Recommandations de 2011 et aux Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014. Elle contient des exemples de bonnes pratiques du monde entier susceptibles de soutenir les efforts déployés par des programmes et services de planification. Elle expose également des questions à aborder et la façon de surmonter les difficultés.

L'importance de la publication

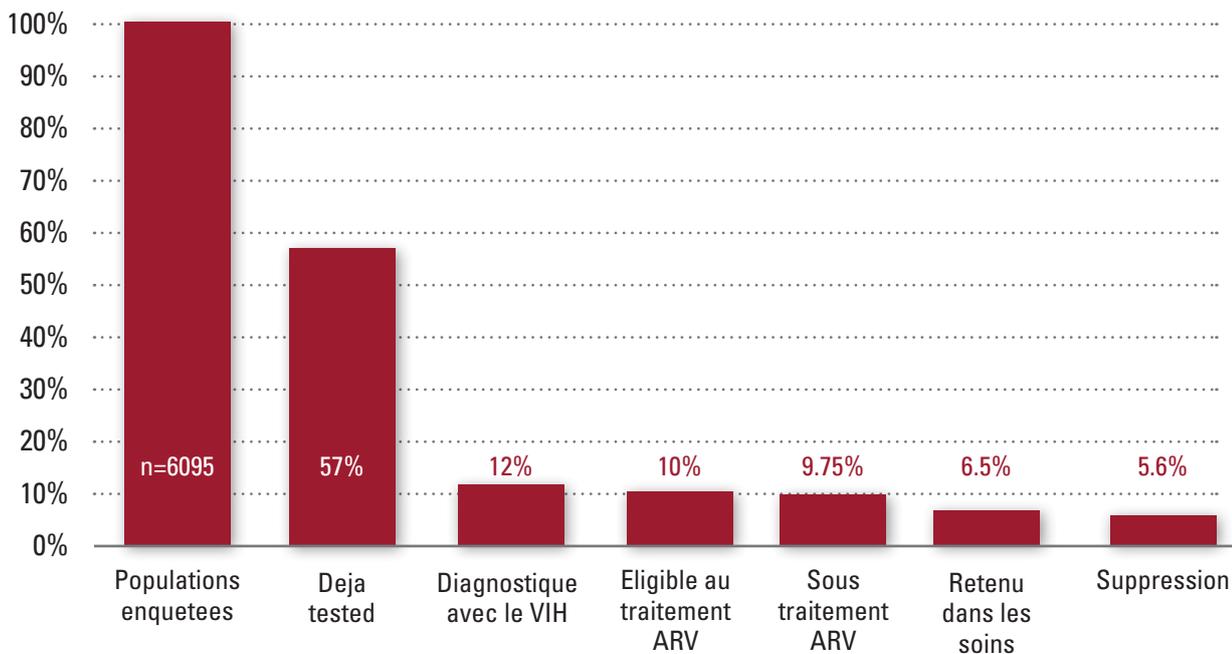
Les avantages en matière de santé et de prévention de la thérapie antirétrovirale (TARV) dans la gestion du VIH ne sont plus à démontrer. Les programmes de prévention comportementale, à savoir le recours aux préservatifs et aux lubrifiants, le diagnostic précoce, l'accès rapide à des soins continus et à la thérapie antirétrovirale (TARV) ainsi que la suppression virale constituent les différents éléments du continuum complet de services liés au VIH. Lorsque ces services sont faciles d'accès, efficacement mis en œuvre et fournis en étroite collaboration avec leurs bénéficiaires visés, ce vaste continuum de services de santé permet de réduire la morbidité, la mortalité et la transmission ultérieure du VIH.

¹ *Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et chez les populations transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS ; 2011

² *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. Genève : OMS ; 2014

Cependant, les modèles actuels d'offre de services ne permettent pas de mettre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en contact avec les services dont ils ont besoin et de les y fidéliser aussi efficacement qu'ils le devraient. Il est donc impossible pour les interventions actuellement disponibles de déployer pleinement leurs avantages en matière de santé et de prévention. Une étude menée en 2012 par le MSMGF s'est penchée sur les décrochages enregistrés tout au long du continuum de prévention, de dépistage et de traitement du VIH sur un échantillon mondial d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les résultats révèlent une baisse de la fréquentation des services à tous les points du continuum (Figure 1). Ils montrent que la difficulté de maintenir les individus dans les services liés au VIH est associée à des expériences d'homophobie, des comportements stigmatisants et des attitudes affichées par certains prestataires de soins. À l'inverse, l'accès aux soins et la rétention des patients ont été associés à l'établissement de relations de confiance avec les prestataires de soins, à la participation à des programmes de réduction des risques conduits par les communautés et à l'appartenance à des communautés homosexuelles.

Figure 1. Baisse de la fréquentation des services tout au long du continuum de dépistage et de traitement du VIH



Remarque : Dénominateur = population sondée. L'éligibilité à la TARV se fonde sur les critères de l'OMS.

Source : Adapté d'Ayala G, Makofane K, Santos GM, Arreola S, Hebert P, Thomann M, et al. HIV treatment cascades that lead to correlates of drop-off from the HIV care continuum among men who have sex with men worldwide. *Journal of AIDS and Clinical Research* ; 2014;5 : 331. DOI : 10.4172/2155-6113.1000331.

Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les réponses nationales au VIH restent gravement entravées par des expériences quotidiennes d'homophobie, de discrimination, de violence et de criminalisation susceptibles d'avoir de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi de limiter l'accès et le recours de ces derniers à des services vitaux. Les hommes peuvent par exemple choisir de cacher leur sexualité ou leur comportement sexuel à leurs proches, amis, voisins et prestataires de soins. Il est essentiel de s'attaquer à l'homophobie, à la stigmatisation et à la discrimination pour pouvoir mettre en œuvre des services de prévention, de soin et de traitement du VIH fondés sur les faits et

les droits. Cet instrument décrit comment concevoir des services et les mettre en œuvre afin d'en garantir la qualité et de les rendre acceptables et accessibles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour ce faire, il est essentiel de s'engager de manière respectueuse et continue auprès des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Depuis le début de l'épidémie du VIH, ces derniers jouent en effet un rôle central dans la conception et la mise en œuvre des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Depuis plus de 30 ans, leur savoir-faire, leur créativité, leur énergie et leur courage façonnent de façon déterminante et indélébile la réponse mondiale à l'épidémie. Cet instrument pratique leur rend hommage et apporte son soutien aux efforts présents et à venir déployés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau de la communauté. Voilà pourquoi il accorde, dans la mesure du possible, une attention particulière aux programmes exécutés ou conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cet instrument pratique est le fruit d'une collaboration étroite avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des défenseurs de leur cause, des prestataires de services, des chercheurs spécialisés, des représentants de différents gouvernements et des organisations non gouvernementales (ONG) de diverses régions du monde, auxquels se sont associés des agences des Nations Unies et certains partenaires au développement des États-Unis.

Définition des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

L'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » et ses initiales « HSH » font référence à tous les hommes qui entretiennent des rapports sexuels et/ou romantiques avec d'autres hommes ou qui éprouvent une attirance sexuelle pour des individus du même sexe. La présente publication emploie cette expression pour désigner d'une part une série de modèles de comportements homosexuels et, d'autre part, différentes identités sexuelles autodéterminées et divers types d'associations d'ordre social et sexuel (les « communautés »).

La notion d'« hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » peut recouvrir des hommes se considérant comme homosexuels ou bisexuels, des hommes transsexuels ayant des rapports sexuels avec des hommes et des hommes se considérant comme hétérosexuels. Certains des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également entretenir des relations avec des femmes ou être mariés à des femmes. Certains d'entre eux vendent par ailleurs des services sexuels à d'autres hommes, indépendamment de leur identité sexuelle. D'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifient à aucune identité, communauté ni terminologie particulière.

Malgré cette diversité d'identités et d'expériences, de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes partagent des expériences similaires d'exclusion sociale, de marginalisation, de stigmatisation, de discrimination ou de violence. Ils peuvent aussi vivre des expériences communes de soutien, d'affinité, d'amitié, d'amour et de communauté.

Dans la présente publication, la notion d'« hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » inclut les jeunes hommes, à savoir les 10-24 ans, conformément à la définition des Nations Unies.¹ Il est important d'intégrer les jeunes hommes aux programmes, car les jeunes (en général) et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en particulier) sont particulièrement vulnérables au VIH et exposés à la violence.

Tout au long de ce document, l'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » est utilisée aussi souvent que possible ; « HSH » n'est utilisé comme équivalent que lorsque d'autres documents cités utilisent ces initiales ou pour éviter toute formulation qui autrement deviendrait ambiguë ou délicate.

³ Groupe de travail interinstitutions sur les populations clés. *VIH chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : note technique*. Genève : OMS ; 2015

Comment utiliser cet instrument pratique

Cet instrument pratique s'adresse expressément aux autorités de santé et gestionnaires de programmes de riposte au VIH, au SIDA et aux IST, aux ONG, incluant les organisations communautaires ou de la société civile et aux travailleurs du secteur de la santé. Il pourra également intéresser les agences internationales de financement, les décideurs en santé et les défenseurs des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il vise à couvrir la mise en œuvre d'interventions tout au long du continuum de services liés au VIH, notamment lors des phases de prévention, de traitement, de soin et de soutien. Chaque chapitre traite explicitement ou implicitement de l'une ou plusieurs des Recommandations de 2011 ou des Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014. Les deux premiers chapitres sont consacrés aux approches et principes d'élaboration de programmes conduits par des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les programmes de ce type sont essentiels. Les Chapitres 3, 4 et 5 décrivent les moyens de mise en œuvre d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH. Le Chapitre 6 aborde la gestion des programmes et le renforcement des capacités des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. (Voir Figure 2).

Chapitre ❶ L'autonomisation des communautés se trouve au cœur de cet instrument pratique. Ce Chapitre décrit comment l'autonomisation des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes à la fois une intervention en elle-même et un levier essentiel à la planification, à la mise en œuvre et à un suivi efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH et des IST.

Chapitre ❷ La riposte à la violence à l'encontre des HSH aborde les questions relatives à l'un de leurs besoins les plus urgents, à savoir la prise de mesures de protection contre la violence en général, la discrimination, la violence sexuelle et toute autre forme de violation des droits de l'homme. L'efficacité des interventions de prévention du VIH et des IST est en effet souvent compromise si elle n'est pas complétée par l'application simultanée de mesures de riposte à la violence.

Chapitre ❸ Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Ce chapitre présente de façon détaillée le processus de planification et de distribution de préservatifs et de lubrifiants à partir des approches abordées dans les chapitres précédents. Les questions traitées englobent la planification et la gestion adéquate de l'approvisionnement, la promotion des produits aux niveaux concernés et la création d'un contexte favorable.

Chapitre ❹ Services médicaux et de soutien. Ce chapitre traite en détail des interventions incontournables de prévention, de traitement et de soins à partir des approches présentées dans les chapitres précédents. Les services abordés concernent la minimisation des risques sexuels, la santé anale et les IST, le dépistage volontaire du VIH et le conseil, la prophylaxie pré- et post-exposition, la thérapie antirétroviral, le traitement des IST et des infections opportunistes telles que la tuberculose et l'hépatite virale, la santé mentale et la toxicomanie. Ce chapitre traite également de la prestation des services conduits par la communauté et des espaces sécurisés.

Chapitre ❺ Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Ce chapitre décrit la manière dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes utilisent actuellement les TIC et dont les TIC peuvent être utilisées pour sensibiliser, soutenir et défendre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Chapitre ❻ Gestion des programmes et renforcement de la capacité organisationnelle. Ce chapitre fournit des conseils pratiques sur la planification, la mise en œuvre, la mise à l'échelle, la gestion et le suivi d'un programme efficace, à partir de deux situations hypothétiques : (i) un programme multi-sites à grande échelle géré de façon centralisée qui fait appel à plusieurs agences d'exécution ; et (2) un groupe communautaire local cherchant à lancer ou à étendre certains services.

Figure 2. Articulation de l'instrument pratique



Quels sont les éléments clés de chaque Chapitre ?

Chaque chapitre débute par une introduction qui expose le sujet, explique son importance et présente, s'il y a lieu, une ou plusieurs des Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014. Les interventions sont décrites en détail et si possible ventilées par phase ou par étape afin d'en faciliter la compréhension. Les sujets ou les points qui présentent un intérêt particulier sont mis en avant dans des encadrés. Les exemples tirés de programmes mis en œuvre dans toutes les régions du monde sont présentés dans des encadrés ombragés. Ils n'ont pas pour objet de décrire en détail un programme entier, mais plutôt de mettre en lumière certaines caractéristiques qui ont fait le succès d'interventions auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes mises en œuvre dans un contexte particulier. Ces exemples de cas ont également pour

Introduction

objectif de renseigner sur la façon dont une question ou un défi a été résolu et de susciter des idées d'approches qui pourraient s'avérer efficaces dans le contexte du lecteur. La même perspective s'applique à l'intégration au document d'exemples de formulaires, graphiques, etc., tirés de différents programmes. Chaque chapitre se termine par une liste de ressources (instruments, directives et autres publications pratiques) disponibles en ligne et une liste de lectures complémentaires (articles de journaux et autres publications) qui apportent un point de vue académique ou de recherche sur certains des éléments traités dans le chapitre concerné.

Navigation dans et entre les Chapitres

Même si chaque chapitre a été subdivisé pour que les informations soient faciles à trouver et à utiliser, le lecteur ne doit pas aborder les différents services et interventions décrits dans un chapitre en particulier de façon isolée. De même, les domaines abordés au sein d'un même chapitre sont étroitement liés et ne doivent pas être considérés isolément. Chaque chapitre contient d'ailleurs des renvois qui permettent au lecteur d'effectuer les corrélations nécessaires. Il convient de garder à l'esprit qu'aucune modalité de service ou intervention ne suffit à elle seule à concevoir et à mettre en œuvre des programmes adaptés aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au niveau local, les programmes associés au VIH doivent être complets, accessibles, acceptables, abordables et adaptés aux préoccupations et aux besoins précis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Tableau 1. Recommandations destinées à toutes les populations clés issues des Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014 et des Recommandations de 2011

Prévention du VIH
L'utilisation appropriée et systématique de préservatifs enduits de lubrifiant compatible est recommandée pour toutes les populations clés afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).
<ul style="list-style-type: none">• Les préservatifs et les lubrifiants compatibles sont recommandés pour les relations sexuelles anales.• La fourniture adéquate de lubrifiants doit être mise en avant.
Lorsque des couples à statut sérologique différent peuvent être identifiés et que des choix supplémentaires de prévention du VIH s'avèrent nécessaires, une prophylaxie pré-exposition quotidienne par voie orale (PrEP, notamment du ténofovir ou une combinaison de ténofovir et d'emtricitabine) peut être envisagée comme éventuelle intervention supplémentaire pour le partenaire non infecté.
<ul style="list-style-type: none">• Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une PrEP est recommandée comme moyen supplémentaire de prévention du VIH dans le cadre d'un ensemble complet de mesures de prévention du VIH.
La prophylaxie post-exposition (PPE) doit quant à elle être à la portée de toutes les personnes admissibles issues des populations clés à titre volontaire après une possible exposition au VIH.
Il est conseillé de mettre en place des interventions d'ordre comportemental pour la prévention du VIH et des ITS chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, au niveau individuel comme au niveau communautaire.
Il est conseillé de diffuser sur internet des informations ciblées visant à réduire les comportements sexuels à risque et à promouvoir le recours au dépistage du VIH et à des services de conseil auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
Il est conseillé d'adopter des stratégies de marketing social pour renforcer le recours au dépistage du VIH et des IST et à des services de conseil chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
Dans les lieux de travail du sexe, il est conseillé d'employer des stratégies de sensibilisation visant à réduire les comportements sexuels à risque et à promouvoir le recours au dépistage du VIH et à des services de conseil chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Conseil et dépistage du VIH (CDV)

Le CDV volontaire doit être proposé de façon systématique à toutes les populations clés, tant au sein de la communauté que dans les milieux cliniques. Au niveau de la communauté, outre les dépistages et les conseils proposés par les prestataires de soins, il est recommandé de proposer un dépistage du VIH et des conseils liés aux services de prévention, de soin et de traitement.

Traitement et soins liés au VIH

Les populations clés vivant avec le VIH doivent avoir le même accès à la thérapie antirétrovirale (TARV) et à la gestion de la TARV que les autres populations.

Prévention et gestion des infections opportunistes

Les populations clés doivent avoir le même accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose que les autres populations à risque ou vivant avec le VIH.

Les populations clés doivent avoir le même accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite B et C que les autres populations à risque ou vivant avec le VIH.

Un dépistage de routine et une gestion des troubles de santé mentale (dépression et stress psychosocial) doivent être assurés pour les personnes issues des populations clés vivant avec le VIH afin d'optimiser les résultats thérapeutiques et de promouvoir le recours de ces individus à la TARV. Ce type de gestion couvre un éventail allant de conseils liés au VIH et à la dépression à des traitements médicaux appropriés.

Utilisation de substances et prévention d'infections à diffusion hémotogène

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui abusent de l'alcool ou d'autres substances doivent avoir accès à des interventions psychosociales brèves et fondées sur les faits, incluant une évaluation de leur situation, des rétroactions précises et des conseils.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui s'injectent des drogues doivent avoir accès à des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et à une thérapie de substitution des opiacés.

Santé sexuelle

Le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles doivent être proposés de façon systématique dans le cadre de programmes complets de prévention du VIH et de soins destinés aux populations clés.

Les individus issus des populations clés, notamment ceux vivant avec le VIH, doivent pouvoir vivre une vie sexuelle pleine et épanouie et avoir accès à un éventail de possibilités génésiques, y compris aux services de planification familiale.

Outils fondamentaux

Les lois, les politiques et les pratiques doivent être réexaminées et, si nécessaire, révisées par les décideurs politiques et les dirigeants des gouvernements en faisant réellement participer des parties prenantes issues des populations clés afin de permettre et de soutenir la mise en œuvre et la diffusion de services de soins destinés aux populations clés.

Les pays doivent œuvrer pour l'application de lois de protection et de lutte contre la discrimination inspirées des normes établies par les droits de l'homme afin de mettre un terme à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'encontre des populations clés.

- Les pays doivent œuvrer à l'élaboration de politiques et de lois qui décriminalisent les comportements homosexuels.

Les services de santé doivent être rendus disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés, conformément aux principes d'éthique médicale, de non-stigmatisation, de non-discrimination et de droit à la santé.

- Il est conseillé de mettre en œuvre les stratégies suivantes pour promouvoir des comportements sexuels à moindre risque et le recours au dépistage du VIH et à des services de conseil chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes :
 - la diffusion par internet d'informations ciblées ;
 - des stratégies de marketing social ;
 - une sensibilisation dans les lieux de travail du sexe.

Les programmes doivent œuvrer pour la mise en place d'un ensemble d'interventions visant à renforcer l'autonomisation communautaire chez les populations clés.

- Les groupes actifs dans le secteur de la santé masculine et les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent des partenaires essentiels dans l'offre d'une formation complète sur la sexualité humaine et la prestation de services. Il convient donc de les impliquer activement. Ils peuvent également faciliter l'interaction avec des membres de communautés sexuelles diverses et ainsi permettre de mieux comprendre la santé émotionnelle et les besoins sociaux de ces dernières, mais aussi le coût de l'inaction en matière de lutte contre l'homophobie.

Les violences à l'encontre d'individus membres de certaines populations clés doivent être prévenues et combattues, en collaboration avec les principales organisations dirigées par la population civile. Tous les actes de violence à l'encontre d'individus membres de certaines populations clés doivent être suivis et déclarés et des mécanismes de recours doivent être créés pour garantir que justice soit faite.

Principes directeurs pour la mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les Recommandations de 2011, les Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014 et les conseils pratiques fournis dans le présent document reposent sur plusieurs principes. Ces derniers sont décrits dans les Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014 (p. 11-12) et présentés plus en détail dans cet instrument pratique. Ils peuvent être résumés comme suit :

Les droits de l'homme : L'élaboration de ces lignes directrices repose sur la protection des droits de l'homme de tous les membres des différentes populations clés, notamment des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les décideurs politiques et autres autorités gouvernementales doivent élaborer et appliquer des lois de protection et de lutte contre la discrimination fondées sur les normes établies par les droits de l'homme afin de mettre un terme à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de réduire la vulnérabilité de ces derniers au VIH.

L'accès à des soins de santé de qualité constitue un droit de l'homme. Il comprend le droit des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes de disposer de services appropriés de santé sans faire l'objet de discrimination. Les prestataires et les institutions de soins doivent servir les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, conformément aux principes d'éthique médicale et de droit à la santé. Les services de santé doivent être accessibles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les programmes et les services de lutte contre le VIH ne peuvent être efficaces que s'ils sont acceptables, de qualité et mis en œuvre à grande échelle. La mauvaise qualité des services et les difficultés d'accès contribueront à limiter les avantages individuels et les retombées positives des recommandations contenues dans le présent document d'orientation sur la santé publique.

L'accès à la justice est une priorité absolue pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, compte tenu des taux élevés de contact avec les forces de l'ordre et l'illégalité actuelle de leurs comportements dans de nombreux pays. L'accès à la justice comprend la protection contre l'arrestation et la détention arbitraires, le droit à des procès équitables, la protection contre la torture et les traitements cruels, inhumains et dégradants et le droit, y compris en prison et dans d'autres environnements fermés, à jouir du meilleur état de santé possible. La protection des droits des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, notamment des droits à l'emploi, au logement et aux soins de santé, passe par une collaboration entre les organismes de soins de santé et les organismes chargés de l'application de la loi, y compris les organismes responsables de prisons et d'autres environnements fermés. La détention en milieu fermé ne doit pas entraver le droit à la dignité et à la santé.

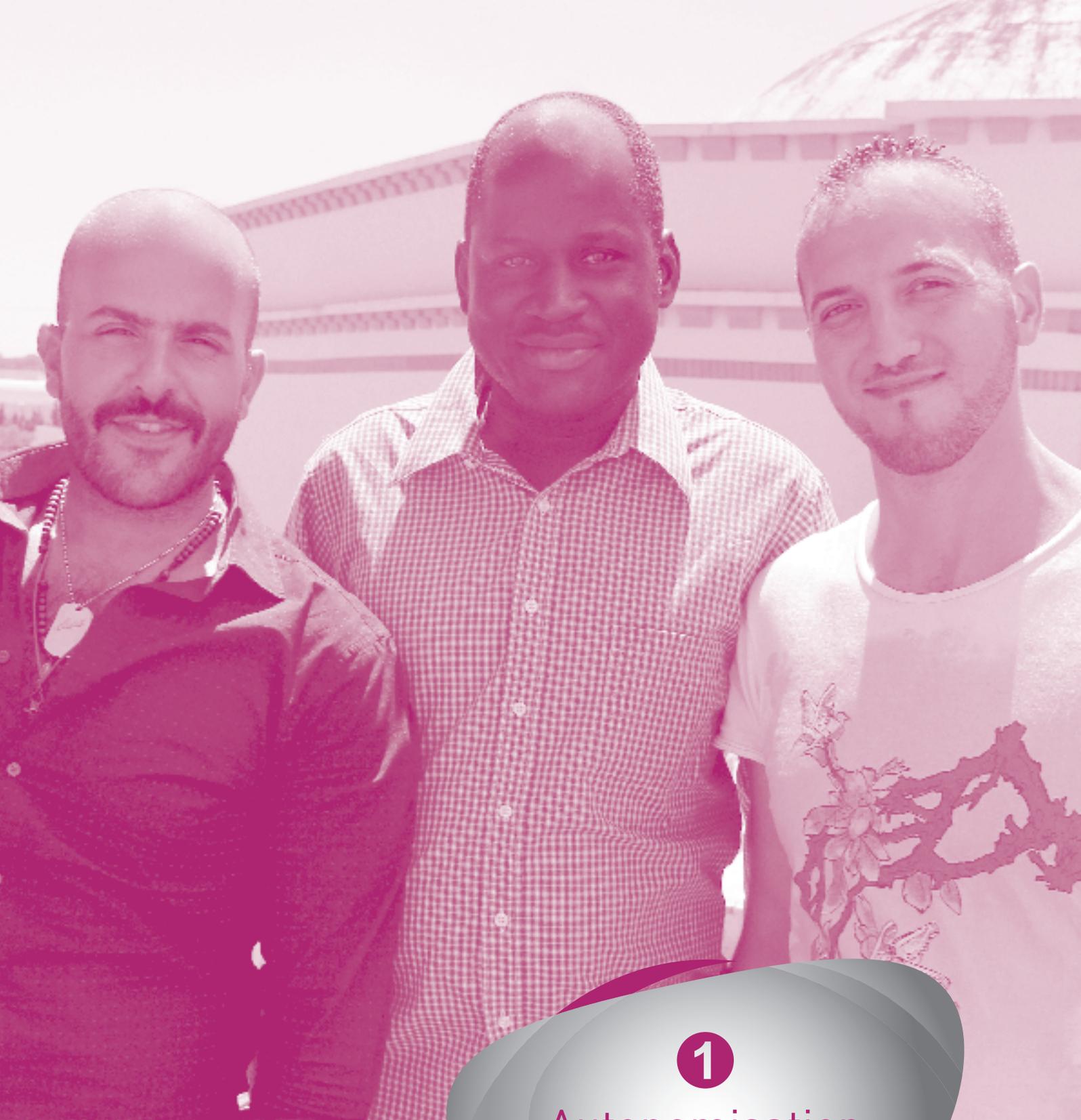
L'acceptabilité des services constitue un aspect clé de leur efficacité : Les interventions visant à réduire le fardeau du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être respectueuses, acceptables, appropriées et abordables pour les bénéficiaires afin d'assurer la participation et la rétention de ces derniers dans le parcours de soins. Il est fréquent que les services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reposent sur des modèles appropriés de prestation de services sans toutefois disposer d'une expertise dans le domaine du VIH. À l'inverse, il est possible que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes estiment qu'il n'est pas acceptable de recourir à des services spécialisés sur le VIH. Il convient de renforcer la capacité des services sur ces deux fronts. Il est plus probable que des services acceptables pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes soient utilisés de façon régulière et dans les délais prescrits. La consultation des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et plus particulièrement des intervenants en sensibilisation communautaire, constitue un moyen efficace de tendre vers cet objectif. L'existence d'échanges réguliers et permanents entre les bénéficiaires et les prestataires de services contribuera à consolider et à améliorer l'acceptabilité des services pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Les connaissances en matière de santé : Il est fréquent que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ne disposent pas des connaissances nécessaires en matière de santé et de traitement. Ces lacunes peuvent avoir un impact négatif sur leur prise de décision en matière de comportements à risque associés au VIH et sur leur recherche de comportements sains. Les services de santé doivent donc fournir régulièrement des informations exactes en matière de santé et de traitement aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Parallèlement, les services de santé doivent renforcer la capacité des prestataires à prévenir et à traiter le VIH chez les hommes (y compris les jeunes hommes) ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La fourniture de services intégrés : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentent généralement des comorbidités multiples et des situations sociales défavorables. Le VIH, l'hépatite virale, la tuberculose, les autres maladies infectieuses et les problèmes de santé mentale sont par exemple communs chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sont souvent liés au stress associé à la stigmatisation et à la discrimination sociales permanentes. Les services intégrés permettent une prévention, une prise en charge et un traitement axés sur le patient portant sur la multitude de problèmes qui touchent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'existence de services intégrés permet en outre d'améliorer la communication et les soins. La prestation de services à l'attention d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doit donc, dans la mesure du possible, s'inscrire dans une démarche intégrée. Lorsque ce n'est pas possible, des liens solides entre les services de santé fournis à des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes doivent être établis et maintenus.

L'autonomisation de la communauté est le processus en vertu duquel les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont habilités et encouragés à lever eux-mêmes les obstacles structurels à la santé, aux droits de l'homme et au bien-être auxquels ils font face et à améliorer leur accès aux services afin de réduire le risque de contracter le VIH. L'autonomisation de la communauté constitue une approche fondamentale sur laquelle reposent toutes les interventions et composantes décrites ici, dont elle est indissociable.

La participation et le leadership communautaires dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sont également essentiels. La participation et le leadership contribuent à bâtir une relation de confiance avec les populations cibles des programmes, à compléter ces programmes, à les axer davantage sur les besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à créer des environnements plus favorables à la prévention du VIH.



1

Autonomisation
communautaire

Contenu

1.1 Introduction	5
1.1.1 Pouvoir et santé	6
1.2 Éléments clés du processus d'autonomisation communautaire	10
1.2.1 Travailler avec des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	11
1.2.2 Favoriser la mise en place de programmes conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	12
1.2.3 Favoriser l'émergence de communautés soudées	13
1.2.4 Renforcer les systèmes communautaires	15
1.2.5 Promouvoir un cadre de défense des droits de l'homme	17
1.2.6 Recourir à la défense des intérêts des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour façonner les politiques et mettre en place des environnements propices	19
1.2.7 S'adapter aux besoins et aux contextes locaux	20
1.2.8 Soutenir la mobilisation communautaire et pérenniser les mouvements sociaux	21
1.3 Réaliser un suivi des progrès	22
1.4 Ressources et lectures complémentaires	26

Que contient ce Chapitre ?

L'autonomisation communautaire constitue le fondement de toutes les interventions et approches décrites dans le présent instrument. Ce Chapitre :

- **définit l'autonomisation communautaire** et explique pourquoi il est essentiel d'aborder de façon efficace et durable la question du VIH et des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Section 1.1);
- **décrit des éléments d'autonomisation communautaire** et fournit des exemples tirés de plusieurs programmes (Section 1.2).

Ce Chapitre présente également :

- **des exemples d'indicateurs** permettant de mesurer l'autonomisation et la mobilisation communautaires (Section 1.3);
- **une liste de ressources et autres publications** (Section 1.4).

1.1 Introduction

Lignes directrices unifiées pour les populations clés, 2014 : Autonomisation communautaire¹

L'objectif des programmes est de mettre en œuvre une gamme d'interventions destinées à favoriser l'autonomisation des communautés au sein des populations clés.

Leur création a pour but de mettre des connaissances et des services juridiques de base à la disposition des populations clés pour leur permettre de connaître leurs droits et les lois applicables, mais aussi de bénéficier d'un soutien du système judiciaire lorsqu'elles sont lésées.

Les groupes actifs dans le secteur de santé masculine et les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent des partenaires essentiels dans la prestation de services et la réalisation de formations exhaustives sur la sexualité humaine, c'est pourquoi ils doivent activement être mis à contribution. Ils peuvent également faciliter les interactions avec les membres de communautés sexuellement diverses, permettant ainsi de mieux comprendre la santé émotionnelle et les besoins sociaux de ces derniers, mais aussi le coût de l'inaction contre l'homophobie (p. 102-103).

Dans tous les pays disposant de données épidémiologiques fiables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont affectés de façon disproportionnée par le VIH par rapport à l'ensemble de la population. Dans le cadre de la conception des programmes de lutte contre le VIH, ils jouent un rôle déterminant dans la résolution des problèmes sociaux et structurels responsables de l'existence d'une telle inégalité ; ils jouent également un rôle central dans la promotion de réponses nationales au VIH plus rapides et plus responsables. Il est donc essentiel que les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes disposent de ressources suffisantes et soient en mesure d'assumer leur part de responsabilité dans la réponse au VIH, individuellement comme collectivement.

Les communautés autonomisées sont les mieux placées pour sensibiliser leurs propres membres, attirer l'adhésion et faire pression sur leurs gouvernements respectifs en faveur de solutions nationales visant à répondre aux besoins des populations clés. Une fois autonomisés, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont également les mieux placés pour combattre l'homophobie sociétale et l'homophobie intériorisée, toutes deux susceptibles de mener à la haine de soi, à une perte d'estime de soi, à la dépression ou à la consommation de drogues. L'autonomisation des individus est le fondement de celle des communautés. En générant des transformations dans les cœurs et les esprits, les individus, groupes et communautés autonomisés sont les plus à même de lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination.

¹ *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins des populations clés affectées par le VIH*. Genève : OMS ; 2014.

Encadré 1.1

Remarque sur la notion de communauté

Dans la plupart des sections du présent instrument, le terme « communauté » se rapporte aux populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels plus larges auxquels ils peuvent appartenir. Ainsi, la « sensibilisation de la communauté » désigne la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

S'il est vrai que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes partagent des attirances et des comportements sexuels déterminés, il ne faut pas perdre de vue qu'ils ne partagent pas nécessairement une identité liée à ces comportements. Ils se caractérisent également par une grande diversité d'âges, d'appartenances ethniques, de classes sociales, de religions, d'identités et d'expressions sexuelles, d'antécédents familiaux et de séropositivité. Ceux qui définissent leur identité par rapport à leurs comportements sexuels peuvent se décrire comme « homosexuels » ou employer d'autres termes, selon leur contexte culturel, leur langue et leur pays.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes choisissent souvent de ne pas dévoiler leur orientation ou comportements sexuels aux membres de leur famille, à leurs amis, voisins, collègues de travail ou aux professionnels de santé, de peur de susciter des réactions blessantes, voire violentes. La répression peut empêcher des communautés soudées et identifiables d'exister ou les forcer à se dissimuler. L'autonomisation des individus et des petits groupes est un prérequis à celle des communautés.

Dans de nombreux contextes, l'autonomisation communautaire et la recherche d'une réponse structurée à la présence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont l'initiative de personnes qui considèrent que leur identité est liée à leur orientation sexuelle ou à leur comportement sexuel. Il peut s'agir d'homosexuels, de bisexuels, de HSH ou de tout autre groupe désigné par un terme spécifique à une langue ou culture propre. Il arrive que les hommes qui ne se reconnaissent pas dans ces termes ne se sentent pas concernés par ces initiatives et n'y participent pas activement. Les services, droits et protections découlant de l'autonomisation communautaire doivent toutefois être mis à disposition de tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, indépendamment de la façon dont ces derniers se définissent.

Au vu de ces constats, nous préconisons d'envisager de façon ouverte, sensible et réfléchie ce que peut recouvrir le terme de « communauté » lors de la conception d'interventions dites « communautaires » destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Consulter également la définition d'« intervenant en sensibilisation communautaire », fournie dans le glossaire.

1.1.1 Pouvoir et santé

L'autonomisation des communautés ne peut être pleinement comprise qu'en tenant compte du contexte social dans lequel s'exerce le pouvoir. Les relations de pouvoir entre deux personnes ou plus sont toujours liées à la structure des sociétés et à la façon dont celles-ci allouent les ressources. Par conséquent, le pouvoir et l'autonomisation des communautés doivent tous deux être pris en considération dans les nombreux contextes sociaux où vivent, travaillent et se divertissent les individus. Ces phénomènes sont d'ordre social, politique, économique et culturel: chacun de ces facteurs détermine qui détient telle ou telle sorte de pouvoir ainsi que l'ampleur de ce pouvoir.

La relation existant entre le pouvoir et la santé passe également par d'autres filtres sociaux relevant de l'individu, de la famille, de la communauté ou de la société en général. La santé et le bien-être découlent de conditions favorisant:

1. **Le choix et le contrôle** (la dimension personnelle dans laquelle est perçu ou s'exerce véritablement le pouvoir);

2. **La communauté et l'intégration de la communauté** (qui passe par le un soutien social, le développement de réseaux, la formation de l'identité, l'apprentissage et l'adoption de rôles sociaux importants, mais aussi par une participation accrue à la vie publique);
3. **L'accès aux ressources essentielles** (travail, éducation, logement, soins de santé, nourriture, sûreté individuelle, sécurité et autres conditions d'ordre matériel ou immatériel liées à la qualité de vie).

Ces éléments constituent les piliers de l'autonomisation. Le Tableau 1.1 souligne certaines caractéristiques des contextes sociaux susceptibles d'influer sur la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Tableau 1.1 Modèle proposé pour comprendre la relation entre le pouvoir et la santé

Dimensions clés du pouvoir	Caractéristiques des contextes sociaux favorisant le pouvoir	Effet sur la santé
Choix et contrôle	<p>Les politiques sociales et les lois protègent et favorisent les droits de l'homme des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</p> <p>Les organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) proposent des opportunités de développement individuel et de formation au leadership.</p> <p>Soutien à l'expression individuelle et aux décisions personnelles en matière d'amitiés mixtes et de relations sexuelles.</p>	<p>Prévalence réduite de la violence, de la discrimination, de la stigmatisation, du chantage, du suicide, de la dépression, de l'anxiété et du risque de contracter le VIH.</p> <p>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes acquièrent des compétences de leadership, de solides qualités de communication et une certaine auto-efficacité.</p> <p>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'acceptent mieux et adoptent des rôles actifs au sein de leur famille et de leurs réseaux sociaux.</p>
Communauté et intégration de la communauté	<p>Les organisations gouvernementales et les ONG donnent leur mot à dire et un poids dans les affaires sociales et civiles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</p> <p>Les organisations et programmes à base communautaire offrent l'occasion de prendre des responsabilités et de participer de façon significative.</p> <p>Les membres de la famille et les amis acceptant l'homosexualité et le rôle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</p>	<p>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont voix au chapitre et participent activement aux affaires sociales et civiles, notamment aux processus nationaux de planification liés à la question du VIH.</p> <p>Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent influencer sur les organisations et programmes dans lesquels ils s'impliquent.</p> <p>Les relations qu'entretiennent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avec leur famille et leurs amis s'améliorent.</p>
Accès aux ressources essentielles	<p>Les politiques sociales et les lois réduisent les inégalités et facilitent l'accès aux services de santé.</p> <p>Infrastructures communautaires solides, dont groupes de la société civile dotés de capacités techniques et organisationnelles importantes.</p> <p>Liens forts et bonne communication au sein de la famille et des réseaux sociaux.</p>	<p>Revenu suffisant, emploi stable, logement stable et abordable, nourriture, sûreté individuelle et sécurité, éducation et soins de santé, dont services liés au VIH.</p> <p>Les programmes et services sont faciles d'accès, acceptables et adaptés aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</p> <p>Soutien social de la part de la famille et des amis.</p>

Source : Adapté d'articles publiés dans l'édition spéciale du *Journal of Community & Applied Social Psychology: Power, control and health*. 2001 ; 11(2):75-165.

Les interventions menées dans le cadre de programmes d'autonomisation communautaire reconnaissent implicitement le rôle du pouvoir dans le développement de la santé et du bien-être à l'échelle de l'ensemble de la population. Les interventions d'autonomisation communautaire ciblent par conséquent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans une région définie afin de sensibiliser ces populations à leurs droits, à l'établissement d'espaces sécurisés conduits par la communauté (centres communautaires) et à la constitution d'organisations définissant la gamme de services à fournir, mais aussi les initiatives à mener en matière de sensibilisation et de défense des droits.

C'est sur des communautés fortes que repose depuis trente ans la lutte contre le VIH. Dans de nombreux pays, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent les figures de proue de cette lutte : ils prennent en charge les processus communautaires, se mobilisent aux côtés d'autres membres de la communauté pour mettre au point des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent et défendent leurs droits en tant que membres d'une communauté et qu'êtres humains.

L'autonomisation des communautés ne se résume pas à un ensemble d'activités destinées à souder les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin de favoriser la prévention, les traitements et les soins ; elle contribue également à promouvoir une bonne estime de soi, des normes de pairs positives, mais aussi un esprit d'altruisme et de solidarité et l'idée que le temps presse. Voilà pourquoi la communauté doit avant tout s'appuyer sur l'individu afin d'obtenir des réponses plus puissantes et plus engagées contre le VIH. Une telle approche doit être coordonnée à toutes les politiques sanitaires et aux programmes de lutte contre le VIH.

Encadré 1.2

Exemple de cas : Le projet Mpowerment

Cette intervention conduite par la communauté s'adresse aux hommes jeunes et issus de différents milieux ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle les mobilise pour les encourager à limiter leurs comportements à risque et à se faire fréquemment dépister.

Le projet Mpowerment propose un manuel complet (disponible en anglais et en espagnol), des formations de trois jours, une assistance technique par téléphone et sur Internet et des présentations audio de 10 minutes destinées aux directeurs généraux, aux superviseurs, aux coordinateurs et aux partenaires. Ces supports se fondent sur des leçons tirées de la mise en œuvre de programmes dans différentes communautés. Ils sont disponibles à l'adresse suivante : www.mpowerment.org

L'autonomisation communautaire s'inscrit également dans un mouvement social plus large qui œuvre pour l'autodétermination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle exige que les institutions et organisations gouvernementales, non gouvernementales, publiques, privées, politiques, culturelles, religieuses et sanitaire éradiquent l'exclusion sociale, la stigmatisation, la discrimination et la violence, dans la mesure où ces maux violent les droits de l'homme des HSH et augmentent la vulnérabilité au VIH qui leur est associée. Pour atteindre l'objectif qu'est l'autonomisation communautaire, il est nécessaire de décriminaliser les rapports sexuels entre hommes et d'éliminer l'application injuste des lois et des règlements utilisés contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Il est fondamental d'investir dans l'autonomisation communautaire pour générer du changement, dans la mesure où la liberté de choix, le contrôle, l'intégration communautaire et l'accès aux ressources essentielles ont un impact positif sur la santé. Les stratégies destinées à fournir

des services complets liés au VIH s'avèrent plus efficaces et durables lorsqu'elles sont mises en œuvre par des individus, des groupes et des communautés autonomisés. Les programmes dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont renforcé le recours aux services, leur portée, leur accessibilité et leur qualité ; ils ont en outre augmenté l'utilisation du préservatif et contribué à impliquer davantage les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les politiques et programmes nationaux. L'extension de services exhaustifs fondés sur l'autonomisation communautaire aide à prévenir un grand nombre de nouvelles infections par le VIH, notamment dans les régions fortement touchées. L'autonomisation communautaire constitue la pierre angulaire d'une lutte contre le VIH fondée sur les droits de l'homme. C'est donc sur elle que reposent toutes les recommandations et toutes les composantes présentées dans le présent guide.

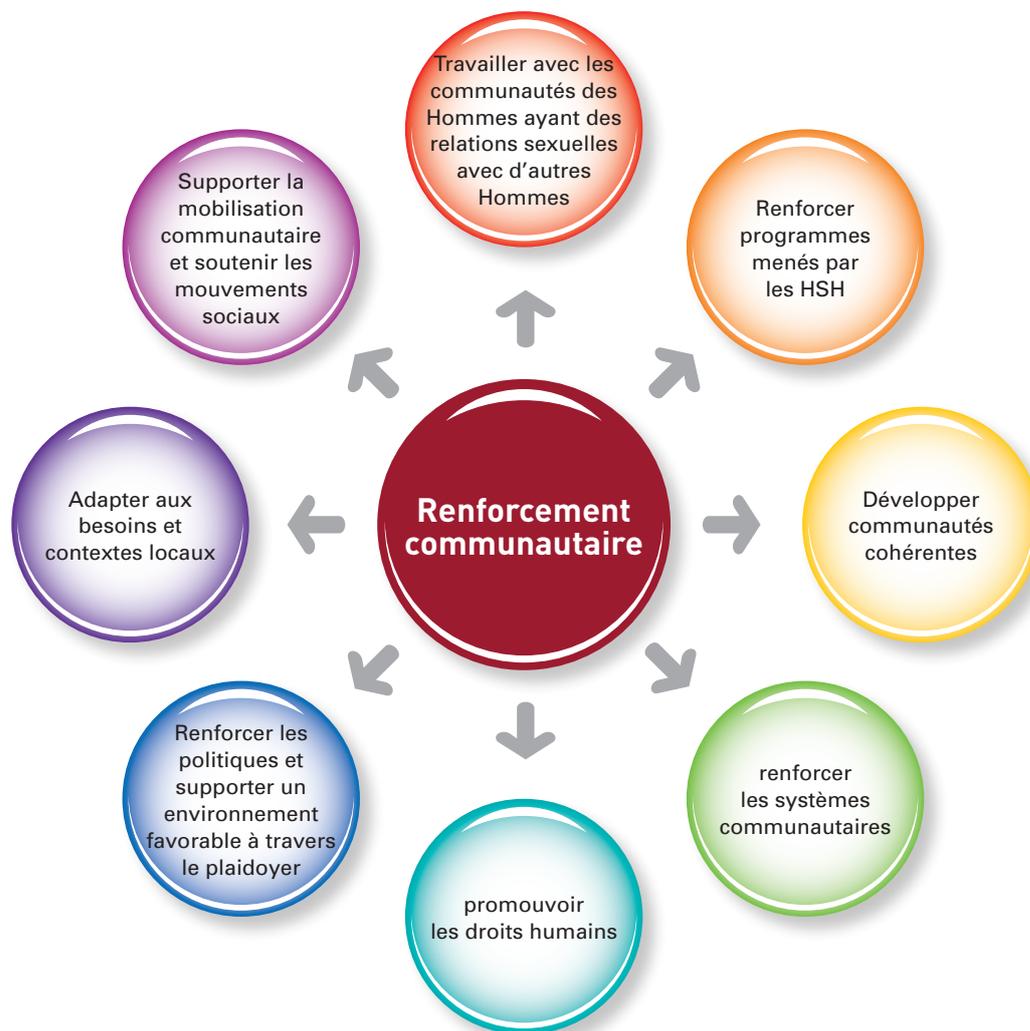
Encadré 1.3**En quoi consiste un cadre d'autonomisation communautaire pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?**

- Se rassemblent pour s'affirmer, s'apporter un soutien mutuel et s'entraider ;
- Discuter des besoins individuels et communautaires dans un environnement accueillant et sûr ;
- Faciliter la communication et l'empathie avec ceux qui partagent des expériences similaires en matière de sexualité et d'expression de genre ;
- Favoriser une expression positive de la sexualité : affirmer sans jugement sa sexualité et son expression de genre ;
- Respecter l'autodétermination de chaque individu et le contrôle de son propre corps ;
- Impliquer de manière significative et respectueuse les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans tous les aspects de la conception, la mise en œuvre, la gestion et l'évaluation des programmes. Lever les obstacles et créer des opportunités pour les faire participer et assumer des responsabilités ;
- Reconnaître et mettre à profit les points forts et capacités des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en leur qualité d'individus et de communautés. Reconnaître leur diversité et s'appuyer dessus ;
- Convenir que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont les mieux placés pour identifier leurs priorités et les stratégies de résolution appropriées à leur milieu ;
- Renforcer les partenariats entre les communautés et les groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'une part et, de l'autre, le gouvernement, la société civile et les soutiens locaux ;
- Promouvoir et soutenir la mobilisation de ressources financières, techniques, etc. destinées aux organisations et aux communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lesquelles devront ensuite déterminer leurs priorités, leurs activités, leur personnel, ainsi que la nature et le contenu des services qu'elles fournissent. En fin de compte, les organisations conduites par la communauté peuvent employer le personnel dont elles ont besoin (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, intervenants en sensibilisation), plutôt que de ne confier ces tâches qu'à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénévoles.

1.2 Éléments clés du processus d'autonomisation communautaire

Le processus d'autonomisation communautaire est, par définition, mené par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est donc contre-productif d'adopter une approche rigide et normative dans la mise en œuvre d'initiatives d'autonomisation communautaire. Certains éléments clés du processus d'autonomisation ont toutefois été jugés pertinents par des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à travers le monde (Figure 1.1).

Figure 1.1 Éléments clés du processus d'autonomisation communautaire



Il s'agit d'une approche souple et capable de s'adapter aux besoins des différentes communautés. Il n'existe pas d'ordre prédéfini : on peut choisir de travailler avec les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de promouvoir ensuite la sensibilisation conduite par la communauté, de développer et de renforcer des organisations et réseaux dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes puis, en fonction des besoins et contextes locaux, d'élaborer des politiques fondées sur les droits de l'homme et de mettre en place un environnement propice à un mouvement durable.

Ce processus entraîne un changement de paradigme : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'y sont plus des bénéficiaires de services, mais forment des communautés capables de s'autodéterminer. L'autonomisation communautaire se trouve à la source d'un mouvement social caractérisé par un exercice collectif des droits par les membres des communautés, qui constituent des partenaires égaux dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services de santé.

1.2.1 Travailler avec des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Si l'autonomisation communautaire est un processus long et laborieux, c'est notamment parce que l'identité ou les comportements homosexuels sont souvent stigmatisés et criminalisés. La confiance, l'empathie et le respect constituent des valeurs importantes chez toutes les parties prenantes. Pour établir un climat de confiance, il est en effet nécessaire de traiter avec respect et dignité tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, quel que soit leur statut sérologique. Il convient d'écouter et de soulager leurs préoccupations, mais aussi de travailler à leurs côtés tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des interventions.

Il est essentiel de les impliquer de façon significative afin d'instaurer des relations de confiance et d'établir des partenariats durables fondés sur l'intégrité (voir Encadré 1.4). Une telle approche peut s'avérer délicate aux yeux des prestataires de services, habitués à définir les paramètres de prestation de leurs services et à déterminer la façon dont les relations ou les partenariats doivent être menés. Avec l'autonomisation croissante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des organisations que ceux-ci sont susceptibles de fonder, on verra également croître les attentes de partage et de transfert de pouvoir (voir Chapitre 6, Section 6.2.5). Au niveau des premières étapes de l'autonomisation communautaire, on peut s'attendre à ce que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes disposent d'une expérience limitée dans la constitution de groupes. Les réseaux régionaux, nationaux et internationaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent alors leur fournir une assistance technique et un soutien déterminant (voir Chapitre 6, Section 6.5.1). Les partenaires jouent eux aussi un rôle important, dans la mesure où ils interviennent au nom des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en des lieux et situations où ces derniers n'ont pas la possibilité de s'exprimer.

Encadré 1.4

Participation significative

La participation significative des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à la prestation de services et aux processus politiques implique que ces derniers puissent :

- choisir leurs représentants et leurs modes de représentation ;
- choisir la façon dont ils prennent part au processus ;
- choisir de participer ou non ;
- participer sur un pied d'égalité à la gestion des partenariats.

La stigmatisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes favorise l'existence de lois civiles et pénales discriminatoires qui perpétuent à leur tour l'exclusion sociale et politique. La stigmatisation qui en résulte affecte tous les aspects de la vie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans la mesure où elle favorise l'adoption d'attitudes négatives de la part des familles, des communautés et des décideurs politiques. Il s'ensuit un risque d'intériorisation des attitudes sociétales négatives vis-à-vis de l'homosexualité, à son tour susceptible de déboucher sur une haine de soi et une stigmatisation par les pairs (autrement dit, une stigmatisation au sein même des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Tous les partenaires doivent soutenir l'autonomisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et en assumer la responsabilité. Des mesures de protection doivent être intégrées aux programmes et aux partenariats, *a fortiori* dans les pays où les pratiques et relations homosexuelles

sont illégales pour garantir que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne soient pas poursuivis pour avoir constitué des organisations et ne craignent pas d'être exposés à des menaces, des arrestations, du harcèlement ou des violences, ni à une stigmatisation supplémentaire de la part des prestataires de soins de santé en se définissant comme des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

1.2.2 Favoriser la mise en place de programmes conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Il existe une différence entre les programmes *destinés* aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et ceux *dirigés* par ces mêmes hommes. Le Tableau 1.2 propose un résumé de ces approches. Les programmes *destinés* aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont susceptibles de donner lieu à des services perçus avec appréhension, c'est pourquoi ils sont largement sous-utilisés. À l'inverse, les services proposés dans le cadre de programmes créés *en collaboration avec* des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou *dirigés* par ces derniers sont susceptibles d'afficher une adoption plus rapide et une rétention plus importante, produisant ainsi de meilleurs résultats sur la santé.

Les initiatives conduites par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reposent sur le principe selon lequel ces derniers sont les mieux placés pour s'enseigner les uns aux autres à se prémunir des risques menaçant leur santé et leur sûreté, mais aussi d'éventuelles violations des droits de l'homme. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent donc constituer le moteur des programmes ciblés de lutte contre le VIH; il ne suffit pas de leur offrir un rôle de conseil avant de créer des programmes. Les programmes doivent au contraire être fondés sur les besoins, perceptions et expériences de ces populations.

Pour ce faire, il est nécessaire que les prestataires de services se demandent comment opérer une transition depuis un système fondé sur la prestation de services vers un système dans lequel les employeurs de ces prestataires sont précisément des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Tableau 1.2 Caractéristiques des différentes approches des programmes

Destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou élaborés en collaboration avec ces derniers
Normative : Certains programmes se contentent d'orienter les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur ce qu'il convient de faire et comment s'y prendre.	Collaborative : Les programmes tiennent compte de l'idée qu'ont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de ce qu'il convient de faire et comment s'y prendre.
Paternaliste : Les programmes partent souvent du principe que les connaissances, les compétences et le pouvoir sont détenus par le personnel et les dirigeants du programme, et non par les membres de la communauté.	Participative : Les programmes reconnaissent les connaissances, les compétences et le pouvoir des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et cherchent activement à les mettre à profit.
Symbolique : Les programmes font participer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à leur mise en œuvre, principalement en tant que bénévoles et non en tant que partenaires égaux.	Inclusive : Les programmes impliquent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en tant que partenaires égaux dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Ils travaillent la plupart du temps en tant que salariés au sein de la communauté, et non pour des organisations externes.

Axée sur les ressources : Le suivi se concentre principalement sur les produits et services fournis, mais aussi sur les objectifs à atteindre.

Axée sur l'assurance qualité : Le suivi se concentre principalement sur la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services et des programmes, sur la participation de la communauté, sa cohésion et les liens établis entre ses membres ; il se demande en outre si la couverture des services est suffisamment étendue.

Descendante : Cette approche s'attache à bâtir des relations avec les prestataires de soins de santé, principalement au sein du système de santé. Moins d'efforts sont déployés pour bâtir des relations au sein de groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Montante : Cette approche s'attache à bâtir des relations au sein des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi entre ces derniers et des organisations, des prestataires de services, des institutions de défense des droits de l'homme et d'autres groupes de ce type.

Pour gagner la confiance des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est important d'avoir recours à des professionnels de la santé, des employés des services de lutte contre le VIH, des éducateurs de santé et des agents de sensibilisation qui sont eux-mêmes des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En tant que planificateurs et prestataires de services, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- partagent une expérience commune propice à la réduction de la stigmatisation intériorisée et à la consolidation de l'estime de soi et de la solidarité ;
- connaissent et ont accès à des réseaux et des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes capables de façonner des activités délicates mises en œuvre dans le cadre de campagnes de sensibilisation et de programmes.

En tant que bénéficiaires, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- discuteront sans doute plus ouvertement des détails intimes de leur vie avec quelqu'un qui a personnellement affronté les mêmes problèmes ;
- seront plus enclins à suivre les recommandations de services et les traitements qui leurs seront proposés et à adopter des comportements sains s'ils font confiance à la personne qui leur prodigue ces conseils.

Dans les programmes conduits par la communauté, il convient toutefois de ne pas limiter les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à ces rôles. Ces derniers doivent au contraire être mis à contribution à tous les niveaux du programme et notamment participer aux processus de décision portant sur la mise en œuvre, la gestion, la mobilisation et la gouvernance des programmes. Pour leur permettre d'occuper ces postes, le renforcement des capacités et le mentorat doivent constituer une priorité.

1.2.3 Favoriser l'émergence de communautés soudées

Il ne sera possible de favoriser l'émergence de communautés soudées d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que si ce processus est lancé et mené par ces derniers. On choisit souvent de commencer par ouvrir un espace sécurisé où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se rassembler pour tisser des liens et discuter de certains problèmes (voir également Chapitre 4, Section 4.4.4). Cette étape peut constituer en elle-même un exercice d'autonomisation (voir Encadré 1.5). Elle aide par ailleurs les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à identifier leurs problèmes et objectifs communs et à développer une certaine détermination et un esprit de cohésion. En plus de protéger la sécurité, l'anonymat et la confidentialité des individus fréquentant ces espaces sécurisés, il est important d'établir un calendrier de réunions et d'évènements réguliers afin de créer des perspectives, une cohésion et un sentiment de continuité. Les militants et les personnes qui gèrent ces espaces et réunions doivent garder à l'esprit que la plupart des individus qui y participent n'auront pas immédiatement conscience des problèmes qui

les affectent, que ce soit au niveau de la communauté ou du pays. Il est possible que les nouveaux participants ne se sentent pas impliqués ou ne souhaitent pas prendre part à des actions militantes. Il convient de ne pas s'attendre à ce que les usagers des espaces sécurisés participent immédiatement à des activités de groupe et de ne pas exercer de pression dans ce sens.

Les processus communautaires et collectifs trouvent leur source dans l'individu. Or, il est nécessaire de répondre aux besoins des individus pour que ceux-ci puissent ressentir un sentiment d'appartenance à un groupe. Dans des environnements hostiles ou stigmatisants, le plus grand réconfort apporté par les interactions de groupes aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est le fait de se sentir écoutés, de pouvoir partager leurs préoccupations et de ne plus se sentir seuls. Il convient de satisfaire aussi souvent que possible leurs besoins concrets, à plus fort titre lorsqu'il s'agit de personnes en danger, au chômage ou sans logement stable.

Après le traitement par un groupe un ou un espace sécurisé de questions individuelles telles que l'acceptation de soi, l'expérience d'une stigmatisation sociétale, la discrimination ou la violence, l'étape suivante consiste souvent à rassembler plus régulièrement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'aborder des sujets ou des problèmes clés qui les affectent individuellement mais requièrent une réponse collective. Il peut s'agir d'un rejet de la famille, de cas de discrimination à l'école ou au travail, d'actes de violence, de chantage ou de harcèlement. Les hommes ainsi rassemblés peuvent également identifier des besoins communs, tels que la recherche d'un partenaire sexuel ou romantique, ou encore d'un lieu où recueillir des informations concrètes sur la santé sexuelle.

Encadré 1.5

Rassembler les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Organiser dans les espaces sécurisés (ou centres communautaires) des activités de groupe fondées sur les centres d'intérêt des membres.
- Préparer des activités pour les occasions spéciales.
- Inviter des militants ou des intervenants en sensibilisation communautaire venant de régions voisines à prendre la parole lors d'un rassemblement communautaire.
- Faciliter le développement de coalitions avec les alliés.
- Utiliser Internet pour créer des « espaces sécurisés » virtuels.

L'établissement formel d'une organisation constitue la troisième étape du développement de communautés. Cette étape est détaillée au Chapitre 6, Section 6.5.1. Compte tenu de la diversité des contextes politiques et culturels dans lesquels vivent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il existe différentes méthodes permettant d'encourager l'autonomisation communautaire et la création d'organisations communautaires. Les organisations et les réseaux présentent des trajectoires de développement distinctes et peuvent fonctionner de nombreuses manières. Il est toutefois essentiel de noter que les organisations *conduites* par les communautés (c.-à-d. celles dirigées par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) diffèrent des organisations à base communautaire habituelles. Dans les organisations conduites par la communauté, le pouvoir et les décisions relèvent des membres de la communauté ; dans une organisation à base communautaire au contraire, le pouvoir se concentre entre les mains de quelques membres ou d'administrateurs extérieurs à la communauté. C'est la capacité d'une organisation à s'auto-déterminer et à s'auto-gouverner, mais aussi son engagement à atteindre les objectifs fixés par ses propres membres, qui distinguent les projets conduits par des communautés.

Encadré 1.6

Exemple de cas : Développement d'une communauté en Roumanie

La branche roumaine de Population Services International a lancé le programme I am! You? en invitant à une série de réunions des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connus dans la région et possédant de nombreuses relations. Les participants ont offert leur soutien social et partagé leur expérience de la discrimination et de la lutte contre l'auto-stigmatisation. Ils ont discuté de la santé, des relations sexuelles et romantiques et de l'égalité sociale. À la suite de ces discussions initiales, les participants ont été invités à explorer des problèmes qui avaient selon eux un impact négatif sur leur « communauté » locale lesbienne, gay, bisexuelle et transgenre (LGBT) et à proposer des idées d'activités permettant de résoudre ces problèmes. Plusieurs groupes de discussion ont été mis en place par des bénévoles locaux qui avaient pris part au groupe initial. Les bénévoles ont bénéficié d'un financement et d'un soutien organisationnel dans la conception, la mise en œuvre et la consignation de projets à petite échelle abordant certaines préoccupations.

Des équipes de bénévoles ont ensuite été constituées pour une durée de deux jours et invitées à présenter leur projet dans le cadre d'un concours. Le projet gagnant a reçu un financement visant à mettre en œuvre les interventions conçues par les lauréats. Des membres de groupes locaux ont par ailleurs été formés et invités à mener des ateliers d'inclusion sociale et de sensibilisation à la discrimination dans des lycées locaux.

En motivant et en soutenant les leaders d'opinion informels les plus influents, en soutenant les groupes dans la réalisation de petits projets de leur choix, puis en rapprochant les différents groupes afin de créer un sentiment d'appartenance à l'échelle nationale et une concurrence constructive, I am! You? a posé les bases d'un développement et d'une autonomisation communautaires durables dans dix villes de Roumanie.

Une évaluation de référence et des questionnaires post-intervention distribués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont révélé une forte hausse de l'utilisation du préservatif, du dépistage du VIH, des connaissances en matière de VIH, du soutien des pairs et de l'expression interpersonnelle de la sexualité chez les hommes exposés à l'intervention par rapport à ceux qui n'y avaient pas participé.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site : www.psi.org/contact-us/

1.2.4 Renforcer les systèmes communautaires

Si construire une communauté relève du défi, il est encore plus complexe de la maintenir et de la renforcer. Comme beaucoup de mouvements conduits par les communautés à travers le monde, les organisations et les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent confrontés à des obstacles majeurs : financement et personnel salarié insuffisants, besoins variés et complexes, opposition politique à leur existence, concurrence pour l'obtention des ressources émanant d'éléments internes et externes à la communauté et reconnaissance insuffisante de l'importance de leur population. Dans la plupart des pays, la marginalisation et le manque de visibilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au sein des structures juridiques, sociales et économiques à tous les niveaux de la société entraînent souvent un sous-financement et un mépris de leurs réseaux et organisations.

Lorsqu'une réponse au VIH est mise en œuvre, les gouvernements, les partenaires, les mouvements de la société civile en général, les organisations locales et les institutions multilatérales doivent fournir un soutien durable aux organisations et aux réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin de garantir leur capacité à agir. Ce soutien ne doit pas être lié à l'idéologie d'un quelconque partenaire susceptible d'entrer en conflit avec les besoins et les priorités déterminés par la communauté. Il est possible de limiter ce risque et de négocier des stratégies plus productives en engageant un processus d'autonomisation communautaire.

Une solide organisation conduite par la communauté se reconnaît au dynamisme de ses membres, à une capacité croissante à gérer ses finances de façon responsable, à une extension de l'influence

politique et à un élargissement de la participation sociale. Par exemple, une organisation ou un réseau conduit par la communauté qui fonctionne bien :

- adopte des approches participatives ;
- assume ses responsabilités auprès de ses membres ;
- est capable de répondre et de communiquer rapidement avec ses membres ;
- entretient des relations étroites avec les décideurs politiques et les partenaires ;
- fait preuve de transparence et propose à ses membres des modalités d'engagement claire ;
- possède de bonnes capacités d'analyse et peut comprendre les conséquences de mauvaises politiques ;
- est souple et adaptable, capable s'adapter aux modifications du paysage politique ;
- se caractérise par une stabilité financière, une organisation solide et une bonne gestion ;
- est influente et capable d'insuffler un changement.

En 2009, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a introduit dans son modèle le concept de renforcement des systèmes communautaires. Ce concept encourage activement les pays candidats à préparer un budget pour des interventions touchant systématiquement à la mobilisation communautaire, à la prestation de services conduite par la communauté et au renforcement de la redevabilité, dans le but d'amplifier l'échelle et l'impact des réponses à la maladie au niveau de la population. Les six composantes essentielles du cadre de renforcement des systèmes communautaires créé par le Fonds mondial sont récapitulées dans l'Encadré 1.7, qui renvoie aux parties du présent guide les abordant en détail.

Encadré 1.7

Le cadre de renforcement des systèmes communautaires : les six composantes essentielles des systèmes communautaires

- 1. Environnements propices et défense d'intérêts, notamment :** implication de la communauté et revendications visant à améliorer l'environnement réglementaire, juridique et la gouvernance, mais aussi à transformer les facteurs sociaux ayant un effet sur la santé (Section 1.2.6).
- 2. Réseaux, liens, partenariats et coordination communautaires :** Favoriser l'efficacité des activités, des prestations de service et de la défense d'intérêts, maximiser les ressources et leur impact et établir des relations de travail coordonnées et collaboratives (Chapitre 4, Section 4.4 et Chapitre 6, Sections 6.5.1 et 6.5.7).
- 3. Ressources et renforcement des capacités, notamment :** ressources humaines dotées de moyens humains, techniques et organisationnels suffisants ; financement (dont financement opérationnel et central), ressources matérielles (infrastructure, matériel informatique et produits de base, dont technologies et produits médicaux ou d'autre nature) (Chapitre 6, Sections 6.2.8, 6.4 et 6.5.2 à 6.5.7).
- 4. Activités communautaires et prestation communautaire de services :** accessibles à tous ceux qui en ont besoin, élaborées à partir des faits et fondées sur une évaluation communautaire des ressources et des besoins (tous les chapitres).
- 5. Renforcement de l'organisation et du leadership, notamment :** gestion, redevabilité et leadership pour les organisations et systèmes communautaires (Chapitre 6, Section 6.5.2).
- 6. Suivi et évaluation (S&E) et planification, notamment :** systèmes de S&E, évaluation de la situation, collecte de données et recherche, apprentissage, planification et gestion des connaissances (Section 1.3 et Chapitre 6, Section 6.2).

Le renforcement et le bon fonctionnement de tous ces éléments contribuent :

- à l'amélioration des résultats en matière de santé et de bien-être ;
- au respect de la santé des personnes et de leurs autres droits ;
- à la protection contre les risques sociaux et financiers ;
- à l'amélioration de la réactivité et de l'efficacité des interventions communautaires ;
- à l'amélioration de la réactivité et de l'efficacité des interventions menées dans les domaines de la santé, du soutien social, de l'éducation ou dans d'autres domaines.

Dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires, il est important d'investir du temps et des ressources pour développer des capacités de direction chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en menant des programmes de mentorat et en faisant participer ces hommes à :

- des formations ;
- des conférences ;
- la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de projets ; la recherche, la rédaction de rapports et la collecte de fonds ;
- le mouvement de défense des droits des populations LGBT, plus largement.

Il est également essentiel de développer les compétences et capacités organisationnelles des membres de la communauté, y compris des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ce qui peut impliquer la nécessité d'améliorer les compétences des membres en S&E, en affaires et en gestion. Le mentorat et le coaching par les pairs peuvent également se révéler utile dans ce processus.

Assurer une base plus large de compétences et de dirigeants peut en outre contribuer à assurer la pérennité des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans l'éventualité où le financement par les dons ou les environnements réglementaires venaient à changer au niveau local ou national.²

1.2.5 Promouvoir un cadre de défense des droits de l'homme

Lignes directrices unifiées pour les populations clés, 2014: Loi et politiques

Les lois, les politiques et les pratiques doivent être réexaminées et, si nécessaires, révisées par les décideurs politiques et les dirigeants des gouvernements en faisant réellement participer des parties prenantes issues de populations clés afin de permettre et de soutenir la mise en œuvre et la diffusion de services de soins destinés aux populations clés. (p. 91)

Les pays doivent œuvrer à l'application de lois de protection et de lutte contre la discrimination inspirées des normes établies par les droits de l'homme afin de mettre un terme à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'encontre des populations clés. (p. 96)

Les pays doivent s'attacher à développer des politiques et des lois décriminalisant les comportements homosexuels. (p. 91)

Les pays doivent s'attacher à développer des alternatives non privatives de liberté à l'incarcération pour les consommateurs de drogues, les travailleurs du sexe et les personnes ayant des relations homosexuelles. (p. 94)

Il importe que les pays s'engagent politiquement en investissant suffisamment dans la défense des intérêts et en accordant un financement suffisant aux programmes et aux services de santé destinés aux populations atteintes par le VIH. (p. 95)

2 Consulter également le document de politique générale consacré au renforcement des systèmes communautaires et à la lutte contre le VIH : http://www.stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/filemanager/General_Policy_Brief_CommunitySystemStrengthening-SAA.pdf et la page Web de l'International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), qui propose des ressources relatives au renforcement des systèmes communautaires : <http://www.icaso.org/community-systems-strengthening>

La promotion et la protection des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent au cœur de tous les processus d'autonomisation communautaire. Les Lignes directrices unifiées pour les populations clés de 2014 abordent précisément les droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Deux autres documents permettent d'acquérir une compréhension fondamentale des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le rapport de la Commission mondiale sur le VIH et la loi, publié en 2012 par le Programme des Nations Unies pour le développement (*Risques, droit et santé*), explique que les lois aggravent dans de nombreux pays la vulnérabilité au VIH des HSH et d'autres populations clés affectées au lieu de les en protéger. Les rapports homosexuels constituent une infraction pénale dans quatre-vingt trois pays (la plupart dirigés par des gouvernements influencés par une interprétation conservatrice de la religion); les peines appliquées vont des coups de fouet à l'exécution.³ Entre autres recommandations, le rapport appelle les gouvernements, la société civile et les organismes internationaux :

- à rendre illégales toute forme de discrimination et de violence envers les personnes vulnérables au VIH ou atteintes du VIH ;
- à abroger les lois punitives et à promulguer des lois facilitant et permettant une réponse efficace au VIH, notamment par le biais de services offerts à ceux qui en ont besoin ;
- à décriminaliser les rapports sexuels privés et consensuels entre adultes, y compris les rapports homosexuels et la prostitution volontaire.

Les *Principes de Jogjakarta sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre* (2007) ont été mis au point par des juristes et des spécialistes des droits de l'homme. Ils ont pour vocation d'aider à interpréter les traités relatifs aux droits de l'homme en appliquant des normes juridiques mondiales en la matière dans le but de mettre un terme aux violations des droits des membres de la communauté LGBT. Ces 29 principes s'accompagnent de recommandations adressées aux gouvernements, aux institutions régionales intergouvernementales, à la société civile et aux Nations Unies.

Lutter contre la stigmatisation et la discrimination, mobiliser des soutiens, éduquer les membres de la communauté à l'universalité des droits de l'homme et changer les attitudes de la communauté au sens large : toutes ces activités constituent un défi pour les réseaux et organisations les plus solides. Pour promouvoir un cadre favorable aux droits de l'homme, il est essentiel de disposer d'organisations conduites par la communauté, d'alliances et d'efforts de mobilisation forts. Les autorités policières doivent être impliquées dans la promotion et la protection des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il convient par ailleurs de financer et de soutenir des programmes permettant de mettre en place des environnements juridiques et réglementaires propices, notamment grâce à la formation de policiers, de juges et de parlementaires (voir Chapitre 2, Sections 2.2.2 et 2.2.3).

Dans de nombreux milieux socio-politiques, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent confrontés à la stigmatisation, à la discrimination, au chantage, à la violence et à la criminalisation. Il demeure malgré tout nécessaire et possible de fournir des services relatifs au VIH tout en protégeant leur sécurité, leur confidentialité et leur bien-être. Les prestataires de service sont confrontés à une obligation éthique : servir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de façon impartiale et équitable et empêcher autant que possible les violations des droits de l'homme ; or, l'accès aux soins fait partie des droits de l'homme. Les communautés autonomisées peuvent jouer ici un rôle clé en exigeant et en contrôlant des services de bonne qualité, accessibles, acceptables, abordables et sûrs. Voir Chapitre 2, notamment les Sections 2.2.1 et 2.2.5, pour de plus amples d'informations.

³ Adapté de la liste des pays et entités politiques dotés de lois pénales punissant les rapports sexuels entre hommes, compilée par l'association International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), Mai 2014.

1.2.6 Recourir à la défense des intérêts des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour façonner les politiques et mettre en place des environnements propices

La portée des processus d'autonomisation communautaire va au-delà des communautés, dans la mesure où ces processus influencent et mettent en place des environnements plus propices à travers la défense des intérêts communautaires, qui découle de l'autonomisation communautaire et entraîne l'acceptation et le respect des droits. Elle recouvre l'organisation de la communauté, des actions pédagogiques menées auprès des décideurs politiques, la sensibilisation du public, la consignation d'expériences vécues par des membres de la communauté, des formations, des manifestations, des litiges ou du lobbying. La défense d'intérêts peut se fonder sur l'emploi de stratégies de communication passant par des médias grand public et par Internet afin de diffuser des déclarations publiques ou de mener des campagnes de sensibilisation (voir Chapitre 5, Section 5.4). La défense d'intérêts peut générer des changements considérables au niveau des lois, des politiques, du financement, des coûts de traitement et de l'accès aux services de lutte contre le VIH. Les communautés peuvent par exemple influencer :

- les programmes de lutte contre le VIH, dans le but d'affirmer et de promouvoir l'universalité des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment leur droit à la santé, à la dignité et à vivre sans craindre la violence, la discrimination ni la stigmatisation. Les programmes doivent également préparer et mettre en œuvre des campagnes sur le thème « Connaissez vos droits » auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. (Voir Chapitre 2 pour de plus amples informations sur la lutte contre la violence.);
- des plans de santé nationaux visant à faire reconnaître le niveau supérieur de risque et de vulnérabilité encouru par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes face au VIH et à garantir la disponibilité, l'accessibilité financière, la sûreté et l'acceptabilité de services intégrés de qualité. Lorsque la prophylaxie pré-exposition (PrPE) n'est pas disponible, il peut être décidé de revendiquer sa disponibilité comme méthode de prévention du VIH, tout en garantissant la disponibilité des traitements administrés aux hommes vivant déjà avec le VIH (voir Chapitre 4, Section 4.2.7, Partie E).
- les professionnels de la santé, dont les prestataires de services de lutte contre le VIH, grâce à des formations régulières et à une sensibilisation aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui comprend une formation sur la sexualité humaine, le consentement éclairé, la confidentialité et l'obligation éthique qu'ont les professionnels de la santé de fournir des soins ;
- la sécurité économique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en leur offrant l'opportunité de disposer d'un logement et d'un emploi stables. La sécurité économique se trouve menacée par la violence, la stigmatisation, la discrimination et la mobilité forcée qui en découle, à plus fort titre chez les jeunes, les populations pauvres, les minorités ethniques, les personnes transgenres et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints du VIH (voir aussi Chapitre 2).
- l'accès à l'enseignement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (nombre d'entre eux ne peuvent en bénéficier du fait de brimades ou de l'absence de soutien du système éducatif) ;
- les organisations de partenaires, pour que celles-ci financent le développement des organisations. Cet objectif peut être atteint en mettant en avant l'importance de l'autonomisation communautaire et du renforcement des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Chapitre 6).

Lorsque la défense d'intérêts vise à influencer les loi et les politiques, elle doit tenir compte de la sûreté et de la sécurité des membres de la communauté. Voilà pourquoi il est nécessaire de préserver la confidentialité des individus et des données collectées à des fins de défense d'intérêts. Les programmes servant les intérêts des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mis en œuvre dans des contextes où ceux-ci sont hors-la-loi doivent être dotés de protocoles de sûreté et de sécurité permettant de réagir rapidement aux violences, au chantage ou aux arrestations arbitraires.

Le Robert Carr Civil Society Networks Fund (RCNF)

Fondé en juillet 2012 à Washington, DC, aux États-Unis, le RCNF a pour mission de soutenir les réseaux de la société civile en levant les obstacles majeurs à l'élargissement de l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. Il soutient et protège également les droits des populations du monde n'ayant accès qu'à des services insuffisants.

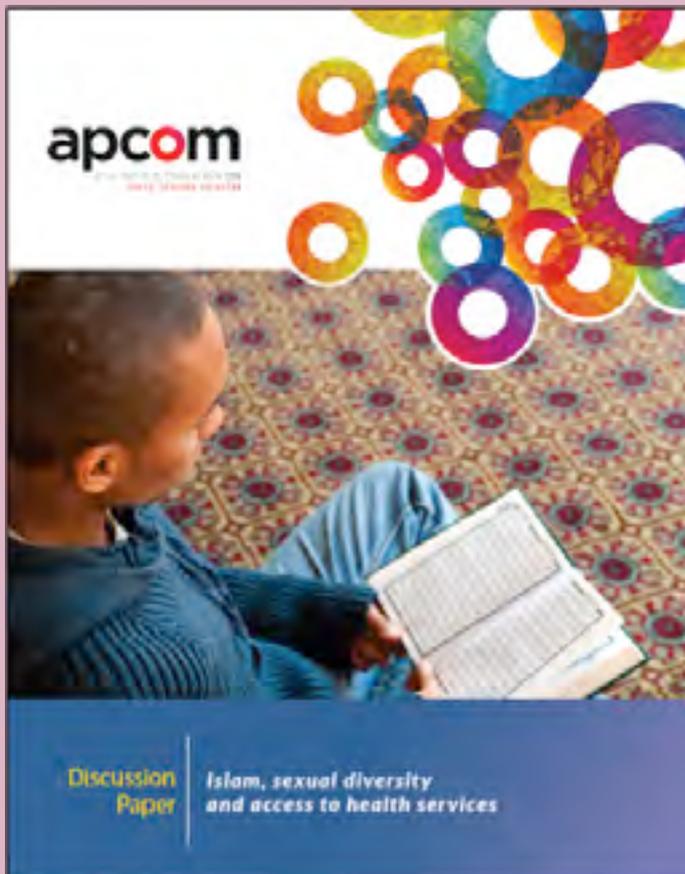
<http://www.robertcarrfund.org/>

1.2.7 S'adapter aux besoins et aux contextes locaux

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne forment pas un groupe homogène. Ils vivent, travaillent et se divertissent dans des environnements juridiques, sociaux et politiques variés et s'associent à de nombreuses identités différentes, ou à aucune (voir Encadré 1.1). Cette diversité explique celle des besoins et défis des différentes communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, auxquels il est possible de répondre grâce à des initiatives d'autonomisation communautaire. Les programmes de lutte contre le VIH doivent tenir compte de la diversité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; la souplesse, la réactivité et l'adaptabilité sont essentielles à leur mise en œuvre. Les objectifs d'une intervention doivent être en adéquation avec les besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais également répondre à ces besoins, même s'ils sont amenés à changer.

Encadré 1.8

Exemple de cas : Islam, diversité sexuelle et accès aux services de santé



Au 10^e congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, qui s'est tenu en 2011 à Busan (Corée du Sud), un groupe de travail sur la foi et la sexualité constitué par la Coalition Asie-Pacifique pour la santé sexuelle des hommes (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, APCOM) et composé de représentants d'organisations professionnelles et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a discuté de foi, de diversité sexuelle, de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination et de l'accès aux soins de santé. Ce groupe a formulé des stratégies adaptées à leur contexte propre visant à lutter contre la discrimination et à répondre aux préoccupations relatives aux droits de l'homme dans des milieux musulmans. Ses recommandations ont été publiées par l'APCOM et présentées lors d'une séance sur les programmes de lutte contre le VIH dans des milieux islamiques organisée dans le cadre de la 7^e conférence de l'International AIDS Society sur la pathogénèse, le traitement et la prévention du VIH. Cette conférence s'est tenue en 2013 à Kuala Lumpur, en Malaisie.

Consulter <http://www.apcom.org/printpdf/18952>

1.2.8 Soutenir la mobilisation communautaire et pérenniser les mouvements sociaux

La mobilisation communautaire est étroitement liée à l'autonomisation communautaire. La mobilisation communautaire est le processus par lequel les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se servent de leurs connaissances, de leurs forces et de leurs compétences pour résoudre leurs préoccupations communes dans le cadre d'une action collective. Les efforts de mobilisation communautaire doivent être perçus comme des interventions structurelles ou sociales légitimes émanant des défenseurs des droits, des décideurs politiques et des partenaires engagés dans la lutte contre VIH, dans la mesure où ces efforts modifient les relations de pouvoir existant entre les groupes dominants et les groupes marginalisés, ce qui peut à terme entraîner d'importants changements juridiques et politiques. La mobilisation communautaire comporte :

- la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à leurs droits et aux stratégies leur permettant de les exiger ;
- la défense de leurs intérêts avec les parties prenantes, notamment les décideurs politiques et les partenaires ;
- l'identification des obstacles et des facteurs facilitant l'accès aux services de lutte contre le VIH (par ex. la disponibilité des préservatifs, du lubrifiant, des thérapies antirétrovirales) ;
- la réduction des risques liés à la santé, notamment à la santé sexuelle, et la promotion de comportements sains ;
- l'extension du soutien mutuel et conduit par les pairs destiné à surmonter la stigmatisation, la discrimination et la violence ;
- la réponse aux crises des droits de l'homme et à l'incidence de la violence et la prise de mesures visant à prévenir de futurs incidents ;
- le développement d'un leadership axé sur la participation des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes susceptibles d'assumer par la suite des postes à responsabilité au sein d'organisations servant les intérêts de leur communauté ;
- la supervision et la sensibilisation des médias couvrant des thèmes liés au VIH et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- l'organisation d'activités destinées à améliorer le développement de réseaux et l'échange d'informations ;
- le suivi des tendances de financement et la promulgation de politiques.

Les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes forment des mouvements lorsqu'elles sont mobilisées sur une longue période et une aire géographique étendue. Pour durer, les mouvements d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent entretenir des rapports de solidarité avec d'autres mouvements sociaux, en particulier les mouvements également engagés dans la défense des droits de l'homme. Il peut par exemple s'agir de mouvements LGBT internationaux, de mouvements de jeunesse, de mouvement de défense des droits des femmes ou de mouvements menés par d'autres populations clés partageant une expérience similaire en matière d'exclusion sociale, comme les travailleurs et travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues et les transgenres, parmi lesquels figurent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et œuvrant en leur nom doivent également être mises en relation avec des organisations et des réseaux de personnes vivant avec le VIH. La collaboration entre mouvements renforce en effet les réponses collectives et garantit un rôle central aux communautés.

Les défenseurs de la communauté doivent être respectés et considérés comme des partenaires à part entière dans l'élaboration des lois, indépendamment du statut juridique des rapports sexuels entre hommes. Malgré tout, en l'absence d'un soutien prolongé, on ne peut raisonnablement s'attendre à ce qu'une poignée d'individus se mue en un mouvement dont les membres contribuent activement à la lutte nationale contre le VIH. Il est donc fondamental que les partenaires de développement travaillant dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires, les gouvernements et les autres parties prenantes soutiennent activement la pérennisation des programmes, organisations, réseaux et mouvements dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

B-Change

B-Change est un groupe d'entreprises sociales dont la mission consiste à promouvoir le changement social au moyen de technologies fondées sur l'Internet. Ce groupe procède en concevant et partageant des idées numériques stimulant la prise de mesures bien réelles. Il aide des communautés à mettre au point leurs propres programmes technologiques de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH.

<http://www.b-change.org/>

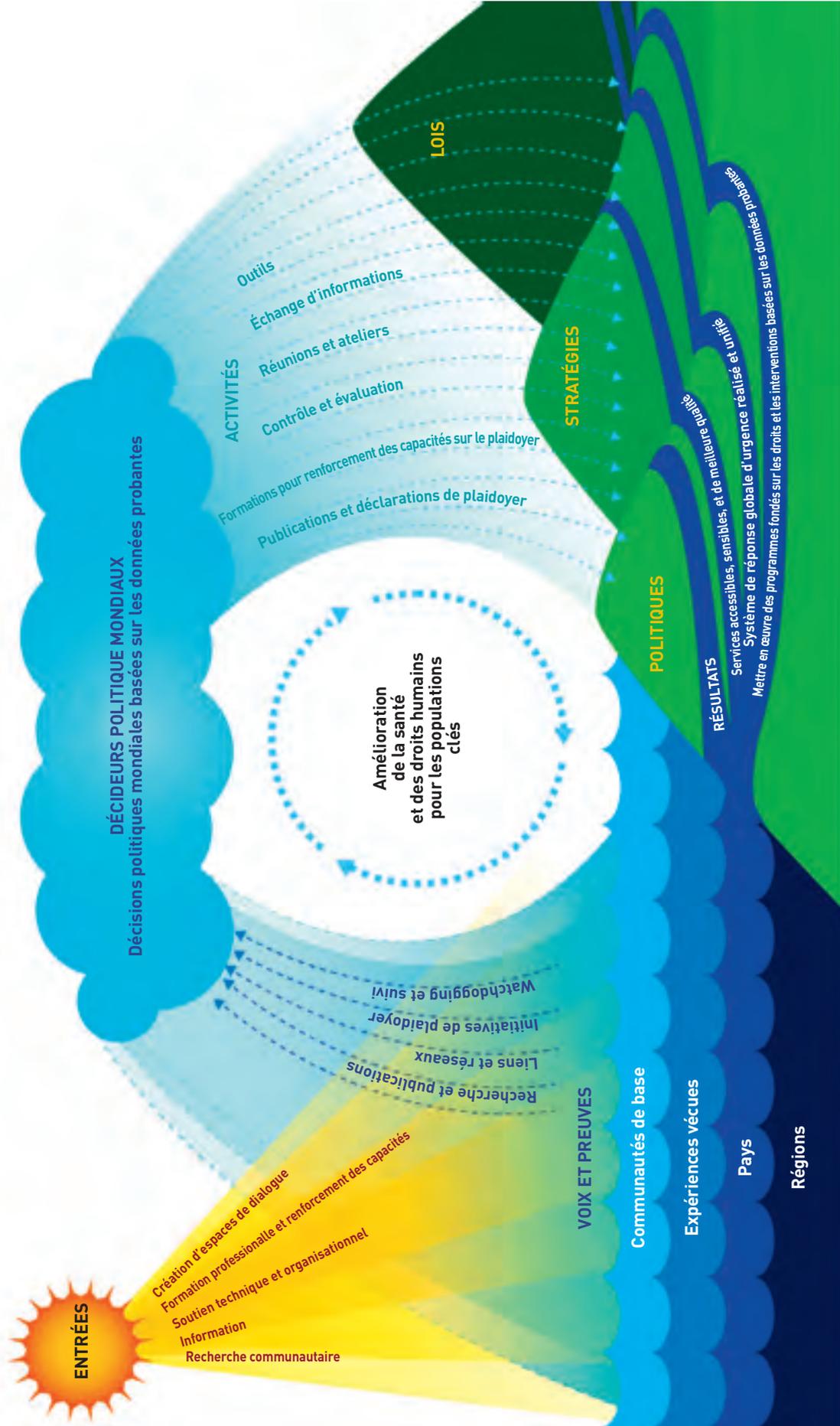
1.3 Réaliser un suivi des progrès

Dans un programme fondé sur l'autonomisation communautaire, le suivi et l'évaluation ne doivent pas se limiter aux services proposés et aux résultats obtenus en matière de santé, mais chercher à déterminer si un programme donné génère effectivement un processus d'autonomisation communautaire et, le cas échéant, en prendre la mesure. Les indicateurs des programmes cherchent plutôt à mesurer des résultats quantitatifs, comme le nombre d'individus contactés ou de préservatifs distribués, qu'à jauger les progrès réalisés en matières d'organisation ou d'inclusion sociale.

Les objectifs à court et long terme doivent être fixés en vue d'observer expressément l'évolution du processus d'autonomisation communautaire. En suivant le processus d'autonomisation communautaire et en le mettant en relation avec la prévention, le traitement, les soins, le soutien et les services de santé liés au VIH, il serait par exemple possible de mesurer l'implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans chacun des domaines suivants : la façon dont les services sont gérés, l'assurance qualité, l'allocation des financements, la formation du personnel de santé à la lutte contre la stigmatisation et le combat contre la discrimination.

Pour suivre les progrès effectués en matière d'autonomisation communautaire, il est nécessaire de procéder à une planification méthodique dès le début du processus. Les programmes et organisations conduits par la communauté doivent envisager de collaborer avec des évaluateurs ou des chercheurs de confiance compétents et expérimentés dans ce type de mesures. Les défenseurs des droits doivent également envisager d'élaborer des théories du changement ou d'utiliser des modèles ou des cadres logiques pour évaluer leurs processus et les résultats attendus (voir Figure 1.2).

Figure 1.2 Une théorie du changement pour la défense des intérêts axée sur la santé et les droits de l'homme des populations clés



Source: *Global action with local impact: why advocacy matters*. Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), en partenariat avec Global Network of People living with HIV/AIDS, (GNP+), International Network of People Who Use Drugs (INPUD), Global Network of Sex Work Projects (NSWP) et International Treatment Preparedness Coalition (INPC); 2014.
 Les indicateurs permettant de suivre l'autonomisation communautaire doivent être sélectionnés avec soin pour garantir qu'ils sont adaptés au contexte national en question. Le Tableau 1.3 décrit différentes approches.

Tableau 1.3 Suivi des indicateurs d'autonomisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Niveau	Activités d'autonomisation	Indicateurs d'autonomisation
National	<ul style="list-style-type: none"> • Œuvrer à la décriminalisation des rapports homosexuels • Renforcer et étendre les réseaux de défense des droits afin de promouvoir les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau mondial • Établir des priorités et investir dans des approches de prévention du VIH conduites par la communauté • Inclure les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans l'élaboration des politiques, des programmes et dans la prise de décision en matière de financement 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion des mouvements de HSH dans les politiques et programmes nationaux • Volume de financement alloué aux programmes dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Inclusion de groupes dirigés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans l'élaboration de politiques relatives à la prévention du VIH • Reconnaissance au niveau national des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Département/ province	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à l'élaboration des politiques et programmes au niveau local/départemental/provincial 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion des mouvements de HSH dans les politiques et programmes provinciaux/départementaux
District/comté	<ul style="list-style-type: none"> • Former les prestataires de soins, la police et les agences de services sociaux aux droits et aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Impliquer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la planification, la mise en œuvre et la prestation de services sanitaires, juridiques et sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prestataires de soins, d'agents de police et d'agents des services sociaux formés aux droits et aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Degré d'implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la conception, la mise en œuvre et la prestation de services de nature sanitaire, juridique et sociale, entre autres • Changement d'attitude et de pratiques des prestataires de soins, des agents de police et des agents des services sociaux vis-à-vis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Évolution du degré de discrimination perçu par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de la part des prestataires de soins, des agents de police et des agents des services sociaux
Municipalité/ quartier/ commune	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser plus largement la communauté aux droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Établir des relations avec des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et avec d'autres groupes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à la vie publique (fonction publique) • Degré d'acceptation sociale des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par les membres de la société en général • Nombre d'organisations externes rapportant un partenariat avec des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

<p>Travailleur de terrain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des espaces communautaires sécurisés (physiques et virtuels) • Identifier des priorités, besoins et objectifs communs • Établir et maintenir des organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Organiser des réunions, des manifestations et des rassemblements pour les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans le respect de la loi applicable • Former des conseillers juridiques à consigner et combattre les violations des droits de l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'espaces sécurisés créés • Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes signalant une baisse de leur auto-stigmatisation • Degré de cohésion sociale au sein des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Nombre d'organisations/de groupes créés ayant à leur tête des HSH • Nombre de réunions, de manifestations ou de rassemblements organisés afin de promouvoir les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes signalant leur participation à une organisation/un groupe d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes formés à devenir conseiller juridiques • Consignation des violations des droits de l'homme
--------------------------------------	---	---

Bien que l'on considère de plus en plus l'autonomisation, la mobilisation communautaire et le développement de mouvements comme des composantes essentielles de la lutte contre le VIH au niveau régional, national et mondial, peu d'études ont toutefois examiné la contribution de ces composantes à l'amélioration des conditions de vie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui inclut la progression de la lutte contre le VIH. Une étude menée en 2013 dans l'État indien d'Andhra Pradesh a évalué la mobilisation communautaire à l'aide d'indices mesurant l'efficacité, la gestion et l'action collectives. Cette étude a également mesuré la participation à des événements publics d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'exposant ainsi au risque d'être identifiés comme homosexuels. Elle a révélé l'existence de relations positives fortes entre la mobilisation communautaire d'une part et, de l'autre, l'utilisation systématique du préservatif et le recours à des établissements gouvernementaux de santé par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes exposés à un risque élevé d'infection par le VIH.⁴ Inspiré par cette étude, le Tableau 1.4 présente certains domaines supplémentaires à envisager lors de soutien et du suivi du processus d'autonomisation communautaire.

4 Saggurthi N, Mishra RM, Proddutoor L, Tucker S, Kovvali D, Parimi P, et al. *Community collectivization and its association with consistent condom use and STI treatment-seeking behavior among female sex workers and high-risk men who have sex with men/transgenders in Andhra Pradesh, India.* *AIDS Care.* 2013 ; 25(1):55–66.

Tableau 1.4 Domaines d'autonomisation et de mobilisation et indicateurs associés

Domaine	Définition	Indicateur (les éléments, une fois interrogés ensemble, produisent une échelle)
Efficacité collective	Croyance d'une communauté en sa capacité à œuvrer collectivement en vue de générer un changement positif	Quel degré de confiance accordez-vous à votre communauté pour collaborer en vue de : se protéger les uns les autres ; diffuser l'utilisation du préservatif ; faire entendre sa voix pour défendre ses droits ; améliorer la qualité de vie de ses membres ?
Gestion collective	Le choix, le contrôle et le pouvoir dont disposent les communautés pour agir dans leur propre intérêt, revendiquer leurs droits et demander des comptes aux autres en la matière	Au cours des XX derniers mois, à quelle fréquence avez-vous négocié avec ou vous êtes-vous opposé à : la police ; vos voisins ; des membres de votre famille ; vos amis ; vos collègues de travail ; votre employeur dans le but d'aider d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?
Action collective	Activités stratégiques organisées par des membres mobilisés de la communauté afin de renforcer la visibilité de cette dernière au sein de la société et de présenter ou de donner corps à son programme de changement (par ex. via des rassemblements, manifestations ou réunions avec certains acteurs).	Votre groupe ou organisation s'est-il/elle rassemblé(e) pour exiger : un accès équitable aux services de lutte contre le VIH ; une introduction de la PrPE ; une baisse des prix des médicaments contre le VIH ; la décriminalisation des comportements ou rapports homosexuels ; une protection juridique contre la violence ; des services plus adaptés aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; un meilleur financement des services conduits par les communautés ; l'inclusion de la communauté dans les processus nationaux de planification relatifs au SIDA.
Participation à des événements publics	Participation à des événements publics.	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez vous participé à : un rassemblement public ; une manifestation ; une réunion avec des décideurs politiques ; une consultation ; une marche ou une parade ; un salon consacré à la santé, au risque de révéler le fait que vous êtes un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

1.4 Ressources et lectures complémentaires

1. *Les Principes de Jogjakarta*. 2007.
http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf
2. *HIV and the law : risques, droits et santé*. New York (NY) : Commission mondiale sur le VIH et la loi ; 2012.
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Commissions%20report%20final-FR.pdf>
3. *Community Systems Strengthening Framework*: édition révisée, février 2014. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2014.
<http://www.harm-reduction.org/library/community-systems-strengthening-framework-revised-edition-global-fund-2014>
4. Byrer C, Wirtz AL, Walker D, Johns B, Sifakis F, Baral SD. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington (DC) : Banque Mondiale ; 2011.
<http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-8726-9>
5. « *HIV in men who have sex with men*. » Lancet ; 2012.
<http://www.thelancet.com/series/hiv-in-men-who-have-sex-with-men>
6. *Community systems strengthening and key populations : a policy discussion paper*. Oakland (CA) : The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF).
http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Publications/CSS_and_Key_Populations_3oct2013.pdf
7. Langen B, Banks W, Bruinsma J, Cruz Diez Beltrán J, Dütting G, Kraan K, et al. *Creating space : common issues, lessons learnt and ways forward for people involved in the development of LGBTI organisations*. Amsterdam/Pretoria ; 2012.
<http://www.msmsgf.org/files/msmsgf//Advocacy/CreatingSpace.pdf>
8. *Combination prevention of HIV : a technical guide to working with key affected populations*. Pathfinder International. Watertown (MA) : Pathfinder International ; 2014.
<http://www.pathfinder.org/publications-tools/combination-prevention-of-hiv.html>
9. *Key populations action plan 2014-2017*. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2014.
http://www.theglobalfund.org/en/publications/2014-07-25_Key_Populations_Action_Plan_2014-2017/
10. *Lignes directrices unifiées sur la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins pour les populations clés*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
11. Bureau régional de l'OMS pour la région Pacifique ouest. *Social mobilization for health promotion*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003.
http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610654/en/
12. Rodriguez-Garcia R, Bonnel R, Wilson D, N'Jie N. *Investing in communities achieves results : findings from an evaluation of community responses to HIV and AIDS*, volume 1. Washington (DC) : Banque Mondiale ; 2012
http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2012/12/10/000386194_20121210062631/Rendered/PDF/NonAsciiFileName0.pdf
13. Oakley P. *Community involvement in health development : an examination of the critical issues*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1989.
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/39856>
14. Groupe d'étude de l'OMS. *Community involvement in health development : challenging health services*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1991. (WHO Technical Report Series, No. 809).
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/40624>
15. *Community involvement in rolling back malaria*. Genève : Roll Back Malaria, Organisation mondiale de la Santé ; 2002.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_RBM_2002.42.pdf
16. *Social determinants of health*. Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011.
http://www.who.int/social_determinants/en/

Autres publications

1. Altman DG. *Sustaining interventions in community systems: on the relationship between researchers and communities*. Health Psychol. 1995; 14(6):526–536,1995.
2. Beeker C, Guenther-Grey C, Raj A. *Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS*. Soc Sci Med. 1998; 46(7):831–842.
3. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin, S, Mantell JE. *Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research*. J Urban Health. 2006; 83(1):59–72.
4. Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. *Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes*. Soc Sci Med. 2010; 71(6):1102–1109.
5. Freudenberg N, Eng E, Flay B, Parcel G, Rogers T, Wallerstein N. *Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: in search of relevant theories and principles*. Health Educ Q. 1995; 22(3):290–306.
6. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig SK. *Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania*. Glob Health Action 2013; 6:22669.
7. Lippman SA, Maman S, MacPhail C, Twine R, Peacock D, Kahn K, et al. *Conceptualizing community mobilization for HIV prevention: implications for HIV prevention programming in the African context*. PLoS One. 2014; 8(10):e78208. doi: 10.1371/journal.pone.0078208.
8. Rifkin SB. *Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience*. Int Health. 2009; 1(1):31–36. doi: 10.1016/j.inhe.2009.02.001.
9. Rifkin, SB. *Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes*. Acta Trop. 1996; 61(2):79–92.
10. Rodriguez-Garcia R, Wilson D, York N, Low C, N’Jie N, Bonnel R. *Evaluation of the community response to HIV and AIDS: learning from a portfolio approach*. AIDS Care. 2013; 25(Suppl 1): S7–19. doi: 10.1080/09540121.2013.764395.
11. Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen MA, Saan H and Leeuwis C. *Community health promotion: a framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health*. Eval Program Plann 2010; 33(4):428–435. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.12.008.
12. Wilson MG, Lavis JN, Guta A. *Community-based organizations in the health sector: a scoping review*. Health Res Policy Syst. 2012; 10:36. doi: 10.1186/1478-4505-10-36.



2

Lutte
contre la violence

Contenu

2.1 Introduction	33
2.1.1 Contextes de violence	36
2.1.2 Valeurs et principes de lutte contre la violence	38
2.2 Interventions et stratégies prometteuses	39
2.2.1 Renforcement des capacités et de l'auto-efficacité	40
2.2.2 Œuvrer pour des réformes juridiques et politiques	41
2.2.3 Favoriser la responsabilité des forces policières	43
2.2.4 Promouvoir la sûreté et la sécurité	45
2.2.5 Fournir des services de santé	46
2.2.6 Fournir des services de soutien psychosocial, juridique et autres	47
2.3 Gestion, suivi et évaluation	50
2.4 Ressources et lectures complémentaires	53

Que contient ce Chapitre ?

- les **différents types de violence** auxquels sont exposés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la mesure dans laquelle la violence exacerbe la vulnérabilité au VIH (Section 2.1);
- les **lieux et contextes** dans lesquels s'exerce la violence ainsi que les conditions sociales et juridiques qui rendent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vulnérables à la violence et à d'autres violations des droits de l'homme (Section 2.1.1);
- les **valeurs et principes fondamentaux** sur lesquels repose l'efficacité des programmes de lutte contre la violence subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Section 2.1.2)
- les **interventions et stratégies prometteuses** dans la lutte contre la violence, et notamment la façon de mettre en œuvre ces stratégies (Section 2.2);
- les approches **de suivi et d'évaluation** des interventions (Section 2.3).

Ce Chapitre propose également une liste de ressources et lectures complémentaires (Section 2.4).

2.1 Introduction

Lignes directrices unifiées pour les populations clés, 2014¹

Les pays doivent œuvrer pour l'application de lois de protection et de lutte contre la discrimination inspirées des normes établies par les droits de l'homme afin de mettre un terme à la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations clés. (p. 96)

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent confrontés à un niveau élevé de violence, de stigmatisation, de discrimination et d'autres violations des droits de l'homme. Des recherches indiquent que la violence et les traumatismes subis entraînent un risque accru d'infection par le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), qui s'explique par une exposition physiologique au VIH pendant l'évènement violent ou traumatique (par ex. via une plaie ouverte, un déchirement des muqueuses ou une transmission de fluides corporels porteurs du VIH). Le poids psychologique de la violence ou du traumatisme (qui peut se manifester sous la forme d'une dépression, d'une perte d'estime de soi, d'une peur de menaces supplémentaires, d'une peur de l'isolement, d'un déni des risques) peut de surcroît affaiblir la capacité à se protéger systématiquement de la transmission du VIH. Une exposition répétée à des rapports sexuels non protégés au sein d'une relation violente augmente également le risque de transmission du VIH, dans la mesure où les agressions physiques et psychologiques subies dans le cadre de telles relations contribuent souvent à neutraliser la capacité à négocier des rapports sexuels protégés.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se trouver confrontés à des violences découlant de la stigmatisation associée aux comportements homosexuels ; ce type de stigmatisation est particulièrement prononcé dans les nombreux pays où ces comportements sont criminalisés. La violence peut être une manifestation de l'homophobie, qui est une aversion, une peur irrationnelle, un préjugé ou une discrimination à l'encontre des personnes homosexuelles ou supposées homosexuelles, ou encore à l'égard des cultures ou comportements homosexuels. Lorsque la stigmatisation et la discrimination à l'égard des homosexuels se manifestent en milieu scolaire, elles sont alors sources de graves traumatismes bien avant l'âge adulte.

Une grande partie des violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'explique par le fait que l'on considère souvent comme incapables de se conformer aux attentes liées au genre. On peut donc considérer que ce type de violence s'inscrit dans une palette de violences liées au genre. Pour les défenseurs internationaux des droits de l'homme, les violences liées au genre recouvrent les violences sexuelles, physiques, émotionnelles et psychologiques, mais aussi les violences structurelles, c'est à dire les politiques et pratiques sociales discriminatoires ayant un impact négatif sur la santé et le bien-être. Si la stigmatisation et la discrimination sont sources de violence, elles peuvent, sous leur forme la plus agressive, constituer en soi une forme de violence (voir Encadré 2.1 pour une liste détaillée des formes de violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). La discrimination fondée sur la race, la classe, le statut sérologique, la consommation de drogues ou d'autres facteurs peut aussi donner lieu à des violences.

Les violences et traumatismes subis peuvent entraver à différents niveaux la façon dont les hommes séropositifs gèrent leur santé et réduire leur capacité à limiter la transmission ultérieure du VIH. D'un point de vue physiologique, des recherches menées sur d'autres populations indiquent que les

¹ Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : OMS ; 2014.

individus séropositifs ayant subi des traumatismes majeurs sont susceptibles d'afficher un déclin plus rapide du taux de CD4, qui entraîne à son tour un affaiblissement du système immunitaire. En outre, les personnes séropositives ayant subi des violences et présentant des symptômes comparables à des troubles post-traumatiques déclarent plus souvent prendre leurs médicaments antirétroviraux en retard, oublier de les prendre ou manquer des rendez-vous médicaux. Ces observations sont également corrélées à de mauvais résultats en matière de santé. Les individus ayant subi plusieurs traumatismes peuvent en outre développer une tendance à l'anxiété susceptible d'entraver encore davantage leur capacité à veiller sur leur propre santé.

La peur d'être pris pour cible et la violence (qu'elle soit réelle ou se manifeste par des menaces) peuvent d'une part dissuader les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de se procurer des informations ou d'avoir recours des à services liés au VIH. Elles peuvent d'autre part empêcher les hôpitaux et les organisations conduites par la communauté de leur fournir des services et des informations. De nombreux services de santé conçus pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont en effet proposés par des organisations composées et conduites par des HSH locaux ; or, les personnes proposant ces services et celles revendiquant sur le terrain des financements et des réformes politiques en faveur de ces services figurent parmi les membres les plus visibles de cette communauté et se trouvent donc particulièrement exposées aux violences. Les Nations Unies ont observé que les actes de violence fondés sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont particulièrement cruels et brutaux. Les gouvernements doivent jouer un rôle central dans la lutte contre ces violences et assurer la sécurité de tous, y compris des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Malgré l'abondance de témoignages de violences perpétrées à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des prestataires de services, ces violences sont rarement enregistrées de façon systématique ; lorsqu'elles le sont, c'est souvent à l'initiative d'organisations communautaires dépourvues de fonds prévus à cet effet et d'accès aux bases de données contenant les rapports de police.

Les programmes de prévention et de traitement du VIH doivent mettre en œuvre des stratégies visant à protéger les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à consigner et à combattre les violences subies et à protéger leurs droits fondamentaux. La lutte contre la violence peut faciliter l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux informations et aux services et les aider à décider eux-mêmes de leur santé et de leur bien-être à long terme. La mise en place de coalitions d'alliés potentiels travaillant dans les domaines de la santé, des droits de l'homme et de l'autonomisation peut contribuer à réduire les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir également Chapitre 1, Section 1.2.8 et Chapitre 6, Section 6.5.7).

Ce Chapitre formule des conseils pratiques sur la façon dont les programmes peuvent mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la violence.

Encadré 2.1

Formes de violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Violence physique: Être soumis à l'usage de la force physique, susceptible d'entraîner la mort, de causer des blessures ou de porter préjudice. Elle recouvre notamment les comportements suivants : lancer un objet sur quelqu'un, gifler, pousser, écraser, traîner, battre, étouffer, brûler intentionnellement, menacer d'une arme ou en faire usage (par ex. une arme à feu, un couteau, etc.). Les comportements suivants peuvent eux aussi entrer dans la définition de la violence physique : mordre, secouer, donner un coup, tirer les cheveux, maîtriser quelqu'un physiquement.

Violence sexuelle: viol (par ex. tentative de pénétration ou pénétration orale ou anale non consentie au moyen du pénis, d'une autre partie du corps ou d'un objet), viol collectif (perpétré par plus d'une personne), harcèlement sexuel (attention sexuelle non sollicitée, avances ou demande de faveurs sexuelles), usage de la force ou de l'intimidation psychologique pour parvenir à des rapports sexuels, soumettre quelqu'un à des actes sexuels non consentis (par ex. attouchements non désirés, rapports sexuels forcés ou contraints sous l'emprise de l'alcool, de la drogue, de médicaments, dans un état d'inconscience ou dans l'incapacité de donner son consentement), usage de la force ou de l'intimidation pour parvenir à des rapports sexuels jugés dégradants ou humiliants. Les violences sexuelles peuvent également prendre la forme de « viols de correction », perpétrés par un ou plusieurs hommes dans le but de punir la victime et de la « soigner » de son homosexualité.

Violence émotionnelle ou psychologique: insultes (par ex. noms méprisants), paroles visant à blesser ou à susciter un mal être, humiliation ou dénigrement en présence d'autres personnes, menaces de perdre la garde d'un enfant, rejet ou isolement par la famille ou les amis, intimidation ou menaces visant une personne ou ses proches, hurlements répétés, incitation à la peur par des paroles ou gestes intimidants, contrôle du comportement d'autrui, destruction de biens.

Violence socioéconomique: se voir refuser partiellement ou intégralement un salaire, un paiement ou le remboursement d'une dette, perdre son emploi de façon injuste, se faire extorquer de l'argent, bénéficier d'un accès restreint à des services ou des avantages sociaux, être privé de logement (se voir refuser des opportunités de logement, en être exclu ou être expulsé), être exclu de droits de propriété ou d'un héritage, être exclu d'un enseignement permettant d'améliorer sa stabilité socioéconomique, recevoir des amendes ou des sanctions pénales injustes.

Violence structurelle: politiques refusant de reconnaître les besoins en matière de santé sexuelle (par ex. absence de formation à la réduction des risques sexuels auxquels sont exposés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), lois criminalisant les relations sexuelles, lois exigeant le signalement d'une personne par sa famille, ses amis ou ses connaissances, dans le but de l'incarcérer ou de la sanctionner.

D'autres formes de stigmatisation ou de discrimination constituant des violations des droits de l'homme doivent être examinées en conjonction avec les violences commises à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- se voir refuser de la nourriture ou d'autres biens de première nécessité ;
- être harcelé par ses propriétaires ou ses voisins ou être expulsé de son domicile ;
- se voir refuser un emploi ou faire l'objet de discrimination au travail ;
- être arrêté arbitrairement, faire l'objet de fouilles corporelles poussées, être incarcéré dans un poste de police, un centre de détention ou de réhabilitation sans procédure équitable ;
- être arrêté ou menacé d'arrestation pour avoir transporté des préservatifs ;
- se voir refuser des services de santé ;
- faire l'objet de procédures de santé coercitives, comme un dépistage forcé des IST ou du VIH ;
- faire l'objet d'un traitement public humiliant ou dégradant (par ex. être déshabillé, enchaîné, enfermé, se faire cracher dessus) ;
- être forcé ou contraint à participer à une thérapie ou à un traitement « réparateur » contre l'homosexualité ;
- être forcé à adhérer à une doctrine religieuse pour obtenir des services ;
- être expulsé d'une école en raison de son homosexualité, qu'elle soit réelle ou supposée.

2.1.1 Contextes de violence

Nombreux sont les contextes, dynamiques et facteurs qui exposent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au risque de subir des violences. Il importe également d'opérer une distinction entre les différents types d'agresseurs ; il est en effet essentiel de comprendre les différents contextes et personnes d'où émane la violence pour pouvoir concevoir des programmes capables de protéger les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de défendre leurs intérêts.

Les lois et les politiques, notamment celles qui criminalisent les rapports homosexuels, peuvent quant à elles exacerber la vulnérabilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les lois sanctionnant la « promotion de l'homosexualité auprès des mineurs » peuvent en outre être interprétées de façon à rendre illégal tout type d'enseignement lié à l'homosexualité ou aux comportements homosexuels. Les recherches indiquent que la promulgation de telles lois renforcent les violences à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans la mesure où ces lois affectent l'enseignement et la tolérance de la diversité sexuelle et promeuvent au contraire l'homophobie. Les violences commises à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne sont pas toujours définies ni perçues comme étant de nature criminelle ; en effet, certaines législations ne considèrent pas les attaques contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes comme des infractions graves (dans certaines juridictions, la loi considère que seule la femme est une victime potentielle d'agressions sexuelles ou de viols). La police peut également refuser d'empêcher (voire encourager) les agressions contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment dans les pays où les relations sexuelles entre hommes sont illégales. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes renoncent souvent à signaler des incidents violents auprès des autorités, par peur de représailles policières ou d'une couverture médiatique malveillante. En suscitant la peur d'être poursuivi en justice, les lois criminalisant l'exposition au VIH peuvent dissuader les HSH de chercher de l'aide en cas de violence sexuelle. Même dans les pays où les rapports sexuels entre hommes ne sont pas explicitement criminalisés, la police peut invoquer le droit administratif, le droit religieux ou un décret pour arrêter ou fouiller des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, augmentant ainsi le risque de subir des violences.

Les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être perpétrées par différents types d'agresseurs :

- **Violences commises par les représentants de l'État** : La plupart des violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont le fait de la police, mais aussi de l'armée, des gardes frontières et des gardiens de prison. La criminalisation des comportements homosexuels ou l'existence de lois punitives peuvent servir à dissimuler des cas de violences. Les violences commises par des représentants de l'État limitent l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à la protection offerte par la justice et la police ; elles véhiculent en outre le message selon lequel ce type de violences est non seulement acceptable, mais même socialement adéquat.
- **Violences (tous agresseurs)** : Les recherches indiquent que la stigmatisation des comportements homosexuels pousse certaines personnes à « punir » les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour avoir dévié des normes sociétales de masculinité et d'hétérosexualité ou parfois pour tenter de dissimuler leurs propres incertitudes en matière de sexualité ou de genre.
- **Violence en milieu institutionnel** : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent subir des violences de la part d'individus occupant des positions de pouvoir, par ex. des employeurs, des prestataires de services de santé, des banquiers ou des propriétaires. Les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes subissent de nombreuses violences, qui prennent notamment la forme de plaisanteries, de remarques hostiles et d'intimidation en milieu scolaire. Si ces violences sont habituellement commises par d'autres élèves, elles peuvent dans

certains cas être le fait d'enseignants ou d'autres employés. Les écoles peuvent figurer parmi les espaces sociaux où l'homophobie est la plus marquée. Des études menées dans différents pays montrent que les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont plus susceptibles d'être victimes d'intimidations homophobes à l'école que chez eux ou dans la communauté en général. C'est néanmoins à l'école et grâce à l'éducation que les jeunes peuvent être sensibilisés à la lutte contre la violence et l'intimidation (voir Encadré 2.2).

- **Violences commises par les partenaires sexuels et la famille** : Une littérature scientifique croissante étaye la forte prévalence des violences commises par les partenaires sexuels des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces derniers peuvent également être exposés à des violences commises par leur propre famille, en particulier lorsqu'ils cachent le fait qu'ils ont des relations sexuelles ou émotionnelles avec d'autres hommes.
- **Violence organisée non étatique** : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent subir des violences de la part de groupes pratiquant l'extorsion, de milices ou d'extrémistes religieux.

Encadré 2.2

Lutter contre les violences homophobes en milieu éducatif

La lutte contre les violences homophobes requiert la mise en œuvre simultanée de mesures de prévention et de riposte. De nombreux pays ont mis en place des mesures de lutte contre les violences en milieu scolaire ; ces mesures peuvent être adaptées à la lutte contre les violences homophobes. Pour lutter efficacement contre les violences homophobes, les faits et l'expérience indiquent que le secteur de l'enseignement doit intervenir dans les domaines suivants :

1. **Politique** : Dans les pays où il n'existe pas de politiques de lutte contre les violences homophobes et la discrimination à l'encontre des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuels ou des transgenres (LGBT) au niveau du secteur de l'enseignement ou des écoles, il peut être utile de mettre en place des politiques de lutte contre l'intimidation et la violence dans l'ensemble des écoles pour prévenir et réduire les violences homophobes.
2. **Programme d'études et ressources d'apprentissage** : En fonction du contexte local et de ce qui est envisageable dans chaque pays, il est possible d'aborder les problèmes liés à la diversité sexuelle et aux violences homophobes dans le cadre de cours pratiques d'éducation sexuelle ; de cours sur la santé sexuelle et la reproduction ; et de cours d'éducation civique, citoyenne ou consacrés aux droits de l'homme. Il est également possible d'aborder ces problèmes à travers plusieurs matières.
3. **Formation et soutien du personnel** : Certains fonctionnaires du secteur de l'enseignement font passer, consciemment ou inconsciemment, des messages négatifs légitimant les violences homophobes ; s'ils bénéficiaient d'une formation et un soutien solides, ils pourraient en revanche contribuer à résoudre ce problème. Ce type de formation pourrait aborder leur rôle de mentor et leur responsabilité de garantir un environnement sûr et sain pour tous les élèves et de promouvoir la diversité et l'inclusion sociale.
4. **Soutien de tous les apprenants** : Un soutien adapté doit être fourni à tous les apprenants, notamment aux victimes de violences homophobes, aux témoins de violence et aux agresseurs. Ce soutien peut se présenter sous différentes formes : soutien psychologique aux victimes de violences et protection contre les représailles ; conseil, apprentissage coopératif et développement des compétences sociales pour les agresseurs. Les témoins doivent être encouragés à offrir leur aide et à ne pas causer de tort ; il faut leur permettre d'intervenir et de signaler ces actes, tout en les protégeant d'éventuelles représailles.
5. **Partenariats et coalitions** : La constitution de coalitions peut constituer un outil précieux dans la lutte contre l'intimidation homophobe. Ces coalitions peuvent inclure les parents, les associations de parents et enseignants, les syndicats d'enseignants ou d'autres professionnels, les syndicats d'étudiants, les organisations de jeunesse, les organisations LGBT et les médias.

Adapté de : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). *Education sector responses to homophobic bullying. Good policy and practice in HIV and health education*. Booklet 8. Paris : UNESCO ; 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216493e.pdf>

2.1.2 Valeurs et principes de lutte contre la violence

Pour être efficaces, les programmes de prévention du VIH et de soutien à la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent aussi lutter contre la violence, la stigmatisation et la discrimination. C'est sur les principes suivants que doivent reposer tous les programmes; il est possible de mettre l'accent sur l'un ou l'autre de ces principes ou sur les deux, en fonction du contexte dans lequel on s'inscrit (local ou national) et de la cause pour laquelle on plaide (création de programmes ou obtention de financements auprès des décideurs politiques).

La lutte contre les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constitue un impératif de santé publique. Les violences fondées sur l'orientation sexuelle sont systémiques et leur impact sur la santé est à la fois direct (elles causent des lésions corporelles graves) et indirect (elles entravent la prestation et l'accessibilité de services de santé vitaux). Elles doivent donc être considérées comme un problème de santé publique affectant un pan entier de la population. Il est possible de recourir aux principes et modèles de santé publique pour comprendre les violences perpétrées contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leurs nombreuses causes et conséquences, et ainsi mobiliser les fonds de santé publique suffisants. (voir Section 2.4 pour de plus amples informations sur la relation existant entre la violence et l'augmentation du risque d'infection par le VIH et sur la nécessité de réduire les violences à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes perpétrées dans les établissements de santé publique.)

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont le droit au respect de l'intégralité de leurs droits fondamentaux. Les Principes de Yogyakarta ont souligné la pertinence des lois internationales fondées sur les droits de l'homme quant à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre (voir Chapitre 1, Section 1.2.5). Ces principes fournissent en effet un point de vue utile sur les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et formulent des recommandations sur le respect de leurs droits.

Les programmes ne doivent en aucun cas être sources de stigmatisation, de tort ou de discrimination. En d'autres termes, ils doivent :

- **Rejeter les interventions exigeant ou promouvant les thérapies ou traitements réparateurs contre l'homosexualité.** Certains programmes de lutte contre les violences infligées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont en effet fondés sur la croyance que l'exposition à la violence diminuerait si leurs bénéficiaires mettaient un terme à leurs comportements homosexuels. Toutes les associations professionnelles et sérieuses de médecine et de santé mentale ont néanmoins démontré l'inefficacité de ces programmes, qui exposent en outre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à des traumatismes émotionnels et psychologiques supplémentaires (voir Section 4.4 pour consulter des déclarations d'organismes de santé sur les traitements réparateurs.)
- **Respecter le droit des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à décider d'eux-mêmes de leur vie, de leur santé et de leur sexualité.** Ce principe implique par exemple la possibilité pour un homme d'obtenir de l'aide pour obtenir réparation après avoir subi des violences, de choisir de ne pas signaler ces violences ou de ne pas demander réparation. Les recherches indiquent par ailleurs que de nombreuses raisons expliquent qu'un individu poursuive une relation violente ou abusive; le fait de mettre un terme à une telle relation peut par exemple être perçu comme n'étant pas envisageable. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent avoir le droit de décider par eux-mêmes et de façon avisée de leurs relations; il convient de leur apporter les ressources et le soutien nécessaire pour leur permettre de connaître les choix qui s'offrent à eux.

D'autres principes relatifs aux programmes sont exposés dans l'Encadré 2.3.

Encadré 2.3

Principes relatifs aux programmes

- **Understand local patterns of violence** against men who have sex with men and the relationship of La conception des programmes doit se fonder sur la **compréhension des types de comportements violents au niveau local** s'exerçant à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur la compréhension de la relation existant entre la violence et le VIH (voir Section 2.2.1).
- **Adopter des méthodes participatives.** Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être invités à prendre part aux processus visant à identifier leurs problèmes, à analyser leurs causes, à déterminer les priorités et à mettre au point des solutions. Ces méthodes renforcent la pertinence des programmes, permettent d'acquérir des compétences pratiques ou applicables aux relations intimes et contribuent à garantir le succès des programmes à long terme.
- **Adopter une approche intégrée dans la conception des interventions.** Lorsque les programmes conduits par les communautés fournissent des informations, adoptent une approche large et holistique de la santé (comprenant des services de santé mentale) et travaillent en collaboration avec le secteur judiciaire², ils sont plus à même de lutter efficacement contre les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et contre le risque d'infection par le VIH. Ils doivent également inclure des garanties sociales contre l'intimidation et le harcèlement et fournir un accès égal aux ressources éducatives. Si ces interventions bénéficient à tous, elles permettent avant tout de soutenir les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour concevoir de tels programmes, il est nécessaire d'établir des partenariats avec un large éventail de groupes et d'institutions.
- **Renforcer les capacités du personnel du programme** afin de comprendre les relations existant entre la violence et le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes puis de prendre des mesures adéquates. Le personnel doit être capables de répondre avec tact aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sont victimes de violences, sans les stigmatiser ni les accuser davantage (voir également Chapitre 4, Section 4.3.3., Partie D).
- **Reconnaître que les programmes peuvent avoir des effets négatifs imprévus** à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme des repréailles ou des réactions violentes. Se préparer à cette éventualité et superviser les programmes pour détecter d'éventuelles conséquences inattendues.
- **Évaluer les programmes** afin d'identifier les stratégies de réduction des facteurs de risques et les niveaux de violence subis par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce processus permettra de recueillir des données et de s'assurer que les ressources sont allouées aux stratégies les plus bénéfiques. Inclure des objectifs mesurables exprimant clairement les résultats afin de réduire la violence subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

2.2 Interventions et stratégies prometteuses

Cette section identifie plusieurs stratégies de prévention et de réponse aux violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Un grand nombre d'entre elles découle de bonnes pratiques élaborées par des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et doivent servir d'exemple à la conception d'autres programmes. Les domaines stratégiques énumérés ci-dessous doivent faire l'objet d'une mise en œuvre simultanée. Elles sont complémentaires ; leur association peut donc grandement contribuer à la lutte contre les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

² Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » renvoie à des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ces hommes peuvent appartenir. La « sensibilisation de la communauté » désigne donc la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Voir le Glossaire pour de plus amples informations.

S'il est vrai que l'initiative et la conduite d'un grand nombre de ces stratégies revient à des groupes et des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la responsabilité de leur mise en œuvre incombe autant aux groupes communautaires qu'aux acteurs gouvernementaux, comme les ministères de la Santé et les autorités policières.

Dans de nombreux cas, il convient de noter qu'aucune évaluation formelle n'a été conduite afin d'évaluer l'impact de ces stratégies sur la réduction des facteurs de risque ou sur la réduction des niveaux de violence subis par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le suivi et l'évaluation joueront donc un rôle central dans la production de preuves tangibles de la réduction de la violence et d'arguments en faveur de l'expansion des programmes.

2.2.1 Renforcement des capacités et de l'auto-efficacité

Plusieurs types d'activités aident les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à mieux connaître leurs droits et à les revendiquer. Ce processus renforce également la capacité d'action et l'auto-efficacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (c.-à-d. leur confiance en leur capacité à agir), ce qui leur permet de lutter contre des contextes de violence.

Consigner les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et défendre leurs droits fondamentaux

La consignation des violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constitue un processus essentiel au renforcement de leurs capacités en matière de droits. Les connaissances produites peuvent servir à développer des stratégies visant à offrir des réponses communautaires adéquates. Les données relatives aux violences auxquelles se trouvent confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent servir à sensibiliser la police, les autorités locales, les médias et les décideurs politiques nationaux et internationaux à la gravité du problème et à la nécessité de réviser les lois et les politiques encourageant ou tolérant les violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il convient toutefois de s'assurer que la collecte des données ou l'inventaire des incidents violents n'entraîne pas une stigmatisation et un danger accru pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les activités de consignation peuvent consister à :

- récolter des données ou des informations sur les différentes formes de violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- enregistrer des abus et incidents violents subis par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- faciliter leur accès à la justice et à une réparation par le biais de services juridiques ;
- Inventorier les efforts novateurs et efficaces ayant permis de réduire la violence envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Voir Chapitre 5, Section 5.4 pour de plus amples détails sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans l'archivage des violences.

Encadré 2.4

Exemple de cas: Consignation des violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis et en Australie

Dans certains cas, les violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été systématiquement consignées dans le but de mettre en place des ressources destinées à renforcer leur sécurité. Aux États-Unis par exemple, le *Antiviolenace Project* (www.avp.org) a tiré profit de son savoir-faire dans le conseil aux victimes de violences et de traumatismes afin de créer et diffuser des ressources destinées aux personnes LGBT (parmi lesquels figurent des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifiant pas à cette communauté). L'objectif était de les aider à mieux comprendre ce qu'elles avaient subi et à identifier les recours judiciaires et les mesures de guérison disponibles. De même, en Australie, ACON et *Laurel House* ont mis en place des systèmes de signalement par téléphone et par Internet ainsi qu'une assistance juridique et psychologique destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences³.

Sensibiliser aux droits de l'homme et aux recours juridiques

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être sensibilisés à leurs droits et aux lois qui les protègent à travers des formations relatives à leurs droits fondamentaux et aux recours judiciaires qui s'offrent à eux. Ces formations peuvent aussi les encourager à signaler des violences et à les combattre. La sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peut inclure des ateliers de formation et de défense de leurs droits, la production et la diffusion de documents écrits et visuels traitant de la violence et de leurs droits fondamentaux, des réunions communautaires et un service de conseil proposé sur place par des intervenants en sensibilisation communautaire. Les thèmes abordés dans ces ateliers, réunions ou documents recouvrent notamment :

- les sources et les raisons des violences auxquelles sont confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les lois affectant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (par ex. les règlements municipaux, les lois portant sur les comportements homosexuels ou la consommation de drogue) ;
- les droits des personnes arrêtées, inculpées ou incarcérées par la police, ainsi que les procédures policières correctes ;
- les services juridiques disponibles ;
- la marche à suivre pour déposer plainte et demander réparation.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentent un niveau d'alphabétisation et des besoins d'apprentissage aussi divers que ceux de toute autre population, c'est pourquoi les contenus et les programmes doivent être conçus pour être intéressants et accessibles à des néophytes en matière de droit et de réglementation.

La sensibilisation et l'organisation d'interventions peut notamment consister à :

1. Mettre en place un processus (par ex. une réunion ou une série d'ateliers) au cours duquel les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent réfléchir de façon critique à différents problèmes (dont la violence) et à leurs causes ;
2. Développer la solidarité entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour les pousser à plaider ensemble en faveur d'un changement de comportement des institutions et des groupes puissants refusant de respecter leurs droits et perpétrant des violence et d'autres abus. Cette solidarité peut notamment porter sur l'obtention de réparations en cas de violation des droits et viser, avec l'autonomisation communautaire, à institutionnaliser au moins une méthode ou un lieu consacré à la consignation des violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;

³ <http://www.acon.org.au/lgbti-health/safety/> and http://laurelhouse.org.au/?page_id=22

3. Former des alliances avec d'autres groupes de la société civile et, le cas échéant, d'autres secteurs de la société susceptibles de contribuer à un changement sur le long terme (par ex. des campagnes d'intérêt général, des syndicats, des institutions religieuses et des structures traditionnelles comme les assemblées de village).

2.2.2 Œuvrer pour des réformes juridiques et politiques

Plaider pour des réformes juridiques et politiques peut contribuer à prévenir ou à réduire les violences (notamment la stigmatisation et la discrimination) commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- En modifiant les pratiques des autorités policières harcelant ou maltraitant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les privant de leurs droits fondamentaux, en appliquant par exemple contre eux des lois interdisant les troubles à l'ordre public ou le vagabondage ;
- selon les cas, en abrogeant, en réformant ou en s'opposant aux lois et politiques criminalisant l'homosexualité ou les rapports homosexuels, ainsi que les lois utilisées pour harceler, maltraiter ou priver de leurs droits les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Encadré 2.5). La sensibilisation des décideurs politiques aux souffrances générées par ces lois et à la remise en question de leur validité se trouvent au cœur de cette stratégie ;
- en établissant la responsabilité des parties prenantes gouvernementales (comme la police) dans la bonne application des lois et des politiques garantissant le respect des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette approche inclut des stratégies d'institutionnalisation au sein des mécanismes gouvernementaux (par ex. institutions et médiateurs nationaux spécialisés dans les droits de l'homme) destinées à suivre et à signaler les violences et autres violations des droits de l'homme commises à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- en renforçant les connaissances et compétences du système judiciaire civil et pénal en matière de VIH, d'orientation sexuelle, d'expression de genre et d'identité vis-à-vis de la loi, mais aussi en matière de discrimination subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les domaines du logement, de l'éducation et de l'emploi ;
- en combattant la stigmatisation, la discrimination et la violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au moyen d'ateliers de sensibilisation à la sexualité, à l'orientation sexuelle, à l'expression de genre, à l'identité et aux droits de l'homme vis-à-vis de la loi ;
- en diffusant des documents papier et multimédia abordant les violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- en collaborant avec des journalistes et autres acteurs des médias afin de promouvoir des discours et un langage positifs sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'orientation sexuelle, l'expression de genre et l'identité ;
- en soutenant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les groupes LGBT dans leurs actions collectives visant à demander réparation pour les violences subies par les membres de leur communauté ;
- en renforçant les connaissances des gestionnaires sur les lois affectant les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au sein d'organisations offrant des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans le cadre des efforts de plaidoyer, il convient parfois de trouver un équilibre entre le ciblage du personnel de terrain de différents secteurs (par ex. police et professionnels de la santé) et le ciblage des décideurs politiques de haut niveau (par ex. administrateurs et gestionnaires). En effet, le personnel de terrain répond parfois mieux aux pressions hiérarchiques qu'aux sollicitations directes.

Encadré 2.5

Exemple de cas : Plaidoyer à base communautaire aux Philippines

Au vu de la forte hausse du taux de transmission du VIH aux Philippines parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les individus transgenres, l'intensification de la lutte menée par des groupes à base communautaires est devenue l'objectif prioritaire d'*Action Information Network* et du collectif TLF-SHARE, avec le soutien du Programme des Nations Unies pour le développement.

Fondée sur un examen des ripostes à base communautaires au VIH parmi ces groupes, cette initiative a permis de développer une gamme de services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux populations transgenres. Elle a également aidé les organisations de la société civile à collaborer efficacement avec des gouvernements locaux pour lutter contre le VIH. Ces processus ont mené à la formation de 18 groupes à base communautaire et de 200 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et individus transgenres à Metro Manila, Cebu et Davao, mais aussi à la formation de trois nouvelles organisations à base communautaire. Les participants ont été formés à la santé et aux droits sexuels, au développement organisationnel et à l'élaboration de programmes. Les bases du développement d'un réseau communautaire national ont également été jetées.

Après trois ans de fonctionnement, grâce à leur auto-organisation et à la collaboration de pairs, les groupes à base communautaire assument désormais des fonctions clés dans la lutte contre le VIH. La collectivisation et le leadership des communautés ont permis un dialogue, une coordination et une collaboration avec des représentants de gouvernements locaux en matière de VIH, de questions de genre et de droits de l'homme. Grâce à cette implication, le gouvernement local a pris conscience des besoins spécifiques en matière de développement, de santé et de droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des populations transgenres. Les groupes à base communautaire ont également acquis une meilleure compréhension des processus de planification gouvernementaux, auxquels ils ont par ailleurs accru leur participation.

Ce processus d'implication a produit un résultat concret important : en octobre 2012, un décret anti-discrimination a été promulgué par le conseil municipal de Cebu. Ce décret interdit la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la séropositivité, entre autres.

Source : Programme des Nations Unies pour le développement

Encadré 2.6

Exemple de cas : Réduire la stigmatisation et la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Kenya

Au Kenya, une organisation LGBT apporte son soutien en matière de prévention, de traitement et de services de soins liés au VIH aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi qu'à d'autres communautés. Elle organise également des formations aux droits de l'homme et à la sécurité destinées aux membres de la communauté LGBT et emploie un avocat chargé de prêter assistance dans des cas de harcèlement ou d'arrestation.

Depuis 2010, cette organisation travaille avec des responsables religieux afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de la communauté LGBT. Elle a pour mission d'apporter à ces responsables religieux les connaissances et compétences nécessaires pour améliorer l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à la prévention et au traitement du VIH, ainsi qu'à d'autres services de santé. Les rencontres organisées abordent la sexualité, la stigmatisation et la discrimination, les mythes et les réalités du VIH et la santé de la communauté. Organisées à Mombasa par les salariés de l'organisation, qui sont eux-mêmes des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les formations sont dispensées en anglais et en Kiswahili. À ce jour, plus de 130 responsables religieux des zones côtières kényanes y ont participé.

C'est une organisation partenaire, *Kenya Medical Research Institute*, qui a lancé les premières invitations à la formation ; aujourd'hui, ce sont les organisations LGBT et leurs formateurs qui émettent directement ces invitations. Ces formations ont suscité une adhésion croissante des responsables religieux ; elles les ont par ailleurs aidé à construire des relations personnelles avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à lutter contre l'homophobie. Ce type de travail, effectué en collaboration avec des parties prenantes clés capables d'influencer l'opinion et l'opinion publique, contribue à faire reculer les préjugés à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et favorise la mise en place d'un environnement plus sûr.

2.2.3 Favoriser la responsabilité des forces policières

La collaboration avec la police joue un rôle clé dans la réduction des violences commises à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour ce faire, il est possible d'envisager les activités suivantes :

- Plaider pour l'arrêt du harcèlement policier envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette activité peut consister à organiser des réunions régulières avec les forces de police à mettre à profit des événements ou des occasions pour démontrer la solidarité existant entre les forces de police et les groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Encadré 2.7).

Encadré 2.7

Exemple de cas : Plaidoyer auprès de la police en Papouasie-Nouvelle-Guinée

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le *Poro Sapot Project* mis en place par *Save the Children* a mené des actions de plaidoyer auprès de la police afin de promouvoir une meilleure compréhension des droits de l'homme et du VIH dans le but de réduire les violences subies par les populations clés.

Les employés et bénévoles participant à ce projet (principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des travailleurs du sexe et des personnes vivant avec le VIH) se sont rendus dans 46 postes de police situés dans 3 provinces différentes. Les formations comprenaient une introduction au VIH, au droit et aux politiques relatives aux populations clés et abordaient également la façon dont les violations des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes exacerbent la vulnérabilité au VIH. Depuis janvier 2011, plus de 500 agents de police ont participé aux formations et aux réunions ainsi organisées. Ces initiatives ont poussé les policiers à escorter des membres de populations clés et à afficher publiquement leur solidarité envers ces dernières en défilant à leurs côtés lors de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA.

- **Sensibiliser la police** aux droits de l'homme et aux questions liées au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au Bangladesh, la *Bandhu Social Welfare Society* a organisé des séances d'information régulières dans les postes de police et a fourni aux agents une liste d'intervenants en sensibilisation devant bénéficier d'une protection contre le harcèlement. Au Sénégal, un projet multi-partenaires auquel participaient l'ONG locale Enda Santé et le ministère de la Santé a lancé une campagne de sensibilisation et d'éducation des médias afin de toucher d'autres parties prenantes, comme la police et les dirigeants des communautés.

Parmi les thèmes de formation couverts par les ateliers de sensibilisation de la police, on peut citer : l'introduction au VIH, la conception de programmes relatifs au VIH, l'orientation sexuelle, l'expression et l'identité de genre ; l'impact de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (y compris violences physiques, sexuelles, émotionnelles et psychologiques) ; les lois et pratiques policières affectant les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; le rôle de la police dans la prévention du VIH et la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence ; la sensibilisation aux droits de l'homme en général.

Encadré 2.8

Exemple de cas : Sensibilisation de la police en Inde

L'intervention de l'ONG Sangama à Bangalore, en Inde, a permis d'identifier des approches prometteuses en matière de formation de la police. Elle a notamment consisté à :

- Proposer une formation juridique de base abordant les droits des groupes à risque, des cas d'abus policiers courants et les traitements préconisés aux groupes à risque ; développer des plateformes de coopération permettant par exemple de définir des lieux de « *cruising* » (recherche d'un partenaire sexuel) et de racolage à la fois acceptables pour les forces de police, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe.
- Intégrer la prévention du VIH dans les cursus d'apprentissage des écoles et académies de police à tous les niveaux hiérarchiques. Il peut s'agir d'un point de départ pour renforcer le respect envers les personnes à risque travaillant en tant qu'intervenants en sensibilisation communautaire.
- Faire approuver les cartes d'identités des intervenants en sensibilisation par la police en obtenant la signature d'un officier du plus haut rang possible. Cette signature pourra être présentée aux agents patrouillant dans les rues afin de prévenir le harcèlement des intervenants et de leur permettre de poursuivre leurs activités de sensibilisation.
- Organiser des réunions mensuelles entre les populations clés et la police afin de maintenir le dialogue et de traiter les réclamations. Dans l'idéal, il conviendrait de nommer au sein de la police des référents chargés de s'occuper régulièrement des problèmes liés au VIH.
- Plaider pour que les services de police adoptent des politiques encourageant la diffusion d'informations sur le VIH sur leur lieu de travail ; décourager le traitement arbitraire et inhumain des personnes vivant avec le VIH ; interdire le dépistage obligatoire et la discrimination des employés séropositifs.
- Reconnaître le travail des agents apportant leur soutien à la communauté lors de cérémonies formelles tenues au sein des organisations conduites par les communautés.

- **Renforcer la redevabilité institutionnelle** des forces policières afin de défendre les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des conseils sur le VIH et les populations clés peuvent être inclus dans les procédures des services pénitentiaires et répressifs de sorte à intégrer ces thèmes de façon constante et durable dans la formation des policiers et la réforme des prisons. Par exemple :
 - Des programmes liés au VIH ont été intégrés par la police népalaise, en collaboration avec l'ONG *Blue Diamond Society*. Cette initiative a demandé de mettre en place une équipe de conseil VIH/SIDA au siège de la police ; d'élaborer une stratégie, un plan de travail et un programme relatifs au VIH ; d'organiser des campagnes de sensibilisation et des programmes de formation à tous les niveaux hiérarchiques et d'établir un centre de conseil et de dépistage volontaire au *Nepal Police Hospital*.
 - La *Penitentiary Initiative* fournit une prévention du VIH et un soutien psychologique aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes incarcérés en Ukraine. Ce projet comprend un volet formation visant à réduire la stigmatisation et la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes émanant du personnel carcéral. Il offre également aux prisonniers un soutien psychosocial et leur propose des activités de prévention du VIH. Le service pénitentiaire national a approuvé l'utilisation d'un manuel de formation dans toutes les prisons ukrainiennes et dans d'autres régions d'Europe de l'Est.

2.2.4 Promouvoir la sûreté et la sécurité

Les stratégies destinées à promouvoir la sûreté et la sécurité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être de nature formelle ou informelle. On peut notamment envisager de :

- Diffuser des informations ou des conseils concernant la sécurité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en leur conseillant par exemple de se munir d'un téléphone portable et de disposer d'au moins un numéro d'urgence utilisable en cas de danger. Ce type de conseil peut aussi être efficacement diffusé via Internet ;
- Actualiser et diffuser des listes ou des rapports sur les agresseurs ou les violences commises contre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les listes peuvent contenir des descriptions physiques des agresseurs. Les fiches de rapports peuvent être mises à disposition en ligne, par fax, par courriel, par voie postale ou dans des espaces sécurisés (voir point suivant). Les rapports peuvent être compilés et distribués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes via des bulletins d'information mensuels, des SMS ou des courriels pour leur permettre d'éviter des individus potentiellement dangereux ;
- Créer des espaces sécurisés (centres communautaires) ou des refuges permettant aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de se réunir et de discuter de leurs problèmes communs (dont la violence), de mettre au point des solutions et de les échanger. De tels espaces requièrent la mise en place d'un plan de sécurité et la présence d'un personnel formé à la sécurité. (voir Chapitre 4, Section 4.4.4.) ;
- En cas de crise, il peut être bénéfique d'établir et d'entretenir des liens entre des organisations non-gouvernementales (ONG), des organisations à base communautaire, des organisations conduites par la communauté et des institutions internationales neutres, comme les agences des Nations Unies (ONU). En 2008, au Sénégal, des salariés d'une organisation fournissant des informations sur des rapports sexuels à moindre risque aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été arrêtés. Un comité de crise composé d'organisations locales et d'agences de l'ONU a alors mis en œuvre une réponse coordonnée grâce aux relations tissées au fil du temps. Du personnel de haut niveau de l'ONU a dialogué avec des représentants du gouvernement et souligné l'impact négatif de ces arrestations sur la lutte contre le VIH. Le comité a conseillé d'engager des avocats pour défendre les personnes arrêtées et a aidé la société civile à fournir des logements et des refuges sûrs aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui avaient été menacés pendant la crise ;
- Susciter le changement dans les cœurs et les esprits grâce à des campagnes anti-homophobie dans les médias de masse, comme celle organisée au Mexique en 2004-2005. Cette campagne est née du besoin de combattre la stigmatisation, la discrimination et la violence qui entravaient en effet la lutte contre le VIH dans les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle a été conçue pour faciliter le dépistage du VIH et l'obtention d'éventuels soins et traitements nécessaires. Pour ce faire, il convenait de combattre l'homophobie au sein des familles, des services de santé et sur le marché du travail. Un partenariat multilatéral conduit par le programme national de lutte contre le SIDA et soutenu par l'Organisation panaméricaine de la santé, le ministère de la Santé mexicain, son conseil anti-discrimination et des ONG de la société civile a lutté contre l'homophobie en donnant à sa campagne des fondements scientifiques et juridiques qui ont permis de contrer efficacement la forte opposition qui s'est élevée, comme on pouvait s'y attendre.

2.2.5 Fournir des services de santé

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques peuvent avoir besoin de soins médicaux à court ou à long terme. Dans la plupart des contextes, les services médicaux spécialisés pour les victimes de violences sont rares ou inexistantes. Pour bénéficier de soins médicaux immédiats, il faut parfois se tourner vers les services d'urgence, qui doivent donc aussi souvent que possible être formés et sensibilisés aux soins à apporter aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences. En ce qui concerne les soins à long terme, il peut être utile d'envisager d'intégrer certains services aux efforts de prévention, de traitement et de soins liés au VIH, ainsi que d'autres services de santé destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans de nombreux contextes culturels, il peut arriver que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'aient pas suffisamment confiance dans les services hospitaliers pour leur faire part de leur histoire personnelle, en particulier lorsque les comportements sexuels sont criminalisés ou fortement stigmatisés. Les organisations locales d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être en mesure d'aider les prestataires de services à élaborer des stratégies visant à renforcer la confiance dans le cadre des soins cliniques. Elles peuvent aussi les aider à déterminer la façon la plus adaptée culturellement d'apporter leur soutien, en redirigeant par exemple les hommes vers des services juridiques ou de soutien ou en élaborant des plans de sécurité.

Recommandations à l'intention des services de soins cliniques, de soutien psychologique et de santé aux victimes de violences ou d'agressions sexuelles :

- Apporter un soutien immédiat aux victimes de violences se présentant dans un établissement de santé. Les prestataires doivent garantir la confidentialité des patients, ne pas porter de jugement et leur fournir des soins pratiques, y compris le traitement de leurs blessures physiques et, en cas d'agression sexuelle, une prophylaxie post-exposition au VIH et aux IST. (voir Section 2.4 pour de plus amples informations sur un manuel de formation publié par l'initiative *Health Policy Initiative* de l'agence USAID à l'intention des prestataires de soins de santé. Ce manuel traite de l'identification des violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.);
- Au niveau clinique, il est recommandé de poser des questions sur les antécédents de violences, d'écouter attentivement sans forcer la personne à parler, de faciliter l'accès au soutien, aux ressources et aux services sociaux (par ex. aide juridique si nécessaire) et, en cas de violences conjugales ou de menace d'agression au sortir de l'établissement, d'aider à élaborer un plan de sécurité;
- Fournir des soins psychologiques et des informations sur l'importance de la santé mentale et sur les symptômes de traumatismes et de stress résultant de violences. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournit ces informations et des protocoles cliniques destinés à la prestation de soins au cas où la victime présenterait des symptômes tels que la dépression, l'incapacité à remplir ses tâches quotidiennes ou des pensées suicidaires. (Voir Section 2.4 pour consulter la fiche d'informations de l'OMS sur la santé mentale publiée en 2014 ainsi que les *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*, publiées en 2013.).

Les prestataires de soins de santé doivent être formés à l'accueil des victimes de violence (voir Encadré 2.10 pour consulter les thèmes de formation recommandés). Il convient de créer un annuaire des services médicaux, juridiques et sociaux destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences avec l'aide d'organisations communautaires locales, lorsque celles-ci ont identifié des prestataires dignes de confiance proposant des services de qualité. Une fois ces prestataires identifiés, il convient de mettre en place avec eux un cadre leur permettant d'accepter les patients réorientés.

Les prestataires de services de santé doivent tenir un carnet de bord des exemples de résilience parmi les victimes locales de violence et de traumatismes. La résilience des victimes de violence dépend

de nombreux facteurs liés à leur personnalité et à leur environnement. Ces facteurs varient selon le contexte géographique et social. En comprenant et en inventoriant ces facteurs, les prestataires peuvent également se demander comment encourager cette résilience chez tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dont ils s'occupent. La consolidation et le maintien de la résilience collective des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau local permettront certainement d'améliorer leur état de santé physique et mental.

Encadré 2.9

Thèmes de formation à la lutte contre les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes destinée aux prestataires de services de santé

- Types de violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- Lois et politiques rendant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vulnérables à la violence ; lois et politiques applicables aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interdisant la violence (y compris lois relatives aux droits de l'homme) ;
- Obligation pour les prestataires de services de santé de ne pas discriminer ni stigmatiser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de ne pas commettre de violences à leur rencontre ;
- Identification des potentielles victimes de violences par l'observation de symptômes physiques ou psychosociaux (par ex. dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique, tendances suicidaires ou automutilation, abus de drogues, blessures) ;
- Quand et comment demander si quelqu'un est victime de violence ?
- Collecte des preuves médico-légales pour enquêter sur les violences sexuelles ;
- Prestation de soins et de traitements cliniques et psychologiques ;
- Services de soutien de la communauté vers lesquels rediriger les patients ;
- Soigner sans porter de jugement ni stigmatiser les victimes de violence ;
- Implications du signalement obligatoire des violences.

2.2.6 Fournir des services de soutien psychosocial, juridique et autres

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences ont souvent besoin de nombreux services à court ou à long terme. Selon les capacités et les besoins locaux, il est possible de leur fournir les services suivants :

Réponse communautaire à la violence

- Les équipes de réponse aux situations de crise, comme celles conçues en Inde à l'occasion des interventions soutenues par Pehchan (voir Encadré 2.11), peuvent renforcer le sentiment de sécurité et de confiance des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi augmenter le taux de recours aux services liés au VIH. Il est également possible de planifier des approches à plus long terme (comme des campagnes de sensibilisation dans les médias) en collaborant avec l'équipe chargée des activités de plaidoyer du programme.
- Des organisations indiennes conduites par la communauté, comme Sangama et Samara, ont distribué des cartes portant des numéros d'urgence destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes transgenres victimes de violences ou de harcèlement de la part de la police, de leur famille, de gangs, du grand public ou de leur environnement de travail.

La formation à ce type d'activités peut être conduite par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes compétents et peut couvrir : les capacités d'écoute et de communication ; la définition de priorités en matière de sécurité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; les

compétences en matière de plaider auprès de la police, des services sociaux et sanitaires et des médias ; la connaissance des droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; les relations avec la police et les représentants du gouvernement local ; le conseil aux victimes atteintes dans leur intégrité psychologique ; et l'évaluation des risques. Les formations doivent prendre en compte la diversité des besoins d'apprentissage et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (par ex. appartenance ethnique, statut migratoire).

Encadré 2.10

Exemple de cas : Système de réponse aux situations de crises destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mis au point par Pehchan, en Inde

Pour lutter contre les violences régulières auxquelles sont confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres en Inde, le programme Pehchan, mis en œuvre par *India HIV/AIDS Alliance* et ses partenaires, a constitué des équipes de réponse aux situations de crise (ERSC) dans 200 OBC réparties dans 18 États. Ces équipes ont permis au programme de réagir rapidement en soutenant les victimes et en consignait les violences et les cas de discrimination. Dans chaque ERSC, des employés formés restent « en alerte » 24 heures sur 24 pour pouvoir réagir immédiatement en cas d'incident. En cas d'urgence, les membres de la communauté appellent un numéro mis en place à cet effet pour contacter l'ERSC. Plus de 90 % des incidents sont pris en charge dans les 24 heures. Le personnel de l'ERSC est en contact avec des conseillers juridiques et des prestataires de services de santé chevronnés capables de traiter chaque situation particulière.

Chaque ERSC est composée d'employés du programme, d'intervenants en sensibilisation, de bénévoles issus de la communauté et d'un conseiller juridique au fait des violences et de la discrimination endurées par les minorités sexuelles. L'équipe se compose de 5 à 15 membres, selon le contexte, la fréquence des incidents et la zone géographique à couvrir. À l'aide des formations et des conseils prodigués par Pehchan, chaque ERSC établit des protocoles détaillés destinés au recrutement et à la gestion des crises. Des financements destinés à l'aide juridique sont disponibles pour répondre aux situations de crise et mettre en place des mesures post-crise.

Le succès du programme s'explique en partie par la familiarisation des membres de la communauté avec le service de réponse aux situations de crise. Des activités de sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres ont été organisées dans la communauté locale par le biais d'événements, de réunions régulières et de modules d'enseignement comprenant des formations de base au droit et aux droits de l'homme. Les ERSC bénéficient également du soutien de leur réseau, composé d'autres organisations de la société civile, de militants, de bénévoles issus de la communauté, d'organisations de défense des droits de l'homme, d'associations du barreau et d'acteurs des médias.

Le système de réponse aux situations de crise s'articule autour de plusieurs étapes :

1. Lorsqu'un incident se produit, l'intervenant de garde évalue la situation et contacte si besoin les membres de son ERSC.
2. L'ERC fait en sorte qu'au moins un membre de l'équipe se rende sur le lieu de l'incident pour rencontrer l'appelant. Il est important d'accorder une attention immédiate aux victimes en leur apportant un soutien médical ou juridique d'urgence et en leur montrant qu'elles ne sont pas seules et qu'elles peuvent compter sur quelqu'un.
3. Si quelqu'un rapporte des blessures ou une agression sexuelle, un prestataire de services de santé sympathisant est contacté pour apporter les premiers secours ou fournir son aide pendant l'hospitalisation de la victime.
4. S'il est nécessaire de rédiger un rapport de police ou si la situation a requis la prise de mesures policières ou juridiques, un membre de l'équipe et un avocat sont immédiatement dépêchés au poste de police.
5. Chaque cas de crise est enregistré et répertorié dans le registre du programme. Ces informations servent à la fois à améliorer la réponse aux crises et à étayer les activités de plaider menées par le programme.
6. L'ERSC se réunit moins de 24 heures après chaque incident afin d'évaluer la situation et de définir la réponse à apporter.

Assistance juridique

Il peut s'avérer nécessaire de contacter des avocats ou des parajuristes formés (qui peuvent appartenir à la communauté) capables de négocier avec les autorités judiciaires en matière de violences, de défendre les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'apporter leur soutien dans la formation aux lois liées à l'homosexualité. En Macédoine par exemple, l'organisation STAR-STAR, conduite par des travailleurs du sexe et en partie composée d'hommes et de personnes transgenres, est entrée en relation avec d'autres organisations proposant des services de conseil juridique, comme *Health Education Research Association* (HERA) et *Healthy Project Options Skopje* (HOPS). Pour ce faire, une ligne d'information téléphonique a été mise en place pour rediriger les membres de la communauté vers des services médicaux, sociaux et juridiques proposés par HERA et HOPS. Cette ligne est également disponible en cas d'urgence, lorsque les travailleurs du sexe subissent des violences ou des abus de la part de leurs clients ou qu'ils ont besoin d'un soutien psychologique.

À Mumbai, en Inde, *Humsafar Trust* tient un centre de santé sexuelle masculine où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également être redirigés vers des services d'assistance juridique. Humsafar a aidé des victimes de chantage ou de vol sur des sites de rencontre par Internet à obtenir réparation. Ce type d'extorsion se produit lorsque les rapports homosexuels sont criminalisés. Humsafar aide les individus à déposer plainte auprès de la police et les renvoie auprès de groupes d'assistance juridique comme *Lawyers Collective*, qui a permis de placer des maîtres-chanteurs derrière les barreaux. Humsafar fait de ce type d'affaire des pièces à charge dans le combat perpétuel qu'elle livre auprès tribunaux pour faire abroger les lois anti-sodomie.

Les modèles de services de soutien diffèrent dans leur complexité et dans l'étendue des moyens financiers et humains nécessaires à leur fonctionnement (voir Encadré 2.12). De plus, tous n'ont pas été évalués et leur efficacité n'est pas toujours avérée. Les services de soutien doivent également se fonder sur l'évaluation de pratiques informelles déjà établies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur leurs priorités actuelles. Certains modèles (comme les systèmes complets de réponse aux situations de crise) sont gourmands en ressources, tandis que d'autres sont très économiques.

Gestion des services de soutien

Il convient d'envisager les activités suivantes dans le but de soutenir ces services :

- **Fournir l'infrastructure nécessaire** : Celle-ci peut notamment comprendre des numéros de téléphone portable locaux et/ou des numéros d'urgence gérés par des membres formés de la communauté. Il pourra s'avérer nécessaire d'annoncer la disponibilité des services de soutien par le bouche-à-oreille, la distribution de dépliants ou d'autres moyens de communication.
- **Enregistrer les violences** : La consignation des violences permet au personnel du programme de les analyser, d'assurer un suivi de la situation et des efforts et d'améliorer la qualité des services. Ce type d'archives aide également les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à produire les preuves nécessaires lorsqu'ils souhaitent engager des poursuites en justice après des violences. Les données sur les violences auxquelles sont confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent servir à sensibiliser les décideurs politiques de la région, de l'État et du pays, mais aussi à planifier des services de lutte contre ces violences.

Encadré 2.11

Quelles sont les ressources nécessaires à la prestation de services juridiques, psychosociaux et autres ?

Ressources humaines :

- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes formés et affectés au fonctionnement des numéros d'urgence ou d'assistance
- Intervenants en sensibilisation communautaire
- Conseillers communautaires formés et/ou conseillers professionnels affectés au soutien psychologique
- Avocats et parajuristes (éventuellement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant reçu une formation) capables d'apporter une assistance juridique

Équipement et locaux :

- Téléphones portables et crédit d'appel
- Numéro d'urgence
- Connexion à Internet
- Documents imprimés pour faire connaître les services
- Formulaires de collecte de données et de signalement
- Espace pour assurer le fonctionnement des numéros d'urgence, organiser les formations et assister aux réunions
- Espace sécurisé (centre communautaire) ou refuge

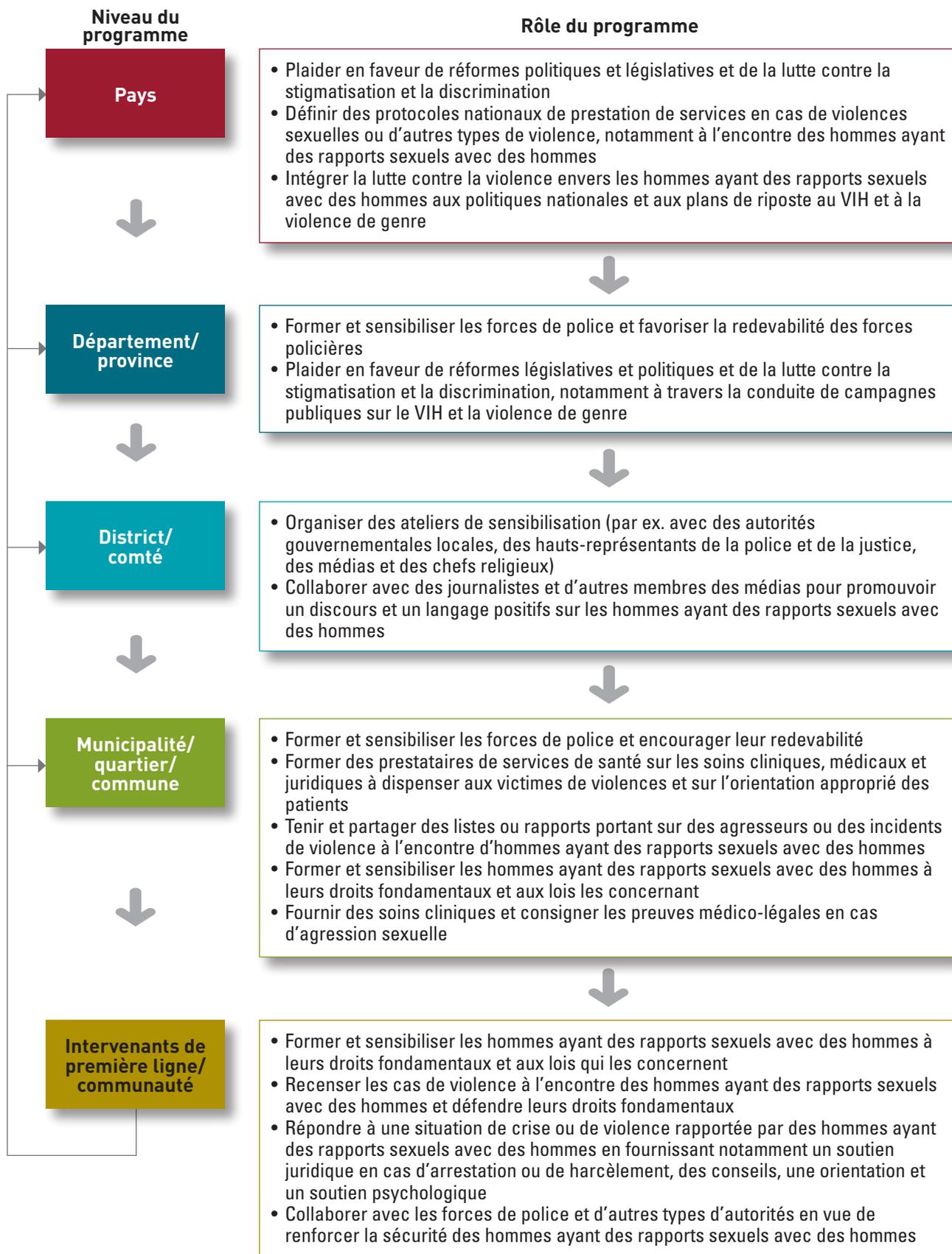
Coûts :

- Rémunération du personnel (y compris les avocats, s'ils ne travaillent pas bénévolement)
- Coûts de départ et de maintien des téléphones portables et des numéros d'urgence
- Publicité associée aux services
- Coûts de transport
- Formation

2.3 Gestion, suivi et évaluation

Si l'exécution des interventions décrites dans ce chapitre se fait uniquement au niveau local, ces interventions requièrent également une mobilisation au niveau infranational et national, particulièrement en matière de sensibilisation et de plaidoyer. La Figure 2.1 illustre le rôle de chacun des niveaux d'exécution. Dans de nombreux contextes, il convient d'observer que des interventions précises pourront s'avérer nécessaires à plusieurs niveaux.

Figure 2.1 Illustration d'une approche multi-niveaux de riposte aux violences commises contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Note : programme roles shown are not exhaustive.

Le suivi et l'évaluation des efforts de prévention et de riposte importent car :

- Les données sur les différentes formes de violence subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur les contextes dans lesquels ces violences s'exercent fournissent des éléments de base pour la planification et l'élaboration de stratégies adaptées.
- L'inclusion d'indicateurs sur les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le cadre du suivi de routine permet aux programmes d'identifier les éventuelles conséquences involontaires des programmes et des interventions (par exemple, des violences commises en représailles).
- Les preuves de violences commises à l'encontre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent un outil de plaidoyer puissant pour modifier les lois et politiques relatives à l'homosexualité et créer un environnement propice à la promotion des droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Au niveau international, il n'existe encore aucun indicateur d'impact fondé sur la population ni aucun indicateur relatif à des programmes qui aient été expressément validés et convenus pour évaluer les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. À partir d'indicateurs actuels sur les femmes, il serait possible d'adapter ou de développer puis de valider des indicateurs de suivi et d'évaluation des interventions de lutte contre les violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Inde, où la *Avahan AIDS Initiative* a mis en place des systèmes de réponse à des situation de crise pour lutter contre la violence, les programmes ont également recueilli des données sur les violences rapportées à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces indicateurs comprennent :

- le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant rapporté des incidents de violence physique ;
- le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant rapporté des incidents de violence sexuelle ;
- l'identité des agresseurs (pour tous types de violences) rapportés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par catégories (par ex. policiers, partenaires intimes, clients).

Les données de suivi reposant sur les cas de violence rapportés spontanément peuvent présenter certaines distorsions ; l'augmentation ou la diminution des incidents rapportés au fil du temps doit donc être interprétée avec précaution. Une fois les systèmes de suivi mis en place, il est en effet possible que certaines formes de violence soient rapportées plus facilement que d'autres. Cet écart varie selon les contextes et au cours du temps.

L'évaluation des stratégies de prévention et de riposte à la violence doit être menée en collaboration avec hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et précéder la mise à l'échelle de la plupart des options présentées à la Section 2.2. Pour pouvoir collecter des informations fiables sur la violence, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent se sentir à l'aise par rapport à l'idée de dévoiler leur vécu. Dans les contextes où les comportements homosexuels sont fortement criminalisés ou stigmatisés, gagner la confiance des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes prend du temps et requiert de constamment faire preuve d'honnêteté, d'intégrité et de respect. Une fois les relations établies, il importe de d'améliorer la prestation de services, de renforcer la confiance et de collecter des informations et des données susceptibles de servir à l'évaluation de programmes.

Il convient toutefois de s'assurer que la collecte de données ou la consignation d'incidents violents n'entraîne pas une aggravation de la stigmatisation et du danger pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'établissement de liens de confiance dépend des dispositions d'éthique et de sécurité accompagnant la collecte de données et de la capacité des enquêteurs à poser des questions pertinentes en faisant preuve de tact. La collecte de données et les recherches sur les

violences subies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent s'appuyer sur des efforts préalables en la matière. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent en outre être considérés comme des partenaires égaux dans la conception, la mise en œuvre et la diffusion des résultats de toute collecte de données sur la violence ou sur les violations des droits de l'homme dont ils sont victimes.

2.4 Ressources et lectures complémentaires

1. *MSM, HIV, and the road to universal access: how far have we come? Special report*. New York (NY): AmfAR, The Foundation for AIDS Research; 2008.
<http://www.amfar.org/WorkArea/downloadasset.aspx?id=170>
2. *Lessons from the front lines: political impact and systems change*. New York (NY): AmfAR, The Foundation for AIDS Research; 2012.
<http://www.amfar.org/gmt-lessons-front-lines/>
3. *HIV and the law: risques, droits et santé*. New York, NY: Secrétariat, Global Commission on HIV and the Law; 2012.
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Commissions%20report%20final-FR.pdf>
4. *Les Principes de Jogjakarta*. 2007.
http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf
5. Egremy G, Betron M, Eckman A. *Identifying violence against most-at-risk populations: A focus on MSM and transgenders. Training manual for health providers*. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Initiative de l'USAID, Task Order 1; 2009.
http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1097_1_GBV_MARPs_Workshop_Manual_FINAL_4_27_10_acc.pdf
6. *Management Sciences for Health. Annotated bibliography: training and programming resources on gender-based violence against key populations*. Washington (DC): US Agency for International Development (USAID), AIDSTAR-Two; 2013.
http://www.hivgaps.org/wp-content/uploads/2013/10/GBV-Against-Key-Populations-Annotated-Bibliography-6-25-2013_FINAL.pdf
7. *Education sector responses to homophobic bullying*. Paris: Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO); 2012 (Good Policy and Practice in HIV and Health Education, Booklet 8).
<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216493e.pdf>
8. Polá ek R, Le Déroff J. *ILGA-Europe toolkit for training police officers on tackling LGBTI-phobic crime*. European region of the International Lesbian Gay Bisexual, Trans and Intersex Association; 2011.
<http://www.ilga-europe.org/resources/ilga-europe-reports-and-other-materials/ilga-europe-toolkit-training-police-officers>
9. *Community led crisis response systems: a handbook*. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013.
[http://futuresgroup.com/files/publications/Community_Led_Crisis_Response_\(Web\).pdf](http://futuresgroup.com/files/publications/Community_Led_Crisis_Response_(Web).pdf)
10. *The power to tackle violence: Avahan's experience with community-led crisis response in India*. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2009.
http://docs.gatesfoundation.org/avahan/documents/avahan_powertotackleviolence.pdf
11. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations unies pour la population. *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and indicators*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/
12. *La santé mentale: renforcer notre action*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 (Fact sheet No. 220).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
13. *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP)*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP_intervention_guide/fr/
14. *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/

15. Organisation panaméricaine de la Santé. "Cures" for an illness that does not exist. Purported therapies aimed at changing sexual orientation lack medical justification and are ethically unacceptable. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17703
16. *Conversion therapy: consensus statement*. Londres : UK Council for Psychotherapy; 2014. http://www.ukcp.org.uk/UKCP_Documents/policy/Conversion%20therapy.pdf

Lectures complémentaires

1. Assemblée générale des Nations Unies. A/HRC/19/41. *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. New York: Nations Unies; 2011.
2. *Gender-based violence*. Dans : IRIN [website]; 2004. <http://www.irinnews.org/indepthmain.aspx?InDepthId=20&ReportId=62847>
3. *Male rape*. Dans : Laurel House [site Web]. Launceston, Tasmanie : Laurel House. http://laurelhouse.org.au/?page_id=22
4. *Exploring gender based violence among men who have sex with men, male sex worker and transgender communities in Bangladesh and Papua New Guinea: results and recommendations*. Durham (Caroline du Nord) : FHI 360; 2013. http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/GBV%20Study%20report_Final.pdf
5. *Intimate partner abuse and relationship violence*. American Psychological Association Intimate Partner Abuse and Relationship Violence Working Group; 2002. <http://www.apa.org/about/division/activities/partner-abuse.pdf>
6. *Russia's anti-gay 'propaganda law' assault on freedom of expression*. Dans : Amnesty International [site Web]. Londres : Amnesty International; 25 janvier 2013. <http://www.amnesty.org/en/news/russia-anti-gay-propaganda-law-assault-on-freedom-expression-2013-01-25>
7. *Convention internationale des droits de l'enfant*, 20 novembre 1989. New York (NY) : United Nations Treaty Series, vol. 1577, p. 3. <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>
8. Betron M, Gonzalez-Figueroa E. *Gender identity, violence, and HIV among MSM and TG: a literature review and a call for screening*. Washington (DC) : Futures Group International, Health Policy Initiative de l'Agence des États-Unis pour le développement international, Task Order 1 ; 2009.
9. Buller AM, Devries, KM, Howard LM, Bacchus LJ. *Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One. 2014; 11(3): e1001609. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001609. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001609>
10. Finneran C, Stephenson R. *Intimate partner violence among men who have sex with men: a systematic review*. Trauma Violence Abus. 2013; 14(2):168–185. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046894/>
11. Herek GM. *Beyond homophobia: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century*. Sex Res Social Policy. 2004; 1(2), pp. 6-24. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1142860
12. Herrick A, Lim SH, Wei C, Smith H, Guadamuz T, Friedman MS, et al. *Resilience as an untapped resource in behavioural intervention design for gay men*. AIDS Behav. 2011; 15 (Suppl 1): S25–S29. DOI: 10.1007/s10461-011-9895-0.
13. King R, Barker J, Nakayiwa S, Katuntu D, Lubwama G, Bagenda D, et al. *Men at risk: a qualitative study on HIV risk, gender identity and violence among men who have sex with men who report high risk behavior in Kampala, Uganda*. PLoS One. 2013; 8(12):e82937. doi:10.1371/journal.pone.0082937. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866199/>
14. Lloyd S, Operario D. *HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis*. AIDS Educ Prev. 2012; 24(3):228–241. doi: 10.1521/aeap.2012.24.3.228.
15. Markowitz J. IPV clinical guide, février 2014 [répertoire en ligne des ressources]. Forensic Healthcare Online; 2014. <http://www.forensichealth.com/wp-content/uploads/2014/02/IPV-Clinical-Guide1.pdf>

2 Lutte contre la violence

16. Mayer KH, Bekker L-G, Stall R, Grulich AE, Colfax G, Lama JR. *Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach*. Lancet. 2012 ; 380(9839):378–387. doi:10.1016/S0140-6736(12)60835-6.
17. Melles M, Nelson J. *Overlooked and at risk: lesbian, gay, bisexual and transgender youth in the Caribbean*. Washington (DC) : Advocates for Youth ; 2010.
http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/overlooked_lgbt_youth_caribbean.pdf
18. Millett GA, Jeffries WL 4th, Peterson JL, Malebranche DJ, Lane T, Flores SA, et al. *Common roots: a contextual review of HIV epidemics in black men who have sex with men across the African diaspora*. Lancet. 2012 ; 380(9839):411-423. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60722-3.
19. Padilla MB, Vásquez del Aguila, Parker RG. *Globalization, structural violence, and LGBT health: a cross-cultural perspective*. Dans : Meyer IH, Northridge ME, editors. *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York (NY) : Springer ; 2007 :209–241.
20. Poteat T, Diouf D, Drame FM, Ndaw M, Traore C, Dhaliwal M, et al. *HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices*. PLoS One. 2011 ; 6(12):e28760. doi: 10.1371/journal.pone.0028760.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0028760>.
21. Shaw S, Lorway RR, Deering KN, Avery L, Mohan HL, Bhattacharjee P, et al. *Factors associated with sexual violence against men who have sex with men and transgendered Individuals in Karnataka, India*. PLoS One. 2012 ; 7(3):e31705. DOI: 10.1371/journal.pone.0031705.
22. Sraabstein JC, Leventhal BL. *Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies*. Bull World Health Organ. 2010 ; 88 : 403–403. DOI: 10.2471/BLT.10.077123.
23. Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfield S, Newbould, et al. *A review of the use of the health belief model (HBM), the theory of reasoned action (TRA), the theory of planned behaviour (TPB) and the trans-theoretical model (TTM) to study and predict health related behaviour change*. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence ; 2006.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/documents/behaviour-change-taylor-et-al-models-review2>
24. *Virginia Anti-Violence Project. Survivor handbook*.
http://www.avp.org/storage/documents/Training%20and%20TA%20Center/2011_VAVP_Survivor_Handbook.pdf



3

Promotion
de l'utilisation
de préservatifs et
de lubrifiants

Contenu

3.1 Introduction	61
3.1.1 Principes de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	62
3.2 Étapes pour une promotion efficace de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants	64
3.2.1 Assurer l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants	67
3.2.2 Programmes de marketing social des préservatifs et des lubrifiants	71
3.2.3 Créer la demande	73
3.2.4 Créer un contexte favorable à la promotion des préservatifs et des lubrifiants	75
3.2.5 Promotion de l'utilisation de lubrifiants	78
3.2.6 Autres considérations autour des programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants	79
3.3 Gestion, suivi et évaluation du programme	81
3.3.1 Rôles et responsabilités	81
3.3.2 Suivi du programme	83
3.3.3 Évaluation	84
3.4 Ressources et lectures complémentaires	85

Que contient ce chapitre ?

Ce chapitre expose :

- pourquoi la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants est essentielle aux interventions de prévention du VIH (Section 3.1) ;
- trois étapes à suivre dans la planification de la promotion de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants :
 - assurer la disponibilité des préservatifs et des lubrifiants ;
 - promouvoir la promotion à différents paliers ;
 - créer un contexte favorable ;
- d'autres éléments à envisager lors de la planification (Section 3.2) ;
- comment gérer un programme (Section 3.3).

Ce chapitre fournit également une liste de ressources et de lectures complémentaires (Section 3.4).

3.1 Introduction

Lignes directrices consolidées sur les populations clés, 2014¹

L'utilisation appropriée et systématique de préservatifs enduits de lubrifiant compatible est recommandée pour toutes les populations clés afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH et des IST. (p. 26)

Les individus issus des populations clés, notamment ceux vivant avec le VIH, doivent être en mesure de jouir d'une vie sexuelle pleine et épanouie et avoir accès à un éventail d'options de reproduction. (p. 81)

Les préservatifs et les lubrifiants compatibles sont recommandés pour les relations sexuelles anales. (p. 26)

La fourniture adéquate de lubrifiants doit être soulignée. (p. 26)

L'approvisionnement, la distribution et la promotion efficaces de préservatifs et de lubrifiants compatibles sont déterminants pour le succès des interventions de prévention du VIH menées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Depuis le milieu des années 80, le préservatif et le lubrifiant sont considérés comme une méthode efficace de prévention du VIH. Associé à un lubrifiant compatible, le préservatif offre une meilleure protection contre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), notamment la chlamydia, l'hépatite B, la syphilis et la gonorrhée. Les préservatifs féminins sont également utilisés par certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'assurer leur protection durant la relation sexuelle anale insertive. Les préservatifs et les lubrifiants ont toujours été au centre de la riposte au VIH. Le recours aux préservatifs et aux lubrifiants a marqué l'évolution du VIH dans le monde et reste aujourd'hui une composante essentielle des programmes de prévention du VIH pour toutes les populations. Le préservatif est aussi largement utilisé pour se prémunir contre d'autres IST et des grossesses non désirées, ce qui en fait l'un des produits sanitaires les plus polyvalents et rentables du marché. Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes, seul le préservatif offre l'avantage de protéger à la fois d'une grossesse non désirée et de la contraction du VIH et d'autres IST.

Avec le développement de la prophylaxie pré et post-exposition (PrEP et PEP) et les progrès réalisés dans les technologies de prévention et de traitement du VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont désormais plus de choix pour se protéger et protéger leurs partenaires contre la transmission du VIH. Les différentes populations clés, y compris celles vivant avec le VIH, doivent être en mesure de jouir d'une vie sexuelle pleine et épanouie (voir Encadré 3.1). L'accès aux différentes options de protection leur offre aujourd'hui cette possibilité et les préservatifs et lubrifiants demeurent pour beaucoup le choix le plus pratique et rentable. La promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants doit donc être incluse dans tout paquet de services de prévention, de traitement et de soins du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) s'adressant aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

¹ Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : OMS ; 2014

Encadré 3.1

Approche sexuellement positive de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

La promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants doit refléter une approche fondée sur la santé sexuelle des hommes qui respecte et protège le choix individuel et l'autonomie corporelle. Une promotion efficace repose sur la reconnaissance de l'ensemble des orientations et des identités sexuelles et sur le respect de la sexualité de chacun.

Les programmes conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mettent de moins en moins l'accent sur les comportements à risque et les possibilités d'infection pour adopter une approche plus complète et sexuellement positive de la prévention du VIH et des ITS. L'approche sexuellement positive reconnaît que le sexe et la sexualité font partie intégrante de la vie des individus. Dans cette optique, toutes les activités sexuelles consensuelles sont considérées comme un aspect agréable et sain de la vie que tous les individus ont le droit d'exprimer selon leur propre choix. Cette approche peut être soutenue par des pratiques sexuelles médicalement plus sûres et par une éducation à la sexualité.

Dans une approche sexuellement positive et d'affirmation de l'identité, le recours aux préservatifs et aux lubrifiants est encouragé comme moyen pour les individus de veiller à leur propre santé et d'exercer leur libre arbitre² dans la prévention de la transmission du VIH et des IST. Ce virage réglementaire se reflète dans la présente publication et sert de cadre aux approches de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants abordées dans ce chapitre.

Les dernières études montrent que l'utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes s'est stabilisée ou a diminué dans certains pays. Les recherches révèlent l'existence d'un lien entre l'augmentation de l'accès aux nouveaux produits pharmaceutiques de lutte contre le VIH et l'augmentation des comportements à risque auto-rapportés. Trente ans après le début de l'épidémie, certains signes témoignent d'une « lassitude du préservatif » chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'un recul de l'acceptation des préservatifs et des lubrifiants.³ Si ces tendances sont avant tout observables dans les pays jouissant d'un meilleur accès aux nouvelles méthodes de prévention, il est à craindre que cette lassitude du préservatif n'augmente également dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour inverser ces tendances et encourager de nouvelles méthodes de prévention visant à compléter plutôt qu'à remplacer l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, davantage d'efforts doivent être déployés pour créer des programmes de santé sexuelle promouvant activement l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, ainsi que les connaissances et les compétences en la matière. Pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de prévention, il faudra procéder à l'expansion des programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants et renforcer l'efficacité et la rentabilité de la promotion du préservatif.

3.1.1 Principes de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

La promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est complexe et passe par plusieurs étapes. Elle requiert la création de partenariats entre les gouvernements nationaux et locaux, les organisations non gouvernementales (ONG) locales et les organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle implique :

- de s'assurer de la disponibilité des préservatifs et de lubrifiants compatibles répondant à des normes de qualité internationalement reconnues à travers :
 - la prévision des besoins et la planification des acquisitions nécessaires ;
 - l'acquisition des produits et la gestion des stocks ;

² Le libre arbitre est le choix, le contrôle et le pouvoir qu'un individu exerce sur lui-même.

³ Adams BB, Husbands W, Murray J, Maxwell J. *AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem : explaining unsafe sex among gay and bisexual men.* J Sex Res. 2005 ; 42(3):238–48.

- la distribution ;
- l'assurance de la qualité ;
- la promotion à différents niveaux de préservatifs et de lubrifiants ;
- la création d'un contexte favorable à la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants.
Ce point inclut la nécessité de mieux faire comprendre le caractère indispensable des lubrifiants dans le cadre d'une utilisation efficace du préservatif (voir Encadré 3.2).

La participation active et le leadership de la communauté⁴ sont essentiels à chaque étape de la planification des programmes. Cet aspect est particulièrement important pour identifier les marques et les types de préservatifs et de lubrifiants à privilégier pour répondre aux besoins et aux préférences de certaines communautés et populations spécifiques. Les partenariats noués avec le secteur privé grâce à des initiatives de marketing social et à des relations directes avec des entrepreneurs locaux permettent de multiplier les options d'approvisionnement, de distribution et de commercialisation de préservatifs et de lubrifiants et d'élargir l'accès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (voir Section 3.2.2).

Dans les exemples probants de promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont accès à un approvisionnement stable, continu et adéquat en préservatifs et en lubrifiants dont la qualité, la conception et le prix leur conviennent. Il n'est pas suffisant toutefois de garantir l'accès à des préservatifs et à des lubrifiants pour optimiser les possibilités visant une promotion complète de la santé sexuelle. La distribution de préservatifs et de lubrifiants doit en effet s'accompagner de renseignements médicalement exacts et utiles sur leur utilisation et leur efficacité dans la prévention du VIH et des autres IST. Des programmes complets de promotion des préservatifs et des lubrifiants destinés à lever les obstacles individuels et structurels à l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants et à répondre aux besoins globaux en matière de santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent avoir un impact plus marqué et plus durable sur l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la communauté.

Ces programmes doivent également créer un contexte propice à l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants en levant les obstacles sociaux et juridiques à leur utilisation (comme la criminalisation des comportements homosexuels) et les pratiques répressives extrajudiciaires (comme les humiliations publiques et l'exclusion sociale) qui dissuadent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de recourir aux préservatifs et aux lubrifiants. Même dans les pays ne disposant ou n'appliquant pas de lois criminalisant les relations homosexuelles, le manque d'investissements dans les ressources humaines, financières et techniques du système de santé public pose une série de problèmes à la conception et au déploiement de programmes, c'est pourquoi la mise en œuvre efficace de programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants passe par l'élaboration de stratégies créatives permettant de travailler au sein et en dehors des systèmes de santé publique. Les orientations proposées dans ce chapitre reflètent une approche de renforcement des systèmes de santé fondée sur l'accroissement des capacités des organisations locales et sur le recours à l'expertise locale pour assurer une promotion complète de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, soutenue et financée par les communautés desservies. Les étapes de la mise en œuvre du programme (Tableau 3.1) et de la planification de l'approvisionnement (voir Section 3.2.1) partent du principe qu'une demande locale existe et qu'une chaîne d'approvisionnement est en place. Ce chapitre aborde également des stratégies permettant de se procurer et de distribuer des préservatifs et des lubrifiants dans des contextes caractérisés par l'absence de tels systèmes (voir Encadré 3.3).

⁴ Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » renvoie à des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ces hommes pourraient appartenir. La « sensibilisation de la communauté » désigne donc la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Voir le glossaire pour de plus amples informations.

Encadré 3.2

Des lubrifiants pour la santé sexuelle et le bien-être

Les lubrifiants renforcent l'efficacité des préservatifs lors de la pénétration sexuelle et de la pratique du sexe anal en particulier. L'anus et le rectum ne disposent pas de glandes de sécrétion et ne produisent donc pas de lubrifiant. Il a été démontré que les cas de rupture de préservatifs lors de relations sexuelles anales diminuaient de 21 à 3 % lorsque les préservatifs étaient utilisés avec des lubrifiants compatibles. Il est donc essentiel d'associer des lubrifiants aux préservatifs pour protéger les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes du VIH et des autres IST. Les lubrifiants à base d'eau sont compatibles avec l'utilisation de préservatifs, mais ceux à base d'huile sont susceptibles d'endommager les préservatifs et de provoquer une rupture.

Pour beaucoup, les lubrifiants constituent un élément indispensable à une vie sexuelle saine, contrôlée et épanouie. Si les lubrifiants ne suffisent pas à empêcher la transmission des infections, la plupart de ces produits semblent permettre des pénétrations sexuelles anales sans endommager la peau et les tissus rectaux sensibles. Bien que les lubrifiants soient souvent associés aux relations sexuelles anales et souvent stigmatisés, ils facilitent toutes les formes de relations sexuelles avec pénétration et les rendent plus confortables et plus agréables. En élargissant l'éventail de possibilités d'expression intime entre partenaires consentants, les lubrifiants permettent de rendre les relations sexuelles plus agréables, plus épanouissantes et plus sûres.

Certaines recherches indiquent que les lubrifiants à base d'eau, lorsqu'ils sont utilisés seuls sans préservatifs, risquent de blesser les tissus qui recouvrent l'anus. Il convient donc de mener des recherches supplémentaires sur l'utilisation des lubrifiants pour mieux comprendre la relation existant entre leur utilisation et le risque d'infection. Pour l'heure, les lubrifiants recommandés par l'OMS doivent être largement mis à disposition des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à la fois pour améliorer leur santé et leur bien-être sexuels et pour réduire les cas de rupture ou de glissement des préservatifs. Les préservatifs et les lubrifiants doivent, dans la mesure du possible, être conditionnés ou distribués ensemble. En outre, chaque fois qu'une campagne de prévention du VIH destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes évoque les préservatifs, leur mention doit être suivie de celle des lubrifiants.⁵

3.2 Étapes pour une promotion efficace de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants

La création de partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes est essentielle à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants. Ici, le terme « partenaires » désigne les organisations conduites par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les ONG, les organisations conduites par les communautés, les ministères de la Santé ou les programmes nationaux sur le VIH/sida, les ministères de la Santé de la reproduction, les agences des Nations Unies, le secteur privé, les organismes de marketing social, les partenaires au développement et les ministères de la Justice susceptibles de collaborer à une intervention.

Au niveau central, les programmes nationaux sur le VIH/sida, les instances centrales du gouvernement et les organisations de la société civile d'ampleur nationale jouent un rôle important dans l'approvisionnement et la distribution de préservatifs et de lubrifiants, dans la promotion nationale de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants et dans la création d'un contexte national favorable à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Les organismes de mise en œuvre,⁶ notamment les organismes de marketing social et

5 Pour plus de détails sur les conseils en matière d'acquisition de lubrifiants, consultez le document intitulé *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms* : OMS/UNFPA/FHI360 advisory note. Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2012. Un webinaire sur la sécurité des lubrifiants et l'accès à ces produits à travers le monde est disponible à l'adresse <http://www.msmsgf.org/html/webinars/LubeFeb26/lib/playback.html>.

6 L'organisme de mise en œuvre procède à une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

les établissements de santé locaux, jouent pour leur part un rôle déterminant dans la prévision des besoins, la distribution sur le terrain, la conduite des stratégies promotionnelles communautaires et le plaidoyer pour un contexte favorable à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants au niveau local. Ces rôles sont résumés dans le Tableau 3.1, à la Section 4.3, sur la Figure 3.2 et dans les différentes sections consacrées à la planification et à l'établissement des différents niveaux de partenariats nécessaires à une promotion efficace de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants.

Tableau 3.1 Mise en œuvre d'une promotion optimale de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/SIDA et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
<p>Voir à l'approvisionnement en préservatifs et en lubrifiants et s'assurer de leur distribution auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir avec précision les besoins d'approvisionnement en préservatifs et lubrifiants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le suivi de l'offre et de la demande conduit par les organisations communautaires locales pour anticiper les besoins en préservatifs et lubrifiants.
	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un plan d'acquisition et identifier les sources de financement; s'assurer que celles-ci suffisent aux besoins, y compris de lubrifiants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des études de marché dans les groupes cibles et mener des sondages auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour comprendre leurs préférences en matière de préservatifs (taille, couleur, parfum, etc.) • Contribuer à l'étude de marché et à la planification des acquisitions effectuées au niveau national/central.
	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à des commandes régulières de préservatifs et de lubrifiants de façon à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits: <ol style="list-style-type: none"> 1. conformes aux recommandations de l'OMS; 2. répondant aux besoins de la communauté en termes de variétés et de confort; 3. respectant des normes de qualité internationalement reconnues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Répertorier les points de distribution potentiels de préservatifs et de lubrifiants dans la communauté. • Évaluer l'ampleur et la qualité des points de distribution (existants/nouveaux) pour s'assurer que les préservatifs et lubrifiants sont stockés dans des conditions optimales et ne se détérioreront pas avec le temps.
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, y compris les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, afin d'identifier les points de distribution qui leur conviennent. • Les organismes nationaux de marketing social peuvent assurer la distribution, la vente et la promotion à grande échelle de préservatifs et de lubrifiants de marques reconnues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer la chaîne d'approvisionnement des préservatifs et des lubrifiants et s'assurer d'un stockage adéquat des produits et de la présence d'un dispositif complet de gestion de l'information sur les différentes méthodes de distribution de préservatifs et lubrifiants. • Assurer la distribution gratuite de préservatifs et de lubrifiants dans les points de distribution ciblés, notamment les établissements de santé, centres communautaires, etc., ainsi qu'à travers les intervenants en sensibilisation communautaire. Sensibiliser les propriétaires et tenanciers de points de distribution. • Distribuer des préservatifs et lubrifiants de marques reconnues à travers les réseaux de marketing social traditionnels et non traditionnels.

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/SIDA et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un suivi régulier des stocks de préservatifs et lubrifiants au niveau central pour pouvoir commander en temps voulu et éviter les ruptures d'inventaire. Solliciter des rétroactions sur les besoins en préservatifs et les dispositifs de distribution et procéder aux changements nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un suivi régulier des stocks de préservatifs et lubrifiants au niveau local pour pouvoir commander en temps voulu et éviter les ruptures d'inventaire. Collecter régulièrement les impressions des utilisateurs sur les besoins en préservatifs et lubrifiants, les préférences en la matière et les dispositifs de distribution ; fournir ces renseignements au programme national.
Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants masculins et féminins à différents niveaux	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la capacité des ONG, des réseaux communautaires et des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à appliquer des stratégies de promotion conduites par la communauté (si nécessaire). Déstigmatiser l'utilisation du préservatif au sein de l'ensemble de la population, notamment à travers de débat télévisés, d'émissions radiophoniques ou de bandes dessinées publiées dans les journaux les plus populaires. Si nécessaire, fournir un financement ou une assistance technique visant à développer des interventions adaptées de changement de comportement pour une utilisation correcte et régulière des préservatifs et des lubrifiants. Fournir si nécessaire des matériels de formation supplémentaires aux organisations locales, notamment des modèles de pénis, etc. Former les agents et conseillers en santé à la tenue de démonstrations d'utilisation du préservatif et de renforcement des capacités. 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des stratégies promotionnelles de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants conduites par la communauté, notamment des stratégies de promotion des préservatifs et des lubrifiants passant par des intervenants en sensibilisation communautaire. Ajuster la promotion de manière à inclure les jeunes et les hommes mariés ayant des rapports sexuels avec des hommes. Intégrer la promotion des préservatifs et des lubrifiants dans des stratégies de santé sexuelle plus larges abordant la question de la perception de soi, de la santé en générale et du bien-être des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Intégrer les stratégies promotionnelles communautaires d'utilisation du préservatif et des lubrifiants aux autres activités de sensibilisation communautaire. Élaborer des stratégies promotionnelles en ligne. Organiser des démonstrations d'utilisation des préservatifs et des lubrifiants et améliorer les connaissances dans le cadre de campagnes plus larges portant sur la santé sexuelle et le bien-être. Renseigner sur la compatibilité des différents lubrifiants et préservatifs. Développer des interventions individuelles et communautaires sur mesure pour aborder la question de la santé sexuelle des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Développer et promouvoir des interventions de promotion des préservatifs et des lubrifiants présentant les avantages que peuvent en tirer les utilisateurs. Favoriser une culture normalisant l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Renforcer la capacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à négocier l'utilisation du préservatif et des lubrifiants et à réduire les risques associés aux rapports sexuels.

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/SIDA et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
	<ul style="list-style-type: none"> • Déstigmatiser l'utilisation du préservatif et des lubrifiants à travers l'obtention de soutien au plus haut niveau politique et sa publicisation à large échelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer régulièrement l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants et la capacité de négociation. • Former des intervenants en sensibilisation à mener des activités de promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants à travers une approche par la motivation qui soit exploratoire ; ne pas porter de jugement et respecter les choix des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
<p>Créer un contexte favorable à la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remettre en question les lois et règlements qui pénalisent la possession de préservatifs et de lubrifiants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants à l'ensemble des services de santé. • Solliciter des retours permanents des membres de la communauté et des participants aux programmes pour déterminer l'adéquation de la qualité, du type et de la quantité des préservatifs et des lubrifiants.
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre un terme aux pratiques répressives consistant à confisquer les préservatifs et les lubrifiants et à considérer l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants comme une preuve de commerce ou de travail sexuel illégal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour l'abrogation des lois et pratiques pénalisant la possession de préservatifs et de lubrifiants.

3.2.1 Assurer l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants

Une chaîne d'approvisionnement efficace garantit la fourniture au bon endroit et au bon moment de produits de haute qualité, en quantité suffisante, dans de bonnes conditions et à un prix abordable.

Une chaîne d'approvisionnement comprend généralement les maillons suivants :

- La prévision, qui permet d'assurer un approvisionnement fiable en préservatifs et lubrifiants ;
- La passation de marchés pour l'acquisition de préservatifs et lubrifiants de haute qualité et conformes aux besoins et demandes des hommes ayant des rapports sexuel avec des hommes, à travers des mécanismes d'assurance de qualité reconnus internationalement ;
- L'assurance qualité à tous les niveaux⁷ ;
- Le stockage dans des entrepôts permettant de conserver l'intégrité des préservatifs et autres produits ainsi que de la chaîne d'approvisionnement ;
- La distribution auprès de différents points de service répondant aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- La tenue d'un système de gestion et d'information logistique pour soutenir une prise de décision et une planification éclairées.

⁷ Pour plus d'informations sur la vérification de l'assurance qualité et le stockage adéquat des préservatifs en entrepôt, voir le document OMS/UNFPA/FHI *Male Latex Condom : Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement*, 2010, présenté dans la Section 3.4.

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

La promotion de l'utilisation du préservatif ne peut être efficace et complète que si les conditions suivantes sont remplies :

- Le processus est lancé et conduit par le gouvernement en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre et les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; les activités sont coordonnées grâce à un leadership rigoureux au niveau national.
 - Lorsque des ruptures de stock ou des limitations d'accès aux livraisons de préservatifs et de lubrifiants sont dues à une mauvaise coordination du gouvernement, les partenariats avec des organisations non gouvernementales ou des bureaux de missions étrangers peuvent permettre d'améliorer l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants (voir Encadré 3.3) ;
- Les initiatives du gouvernement reposent sur une collaboration avec les utilisateurs de préservatifs et lubrifiants, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- La demande en préservatifs et lubrifiants existe et s'avère durable ;
- Des stocks adéquats de préservatifs et lubrifiants de qualité sont disponibles et largement distribués. Le plaidoyer et le renforcement des capacités permettent d'assurer la pérennité du programme à long terme.

Encadré 3.3

Accès et distribution dans des contextes répressifs

Dans les pays où l'homosexualité constitue un délit et où les organisations locales d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être contraintes d'opérer en toute discrétion en raison de lois restrictives, l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants à travers les ministères de la Santé et d'autres sources publiques peut s'avérer impossible. Le potentiel des programmes de marketing social destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est lui aussi limité, dans la mesure où leur forte visibilité risque d'exposer les individus et les organisations concernés à l'action répressive de la police ou à des poursuites criminelles. Certaines organisations ont toutefois trouvé des moyens de répondre aux besoins essentiels de leurs membres dans des contextes répressifs. Une stratégie couramment utilisée consiste par exemple à collaborer avec des ONG travaillant dans la prévention du VIH au niveau de l'ensemble de la population et disposant de réseaux d'approvisionnement et de distribution. Grâce à de tels partenariats, les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent profiter des réseaux de distribution et aider à planifier et à exécuter des stratégies de distribution qui étendent leur champ d'action aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces organisations peuvent recourir à ces solutions alternatives pour améliorer leur offre de services en identifiant les ONG internationales ou les bureaux de missions de gouvernements étrangers impliqués localement dans la chaîne de distribution des préservatifs et des lubrifiants et en définissant des moyens de coordonner ces organisations.

La planification d'un approvisionnement adéquat en préservatifs et lubrifiants implique la conduite d'exercices prévisionnels basés non seulement sur des données de consommation régulière, mais aussi sur des données relatives à la fourniture de services, à la démographie, à la morbidité, à la mobilité estimée de la population et à la planification programmatique (voir la Section 3.4 sur les directives relatives aux prévisions des besoins en préservatifs et lubrifiants).⁸ Les programmes nationaux de distribution de préservatifs doivent collaborer étroitement avec les organisations qui desservent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et obtenir des rapports réguliers (mensuels, bimensuels ou trimestriels) sur la consommation en préservatifs et en lubrifiants,

⁸ Les directives relatives aux prévisions des besoins en contraception sont utilisées pour tous les programmes de promotion de l'utilisation de préservatifs, puisque les préservatifs sont généralement inclus dans les programmes contraceptifs nationaux.

qui correspond généralement à la quantité de préservatifs et de lubrifiants distribués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au cours d'une période donnée.

Il est important de savoir que plusieurs préservatifs et sachets de lubrifiant peuvent être utilisés au cours d'une seule relation sexuelle. Voilà pourquoi il n'est pas garanti d'obtenir des renseignements exacts sur la quantité de préservatifs et de lubrifiants nécessaire en interrogeant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur la fréquence de leur activité sexuelle. Lorsqu'ils existent, les systèmes logistiques de gestion de l'information doivent faire appel aux organisations qui travaillent avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour être renseignés sur la consommation de préservatifs et de lubrifiants et sur l'évolution des besoins.

Les programmes de promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants mis en œuvre par les gouvernements doivent activement impliquer les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les organisations de la société civile dans la prévision des besoins d'approvisionnement en préservatifs et lubrifiants, la segmentation du marché, la promotion des produits et leur distribution. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent participer à l'ensemble du processus de planification et de cartographie de points de distribution de préservatifs et de lubrifiants.

En outre, le renforcement de la capacité des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à jouer un rôle actif dans la distribution de préservatifs et de lubrifiants est essentiel pour renforcer leur accessibilité et leur utilisation au niveau communautaire. En raison de leur accès direct aux populations desservies, les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent en effet des points de distribution déterminants, notamment à travers la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants dans les « espaces sécurisés » (centres communautaires)⁹ et la distribution assurée par les intervenants en sensibilisation communautaire dans le cadre de leurs services de santé.

Le Tableau 3.2 résume les questions clés que les organismes de mise en œuvre doivent considérer lors de la planification d'une distribution adéquate de préservatifs et de lubrifiants.

Tableau 3.2 Questions à soulever lors de la planification de la distribution de préservatifs et de lubrifiants

Questions	Réponses potentielles
<p>Quels sont les points de distribution de préservatifs et de lubrifiants préférés des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ? (Stratégie de localisation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaces sécurisés (centres communautaires) • Intervenants en sensibilisation communautaire • Magasins, pharmacies • Établissement de santé, cabinet médical, hôpital • Lieu de travail • Arrêt d'autobus, relais routier, bars, saunas, clubs, lieux de rencontre
<p>Quels types de préservatifs les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes préfèrent-ils ? (les membres de la communauté doivent être consultés pour déterminer leurs préférences en matière de couleur, de parfum, de taille et de prix)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préservatifs gratuits du secteur public • Préservatifs et lubrifiants disponibles par marketing social (voir Section 3.2.3) • Préservatifs et lubrifiants commerciaux • Autres ?

⁹ L'espace sécurisé (centre communautaire) est un endroit où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se réunir pour se détendre, rencontrer d'autres membres de la communauté ou organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Voir chapitre 4, Section 4.4.4 pour plus de détails.

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Questions	Réponses potentielles
À quelle distance de la communauté les points de distribution se trouvent-ils ? (accessibilité)	<ul style="list-style-type: none"> • Très près (1-5 minutes à pied) • Près (10-20 minutes à pied) • Loin (30-45 minutes à pied) • Très loin (une heure à pied ou plus)
La disponibilité de préservatifs aux points de distribution est-elle constante ? (disponibilité)	Préservatifs : Oui/Non Lubrifiants à base d'eau ou de silicone Oui/Non
À combien de préservatifs et à quelle quantité de lubrifiant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont-ils accès par semaine ? (actuellement)	Préservatifs masculins : Lubrifiants :
Quels sont leurs besoins quantitatifs ? Besoins non satisfaits (quantité adéquate ?)	Nombre mensuel de préservatifs nécessaires par homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
Quels sont les problèmes de préservatifs et de lubrifiants les plus fréquemment mentionnés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ? (qualité appropriée ?)	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture • Glissement • Mauvaise odeur du préservatif • Date de péremption dépassée • Emballage endommagé • Mauvaise couleur/Mauvais parfum du préservatif

Les programmes de distribution de préservatifs doivent également collaborer avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour s'assurer de leurs préférences en matière de préservatifs et de lubrifiants, notamment concernant la matière (latex/polyuréthane), la taille, la couleur, le parfum et la marque de préservatif. Si les préservatifs et les lubrifiants féminins ne sont pas approuvés par l'OMS ou le Fonds des Nations Unies pour la population pour une utilisation anale, dans la pratique, de nombreuses organisations conduites par les communautés obtiennent et distribuent des préservatifs féminins aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur la base des préférences de la communauté (Encadré 3.4).

La conjugaison d'un marketing social de préservatifs à faible coût dans des points de vente situés à proximité des lieux de rencontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'une distribution gratuite de préservatifs génériques par les intervenants en sensibilisation communautaire permet souvent d'assurer un large accès à une gamme variée de préservatifs et de lubrifiants.

Les programmes s'adressant aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes utilisent des modèles de pénis lors des démonstrations de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants et doivent inclure tous les autres produits nécessaires aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à leurs efforts de planification d'achats et de distribution.

Encadré 3.4

Exemple de cas : Encourager les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à réduire les risques de leurs rapports sexuels : promouvoir les préservatifs et les lubrifiants féminins au Myanmar

Le programme TOP, financé par le PEPFAR, le Fonds mondial et d'autres partenaires et dirigé par *Population Services International*, fournit depuis 2004 des services liés au VIH et d'autres services de santé aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Myanmar. L'une de ses plus importantes interventions consiste à commercialiser et à distribuer des préservatifs féminins ainsi que les lubrifiants à base d'eau destinés aux relations sexuelles anales entre hommes. Le risque de transmission du VIH lors de relations anales est beaucoup plus élevé que lors de relations vaginales. Promouvoir des relations sexuelles anales plus sûres est donc un élément essentiel de la riposte au VIH, au Myanmar comme ailleurs. Le programme TOP visait initialement à améliorer l'acceptabilité et l'utilisation du préservatif féminin chez les travailleuses du sexe. Mais le personnel du programme s'est progressivement rendu compte qu'il était également utilisé par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. TOP a alors recouru aux techniques de marketing social pour accroître la demande en préservatifs féminins destinés aux relations sexuelles anales entre hommes et promouvoir son usage correct. (Le programme TOP continue de promouvoir l'usage correct et régulier des préservatifs et des lubrifiants masculins.)



Intervenants en sensibilisation du programme TOP encourageant l'utilisation de préservatifs féminins pour le sexe anal chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Une équipe d'intervenants en sensibilisation communautaire se réunit régulièrement avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour leur montrer comment utiliser correctement le préservatif féminin dans le cadre de relations sexuelles anales à l'aide de lubrifiant à base d'eau afin de réduire les risques de rupture du préservatif. Les intervenants en sensibilisation du programme TOP, qui sont eux-mêmes membres de la communauté, partagent des conseils et des informations. Comme le préservatif féminin utilisé avec du lubrifiant donne au partenaire insertif la même impression que celle de « chevaucher à cru », il est très populaire chez les hommes dont les partenaires peuvent se montrer réticents à l'usage de préservatifs. La liberté et la discrétion avec laquelle les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent utiliser le préservatif féminin avec leurs partenaires l'ont rapidement rendu très populaire et l'ont transformé en une option alternative efficace au préservatif masculin dans le cadre de la prévention du VIH et des IST.

3.2.2 Programmes de marketing social des préservatifs et des lubrifiants

Dans de nombreux pays, les gouvernements (ou des partenaires) fournissent gratuitement des préservatifs et des lubrifiants génériques, sans publicité ou presque et sans traits distinctifs (c.-à-d. des préservatifs sans couleur ni parfum spécifique, de taille unique, etc.). Ils constituent ainsi un marché complémentaire à celui des préservatifs et lubrifiants de marque ou spécifiques vendus par les secteurs de marketing social et privé selon la formule du recouvrement des coûts. Les programmes de marketing social vendent des préservatifs et des lubrifiants subventionnés à un prix adapté à ceux qui n'ont pas les moyens de payer le plein tarif. Les programmes de marketing social mènent par ailleurs des campagnes sur les produits de marque ou génériques visant à déstigmatiser l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants dans son ensemble.

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

En travaillant à la fois avec les secteurs public et privé, il est possible de renforcer l'accès des individus de tous milieux socio-économiques aux préservatifs et aux lubrifiants, et plus particulièrement d'améliorer l'accès des populations clés aux produits de base. En impliquant le secteur privé dans la distribution de préservatifs et de lubrifiants, les gouvernements peuvent réduire le budget global nécessaire à la distribution gratuite d'un nombre suffisant de préservatifs et de lubrifiants et à l'expansion des possibilités d'acquisition, de distribution et de commercialisation de préservatifs et lubrifiants.

Malgré les nombreux avantages offerts par les programmes de marketing social, ces derniers ne doivent pas remplacer la distribution gratuite et en nombre suffisant de préservatifs et de lubrifiants aux populations clés, notamment aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le principal objectif de la mainmise de l'État sur les programmes de prévention, de traitement et de soins liés au VIH est de renforcer les systèmes de santé pour que les produits de santé sexuelle et reproductive soient amenés à devenir des produits de base dans tous les programmes de santé publique et les services cliniques.

Les secteurs privé et public de marketing social peuvent coordonner leurs efforts au niveau national pour mettre en place une approche du marché total (AMT) de la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Une AMT forte et touchant un large public met l'accent sur la segmentation du marché, la coordination avec les fabricants et les distributeurs du secteur privé et le développement de stratégies commerciales adaptées à des groupes spécifiques de consommateurs.

Encadré 3.5

Exemple de cas : Le marketing social des préservatifs et des lubrifiants en Thaïlande : le fonds renouvelable SWING

En 2004, une organisation à base communautaire sans but lucratif baptisée *Service Worker in Group Foundation* (Swing) a créé un fonds renouvelable destiné à approvisionner les travailleurs du sexe des zones de prostitution de Bangkok en préservatifs et en lubrifiants. Jusqu'alors, les préservatifs et les lubrifiants compatibles étaient rarement disponibles dans les « points chauds » autour de Bangkok et ceux vendus dans les boutiques locales étaient hors de prix pour la plupart des travailleurs du sexe, qui doivent s'assurer un approvisionnement régulier. La prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Bangkok était estimée à 31 % en 2007.

SWING a relevé d'importants défis pour mettre en place un mécanisme efficace visant à accroître l'accès à des préservatifs et lubrifiants à base d'eau vendus à un prix abordable. Les difficultés rencontrées étaient notamment liées à la quantité insuffisante de préservatifs distribués par les partenaires et le gouvernement et au respect des politiques d'une ONG internationale relatives à la stratégie de marketing social des préservatifs et des lubrifiants, compte tenu de la capacité organisationnelle limitée de la fondation SWING.

Cette situation a amené SWING à travailler en partenariat avec FHI 360, qui lui a accordé une subvention de 3 000 bahts thaïlandais (soit 120 \$US) pour constituer un stock initial de préservatifs et de sachets de lubrifiant à base d'eau. SWING a alors commencé à vendre des produits à quatre établissements et à des travailleurs du sexe hommes et transgenres. Les prix ont été fixés lors de discussions informelles avec les parties prenantes et les bénéficiaires. Les préservatifs étaient vendus à seulement 20 % de leur prix en magasin et les sachets de lubrifiant à 40 % de leur prix de vente normal. La fondation SWING récupérait 0,25 baht thaïlandais (US\$ 0,01) par article vendu.

En juin 2009, le projet était mis en œuvre dans 54 établissements situés dans 6 points chauds de Bangkok. Il est également parvenu à toucher un grand nombre de travailleurs du sexe hommes et transgenres indépendants dans des parcs, des rues ou des cinémas. Au total, 119 000 préservatifs, 47 300 sachets de lubrifiant à base d'eau, 42 grandes boîtes de lubrifiant à base d'eau et 460 kits pour des rapports sexuels à moindre risque ont été vendus depuis le début du projet. La fondation SWING, qui a donc lancé son activité avec un capital initial de 3 000 bahts, dispose aujourd'hui d'un capital de plus de 400 000 bahts (environ US\$ 12 000), ce qui lui permet de renouveler ses stocks au fil du temps et de continuer à répondre aux besoins de la communauté.

3.2.3 Créer la demande

L'utilisation de préservatifs et de lubrifiants doit être encouragée dans le cadre d'une approche plus large de la santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ne se concentre pas uniquement sur la prévention des maladies. La communication sans jugement, sexuellement positive et médicalement exacte à l'échelle de l'individu, du groupe et de la communauté constitue une composante essentielle des programmes visant à inciter les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à intégrer les préservatifs et les lubrifiants dans leur vie sexuelle. Reconnaître que des hommes pratiquent des relations sexuelles anales parce que cette pratique leur plaît est un préalable nécessaire pour les motiver à prendre soin de leur santé lors de leurs rapports. Les stratégies de communication axées sur les changements de comportements doivent être conçues pour aider les individus à comprendre et soigner leur santé dans un contexte d'amélioration de l'expérience sexuelle. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir des renseignements de base sur l'anatomie de l'anus et du rectum et sur leur rôle dans le plaisir sexuel, mais aussi sur la façon dont un homme doit protéger sa santé anale (voir Chapitre 4, Section 4.2.10, Partie A). Dans le cadre d'une consultation individuelle avec un prestataire de santé, une discussion à ce sujet peut être engagée pour analyser la compréhension et le comportement des individus vis-à-vis des risques liés au VIH et des avantages et inconvénients de réduire ces risques, notamment en utilisant des préservatifs et des lubrifiants.

Les stratégies de promotion des préservatifs et lubrifiants doivent se fonder sur une analyse de la situation et/ou une recherche formative auprès de populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et se fonder sur les théories correspondantes relatives aux changements comportementaux. Une stratégie efficace reposera sur des interventions individuelles, communautaires et médiatiques. Les interventions individuelles comprennent des séances de conseil individualisées avec des prestataires de services de santé et des échanges interpersonnels avec les intervenants en sensibilisation communautaire. Au niveau communautaire, les activités de groupe peuvent offrir des occasions de discussions et de distribution de préservatifs et lubrifiants. Les centres de santé et les espaces communautaires fréquentés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (c.-à-d. les centres communautaires, les lieux de divertissement, etc.) doivent également proposer des préservatifs et des lubrifiants et encourager leur utilisation. La télévision, Internet et d'autres médias numériques peuvent faire partie d'une stratégie de promotion médiatique. Voir Chapitre 4, Encadré 4.2 pour de plus amples détails sur les activités promotionnelles communautaires.

Promotion médiatique des préservatifs et des lubrifiants

L'utilisation du préservatif doit être largement soutenue pour pouvoir rester constante. L'utilisation des préservatifs et des lubrifiants ne doit donc pas être stigmatisée ni exclusivement associée à des rapports à risque ou entre hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est essentiel que les valeurs sociales véhiculent l'idée que le préservatif constitue un instrument de « santé sexuelle » dans le cadre des rapports sexuels, qu'ils soient occasionnels ou suivis. Les programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants doivent, dans la mesure du possible, étendre leurs activités pour toucher l'ensemble de la population afin de générer un soutien social général à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants dans tous les types de relations sexuelles.

Les campagnes médiatiques peuvent servir à promouvoir l'utilisation du préservatif, la diminution de la demande en rapports sexuels non protégés et l'évolution de certaines normes sociales. Elles doivent diffuser des messages cohérents et complémentaires dans les médias de masse, auprès des prestataires de services de santé et dans les lieux de divertissement. Dans l'idéal, la promotion médiatique est assurée à travers un partenariat réunissant divers organismes, comme le gouvernement, les ONG concernées et les compagnies privées de préservatifs et de lubrifiants. Lorsque ces partenariats fonctionnent bien, ils permettent d'élaborer des campagnes de qualité qui touchent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ainsi que l'ensemble de la population au moyen de messages

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

fondés sur la théorie comportementale. Ces messages motivent les individus à utiliser des préservatifs et des lubrifiants tout en générant une transformation des normes sociales et en « normalisant » l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants dans l'ensemble de la population.

Encadré 3.6

Exemple de cas : Intérêt croissant et demande soutenue en Fédération de Russie

La Fondation menZDRAV a observé que les interventions d'éducation et de sensibilisation conduites par la communauté directement dans les clubs, les bars et les saunas homosexuels à Moscou (où se retrouvent les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et où ceux-ci sont plus susceptibles d'avoir des rapports non protégés) constituent une stratégie efficace de promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, à condition d'y incorporer continuellement de nouvelles approches.

Pendant plusieurs mois, des bénévoles ont distribué des préservatifs et des lubrifiants et dispensé des informations sur le dépistage du VIH dans une boîte de nuit populaire fréquentée par des clients réguliers. Dans un premier temps, les tenanciers se sont montrés très enthousiastes à l'idée de recevoir gratuitement des préservatifs et des lubrifiants de la part des intervenants en sensibilisation communautaire de menZDRAV. Après un certain temps, lorsque les bénéficiaires ont estimé avoir reçu assez de préservatifs et être suffisamment informés, la demande en préservatifs et lubrifiants a toutefois baissé.

Pour infléchir cette dynamique, menZDRAV a invité les danseurs et les drag-queens qui travaillaient au club à suivre une formation d'intervenant en sensibilisation. Une fois formés, les danseurs ont commencé à accueillir les clients avec des préservatifs et des lubrifiants offerts par menZDRAV. Les danseurs ont facilement capté l'attention des tenanciers. Leur présence et leur rapport avec les habitués de la discothèque ont conféré à ce type de sensibilisation un certain attrait sexuel. Les danseurs ont également organisé de brèves séances de conseil sur le VIH, sur la santé sexuelle et sur l'utilisation du préservatif. Un médecin a par ailleurs été invité à diriger bénévolement de brèves séances de conseil dans la discothèque. Grâce à cette approche créative encourageant les clients à opter pour des rapports à moindre risque, menZDRAV est parvenu à augmenter considérablement l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, ainsi que taux de dépistage du VIH.



Un intervenant en sensibilisation de menZDRAV enseigne des techniques de communication sur des pratiques sexuelles à moindre risque à un danseur employé dans une boîte de nuit. Photo de Denis Aleksandrov.

Les TIC et la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants

À mesure que se développe l'accès à Internet, les personnes intéressées par des rapports sexuels occasionnels et commerciaux se rencontrent de plus en plus souvent en ligne. L'anonymat permis par les applications de réseaux sociaux et les sites internet peut en faire des plateformes efficaces de promotion de la santé. Les programmes doivent donc envisager de s'étendre à la sphère virtuelle, à plus fort titre lorsqu'ils sont consacrés à des rencontres sexuelles occasionnelles ou commerciales. La diffusion de messages sur les médias sociaux peut renforcer et compléter la diffusion de messages de promotion des préservatifs et des lubrifiants diffusés sur d'autres médias de masse et renseigner les individus sur les points de vente existants. La promotion en ligne de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants offre une efficacité optimale lorsqu'elle est mise en œuvre dans un cadre sanitaire plus large visant à promouvoir l'accès à d'autres services de prévention du VIH et des IST, comme le conseil et le dépistage du VIH et des IST. Des exemples d'utilisation des médias sociaux sont proposés dans l'Encadré 3.7 et le Chapitre 5, Section 5.3.2.

Encadré 3.7

Exemple de cas : Utilisation des réseaux sociaux pour promouvoir l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants

L'utilisation des médias sociaux, des applications et des sites de rencontre pour promouvoir l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants constitue une stratégie efficace utilisée par de nombreuses organisations locales d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. À Kampala, en Ouganda, *Spectrum Uganda Initiatives* passe par des sites internet tels que *Planet Romeo*, *Adam 4 Adam* et l'application pour téléphone Grindr pour promouvoir leurs espaces sécurisés où des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se réunir et recevoir gratuitement des préservatifs et des lubrifiants de la part d'intervenants en sensibilisation communautaire formés. Comme ces plateformes de réseaux sociaux sont populaires auprès des membres de Spectrum, qui pourraient hésiter à se procurer eux-mêmes du matériel de prévention du VIH et des IST, ce système de messagerie permet d'optimiser la portée du programme et d'accroître l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants au sein d'un groupe à risque élevé.

L'organisation australienne *Ending HIV* (www.endinghiv.org.au) distribue gratuitement des préservatifs et des lubrifiants dans des endroits de divertissement sexuels, des clubs et des bars homosexuels, mais aussi des établissements de santé. Chaque site de distribution est répertorié sur une carte Google accessible en ligne et intégrée sur le site web de l'organisation, pour que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de tout le pays puissent localiser le lieu d'approvisionnement le plus proche en préservatifs, lubrifiants et services liés à la santé sexuelle.

3.2.4 Créer un contexte favorable à la promotion des préservatifs et des lubrifiants

La création d'un contexte favorable à une forte utilisation des préservatifs et des lubrifiants implique :

- la présence de cadres politiques, juridiques et réglementaires soutenant l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants ;
- l'application appropriée de ces cadres ;
- Le soutien des individus et des organismes clés à la mise en place de programmes et à l'accès aux préservatifs des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Questions juridiques et politiques

Les gouvernements doivent mettre en place des lois et réglementations nationales protégeant les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avant de pouvoir mener un programme efficace de prévention du VIH et des IST. La possession de préservatifs et de lubrifiants est encore pénalisée dans certains pays par des lois, des réglementations ou des pratiques répressives. Pour favoriser une distribution efficace et garantir les libertés individuelles, ces dispositions doivent être révisées de sorte que chacun puisse posséder des préservatifs et des lubrifiants sans que leur possession ne soit considérée comme la preuve d'un comportement délictueux. Dans les pays où les forces de l'ordre considèrent les préservatifs et les lubrifiants comme des preuves de travail sexuel, les gouvernements doivent mettre un terme à de telles pratiques. Les préservatifs et les lubrifiants ne doivent pas être considérés comme des preuves de comportements sexuels ou d'orientation sexuelle particuliers et ne doivent en aucun cas être confisqués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans de nombreux contextes où les rapports sexuels entre personnes de même sexe sont pénalisés, la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être perçues comme des incitations à un comportement délictueux. Les impératifs de santé publique doivent toutefois prévaloir sur les arguments d'ordre moral en

faveur du maintien de la criminalisation des pratiques homosexuelles, d'autant qu'une telle e cette criminalisation peut pousser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à dissimuler leur activité sexuelle, entravant encore davantage la prise de contact avec ces populations. L'objectif premier de la réforme politique et du plaidoyer doit porter sur la suppression des lois pénalisant le comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Encadré 3.8

Politiques nationales et activités de plaidoyer pour la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Décriminaliser les rapports sexuels entre personnes du même sexe afin d'assurer une mise en œuvre efficace de la distribution de préservatifs et de lubrifiants.
- Abroger les lois pénalisant la possession de préservatifs et/ou de lubrifiants.
- Éradiquer les pratiques répressives associant la possession de préservatifs et de lubrifiants au travail du sexe ou consistant à confisquer les préservatifs et les lubrifiants.
- Élaborer une législation nationale visant à protéger les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi les droits des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuels et des transgenres.
- Réformer les lois relatives à l'obscénité invoquées pour entraver la promotion de la santé et les activités d'éducation à la santé sexuelle organisées par des organisations de la société civile.

Soutien communautaire

La promotion des préservatifs et des lubrifiants ne doit pas se faire de façon isolée. Pour être efficaces, la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants doivent être intégrées à un ensemble plus large de services de santé et mises en œuvre par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au niveau local, les programmes de distribution de préservatifs et de lubrifiants conduits par la communauté sont plus susceptibles d'atteindre des objectifs de promotion de santé s'il existe une coopération directe avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes permettant de comprendre les situations et les facteurs sociaux qui compromettent l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants. L'utilisation de drogues, la violence, les rapports sexuels collectifs et occasionnels doivent par exemple être traités par des membres de la communauté impliqués dans la planification et l'élaboration des programmes afin de mettre au point des stratégies efficaces d'intervention et de réduction des risques. Selon le contexte, il est possible de remédier à ces situations en mettant en place des programmes ou en menant des activités de plaidoyer, ou en ayant recours à ces deux solutions.

Plaidoyer et soutien médiatique

Pour être efficace, la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants doit notamment s'appuyer sur des activités de plaidoyer pour inciter les médias à créer un environnement favorable à la promotion de des préservatifs et des lubrifiants. Pour ce faire, il est par exemple possible d'identifier et de soutenir des défenseurs de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants au sein du gouvernement, de la société civile et du système de services de santé. Il peut s'agir d'une personne opposée aux lois et règlements portant préjudice à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, mais aussi capable et désireuse de défendre publiquement l'abolition de telles lois. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de renforcer les compétences techniques et de plaidoyer de ces défenseurs par le biais de formations. Du matériel de formation sur la création d'un environnement propice à la promotion de l'utilisation des préservatifs des lubrifiants peut être élaboré ou adapté à partir de

modèles existants. Les défenseurs des préservatifs et des lubrifiants peuvent également bénéficier de conseils sur l'élaboration de stratégies de communication visant à impliquer les médias. Selon un modèle de « formation des formateurs », ils peuvent en outre dispenser des formations à la sensibilisation et renforcer les compétences des journalistes et des médias.

Encadré 3.9

Exemple de cas : Engager les collectivités dans la planification et la mise en œuvre d'un programme national de promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants

LVCT Health, un prestataire de services de santé sexuelle et de la reproduction liés au VIH possédant également le statut d'organisme de référence, plaide pour une amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Kenya. Il travaille en étroite collaboration avec des organismes nationaux de coordination et des acteurs clés (dont des groupes locaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) à la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, au conseil et au dépistage du VIH et à la mise en œuvre d'autres interventions de prévention liées au VIH présentant un intérêt et une utilité pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le cadre stratégique national kenyan de lutte contre le VIH/SIDA privilégie les programmes de prévention destinés aux populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pendant la phase de planification du programme, *LVCT Health* a mené des discussions de groupe avec des organisations locales visant à recueillir les opinions des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur la façon dont le cadre devrait traiter leurs problèmes. L'organisation a par ailleurs identifié les endroits les mieux indiqués pour la distribution de préservatifs et de lubrifiants ainsi que les « points chauds » fréquentés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les tenanciers de lieux de travail sexuel promeuvent l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants en réservant des emplacements de choix aux distributeurs. Le suivi permanent de l'accès et de la distribution de préservatifs et de lubrifiants pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est assuré en collaboration avec les communautés locales et la mesure de leur consommation dans les « points chauds » permet d'affiner les prévisions d'approvisionnement.

Encadré 3.10

Stratégies locales pour la création d'un contexte favorable à la promotion des préservatifs et des lubrifiants

- S'assurer que les préservatifs sont largement disponibles dans les points de vente et les endroits fréquentés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment les bars, les boîtes de nuit, les sites de rencontre, etc.
- Former les policiers à la promotion et à la protection des droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à la prévention du VIH/IST, incluant la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants.
- Distribuer aux intervenants en sensibilisation communautaire des cartes d'identité signées par des autorités policières locales afin de prévenir le harcèlement lors de la conduite d'activités de sensibilisation.
- Plaider pour l'élimination des pratiques locales pénalisant ou stigmatisant l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Mener des activités de plaidoyer en faveur de la mainmise du gouvernement sur l'acquisition de préservatifs et de lubrifiants par le biais de politiques gouvernementales, de stratégies et de budgets spécifiques.
- Organiser des activités de formation à l'attention des prestataires de services afin de mener des campagnes de promotion de la santé sexuelle et d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants au sein des services de santé destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Former les « défenseurs de la promotion des préservatifs et des lubrifiants » chargés de plaider auprès des médias et d'autres acteurs clés.

3.2.5 Promotion de l'utilisation de lubrifiants

Figure 3.1 Possibilités de promotion de l'utilisation de lubrifiant

<p>Plaider pour une disponibilité accrue des lubrifiants</p> <ul style="list-style-type: none">• Inclure les lubrifiants dans les documents de planification stratégique nationale sur le VIH• Inclure les lubrifiants dans les systèmes nationaux de passation des marchés	<p>Accroître l'accessibilité à des lubrifiants sûrs et compatibles</p> <ul style="list-style-type: none">• Distribuer des lubrifiants par l'intermédiaire d'ONG et de cliniques travaillant avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes• Proposer des lubrifiants présentés dans des emballages attrayants pour les consommateurs	<p>Éduquer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les prestataires de soin à l'utilisation de lubrifiant</p> <ul style="list-style-type: none">• Souligner l'importance de l'utilisation de lubrifiant pour éviter le glissement ou la rupture des préservatifs lors de relations sexuelles vaginales et anales• Éduquer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux dangers de l'utilisation de lubrifiants non compatibles avec les préservatifs, tels que des produits domestiques
---	--	---

Pour beaucoup, les lubrifiants constituent un élément indispensable à une vie sexuelle saine, choisie et épanouie (voir Encadré 3.2). Les recherches montrent qu'en l'absence de lubrifiants compatibles, abordables et accessibles, certaines personnes optent pour d'autres types de lubrifiant (p. ex. des lotions pour le corps, du savon, de l'huile de cuisson) susceptibles d'endommager le préservatif. Pour éviter cela, des lubrifiants compatibles doivent être associés aux préservatifs à tous les niveaux de planification et de mise en œuvre des programmes.

Tous les points de distribution doivent proposer des lubrifiants à base d'eau ou de silicone, selon la préférence des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour un certain type de lubrifiant ou une marque spécifique de lubrifiant. Tous ces produits doivent être conformes aux recommandations de l'OMS (voir la Section 3.4 pour de plus amples informations sur les recommandations de l'OMS relatives à l'acquisition de préservatifs et lubrifiants). La prévision, l'acquisition, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la distribution de lubrifiants doivent être intégrées aux processus de promotion des préservatifs et d'autres produits connexes. Les lubrifiants doivent être disponibles en tube, sachet ou autre, en fonction des préférences de la communauté locale. Les organismes de marketing social fournissent souvent du lubrifiant avec les préservatifs ; cette façon de procéder peut constituer un moyen d'efficace de distribution des lubrifiants.

Encadré 3.11

Exemple de cas : Emballage contenant à la fois des préservatifs et des lubrifiants

Au Laos, *Population Services International* a distribué des emballages contenant des préservatifs et des lubrifiants sous la marque *Number One Deluxe Plus*. Ces paquets complets ont été distribués par des intervenants en sensibilisation communautaire à des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des travailleuses du sexe et des individus transgenres. Ils ont été accompagnés de brochures d'information soulignant l'importance de l'utilisation conjointe du préservatif et du lubrifiant pour prévenir la transmission de maladies et minimiser les risques de rupture du préservatif.

En Thaïlande, la campagne *TestBKK's / Suck, F*#K, Test, Repeat* (www.testbkk.org) conjugue la promotion des préservatifs et des lubrifiants à des messages en faveur du dépistage du VIH s'adressant principalement aux jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les paquets distribués portaient le logo de la campagne et contenaient deux préservatifs, un sachet de 5 ml de lubrifiant à base d'eau et des instructions destinées à améliorer l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, ainsi que des informations sur le dépistage du VIH. Ces informations sur la santé sexuelle renvoient vers des services de distribution.

Le principal objectif des programmes de distribution de préservatifs et de lubrifiants consiste à accroître l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants. La communication doit donc mettre l'accent sur les avantages de l'utilisation conjuguée de ces deux produits.

Le plaidoyer doit être mené aux niveaux national et communautaire pour garantir un large accès à des préservatifs et lubrifiants compatibles et abordables à l'échelle nationale. Les lubrifiants sont souvent associés aux relations sexuelles anales entre hommes et font par conséquent l'objet d'une forte stigmatisation. Pour être efficace, le plaidoyer en faveur des lubrifiants doit parvenir à déstigmatiser l'utilisation des lubrifiants et souligner la nécessité de recourir aux lubrifiants pour réduire les risques de contraction du VIH et d'autres ITS et avoir des rapports sexuels plus agréables et plus sains. Il est fondamental d'encadrer ce message de façon à englober les besoins et les préoccupations de l'ensemble de la population afin de susciter l'adhésion d'un plus large public, des décideurs politiques et des acteurs du secteur privé. En soulignant que le lubrifiant permet d'éviter le déchirement des préservatifs lors des rapports anaux et vaginaux, il est possible de démontrer qu'il s'agit d'un produit de prévention nécessaire à tous les types de rapports, homosexuels comme hétérosexuels. Les activités de plaidoyer suivantes peuvent être menées pour améliorer l'accès à des lubrifiants sûrs, abordables et compatibles :

- Revoir le Plan stratégique national (PSN) pour le VIH et vérifier qu'il contient une disposition sur la disponibilité des lubrifiants. Si c'est le cas, assurer un suivi auprès des organismes gouvernementaux et des partenaires concernés pour inclure le lubrifiant dans le budget du gouvernement ou du partenaire consacré à la prévention du VIH. Dans le cas contraire, prévoir un plaidoyer dans la prochaine révision du PSN.
- Intégrer la nécessité d'assurer la disponibilité de préservatifs et de lubrifiants compatibles à tous les ateliers et séances de formation communautaire et de sensibilisation gouvernementale.
- Documenter la nécessité de proposer des préservatifs et des lubrifiants compatibles à des prix abordables. Documenter les besoins des individus entretenant des rapports hétérosexuels au même titre que ceux entretenant des rapports homosexuels afin d'éviter toute stigmatisation des lubrifiants.
- Encourager les partenaires à plaider auprès des gouvernements en faveur de l'inclusion des lubrifiants dans les programmes.
- Encourager les chercheurs qui menant des études relatives au VIH à inclure des questions portant sur l'accès et la disponibilité des lubrifiants.
- Accéder à l'outil en ligne intitulé « Global Lube Access Mobilization » pour recueillir d'autres idées (voir la Section 3.4 pour un lien vers ce document.)

3.2.6 Autres considérations autour des programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants

Programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants auprès des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La première expérience sexuelle avec une autre personne peut s'avérer complexe, surtout pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les pressions familiales, l'exclusion sociale et l'homophobie peuvent en effet compromettre leur capacité à négocier des relations sexuelles protégées au moyen de préservatifs et de lubrifiant. La promotion des préservatifs et des lubrifiants auprès des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne peut être efficace que si elle les fait participer à la conception et à l'exécution des programmes. À travers des groupes de discussion, des sondages, des entretiens informels et des réunions, les jeunes

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent identifier leurs propres besoins, exprimer leurs préférences et façonner des programmes qui y répondent. Après avoir participé aux premières étapes de planification, les jeunes doivent également être impliqués dans l'exécution du programme en qualité d'éducateurs ou d'intervenants en sensibilisation, mais aussi dans les opérations quotidiennes. Dans la mesure du possible, des postes rémunérés en horaire décalé, à temps partiel et à temps plein doivent être créés pour les jeunes participant aux programmes de promotion des préservatifs et lubrifiants.

L'une des étapes importante de ce processus consiste à encadrer les messages de promotion des préservatifs et des lubrifiants et les informations pédagogiques en utilisant un langage et des images reflétant la façon dont les jeunes s'expriment réellement. Outre la simple utilisation d'un langage auquel les jeunes soient réceptifs, il est important de mettre en place, dans la mesure du possible, des espaces physiques de réunion ou des centres communautaires réservés aux jeunes dans les établissements communautaires. Il est possible d'accroître la réceptivité à la promotion des préservatifs et des lubrifiants en ouvrant des espaces cohérents où les jeunes peuvent se réunir en toute sécurité, rencontrer des mentors et des intervenants en sensibilisation communautaires et obtenir de façon confidentielle des préservatifs et des lubrifiants dans un environnement tolérant.

S'il est nécessaire dans la plupart des contextes d'ouvrir des espaces sécurisés réservés aux jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (et aux jeunes LGBT en général), il est tout aussi important de veiller à ce que l'ensemble des espaces destinés aux jeunes acceptent également les minorités sexuelles. En coopérant avec des centres de jeunes existants et d'autres programmes de promotion de la prévention du VIH et de la santé sexuelle auprès des jeunes peut permettre de créer des environnements de tolérance et d'affirmation où tous les jeunes, indépendamment de leur orientation, de leur identité ou de leur expression sexuelles peuvent se sentir en sécurité et soutenus. L'organisation d'ateliers de sensibilisation et de groupes de discussion axés sur l'éducation à la santé sexuelle et l'étendue de la sexualité humaine constitue une mesure éprouvée de créer de tels environnements.

Programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants auprès de travailleurs sexuels fournissant des services aux hommes

Il existe une grande diversité de services sexuels proposés par les travailleurs du sexe hommes. Les programmes de promotion et de distribution de préservatifs doivent tenir compte de ces différences, mais aussi garantir que les travailleurs du sexe hommes ont accès aux produits dont ils ont besoin. Les programmes destinés aux travailleurs du sexe hommes doivent collaborer avec ces derniers pour identifier les informations et les produits dont ils ont besoin et ajuster leurs efforts de promotion et d'information en conséquence.

Les intervenants en sensibilisation communautaire œuvrant auprès des travailleurs du sexe hommes doivent eux-mêmes être des travailleurs du sexe, en activité ou non, afin de parvenir à la meilleure compréhension mutuelle possible, de réduire la stigmatisation et la discrimination au minimum et de faciliter le partage d'opinions. Les intervenants en sensibilisation communautaire doivent s'entretenir avec les travailleurs de sexe hommes sur des sujets pertinents, comme la façon de négocier l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants avec les clients ou la façon d'enfiler un préservatif avec la bouche de manière sensuelle.

Pour que la distribution de préservatifs aux clients des travailleurs du sexe soit efficace, il est nécessaire d'harmoniser les démarches de prévention du VIH des secteurs de la santé, du commerce et de la justice. Les préservatifs doivent être largement promus et disponibles, en particulier dans les petits commerces et lieux de vente non traditionnels situés à proximité des lieux de divertissement. Il importe surtout que les préservatifs et les lubrifiants soient disponibles dans les endroits de

commerce du sexe et dans les lieux de rencontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Lors d'un rapport sexuel commercial, il est bien plus probable qu'un préservatif ou que du lubrifiant soit utilisé s'il se trouve à portée de main. Il est donc absolument nécessaire que les tenanciers de lieux de services sexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne soient pas inquiétés, punis ou arrêtés par des agents de police ou d'autres personnes pour possession de préservatifs ou de lubrifiant.

Encadré 3.12

Stratégies pour une augmentation de l'utilisation du préservatif et du lubrifiant chez les travailleurs du sexe et leurs clients

- Points de distribution de préservatifs et de lubrifiants pratiques pour les clients des travailleurs du sexe, incluant les petits commerces de proximité, les lieux de travail et les établissements de commerce du sexe.
- Discuter avec les travailleurs du sexe de sujets pertinents, comme la façon de négocier l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants avec les clients ou de rendre ces produits attrayants.
- Utiliser l'éducation conduite par la communauté pour développer des compétences et promouvoir des connaissances en se plaçant du point de vue des travailleurs du sexe. L'éducation par les pairs en matière d'éducation sexuelle renforce la capacité des travailleurs du sexe à utiliser des préservatifs et des lubrifiants de façon systématique en cas de déséquilibres de pouvoir.

3.3 Gestion, suivi et évaluation du programme

Encadré 3.13

Principes directeurs pour le suivi et l'évaluation du programme

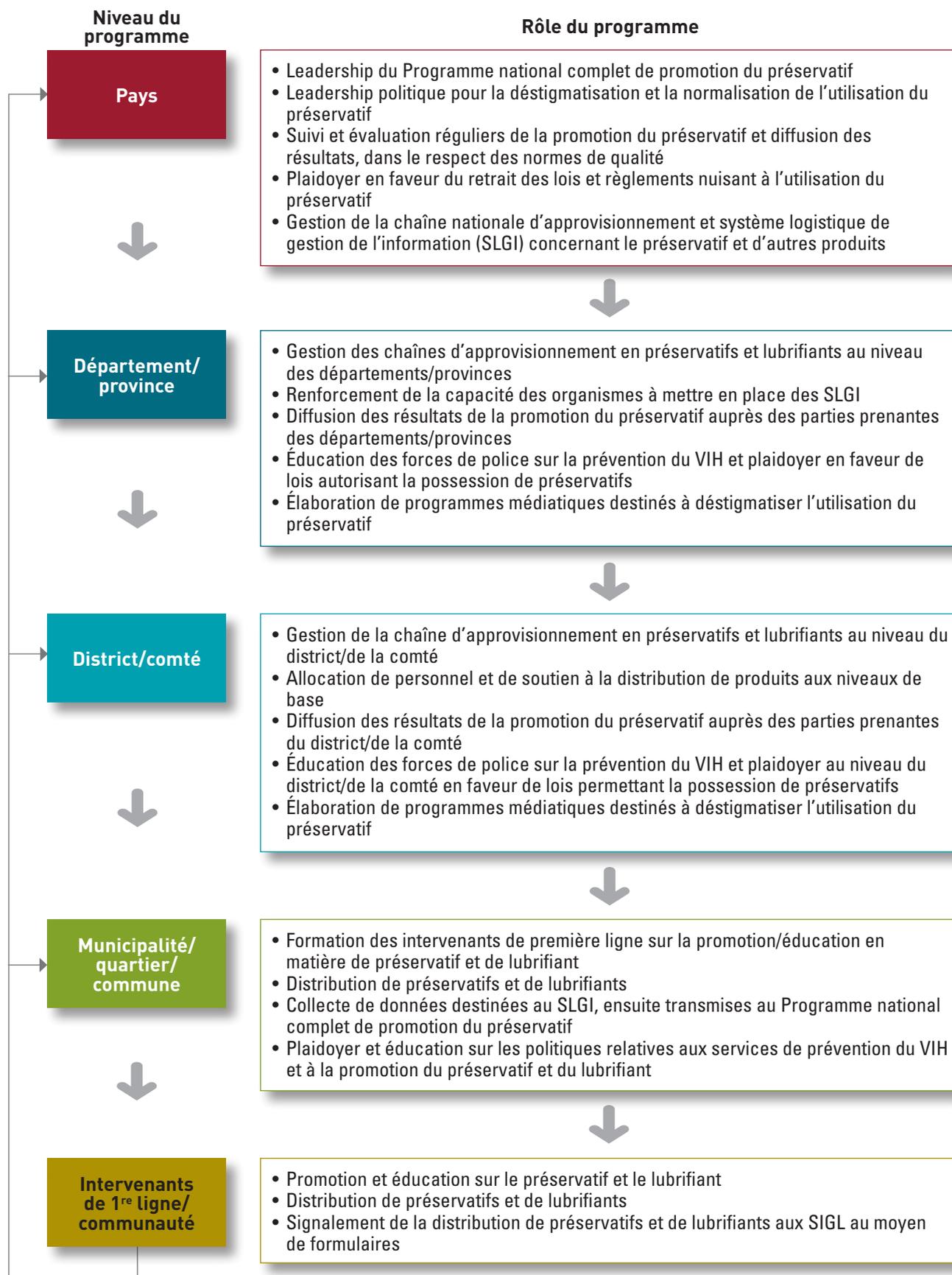
- Utiliser une approche fondée sur les droits qui s'appuie sur la participation concrète des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes à tous les niveaux de la promotion de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants.
- Pour être efficace, la promotion de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants doit s'appuyer sur des preuves concrètes, mais le manque de données ne doit pas décourager les efforts de coordination entre les intervenants publics, privés et les ONG.
- Encourager l'efficacité et la durabilité en impliquant ouvertement le grand public et en encourageant le partage des connaissances et d'informations.
- Appliquer des indicateurs pertinents pour déterminer la disponibilité, la couverture, la qualité et l'impact de la programmation de la promotion de préservatifs et de lubrifiants.

3.3.1 Rôles et responsabilités

La Figure 3.2 illustre les différents paliers de gestion de la promotion du préservatif et du lubrifiant ainsi que les partenariats et la coordination entre le gouvernement et les organismes de mise en œuvre.

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Figure 3.1 Rôles et responsabilités dans la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants



Note : programme roles shown are not exhaustive.

3.3.2 Suivi du programme

Le Tableau 3.3 présente des exemples d'indicateurs à l'échelle du pays et des services. Pour les indicateurs nationaux, se reporter à l'outil de l'OMS intitulé *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* (2015 – voir Section 3.4).

Tableau 3.3 Indicateurs de suivi d'un programme de promotion de préservatifs et de lubrifiants

Activité	Objectif	Indicateur	Sources des données
Voir à l'approvisionnement en préservatifs et en lubrifiants et s'assurer de leur distribution auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1	Ratio de préservatifs et de lubrifiants distribués/estimation du nombre de préservatifs et lubrifiants nécessaires par mois	Outil de micro-planification Registres de stocks de préservatifs et de lubrifiants Questions au moment de l'inscription Autres évaluations des écarts entre l'offre et la demande
	0	Nombre d'organismes de mise en œuvre/points de distribution rapportant une rupture de stock de préservatifs distribués gratuitement au cours du dernier mois	Organisme de mise en œuvre ou registres de stocks de préservatifs des points de distribution
	0	Nombre d'organismes de mise en œuvre/points de distribution rapportant une rupture de stock de lubrifiants à distribution gratuite au cours du dernier mois	Organisme de mise en œuvre ou registres de stocks de lubrifiants des points de distribution
	90 %	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes recevant des préservatifs et des lubrifiants de la part d'organismes de mise en œuvre/points de distribution	Organisme de mise en œuvre/registres des points de distribution
	90 %	% de secteurs de dénombrement où les préservatifs sont en vente à moins de 10 - 20 minutes de marche	Enquête de couverture du marketing social du préservatif
	95 %	% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en accord avec l'affirmation suivante : « les préservatifs sont disponibles quand j'en ai besoin ».	Enquêtes de suivi du comportement
Promotion à plusieurs niveaux des préservatifs et des lubrifiants	90 %	% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant rapporté avoir utilisé un préservatif et du lubrifiant au cours de la dernière relation sexuelle anale.	Questions au moment de l'inscription (essentielles) Questions de routine lors d'une consultation médicale
	5 %	% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant rapporté une relation sexuelle anale insertive non protégée lors de leur dernier rapport sexuel	Enquêtes de suivi du comportement

3 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Activité	Objectif	Indicateur	Sources des données
	Augmentation	% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant identifié des facteurs de motivation à l'utilisation du préservatif et de lubrifiant	Enquêtes de suivi du comportement
	Diminution	% des hommes qui ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant identifié des obstacles à l'utilisation du préservatif et de lubrifiant	Enquête de suivi du comportement
	Augmentation	% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes possédant une bonne connaissance des lubrifiants sûrs	Enquête de suivi du comportement
Créer un contexte favorable à la promotion de l'utilisation du préservatif des préservatifs et des lubrifiants	0	Nombre de confiscations de préservatifs ou de lubrifiants rapportées	Rapports du programme
	90 %	% d'organismes de mise en œuvre ayant fait état de besoins en préservatifs et en lubrifiants auprès du programme national	Système d'information sur la gestion logistique

3.3.3 Évaluation

L'évaluation de l'efficacité de la promotion et de la distribution de préservatifs et de lubrifiants auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes complète le suivi régulier du programme. Elle permet par ailleurs d'évaluer si les programmes ont effectivement généré une modification de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi l'ensemble des méthodes et outils d'évaluation, les outils les plus couramment utilisés sont la collecte régulière de données sur la distribution et la vente de préservatifs, les enquêtes de suivi du comportement, les enquêtes sur la couverture en préservatifs et en lubrifiants et les évaluations de processus réalisées à partir de données de suivi régulier.

Les enquêtes de suivi du comportement sont menées à intervalles réguliers (tous les deux à quatre ans) auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'identifier les effets des interventions sur leur état de santé. Ces enquêtes mesurent les changements intervenus dans l'utilisation auto-rapportée du préservatif et du lubrifiant, mais aussi dans les motivations et les obstacles liés à leur utilisation. Certaines enquêtes de suivi du comportement peuvent également inclure des biomarqueurs mesurant la prévalence du VIH et/ou des IST.

Les enquêtes de couverture en préservatifs et en lubrifiants sont généralement utilisées par les programmes de marketing social. Elles procèdent par sondage en grappes de l'assurance de la qualité pour mesurer le niveau et la qualité de la couverture en préservatifs et en lubrifiants au sein de zones de dénombrement cartographiées.

Une évaluation de processus fondée sur des données de suivi régulier peut constituer un outil instructif permettant de mesurer la progression vers les résultats du programme. Les indicateurs d'approvisionnement en préservatifs et en lubrifiants peuvent ainsi être mesurés au moment de l'élaboration des rapports du programme et à travers l'utilisation du SLGI. L'examen régulier de ces données aide à vérifier si les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jouissent d'un accès suffisant aux préservatifs et aux lubrifiants.

3.4 Ressources et lectures complémentaires

1. Barnes J, Vail J, Crosby D. *Total market initiatives for reproductive health. Bethesda (MD): Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates*; 2012.
<http://www.poline.org/node/562153>
2. Barnes J, Armand F, Callahan S, Revuz C. *Using total market approaches in condom programs. Bethesda (MD): Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates*; 2015.
<http://abtassociates.com/Reports/2015/Using-Total-Market-Approaches-in-Condom-Programs.aspx>
3. *Contraceptive forecasting handbook for family planning and HIV/AIDS prevention programs. Arlington (VA): Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc., US Agency for International Development*; 2000.
<http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/publication/display.cfm?txtGeoArea=INTL&id=10340&thisSection=Resources>
4. Gardiner E, Schwanenflugel D, Grace C. *Market development approaches scoping report. Londres: HLSP*; 2006.
http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDA_Scoping_Report_2006_10.pdf
5. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et chez les populations transgenres: Recommandations pour une approche de santé publique* Genève: Organisation mondiale de la santé; 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/
6. *Targeted interventions under NACP III: operational guidelines. Volume I: core high risk groups. New Delhi: National AIDS Control Organisation, Gouvernement indien*; 2007.
http://www.iapsmgc.org/userfiles/3TARGETED_INTERVENTION_FOR_HIGH_RISK_GROUP.pdf
7. *Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010. Genève: Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population et Family Health International*; 2010, mise à jour 2013.
<http://www.unfpa.org/resources/male-latex-condom>
8. *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: WHO/UNFPA/FHI360 advisory note. Genève: Organisation mondiale de la santé*; 2012.
<http://www.who.int/hiv/amds/UNFPACondomSuppliers.pdf>
9. *WHO pre-qualified male and female condom suppliers. Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour la population (date indéterminée).*
[http://www.who.int/hiv/amds/UNFPACondom and lubricantSuppliers.pdf](http://www.who.int/hiv/amds/UNFPACondom%20and%20lubricantSuppliers.pdf)
10. *The Global Lube Access Mobilization (GLAM) toolkit: advocacy to improve access to safe, condom-compatible lubricant in Africa, version 2.0. International Rectal Microbicide Advocates (IRMA)*; 2012.
http://www.rectalmicrobicides.org/docs/GLAM_Toolkit%20E%20060313.pdf
11. *Safety of lubricants for rectal use: a fact sheet for HIV educators and advocates. International Rectal Microbicide Advocates (IRMA)*; 2010.
<http://rectalmicrobicides.org/docs/Lube%20safety%20fact%20sheet%20FINAL%20Oct%202013.pdf>
12. *Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming. New York (NY): Fonds des Nations Unies pour la population*; 2011.
<http://www.unfpa.org/publications/comprehensive-condom-programming>
13. *Tool to set and monitor targets for prevention, treatment and care for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève: Organisation mondiale de la santé*; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
14. Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy. FNUAP, OMS, ONUSIDA*, 2015.
http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention#54
15. Kelvin EA, Mantell JE, Candelario N, Hoffman S, Exner TM, Stackhouse W, et al. *Off-label use of the female condom for anal intercourse among men in New York City. Am J Public Health. 2011*; 101(12):2241-2244. doi: 10.2105/AJPH.2011.300260.
16. *Rapid response: female condom use for men who have sex with men. Toronto (ON): Ontario HIV Treatment Network*; 2013.
<http://www.ohntn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR74-Female-condoms.pdf>



4

Prestation de soins de santé : approches visant à améliorer le continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH

Contenu

4.1 Introduction	91
4.1.1 Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH	92
4.1.2 Fournir des services de santé complets aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	93
4.2 Prévention combinée	97
4.2.1 Interventions comportementales au niveau individuel et collectif	98
4.2.2 Recueil des antécédents de risques sexuels ou d'autres types de risques	100
4.2.3 Stratégies d'adaptation (sérotriage, positionnement stratégique)	103
4.2.4 Circoncision masculine médicale volontaire	103
4.2.5 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	103
4.2.6 Conseil et dépistage volontaire du VIH	106
4.2.7 Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	111
4.2.8 Prophylaxie post-exposition (PEP)	117
4.2.9 Services de soin des infections sexuellement transmissibles	119
4.2.10 Autres services de santé sexuelle	126
4.3 Soins et traitement	129
4.3.1 Soins et traitement antirétroviraux	129
4.3.2 Tuberculose	133
4.3.3 Santé mentale	134
4.3.4 Toxicomanie et alcoolisme	138
4.4 Approches de prestation de services	141
4.4.1 Approches cliniques	141
4.4.2 Les approches communautaires	145
4.4.3 Utilisation des technologies de l'information et de la communication	159
4.4.4 Espaces sécurisés	160
4.5 Ressources et lectures complémentaires	162

Que contient ce chapitre ?

Contenu du présent chapitre.

- Le **continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH et les services de santé complets** (Section 4.1) ;
- Les **interventions de prévention combinée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** (Section 4.2), portant notamment sur la santé sexuelle et la réduction des risques, la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, le conseil et le dépistage volontaires du VIH, la prophylaxie pré et post-exposition, ainsi que le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- Les **interventions constituant le continuum de soins** (Section 4.3), notamment les soins et les traitements antirétroviraux, le traitement de la tuberculose, les services d'évaluation de la santé mentale et le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ;
- Les **approches de prestation de services**, notamment les approches cliniques, les approches conduites par la communauté, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication et les espaces sécurisés (centres communautaires) (Section 4.4).

Ce chapitre fournit également une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 4.5).

4.1 Introduction

Ce chapitre décrit la façon dont les gouvernements, les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les prestataires privés peuvent planifier, proposer et élargir des services complets et efficaces de prévention, de soins et de traitement pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour mobiliser et soutenir des interventions vitales de lutte contre le VIH, la communauté et les partenaires publics et privés doivent collaborer à la création d'un réseau d'interventions biomédicales, comportementales, sociales et structurelles. Ce chapitre présente un ensemble de services et expose des approches novatrices visant à combler les lacunes, à assurer un meilleur référencement et à renforcer l'observance du traitement dans le continuum de prévention, de soins et de traitement.

Les résultats en matière de VIH sont sensiblement meilleurs lorsque les services sont conduits et soutenus par la communauté.¹ Il est essentiel que les programmes nationaux dressent un bilan des ressources consacrées à la prévention, aux soins et au traitement du VIH et qu'ils identifient et promeuvent l'adoption de ceux qui s'avèrent respectueux, utiles et accessibles pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des services qui n'étaient proposés que dans certains établissements de santé permanents peuvent désormais être dispensés par la communauté et vice versa.

L'ensemble des services décrits dans le présent chapitre se fonde sur les Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014² de l'OMS et s'articule autour des deux sections suivantes :

- **les interventions de prévention combinée** (Section 4.2) : santé sexuelle et réduction des risques, promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, conseil et dépistage volontaires du VIH (CDV), prophylaxie pré-exposition (PrEP), prophylaxie post-exposition (PEP) et services de diagnostic/traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- **les interventions de soins et de traitement** (Section 4.3) : soins et traitements antirétroviraux, tuberculose, santé mentale et traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Ce chapitre décrit également les différentes **approches de prestation de services** nécessaires (Section 4.4), notamment les approches cliniques cherchant à impliquer les organisations communautaires, le secteur public et le secteur privé pour maximiser la portée et l'adoption des programmes et réduire les décrochages ; la sensibilisation communautaire et l'orientation par les pairs ; les technologies de l'information et de la communication (TIC) ; et l'utilisation d'espaces sécurisés et de centres communautaires.

Ce chapitre aborde également l'exécution de ces éléments en formulant des conseils pour la mise en œuvre des programmes et des exemples de cas illustrant différentes modalités d'exécution. Le contexte dans lequel vivent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est susceptible d'évoluer rapidement et les communautés peuvent être affectées par des crises. C'est non seulement vrai pour les services liés au VIH, qui ne bénéficient pas toujours d'un financement constant et approprié, mais aussi pour le comportement de la société envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les déclarations politiques ou l'introduction de lois condamnant l'homosexualité ne sont que trop fréquentes et constituent un véritable défi. Le mode de prestation de services dépend donc de différents paramètres propres à chaque contexte.

¹ Dans la plupart des contextes évoqués ici, le terme « communauté » désigne les populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt que les groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ils peuvent appartenir. Ainsi, la « sensibilisation de la communauté » désigne la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les « actions menées par la communauté » sont des actions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour de plus amples détails, consulter le glossaire.

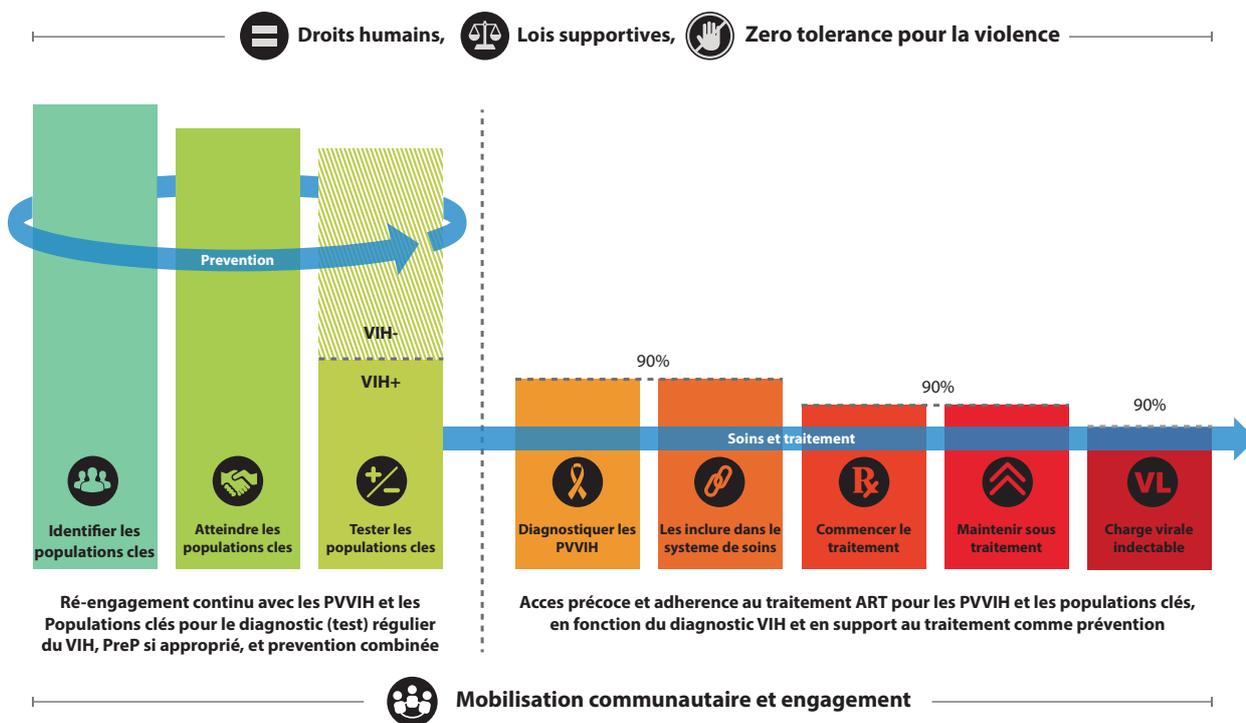
² *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. Genève : OMS ; 2014

4.1.1 Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH

La Figure 4.1 illustre le continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH. Elle illustre les étapes essentielles à suivre pour planifier et mesurer le flux des patients à travers les services de prévention, de soins et de traitement. Elle souligne d’abord l’importance de déterminer la taille et la répartition géographique de la population clé (en l’occurrence, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) puis d’en évaluer le niveau de risque et les besoins pour ensuite lui proposer des produits et des services de prévention du VIH à travers un ensemble d’approches. L’un des principaux objectifs consiste à encourager le recours au conseil et au dépistage du VIH puis à inciter sans cesse les individus séronégatifs à se soumettre à des dépistages réguliers et à s’inscrire à des programmes de prévention combinée. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes infectés par le VIH sont dirigés vers des programmes de soins jusqu’à ce qu’ils deviennent éligibles à une thérapie antirétrovirale (TARV). Sur le long terme, le recours à une TARV suivie finit par supprimer la charge virale.

Figure 4.1 Comblant les lacunes du continuum de prévention, de soins et de traitement

Le continuum de prévention, soin et traitement du VIH



Source : USAID/LINGAKES. Remarque : cet exemple est fourni à titre illustratif et ne se fonde pas sur des données propres à une zone géographique ou démographique clé. PLHIV = PVVIH (personnes vivant avec le VIH).

Le continuum est un puissant outil de diagnostic, de plaidoyer, de planification et de suivi qui peut être facilement compris et utilisé par tous les acteurs de la riposte au VIH. La cartographie des données dans le continuum permet aux parties prenantes locales :

1. d’identifier les « fuites » dans le système, autrement dit le moment où les populations clés abandonnent le programme ou se trouvent dans l’incapacité d’accéder à éléments essentiels de l’ensemble des produits et services ;
2. d’analyser les causes profondes de ces lacunes ;
3. d’identifier les solutions les plus efficaces pour améliorer le fonctionnement du système ;
4. de peaufiner et d’orienter les interventions et services visant à réduire la transmission et l’incidence du VIH.

Les décrochages au cours du continuum du VIH constituent un problème majeur à travers le monde et affectent surtout les populations clés, dans la mesure où les services ne sont pas mis à leur disposition ou sont source de stigmatisation. Le cadre représenté à la Figure 4.1 met l'accent sur l'importance de la stratégie « rechercher-dépister-traiter-fidéliser » pour atteindre l'objectif de prévention, qui consiste à réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH de 75 % (soit moins de 500 000 cas par an) d'ici 2020, ainsi que l'objectif de traitement 90-90-90 à l'horizon 2020, tous deux fixés par l'ONUSIDA :

- 90 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique ;
- 90 % de l'ensemble des personnes diagnostiquées comme étant séropositives bénéficieront d'une TARV suivie ;
- 90 % de l'ensemble des personnes bénéficiant d'une TARV atteindront une suppression virale durable.

L'ONUSIDA a également appelé à couvrir 90 % des populations clés, dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en mettant en œuvre des trains de mesures de prévention combinée comprenant la promotion de l'utilisation de préservatifs et lubrifiants et la PrEP.

4.1.2 Fournir des services de santé complets aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La Figure 4.2 présente un modèle ou algorithme qui peut être utilisé pour fournir des soins complets visant à répondre aux différents besoins cliniques et médicaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle résume les interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à différents points du continuum de prévention, de soins et de traitement. Elle tient compte du statut sérologique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en indiquant les interventions appropriées.

Les services commencent par évaluer les besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avant de leur proposer des produits et services de prévention du VIH à travers une série d'approches combinées. L'un des principaux objectifs consiste à encourager le recours au conseil et au dépistage du VIH puis à inciter sans cesse les individus séronégatifs à se soumettre à des dépistages réguliers et à s'inscrire à des programmes de prévention combinée. Les HSH infectés par le VIH sont dirigés vers des programmes de soins et doivent entamer une TARV.

Plusieurs considérations et principes fondamentaux doivent éclairer la planification, la conception et la prestation des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

L'implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la prestation de soins : Les membres de la communauté doivent aussi souvent que possible être impliqués dans la conception, la mise en œuvre, la gestion et l'évaluation des services de soins de santé, qu'ils soient fournis au sein de la communauté ou en milieu clinique. Les considérations évoquées ci-dessous s'appliquent particulièrement aux contextes où les prestataires disposent d'une expérience limitée ou nulle auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. On peut toutefois remédier à un grand nombre d'entre elles en impliquant dans la prestation de services des membres de la communauté suffisamment formés et soutenus. Les rôles joués par les intervenants en sensibilisation communautaire (voir Section 4.4.2, Partie A) et les pairs-pivots (Section 4.4.2, Partie C) permettent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de fournir des renseignements aux membres de leur communauté, de les orienter vers certains services et de les guider à travers les différentes étapes de soins. En outre, la présence de membres de la communauté correctement formés au sein du personnel clinique (comme des réceptionnistes, des fournisseurs de conseil et de dépistage du VIH, des administrateurs et des infirmières ou des médecins) permet d'accroître

4 Prestation de soins de santé

le recours aux services proposés en garantissant que ces services sont respectueux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur semblent acceptables.

La mise en place d'un environnement accueillant : Pour proposer des soins de qualité, il est nécessaire que les patients soient accueillis dans un espace sécurisé par un personnel respectueux et puissent ensuite nouer une relation de confiance avec leur prestataire de soins. Le prestataire de soins peut être amené à devoir faire preuve d'une perspicacité et d'une sensibilité accrues lorsqu'il consigne les antécédents médicaux ou procède à un examen médical, dans la mesure où les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination lorsqu'ils cherchent à accéder aux services de santé. Des facteurs individuels (comme les expériences personnelles) et des facteurs sociétaux (comme les comportements et les normes à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) peuvent entraver l'établissement d'une relation thérapeutique. Les prestataires de soins doivent être conscients de ces facteurs et de leurs propres préjugés. La mise en place d'un environnement thérapeutique sûr et favorable est le premier pas vers la prestation de soins appropriés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Apprendre à interagir avec les patients : Les prestataires de soins doivent apprendre à interagir correctement avec des patients hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à leur communiquer des informations appropriées sur leur santé. Une stratégie utile consiste à organiser une formation sur la gestion clinique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur la nécessité de faire preuve d'empathie dans la prestation de services pour qu'ils se sentent en sécurité, acceptés et valorisés. Du matériel de formation de grande qualité a été mis au point par des praticiens expérimentés dans la prestation de services de santé aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Section 4.5).

Comprendre la crainte de dévoiler ses symptômes : Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent présenter des symptômes manifestes d'IST sans toutefois chercher à obtenir des soins, par peur ou honte de révéler leur comportement sexuel, leur orientation sexuelle ou la présence de symptômes de maladies sexuellement transmissibles. Les professionnels de la santé doivent également être conscients que la détresse psychologique ou émotionnelle peut être dissimulée, même si les symptômes psychologiques (comme la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires) sont plus fréquents chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le quotidien des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peut être marqué d'expériences de discrimination flagrante ou d'autres formes d'exclusion plus subtiles. Les systèmes de prestation de soins de santé, en milieu clinique ou dans la communauté, doivent être prêts à répondre aux besoins psychosociaux de leurs patients.

Réorienter vers la TARV : Avec l'élargissement de la TARV à un vaste public, plusieurs difficultés programmatiques sont apparues, comme un niveau sous-optimal de dépistage du VIH, d'adhérence à la TARV et d'observance du traitement. Les programmes de VIH se trouvent confrontés à une difficulté supplémentaire liée à le référencement tardif vers des services de traitement du VIH et à des taux de défection élevés avant le début de la TARV parmi les personnes infectées par le VIH, qui entrave l'amélioration des services et la progression vers l'objectif d'une couverture universelle. Il est essentiel d'assurer un lien rapide vers des services de TARV pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH. Ces problèmes focalisent aujourd'hui l'attention du public, étant donné l'intérêt croissant d'administrer un traitement plus précoce après l'infection pour accroître la part des patients sous TARV dont la charge virale a été supprimée et qui présentent donc un risque négligeable de transmettre le virus. Les programmes conduits par la communauté peuvent se révéler utiles en assurant un référencement précoce vers les services de soins et un taux de rétention élevé. Ils contribuent également de façon significative à l'observance des traitements.

Adopter une approche globale : Dans le cadre d'une consultation ou pendant le suivi des patients, il convient d'adopter une approche globale de la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec

Figure 4.2 Modèle de train de mesures de prévention, de soins et de traitement recommandé par l'OMS pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES		
	VIVANT AVEC LE VIH	SÉRONÉGATIF AU VIH
PRÉVENTION	✓ Sensibilisation, distribution de préservatifs et de lubrifiants compatibles, mise à disposition d'espaces sécurisés, mobilisation de la communauté (Sections 4.2.5, 4.4.2, 4.4.4)	✓ PrEP pour les hommes exposés à un risque important et prolongé d'infection par le VIH (Section 4.2.7)
		✓ PEP à la suite d'une exposition présumée (Section 4.2.8)
	✓ Interventions comportementales visant à soutenir une stratégie de réduction des risques (Section 4.2.1)	
	✓ Brève séance de conseils sur la sexualité	
	✓ Dépistage du cancer de l'anus (Section 4.2.10)	
	✓ Dépistage du cancer de la prostate	
	✓ Dépistage des IST (Section 4.2.10)	
	✓ Réduction des risques liés à la consommation de drogues chez les toxicomanes (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, thérapie de substitution des opiacés, programmes de traitement de la toxicomanie, prévention et gestion des overdoses d'opiacés) (Section 4.3.4)	
DÉPISTAGE DU VIH	✓ Pour les partenaires sexuels (Section 4.2.6)	✓ Dépistage au minimum tous les 12 mois et plus fréquemment en cas d'exposition à haut risque prolongée ; vaut aussi pour les partenaires sexuels (Section 4.2.6)
NOUVEAU TEST ET TEST DE CONFIRMATION	✓ Renouvellement du test avant d'entamer une TARV ou en cas de référencement vers des programmes de soins suite à dépistage communautaire (Section 4.2.6)	✓ Renouvellement du test tous les 12 mois au moins, avant d'entamer la PrEP, et plus fréquemment en cas d'exposition à haut risque prolongée (Sections 4.2.6, 4.2.7)
TRAITEMENT	✓ Traitement antirétroviral (Section 4.3.1)	
AUTRES SERVICES CLINIQUES	✓ Évaluation et fourniture de vaccins, notamment contre le VHB (Section 4.2.9)	
	✓ Dépistage et traitement du VHB et du VHC (Section 4.2.9)	
	✓ Chimio prophylaxie par cotrimoxazole	
	✓ Intensification du dépistage de la TB et référencement vers un traitement de la tuberculose (Section 4.3.2)	
	✓ Fourniture de thérapie préventive par isoniazide (Section 4.3.2)	
AUTRES SERVICES DE SOUTIEN	✓ Services de santé mentale (Section 4.3.3)	
	✓ Conseil, soutien et traitement psychosocial et conseils relatifs à l'observance du traitement	
	✓ Aide à la révélation et à la mise au courant du partenaire	
	✓ Services juridiques	

Source : OMS, 2014 ; OMS, 2013 ; OMS, 2012 ; OMS, 2008.

4 Prestation de soins de santé

des hommes. Ces derniers devraient être encouragés à aborder des questions telles que la nutrition, les vaccinations, la prévention des IST, le dépistage de maladies chroniques et les bienfaits d'une vie émotionnelle équilibrée. Le cas échéant, les programmes d'éducation sanitaire peuvent être conçus de façon à aborder la question de l'auto-prise en charge du point de vue spécifique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en fournissant notamment des informations sur la façon de développer des mécanismes de défense face aux facteurs de stress liés au statut de minorité, tels que l'homophobie et l'hétérosexisme.³ Toutes les consultations doivent avoir pour objectif secondaire d'encourager les individus à veiller activement sur leur propre santé et à se tourner spontanément vers des professionnels de la santé pour obtenir des conseils, mais aussi vers d'autres ressources, comme Internet (voir Section 4.4.3 et Chapitre 5). Le renforcement des partenariats entre les programmes à base communautaire desservant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les établissements médicaux courants permettrait d'assurer une meilleure coordination en vue de répondre aux besoins généraux de cette population.

Intégrer les services : Les services liés au VIH sont souvent cloisonnés et isolés des autres services de soins. Les lieux de prévention sont généralement distincts de ceux réservés aux soins ou au traitement du VIH, eux-mêmes parfois séparés des services de traitement des IST, d'aide à l'observance ou d'autres services liés au VIH. Traiter les patients atteints du VIH à l'écart des autres services peut entraver leur maintien en bonne santé. Il est notamment possible de lever cet obstacle en soulignant l'importance de disposer d'un système de soins intégré et de dispenser des formations transversales aux prestataires de soins leur permettant de proposer différents services à un même patient, comme des services de soin de l'hypertension, de conseil sur la gestion du stress ou de dépistage de routine des ITS. Faire en sorte que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les membres de la communauté ne soient pas seulement des bénéficiaires de services mais remplissent également une fonction de prestataires ou de conseil peut contribuer à façonner une prestation de services appropriée (voir également la Section 4.3.1, Partie D.)

Se tenir informé et élargir ses connaissances : Il est indispensable de s'impliquer et de participer à des formations s'appuyant sur des informations novatrices et fondées pour pouvoir fournir des soins cliniques optimaux à tous les patients. Ces informations incluent des orientations à jour sur la gestion des maladies chroniques associées à l'infection par le VIH, la TARV et le vieillissement. Dans les pays où les ressources sont limitées, des stratégies créatives doivent être mises en œuvre pour avoir accès à ces connaissances de pointe. Des webinaires tels que ceux proposés par le Fenway aux États-Unis offrent une manne d'informations issues de recherches et d'évaluations (voir Section 4.5). En Afrique du Sud, l'*Anova Health Institute* utilise un système de listes de diffusion sur abonnement géré par un médecin pour diffuser les derniers travaux publiés revus par les pairs et des articles d'actualité sur le VIH, en mettant un accent discret sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations clés. Lancée fin 2012, cette plateforme dessert plus de 170 cliniciens, chercheurs et autres audiences en Afrique du Sud. Plus de vingt articles en moyenne sont répertoriés, introduits par une brève présentation et envoyés chaque mois.⁴

Concevoir et organiser des services de santé complets en vue d'une mise à l'échelle : Il est nécessaire d'adopter des approches systématiques et normalisées pour atteindre un taux de couverture élevé, proposer des services de qualité et assurer une liaison avec des services liés au VIH, à la santé sexuelle ou d'autres types de services. Une fois mis en œuvre et mis à l'échelle, les services peuvent être élargis pour répondre aux besoins sanitaires plus larges des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La Figure 4.3 représente une approche progressive de la mise à l'échelle des services visant à faire évoluer des services externes en services conduits par la communauté.

3 L'homophobie est une aversion, une peur, un préjugé ou une discrimination à l'égard des personnes homosexuelles, que leur orientation soit avérée ou supposée, ou à l'égard des cultures ou comportements homosexuels. L'hétérosexisme est l'imposition de l'hétérosexualité comme seule expression normale et acceptable de la sexualité. Il induit des préjugés ou des discriminations à l'encontre des personnes non hétérosexuelles ou perçues comme telles.

4 Plus d'information en contactant moderator@anovahealth.co.za ou en s'abonnant à http://lists.anovahealth.co.za/mailman/listinfo/hiv_clinician

nouvelles infections. »⁵ Les programmes de prévention combinée peuvent inclure tous les services décrits dans ce chapitre. Les programmes doivent :

- être adaptés aux conditions et aux besoins locaux et nationaux ;
- concentrer les ressources sur l'association des mesures programmatiques et politiques nécessaires pour traiter à la fois les risques immédiats et la vulnérabilité sous-jacente ;
- être développés de façon synergique et cohérente à plusieurs niveaux (p. ex. individuel, relationnel, communautaire, sociétal) pendant la période nécessaire ;
- mobiliser des ressources communautaires, publiques, privées et globales ;
- intégrer des mécanismes d'apprentissage, de renforcement des capacités et de flexibilité pour permettre l'amélioration continue et l'adaptation à un environnement en évolution.

Les approches combinées doivent être considérées dans le cadre plus vaste du continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH, en tenant compte de l'interdépendance de la prévention, des soins et du traitement.

4.2.1 Interventions comportementales au niveau individuel et collectif

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Il est recommandé de mettre simultanément en œuvre des interventions comportementales au niveau individuel et communautaire. (p. 41)

Les groupes actifs dans le secteur de la santé masculine et les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent des partenaires essentiels dans l'offre d'une formation complète sur la sexualité humaine et la prestation de services. Il convient donc de les impliquer activement. Ils peuvent également faciliter l'interaction avec des membres de communautés sexuelles diverses et ainsi permettre de mieux comprendre la santé émotionnelle et les besoins sociaux de ces dernières, mais aussi le coût de l'inaction en matière de lutte contre. (p. 103)

Les interventions comportementales individuelles et collectives doivent être accueillantes, ne pas porter de jugement et être axées sur le patient. Le mentorat et le développement des compétences doivent être axés sur la mise en place de plans de sécurité sanitaire orientés vers des objectifs réalistes. Les sujets traités peuvent inclure la négociation de rapports sexuels à moindre risque avec un partenaire, l'exclusivité ou non des relations, la décision d'utiliser des préservatifs et du lubrifiant, les pratiques sexuelles à moindre risque (relations sexuelles anales insertives ou réceptives, orales ou anales, masturbation, utilisation d'accessoires sexuels, etc.), la communication au partenaire d'une infection par le VIH ou une IST, le dépistage du VIH en couple, des considérations relatives à la prévention biomédicale comme la PrEP et la PEP et les avantages d'un traitement précoce et suivi du VIH.

Des ressources humaines suffisantes, un environnement favorable et une adaptation au contexte local sont des éléments indispensables au succès des interventions comportementales individuelles et collectives.

Ressources humaines

Les interventions comportementales peuvent être mises en œuvre par de nombreuses professions différentes du secteur de la santé, comme les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, les cliniciens et les conseillers. Des intervenants non professionnels formés en sensibilisation communautaire peuvent également mettre en œuvre efficacement des interventions comportementales.

⁵ *Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections*. Genève : ONUSIDA ; 2010.

Le succès des interventions comportementales repose sur des formations transversales de grande qualité permettant de couvrir non seulement le contenu technique, mais également les informations clés sur les stratégies de communication, les techniques de conseil des partenaires et les capacités de motivation. Le contenu technique doit aborder les facteurs syndémiques (c.-à-d. des séries de problèmes de santé psychosociale) susceptibles d'exacerber les risques sexuels associés au VIH, comme la dépression, la toxicomanie et les conséquences psychosociales de la stigmatisation et de la discrimination (voir Sections 4.3.10 et 4.3.11).

Les prestataires doivent recevoir une formation de base sur le VIH, recouvrant notamment les définitions essentielles (p. ex. VIH, SIDA, système immunitaire, infections opportunistes, etc.), les modes de transmission et les stratégies visant à éviter la contraction ou la transmission du VIH, et posséder des connaissances de base sur le traitement du VIH. Un système de référencement doit en outre être mis en place pour les services difficiles d'accès.

Dans les contextes où les ressources sont limitées, il n'est pas toujours possible de disposer de personnes hautement qualifiées pour mettre en œuvre ces interventions comportementales. Il est alors conseillé de transférer les tâches à d'autres personnes, telles que des conseillers formés à cet effet et des pairs-pivots (voir Section 4.4.2, Partie C). Dans de tels cas, des programmes de formation doivent être élaborés pour dispenser les connaissances et compétences de base (p. ex. sur le dépistage du VIH) avant de pouvoir proposer des services liés au VIH.

Les contenus des programmes comportementaux peuvent se fonder sur des plans stratégiques nationaux. L'OMS et les *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont toutefois formulé des recommandations à cet égard. Les programmes existants, comme la *Division of HIV/AIDS Prevention* (DHAP) des CDC, proposent des formations sur des stratégies de prévention du VIH, sur des interventions comportementales efficaces et sur d'autres sujets destinés aux prestataires et aux gestionnaires de programmes de prévention du VIH. Ils peuvent servir de modèles.⁶ D'autres documents de formation sont énumérés à la Section 4.5.

Environnement

Les interventions comportementales peuvent être mises en œuvre dans différents contextes : des établissements de santé, des centres à base communautaires ou conduits par la communauté, à domicile ou dans des dispensaires mobiles. Les établissements de santé doivent accorder une attention particulière à la création d'environnements inclusifs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en tenant compte des nombreuses difficultés auxquelles ils font face. Les marques de stigmatisation, de discrimination et d'homophobie dans les comportements des professionnels de la santé et dans le ton adopté par les établissements médicaux ou communautaires entravent l'accès et le recours des patients aux soins de santé, qu'elles soient implicites ou explicites, exprimées verbalement ou non.

Tous les employés des établissements médicaux et des organisations à base communautaires doivent être formés à la diversité et à la réceptivité. Il est essentiel de créer des environnements sécurisés capables d'assurer un strict respect de la confidentialité. Les prestataires de soins doivent être conscients de l'hétérogénéité de leurs communautés et formés à effectuer des consultations sanitaires ouvertes à la diversité sexuelle en évitant de se fonder sur des hypothèses d'hétérosexualité afin de parvenir à des évaluations plus précises et plus instructives.

Adaptation au contexte local

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes apprécieront de trouver des formulaires d'admission, une signalisation des services, des affiches, des brochures, des photographies et d'autres éléments visuels témoignant d'une reconnaissance de leur mode de vie. Si certains contextes

⁶ <http://www.cdc.gov/hiv/training/programs.html>

ne permettent pas d'utiliser des outils visuels affichant ouvertement des couples de même sexe, il convient de s'orienter vers des stratégies véhiculant le principe de l'inclusion. Une ambiguïté stratégique peut être incorporée aux supports de communication par le biais d'indices visuels codés qui attireront l'attention des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sans éveiller l'hostilité d'autres groupes de la société. La participation de la communauté est essentielle dans la conception de supports appropriés et non menaçants.

Encadré 4.1

Exemple de cas : Former les travailleurs de la santé à fournir des services sans porter de jugement au Kenya

En mai 2013, en collaboration avec le coordinateur du département en charge du VIH et des IST pour Mombasa et deux organisations à base communautaire travaillant avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'Institut de formation LVCT a formé 23 travailleurs de la santé provenant de 12 établissements du ministère de la Santé de Mombasa et de ses environs à fournir des services à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sans porter de jugement. Deux mois après la formation, une évaluation de suivi a été menée dans neuf établissements. Dans quatre d'entre eux, le recours d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à ces services a augmenté, passant de 10-12 patients par mois en moyenne avant la formation à 15-20 patients après la formation.

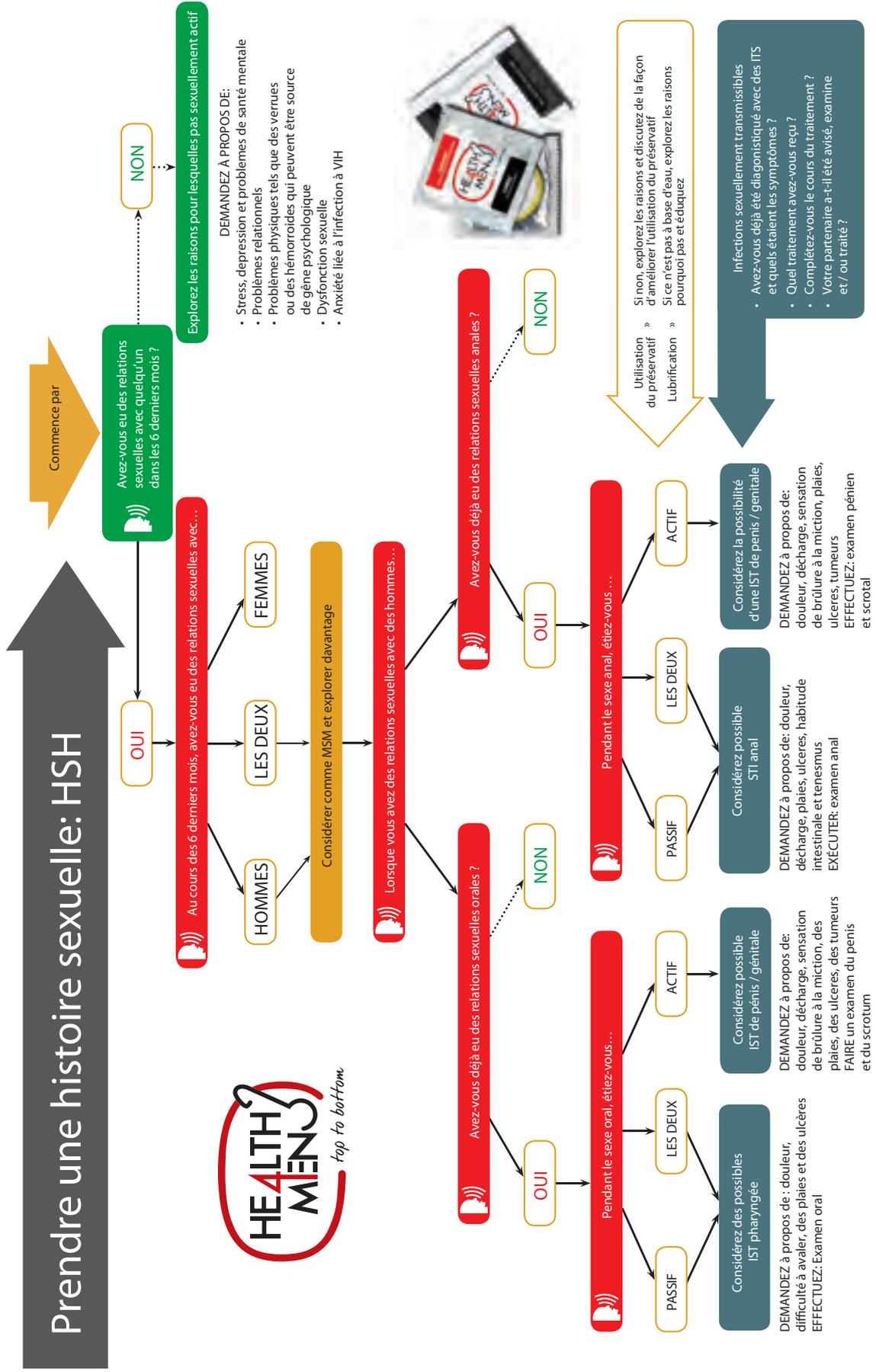
L'implication de ces organisations dans la formation et l'évaluation a permis d'améliorer la capacité des travailleurs de la santé à fournir des services, mais aussi à orienter si nécessaire les patients vers des organisations conduites par la communauté LGBT. Une infirmière explique : « Avant le début de la formation et de l'évaluation, nous ne savions généralement pas comment prendre en charge les HSH, vers qui orienter les rares HSH qui se présentaient chez nous, ni même où obtenir des produits comme des préservatifs et des lubrifiants. Nous disposons désormais d'un vaste annuaire de référencement... et recevons un approvisionnement permanent en préservatifs et lubrifiants. »

4.2.2 Recueil des antécédents de risques sexuels ou d'autres types de risques

Dans un environnement sécurisé, une évaluation des antécédents sexuels et de la consommation de drogues doit être effectuée pour orienter la formulation de conseils relatifs à la réduction des risques. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent toutefois craindre que leurs révélations n'entraînent une stigmatisation, une discrimination ou une criminalisation, en particulier dans des contextes où les activités homosexuelles et la non-divulgence de la séropositivité sont criminalisées. Pour mettre en place un environnement dans lequel les hommes puissent partager en toute confiance les détails de leurs comportements sexuels ou de leur consommation de drogues, il est important que le recueil des antécédents de risques sexuels ou autres :

- n'ait lieu qu'une fois au cours d'une visite médicale, après avoir établi une relation avec le bénéficiaire et lui avoir expliqué pourquoi cette procédure est nécessaire ;
- se déroule dans un local privé en compagnie d'un prestataire qualifié ou au moyen d'un questionnaire à compléter seul ;
- soit mené par un professionnel homme si le patient en émet la demande ;
- s'accompagne d'explications sur la nécessité de ces informations et sur le maintien de leur confidentialité ;
- passe de questions neutres à des questions plus précises et propose des exemples de réponses (p. ex. des fourchettes de partenaires sexuels) ;
- interroge sur des données temporelles cliniquement pertinentes pour les comportements à risque (p. ex. « depuis votre dernier dépistage du VIH... ») ;

Figure 4.4 Organigramme du recueil des antécédents sexuels des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Utilisation du préservatif » Si non, explorez les raisons et discutez de la façon d'améliorer l'utilisation du préservatif

Lubrification » Si ce n'est pas à base d'eau, explorez les raisons pourquoi pas et éduquez

Infections sexuellement transmissibles et quels étaient les symptômes ?

- Avez-vous déjà été diagnostiqué avec des ITS
- Quel traitement avez-vous reçu ?
- Complétez-vous le cours du traitement ?
- Votre partenaire a-t-il été avisé, examiné et/ou traité ?

Source : Anova Health Institute

4 Prestation de soins de santé

- aborde les comportements sexuels en les traitant comme des éléments constitutifs d'une vie normale et saine, sans formuler d'hypothèses sur l'hétérosexualité du patient et en permettant au patient d'indiquer s'il entretient des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou des transgenres ;
- se renseigne sur la consommation de drogues pendant les relations sexuelles et le partage de matériel d'injection de médicaments ou d'hormones.

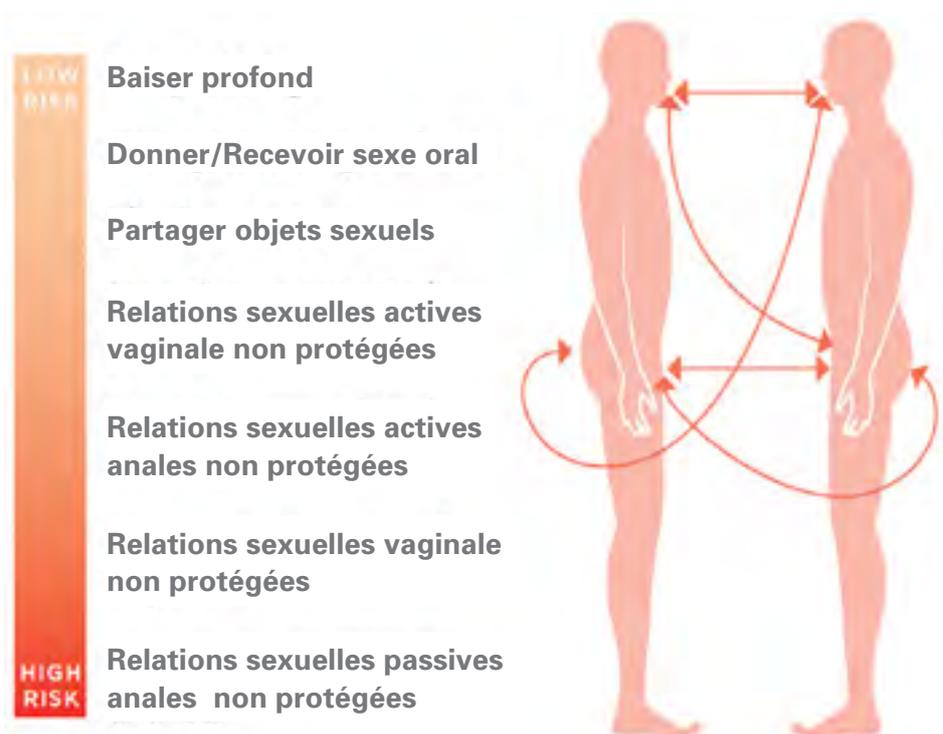
Il importe que les prestataires de soins :

- fassent preuve de discernement pour déterminer ce qu'il convient de consigner, notamment dans des environnements hostiles où ces informations pourraient menacer les droits et la sécurité de patients ;
- Insistent sur la confidentialité des informations fournies ;
- rassurent le patient en lui expliquant que le rôle du prestataire ne consiste pas à porter un jugement moral et que des réponses honnêtes lui permettront de bénéficier de soins mieux adaptés, tout en insistant sur le fait qu'il n'est pas tenu de répondre à toutes les questions.

La consignation des antécédents de risques sexuels peut être suivie d'une brève discussion sur la sexualité au cours de laquelle le prestataire pose des questions ouvertes sur la santé sexuelle du patient, lui fournit des informations et l'aide à prendre confiance en lui et à acquérir les compétences nécessaires à la protection de sa santé sexuelle et de son bien-être, liées notamment à la négociation de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Pour de plus amples informations, consulter la communication de l'OMS intitulée *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* (2015) (voir Section 4.5).

La Figure 4.4 présente un organigramme sur le recueil des antécédents sexuels. Son but est d'aider les prestataires de soins à identifier les symptômes d'éventuelles IST. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui signalent l'un de ces symptômes ou d'autres symptômes concernant le pénis, l'anus ou les organes génitaux dans le cadre de services de conseil et de dépistage du VIH (CDV) devraient être redirigés vers des services cliniques. La Figure 4.5 présente un éventail d'activités sexuelles et leur risque relatif de transmettre le VIH et d'autres IST.

Figure 4.5 Hiérarchie des risques de transmission des IST/VIH



Source : *Promoting the health of men who have sex with men worldwide : a training curriculum for providers*. The Global Forum on MSM & HIV et Université Johns Hopkins ; 2014.

4.2.3 Stratégies d'adaptation (sérotriage, positionnement stratégique)

Le sérotriage est une stratégie consistant à choisir un partenaire sexuel qui a la même sérologie VIH, souvent pour s'engager dans des rapports sexuels non protégés, pour réduire le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Le positionnement stratégique est une stratégie consistant, pour des hommes séronégatifs, à toujours adopter le rôle du partenaire insertif lors de relations sexuelles anales ou, pour des hommes séropositifs, à toujours adopter le rôle du partenaire réceptif avec des partenaires au statut sérologique différent ou inconnu.

Pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et n'utilisent pas de préservatifs, ces stratégies peuvent réduire le risque de transmission du VIH. Nombreux sont toutefois les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à ignorer le niveau de risque associé aux différents types de rapports sexuels. Or, dans des contextes où l'incidence du VIH est élevée et où les taux de dépistage du VIH sont faibles, le sérotriage et le positionnement stratégique peuvent représenter un risque important de transmission du VIH, puisque ces stratégies reposent sur la connaissance exacte du statut sérologique du partenaire.

Si l'on ignore la mesure dans laquelle les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes emploient des stratégies d'adaptation, les prestataires de soins doivent pour leur part être conscients que certains patients y ont recours. Il est possible d'aborder la question des stratégies d'adaptation lors de séances de conseil individuel, en couple ou en groupe. Il convient d'informer les patients sur les avantages comme sur les risques de ces stratégies et les prestataires doivent indiquer clairement que les stratégies d'adaptation permettent de réduire les risques, sans toutefois les éliminer. Les services de conseil doivent couvrir les compétences de prise de décision sur les situations où il convient ou non d'utiliser cette approche et sur la façon de la conjuguer à d'autres interventions comportementales et biomédicales (p. ex. utilisation de préservatifs et de lubrifiants, PrEP, tests de charge virale du partenaire, etc.).

4.2.4 Circoncision masculine médicale volontaire

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

La circoncision masculine médicale volontaire n'est pas recommandée pour prévenir la transmission du VIH lors de rapports sexuels entre hommes, dans la mesure où ses effets protecteurs lors de relations sexuelles anales réceptives n'ont pas été démontrés. (p. 54)

S'il n'est pas recommandé de considérer la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) comme une d'intervention permettant de prévenir la transmission du VIH lors de rapports sexuels entre hommes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent profiter toutefois de la circoncision s'ils pratiquent également des relations sexuelles vaginales. Étant donné que la circoncision ne garantit pas une protection complète, il reste nécessaire d'utiliser des préservatifs et du lubrifiant.

Les services de CMMV des pays d'Afrique orientale et australe où la CMMV est une pratique courante de prévention du VIH ne doivent pas exclure les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Bien que l'on ne dispose d'aucune donnée à ce sujet, une telle exclusion risquerait de dévoiler publiquement leur sexualité et de les exposer à une stigmatisation et une discrimination accrues. En outre, l'offre de CMMV peut également servir de point d'entrée vers d'autres services.

4.2.5 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Il est essentiel de promouvoir la connaissance et l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants à travers une communication non critique, sexuellement positive et médicalement correcte au niveau

de la communauté, du groupe ou des individus pour assurer le succès des programmes auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En menant une politique de communication cohérente sur l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants compatibles, il est possible de se pencher sur les risques sexuels auxquels s'exposent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, sur leur comportement face à ces risques et sur les avantages et les inconvénients que comporte la réduction de ces risques. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent bénéficier de conseil pour pouvoir exprimer ce qu'ils pensent de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants, mais aussi des possibilités de réduction des risques qui s'offrent à eux. Ces services de conseil peuvent consister à discuter d'une éventuelle lassitude à l'égard de l'utilisation des préservatifs et, le cas échéant, à aborder la façon d'y remédier pour réduire le risque d'infection par le VIH.

Les stratégies de communication sur le changement de comportement à l'égard des préservatifs et des lubrifiants doivent avant tout être conçues pour motiver les individus à comprendre et à prendre en charge leur santé sexuelle et reproductive. Ces produits doivent être distribués dans le cadre d'une approche plus large de la santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ne soit pas exclusivement axée sur l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Il pourrait s'avérer plus efficace d'adopter des approches sexuellement positives de la communication autour du changement de comportements. Les messages sexuellement positifs insistent sur les aspects agréables et romantiques de l'expression sexuelle, évacuent toute stigmatisation relative aux préservatifs et lubrifiants et associent leur utilisation au principe plus large d'une sexualité et d'une expression sexuelle saines. Voir Chapitre 3, Encadré 3.1 pour de plus amples informations sur les messages sexuellement positifs. Voir Chapitre 3, Encadré 3.2 et Section 3.2.3 pour de plus amples informations sur la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants.

A. Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants conduite par la communauté

La stratégie de promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants peut être mise au point dans le cadre d'un atelier mené par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentatifs des sous-groupes concernés. La mise à disposition d'un espace permettant aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de s'engager dans ce processus et de le diriger garantit une compréhension réaliste de leurs pratiques et préférences actuelles en matière de préservatifs et de lubrifiants, mais aussi des obstacles à l'accès des préservatifs et lubrifiants.

Les stratégies de promotion communautaire et collective doivent appliquer une approche holistique. Qu'elles soient conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou en collaboration avec ces derniers, des interventions et ressources comportementales peuvent être élaborées pour mettre en place les capacités nécessaires et renforcer les messages de promotion des préservatifs et lubrifiants. Il a été prouvé que la combinaison d'activités conduites par la communauté, d'outils de qualité et de ressources contribuait efficacement à la promotion de messages ciblés et au renforcement des compétences relatives au préservatif. Les discussions de groupe et les jeux de rôle figurent parmi les approches possibles. Les outils peuvent quant à eux inclure des feuilles mobiles grand format, des affiches, des témoignages vidéos, etc. Les stratégies de changement de comportement doivent par ailleurs être conçues de sorte à pouvoir lever différents obstacles personnels à l'utilisation du préservatif et porter notamment sur l'amélioration :

- des connaissances sur les avantages sanitaires du préservatif et sur les points de distribution ;
- de la capacité à négocier un rapport sexuel à moindre risque⁷ ;
- de la capacité à faire une utilisation correcte et systématique des préservatifs ;
- de l'utilisation correcte des lubrifiants compatibles.

⁷ Voir *Making sex work safe* (NSWP, 2011), p. 67–68 sur les stratégies de négociation relatives à l'utilisation du préservatif.

La démonstration d'une manipulation correcte du préservatif par les intervenants en sensibilisation communautaire⁸ accroît la capacité d'utilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que leur auto-efficacité (c.-à-d. leur capacité à imposer l'utilisation d'un préservatif, même dans des situations difficiles). Les approches adoptées doivent également favoriser l'établissement par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de dispositifs communautaires d'identification collective des mesures susceptibles d'encourager l'utilisation systématique de préservatifs et de lubrifiants. L'Encadré 4.2 présente des stratégies de promotion communautaire du préservatif.

Encadré 4.2

Stratégies de promotion et d'éducation à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la conception de stratégies promotionnelles et éducatives et de messages ciblés fondés des éléments concrets qui reflètent leurs expériences en matière de préservatifs et de lubrifiants et leurs besoins en la matière.
- Élaboration de messages encourageant à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants dans le cadre d'une communication positive et attrayante sur la santé, les relations et le plaisir sexuels.
- Éducation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur l'importance d'utiliser du lubrifiant pour empêcher le glissement ou la rupture des préservatifs et accroître le plaisir sexuel.
- Renforcement de la capacité de manipulation du préservatif et du lubrifiant pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Information sur le choix de lubrifiants sûrs et efficaces et le rejet de lubrifiants dangereux.
- Offre de formation en plaidoyer pour élargir la disponibilité des lubrifiants.
- Offre de conseils individuels, ouverts et non critiques sur les options de réduction des risques et l'utilisation régulière et correcte des préservatifs.
- Formation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur la capacité à négocier des rapports sexuels à moindre risque, couvrant notamment la négociation de l'utilisation de préservatif et de lubrifiants et les stratégies de réduction du risque en cas de non-disponibilité des préservatifs et des lubrifiants.
- Discussion sur l'utilisation du préservatif féminin par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur ses avantages potentiels (voir Chapitre 3, Encadré 3.4 pour de plus amples informations).

B. Négociation sur l'utilisation du préservatif

Le port ou non du préservatif pendant des rapports sexuels se décide généralement lors d'une interaction précise entre deux individus. Or, mener cette discussion avec succès peut exiger certaines compétences particulières. Pour assurer la réussite des programmes de promotion du préservatif, il convient d'aborder les questions de stratégies de négociation sur le port du préservatif avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour permettre à ces derniers de négocier le port du préservatif avec différents types de partenaires, qu'ils soient occasionnels ou réguliers (voir ci-dessous). Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont par exemple réduit leur risque de transmission du VIH en établissant des normes communautaires d'utilisation du préservatif et du lubrifiant en décidant de pratiquer des rapports sexuels sans pénétration et en refusant d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire refusant l'utilisation du préservatif et du lubrifiant.

⁸ Ici, l'expression « intervenant en sensibilisation communautaire » désigne un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sensibilise ses pairs. Il ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenants en sensibilisation communautaire sont également désignés sous les termes « pairs éducateurs », « intervenants en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ».

C. Port du préservatif avec son partenaire de longue durée

Dans une relation de longue durée,⁹ il peut être difficile d'admettre la nécessité de porter des préservatifs ou d'utiliser un préservatif avec un partenaire qui n'y est pas ou peu disposé. Par nature, ce type de relation se fonde sur la confiance. Or, un homme pourrait craindre que l'introduction d'un préservatif ne soit perçue comme un manque de confiance envers son partenaire principal ou comme une indication qu'il n'est lui-même pas digne de confiance. Il existe toutefois différents degrés de risque, même dans des relations de longue durée fondées sur la confiance. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être éduqués à comprendre les risques qu'impliquent des rapports sexuels non protégés, et ce dans tous les types de relations, y compris celles de longue durée. Dans ce type de relations, il est fondamental de pouvoir négocier le port du préservatif dans de ces relations pour prévenir le VIH et d'autres IST, c'est pourquoi cette compétence doit être placée au cœur de l'éducation sanitaire et des programmes de promotion de l'utilisation du préservatif destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans certains programmes, les intervenants en sensibilisation communautaire chevronnés ont développé des stratégies de communication efficaces sur le changement de comportement qui se fondent sur la façon d'aborder les questions de confiance au sein des relations et de doter les individus des connaissances et des compétences nécessaires pour discuter ouvertement de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants avec leurs partenaires principaux et de la possibilité de s'engager des rapports sexuels sans pénétration. Au niveau de l'ensemble de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la normalisation des préservatifs par la promotion d'une culture où les préservatifs et les lubrifiants sont constamment visibles et accessibles et peuvent être abordés sans stigmatisation permettra aux hommes de négocier le port du préservatif dans toutes leurs relations, y compris avec leur partenaire principal.

4.2.6 Conseil et dépistage volontaire du VIH

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Le CDV volontaire doit être proposé de façon systématique à toutes les populations clés, au sein des communautés comme dans les milieux cliniques. Au niveau de la communauté, il est recommandé de proposer aux populations clés des services de conseil et de dépistage du VIH liés à des services de prévention, de soins et de traitement, en plus des dépistages et des conseils proposés par le prestataire de soins. (p. 57)

Les services de conseil et de dépistage du VIH (CDV) constitue un point d'entrée essentiel vers la prévention du VIH, mais aussi vers la prestation de soins et de traitements qui permettent de maintenir en vie les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En associant le conseil personnalisé et la connaissance du statut sérologique, le CDV aide à prévenir la transmission du VIH et offre aux PVVIH un accès à des services d'appui-conseil, de traitement des infections opportunistes et de thérapie antirétrovirale (TARV). Les services de CDV volontaire doivent donc être inclus dans les programmes intégrés de prévention, de soins et de traitement du VIH pour permettre aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'y avoir accès aussi souvent qu'ils en ont besoin, à des heures et dans des lieux qui leur conviennent, gratuitement ou à un prix abordable, dans l'idéal. Les services de CDV devraient respecter le principe des « 5 C » : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats de test Corrects et Connexion avec les services de suivi. Ils doivent être assurés de façon respectueuse et sans coercition, jugement, stigmatisation ni discrimination.

⁹ Dans la présente publication, l'expression « relation de longue durée » désigne une relation suivie impliquant généralement un engagement majeur de la part des partenaires en matière de temps et d'attachement émotionnel.

A. Dépistage du VIH

Conseil et dépistage volontaire du VIH

Le dépistage du VIH peut être proposé de façon passive, dans les lieux où les patients recherchent des services de CDV. Ces lieux peuvent se trouver dans différents contextes (communauté, milieu clinique, dispensaire, domicile). Les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH peuvent constituer un moyen privilégié de toucher des populations cachées et s'avérer plus rentables dans des environnements à faible taux de prévalence du VIH.

Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire de soins (CDIP)

Le CDIP consiste pour un prestataire de soins à offrir un service de CDV dans le cadre d'une visite de routine à la clinique. L'objectif est de parvenir à assurer une plus grande couverture du dépistage du VIH et de normaliser le dépistage du VIH. Le CDIP est également recommandé à condition qu'il ne soit pas obligatoire, coercitif ni lié au traitement et aux soins, conformément aux lignes directrices de l'OMS. Il est tout particulièrement important de fournir des informations exactes, de toujours obtenir le consentement éclairé des patients et de garantir la confidentialité des résultats.

Conseil et dépistage du VIH pour les couples

Le conseil et dépistage du VIH pour les couples (CDVC) est un troisième type de dépistage possible. Le CDVC est principalement proposé à des couples hétérosexuels, mais peut également constituer une intervention de poids pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment lorsque des conseillers de couples sont disponibles. Le CDVC diffère du CDV standard dans la mesure où les partenaires bénéficient ensemble des services de conseil avant et après le dépistage et où ils reçoivent ensemble les résultats du dépistage du VIH. Le CDVC cherche à interrompre la transmission du VIH au sein des couples à statut sérologique différent, à aider les couples séronégatifs à négocier des arrangements pour rester négatifs et à rediriger les couples séropositifs vers des services de soins. Il facilite également la communication et le soutien des partenaires. Le dépistage conjoint des couples comporte plusieurs avantages, notamment :

- Le CDVC offre un environnement sécurisé permettant aux couples de partager leurs préoccupations en la matière.
- Les partenaires reçoivent les informations ensemble, ce qui accroît les possibilités d'une compréhension mutuelle.
- Le conseiller peut atténuer les tensions et pointer les responsabilités en cas de résultat positif.
- Les messages formulés se fondent sur les résultats du dépistage des deux partenaires.
- Un patient auquel on annonce un résultat positif est libéré du fardeau de communiquer ce résultat à son partenaire ou de le persuader à se faire dépister.
- Le conseil facilite la communication et la coopération nécessaires à la réduction des risques.
- Les décisions concernant les soins, les traitements et l'avenir peuvent être prises ensemble.

Le conseil et le dépistage du VIH pour les couples ou les partenaires doivent être offerts à tous, indépendamment de la manière dont ils définissent leurs relations. Le CDVC repose sur le principe et la politique selon lesquels les prestataires doivent encourager toutes les personnes engagées dans une relation sexuelle à se faire dépister en tant que couple ou partenaires, indépendamment de leur orientation sexuelle, de la longueur ou de la stabilité de leur relation.

Auto-dépistage

L'auto-dépistage du VIH est un processus consistant à envoyer un échantillon qui sera soumis à un examen diagnostique puis analysé par un prestataire de soins qui communiquera ensuite les résultats du

dépistage à la personne concernée, ou à tester soi-même un échantillon à l'aide d'un kit permettant d'interpréter les résultats. L'auto-dépistage du VIH permet donc aux individus d'effectuer eux-mêmes le dépistage du VIH dans un endroit privé, comme leur propre domicile. La discrétion et le confort qu'offre l'auto-dépistage ont pour effet d'augmenter le nombre de tests effectués par des personnes que les services de CDV ne parviennent pas à atteindre. Les tests de diagnostic rapide sont presque tous basés sur des échantillons sanguins (prélèvement capillaire ou au bout du doigt) ou sur des échantillons salivaires. La plupart d'entre eux doivent respecter une période de latence sérologique de 6 à 12 semaines (période séparant l'infection présumée par le VIH et le moment où le dépistage permet de détecter les anticorps du VIH). Plusieurs facteurs peuvent toutefois avoir une incidence sur la longueur de cette période de latence sérologique.

L'auto-dépistage du VIH ne fournit pas un diagnostic définitif du VIH. Il s'agit plutôt d'un test de dépistage de la présence d'anticorps du VIH-1/2 et d'antigènes p24 du VIH-1. Un auto-dépistage réactif nécessite toujours un dépistage de confirmation effectué conformément aux algorithmes de dépistage nationaux. L'élaboration de politiques relatives à l'auto-dépistage du VIH n'a pas atteint les mêmes stades de développement dans tous les pays. Certains d'entre eux, comme le Kenya, ont élaboré des politiques nationales de CDV qui incluent l'auto-dépistage du VIH. D'autres pays, comme le Malawi, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, envisagent l'introduction de l'auto-dépistage. L'OMS n'a pas encore formulé d'orientations normatives mondiales sur l'auto-dépistage du VIH. L'OMS et l'ONUSIDA ont toutefois publié un document intitulé *A short technical update on self-testing for HIV* destiné à informer les parties prenantes qui envisagent d'appliquer ou appliquent déjà l'auto-dépistage du VIH (voir Section 4.5).

Encadré 4.3

Dépistage des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Des services CDV accessibles et acceptables doivent être mis à la disposition des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans tous les contextes épidémiques et dispensés de sorte à ne pas les mettre en péril. Les pays sont invités à examiner leurs politiques de consentement en vigueur et à envisager de modifier les conditions d'âge afin de lever les obstacles à l'accès et au recours du CDV et d'améliorer l'orientation vers les services de prévention, de traitement et de soins après le dépistage. Les jeunes doivent pouvoir accéder au CDV sans le consentement ou la présence de leurs parents ou tuteurs. Dans tous les contextes (épidémie généralisée, faible ou concentrée), il est recommandé de mettre en place des CDV orientant les jeunes des populations clés vers des services de prévention, de soins et de traitement. Les jeunes hommes doivent être informés des avantages et des risques potentiels liés à la révélation de leur sérologie VIH et habilités à décider quand, comment et à qui la révéler en bénéficiant du soutien nécessaire.

B. Préparation à la mise en œuvre de services de CDV volontaire

Sensibilisation et renforcement de la demande au niveau communautaire

Les membres de la communauté doivent être informés des avantages liés à la connaissance de leur statut sérologique et des traitements disponibles en cas d'infection au VIH. Même lorsqu'il existe déjà des activités de sensibilisation destinées au grand public ou à des groupes spécifiques, il est possible que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes soient mal renseignés sur la disponibilité de services respectueux de leur communauté et assurés par des intervenants formés, qualifiés et conscients des besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans le cadre des campagnes de sensibilisation, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être informés de leur droit à la confidentialité, au consentement et au refus d'un test de dépistage.

Formateurs et intervenants en sensibilisation communautaire

La formation sur le CDV doit être conforme aux standards nationaux et internationaux (voir Section 4.5).

Points de services et horaires

Les points de services et horaires de CDV volontaire doivent correspondre aux besoins et demandes des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans certains contextes, en particulier pour les HSH exerçant dans l'industrie du sexe, il s'agirait d'assurer ces services le soir et les weekends. Voir les informations sur la prestation de services mobiles, Section 4.4.1 Partie pour de plus amples informations sur d'éventuels lieux de prestation de CDV au sein des communautés susceptibles d'être plus attractifs que des établissements de santé.

Encadré 4.4

Exemple de cas : Cibler les réseaux et instaurer la confiance au Ghana

Dans la région du Grand Accra, le personnel de FHI 360 a identifié six établissements où des travailleurs du sexe hommes fournissaient des services à des patients masculins, ainsi qu'un réseau dirigé téléphoniquement par deux gestionnaires. Étant donné que le travail sexuel et les comportements homosexuels sont illégaux au Ghana, les tenanciers de ces établissements et un des gestionnaires se sont d'abord montrés réticents à coopérer avec le programme. Après des mois de discussion visant à instaurer une relation de confiance avec ces réseaux, ces six établissements ont finalement accepté de mener des activités discrètes de sensibilisation. Entre décembre 2012 et mars 2014, le personnel de FHI et des prestataires de soins du *Ghana Health Service* sélectionnés ont organisé une séance de sensibilisation à l'attention des travailleurs du sexe hommes et des bénéficiaires dans chacun de ces six établissements, ainsi qu'une séance d'information destinée aux hommes connectés au réseau téléphonique en question. Chaque séance du programme soutenu par l'USAID comprenait les activités suivantes :

- conseil de groupe sur la prévention du VIH et des IST et sur le dépistage du VIH ;
- dépistage rapide du VIH et dépistage des IST ;
- distribution de préservatifs et de lubrifiants à base d'eau ;
- orientation vers des services de soins, de soutien et de traitement du VIH et des IST, le cas échéant.

Les tenanciers des établissements et le gestionnaire étaient chargés d'inviter les participants de leurs réseaux respectifs. Le nombre d'invitations à chaque événement était limité par souci de gestion logistique. Sur les huit séances organisées, deux tiers des 135 travailleurs du sexe hommes ayant participé aux quatre premières séances (organisées entre novembre 2013 et mars 2014) ont choisi de profiter du service de conseil et dépistage du VIH. Environ un quart d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs au VIH et tous ont décidé de bénéficier des services de soins, de traitement et de soutien.

Acquisition des produits nécessaires

L'acquisition des produits nécessaires aux tests de séropositivité est généralement effectuée par l'agence ou l'organisme qui assure le service. Lorsqu'un programme d'appui aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes souhaite fournir lui-même des services de CDV volontaire, il doit collaborer avec les autorités sanitaires locales afin d'obtenir les formations, les autorisations et les produits nécessaires. Les acquisitions doivent être garanties pour des diagnostics de qualité (condition préalable de l'OMS). Il peut s'avérer utile de distribuer des brochures ou autres feuillets d'information sur l'importance du dépistage du VIH aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Suivi des données

Les prestataires de CDV doivent suivre une formation standardisée sur la saisie de données, portant notamment sur le remplissage de registres et autres formulaires, l'agrégation des totaux et la fréquence de transfert de données, la sécurité des données et des informations à caractère personnel, le référencement et le suivi des orientations, ainsi que le contrôle de la qualité des données.

Assurance et amélioration de la qualité

Dans le cadre de leur formation, les prestataires doivent se renseigner sur les normes de qualité en matière de CDV : leur nature, leur importance et la manière de les appliquer dans leur travail quotidien. Il convient d'y intégrer des sujets tels que les contrôles de compétences, l'utilisation de schémas algorithmiques ou le recours à des batteries de secours. Dans l'idéal, le partenaire du programme doit effectuer des visites routinières de suivi de la qualité et fournir une rétroaction immédiate aux prestataires de services de CDV de manière à ce qu'ils puissent développer sur place des plans d'amélioration de la qualité.

Gestion

Ces aspects sont traités au Chapitre 6. Pour des informations spécifiques à la gestion de services de CDV, voir le *Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage* du VIH de l'OMS (voir Section 4.5).

C. Prestation de services de CDV

Il est essentiel que toutes les personnes chargées du dépistage du VIH à l'échelle communautaire, notamment les professionnels de la santé, le personnel du programme et les intervenants en sensibilisation communautaire, bénéficient d'une formation adéquate, d'un soutien et d'un suivi continu de leur prestation. Voir les *Lignes directrices consolidées sur les services de dépistage du VIH : les 5 C : Consentement, Confidentialité, Consultation, résultats Corrects et Connexion* (2015) pour de plus amples informations. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes accepteront plus volontiers le CDV volontaire s'il est dispensé par un pair fiable (c.-à-d. par un autre homme ayant des rapports sexuels avec des hommes) et les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent constituer des éléments efficaces de l'équipe de CDV volontaire. Les intervenants en sensibilisation communautaire proposant des services de CDV doivent avoir reçu une formation certifiée conforme aux directives nationales de CDV. Il importe que les intervenants en sensibilisation communautaire aient toujours la possibilité d'être promus à des postes de supervision, de gestion et de leadership.

Information préalable au test de dépistage

Un service de conseil préalable est fourni avant le test de dépistage. Les discussions préalables au test de dépistage doivent s'assurer qu'il s'agit d'une démarche volontaire et se concentrer sur des informations de bases relatives au VIH et sur le processus de dépistage. Une évaluation des risques ou des antécédents sexuels peut être réalisée. Celle-ci doit être volontaire et ne doit être réalisée que si le prestataire de services de CDV a reçu une formation sur la façon de mener cette rencontre.

Conseil à la suite du test de dépistage

L'appui-conseil est dispensé lorsque le patient reçoit ses résultats. Les services de CDV offrent une occasion précieuse de fournir des informations précises et opportunes sur la sexualité à moindre risque et sur la réduction des risques, en fonction des résultats du test de dépistage.

Il est important pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes diagnostiqués séronégatifs de bénéficier de conseils après réception des résultats. Il est alors possible de leur fournir des informations sur la réduction des risques individuels fondées sur une évaluation volontaire des antécédents de risques ou des antécédents sexuels. On doit également leur proposer des préservatifs, des lubrifiants et d'autres services préventifs, comme des interventions comportementales et des PrEP, le cas échéant (voir Section 4.2.7). Les fournisseurs doivent assurer un service de conseils aux patients présentant des résultats positifs au test de dépistage du VIH. Les services de conseil dispensés après le dépistage doivent inclure une aide à la révélation du statut sérologique.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent recevoir des soins immédiats, un dépistage de confirmation approprié ou conforme aux lignes directrices nationales et des services

de détection et de traitement supplémentaires dans une clinique ou un centre hospitalier où les prestataires sont respectueux et formés à la gestion clinique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ils doivent également recevoir un appui-conseil sur la façon d'éviter la transmission du VIH à d'autres et des informations sur l'accès à des organismes communautaires de soins.

Les programmes d'appui aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes doivent également déployer des efforts supplémentaires pour mettre en relation avec des services de soins, en recommandant par exemple un pair fiable (ou un intervenant en sensibilisation communautaire) capable d'accompagner un HSH séropositif à des services de soins, de soutien ou de traitement. Le consentement du patient en question demeure toutefois indispensable.

Les problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, doivent être évalués par un conseiller formé dans ce domaine. L'orientation vers un médecin qualifié peut également constituer une solution adéquate (voir également la Section 4.3.3)

Conduite de tests de dépistage répétés

Les HSH sexuellement actifs doivent s'efforcer de passer des tests de dépistage au moins une fois par an (plus fréquemment en cas d'exposition éventuelle au virus). Dans les situations et les contextes suivants, il est recommandé de procéder à des tests de dépistage répétés pour tous les types d'épidémies :

- Lorsque des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes adoptent des comportements à risque, ont un partenaire à risque ou séropositif ou présentent des signes cliniques imposant la conduite de tests de dépistage répétés, comme une IST récemment contractée ;
- Lorsqu'une personne identifie un incident d'exposition précis au VIH dans les trois mois précédant le dépistage du VIH (p. ex. une exposition professionnelle, des relations sexuelles non protégées avec une personne séropositive ou le partage de matériel d'injection avec une personne séropositive).

L'OMS recommande expressément aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes diagnostiqués séronégatifs de se soumettre à un nouveau test quatre semaines plus tard s'ils estiment avoir été exposés au VIH au cours des trois mois écoulés afin de s'assurer qu'ils sont véritablement séronégatifs au VIH. (Pour de plus amples d'informations, voir la publication de l'OMS intitulée *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults.*)

4.2.7 Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une prophylaxie pré-exposition (PrEP) est recommandée comme moyen supplémentaire de prévention du VIH dans le cadre d'un ensemble complet de mesures de prévention du VIH. (p. 44)

Les résultats d'essais cliniques de prophylaxie pré-exposition (PrEP) consistant à administrer une combinaison quotidienne à dose fixe de 300 mg de fumarate de ténofovir disoproxil (FTD) et de 200 mg d'emtricitabine (FTC) (étiquetée Truvada) ont révélé une forte réduction du risque de contraction d'une infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.¹⁰ La PrEP est par conséquent recommandée comme traitement préventif du VIH pour les HSH adultes, sexuellement actifs et exposés à un risque élevé de contraction du VIH dans le cadre d'une approche de prévention combinée (voir Section 4.2).

¹⁰ Récemment, les résultats de l'étude PROUD, présentés lors de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes de 2015, ont indiqué qu'une prise quotidienne de PrEP réduisait le risque de contraction de la maladie de 86 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour plus d'informations, voir <http://www.avac.org/sites/default/files/u3/PROUDfeb24.pdf>. Voir également Section 4.5.

4 Prestation de soins de santé

L'utilisation d'autres médicaments antirétroviraux pour la PrEP (c.-à-d. de médicaments autres que le schéma thérapeutique à deux antirétroviraux FTD/FTC) n'a pas encore été recommandée par l'OMS, pas plus que l'utilisation de PrEP programmée autour de rapports sexuels spécifiques. D'autres schémas thérapeutiques et modes d'administration (p. ex. les microbicides rectaux) continueront d'évoluer et pourraient devenir une option pour les programmes de prévention.

L'OMS a publié des directives techniques sur la PrEP et publiera fin 2015 des mises à jour et des lignes directrices consolidées sur les antirétroviraux. Aux États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont également publié des lignes directrices sur l'utilisation de la PrEP, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Section 4.5).¹¹

Les professionnels de la santé responsables de la PrEP doivent :

- prescrire des traitements thérapeutiques dont l'efficacité et la sûreté sont avérées aux patients non infectés répondant aux critères nécessaires pour réduire leur risque de contracter le VIH ;
- informer les patients sur les médicaments et les traitements pour garantir une utilisation sûre des produits ;
- fournir un soutien à l'observance thérapeutique pour aider les patients à atteindre et maintenir des taux protecteurs de médicaments dans leur organisme ;
- fournir un soutien à la réduction des risques de contraction du VIH et des services de prévention ou de référencement pour aider les patients à minimiser leur exposition au VIH ;
- suivre les patients pour détecter l'infection par le VIH, la toxicité des traitements et les niveaux de comportements à risque pour apporter les modifications nécessaires aux stratégies et soutenir leur santé à long terme.

La formation sur la PrEP doit être conforme aux standards nationaux et internationaux (voir Section 4.5).

Encadré 4.5

Recommandations pour l'utilisation de la PrEP par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Homme adulte sans infection par le VIH aiguë ou établie qui :

- a eu des partenaires hommes au cours des six derniers mois ;
- n'est pas engagé dans une relation monogame avec un homme séronégatif au VIH récemment testé et a connu au moins l'une des expériences suivantes :
- relations sexuelles anales (réceptives ou insertives) sans préservatif au cours des six derniers mois ;
- une IST diagnostiquée ou signalée au cours des six derniers mois ;
- une relation sexuelle suivie avec un partenaire homme séropositif.

A. Évaluation du risque d'infection par le VIH

Étant donné qu'il est actuellement indiqué de proposer une PrEP aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes exposés à un risque élevé de contraction du VIH, les planificateurs de programmes nationaux doivent élaborer des critères d'admissibilité à la PrEP fondés sur des questions de dépistage. Les prestataires de soins doivent poser des questions rapides visant à identifier les comportements homosexuels et à évaluer un ensemble clé de pratiques sexuelles associées au risque de contracter le VIH. Les questions suivantes doivent être posées :

¹¹ Les recommandations cliniques sur la PrEP formulées dans le présent outil sont principalement tirées du document intitulé *Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2014, a clinical practice guideline des Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des services de santé publique des États-Unis. Atlanta (GA) : CDC ; 2014.

Au cours des six derniers mois :

- Avez-vous eu des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ?
- Avec combien d'hommes avez-vous eu des relations sexuelles anales ?
- Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles anales réceptives avec un homme sans préservatif ?
- Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles anales réceptives avec un homme dont le préservatif s'est cassé ou a glissé ?
- Combien de vos partenaires hommes étaient-ils séropositifs au VIH ?
- Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles anales insertives avec un homme séropositif au VIH ?
- Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles anales insertives avec un homme dont le préservatif s'est cassé ou a glissé ?

En outre, pour tous les patients sexuellement actifs, les professionnels de la santé devraient envisager d'examiner les rapports de diagnostics d'IST bactériennes (chlamydia, syphilis et gonorrhée) des six derniers mois comme preuve d'une activité sexuelle susceptible d'entraîner une exposition au VIH. Les praticiens devraient également évaluer la consommation d'alcool (surtout avant l'activité sexuelle) et de drogues non injectables (p. ex. des stimulants) chez tous les patients, surtout lorsqu'il s'agit de substances susceptibles d'entraver la réflexion et la prise de décision. La consommation de ces substances peut en effet influencer sur les comportements sexuels à risque, la santé hépatique ou rénale, ou encore l'observance thérapeutique, autant d'éléments susceptibles de peser sur la décision de prescrire des médicaments de PrEP.

Outre un bon jugement clinique, il est nécessaire de développer des outils permettant d'identifier facilement et efficacement les HSH exposés à un risque d'infection par le VIH. La Figure 4.6 présente un indice de risque destiné à collecter rapidement et systématiquement des informations clés sur des facteurs permettant de prédire un risque très élevé de contraction du VIH. Si cet indice ne s'applique pas nécessairement à tous les contextes, il peut toutefois aider à identifier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes éligibles à des interventions de prévention combinée, comme des interventions comportementales intensives (p. ex. un conseil en réduction des risques) et/ou des interventions biomédicales (p. ex. une PrEP).

Figure 4.6 Indice de risque pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

		Score
1. Quel âge avez-vous aujourd'hui ?	Si <18 ans, score 0 Si 18-28 ans, score 8 Si 29-40 ans, score 5 Si 41-48 ans, score 2 Si 49 ans ou plus, score 0	
2. Au cours des 6 derniers mois, avec combien d'hommes avez-vous eu des rapports sexuels ?	Si >10 partenaires masculins, score 7 Si 6-10 partenaires masculins, score 4 Si 0-5 partenaires masculins, score 0	
3. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un rapport sexuel anal réceptif (vous étiez passif) avec un homme sans préservatif ?	Si 1 ou plus fois, score 10 Si 10 fois, score 0	
4. Au cours des 6 derniers mois, combien de vos partenaires sexuels masculins étaient séropositifs ?	Si >1 partenaire séropositif, score 8 Si 1 partenaire séropositif, score 4 Si <1 partenaire séropositif, score 4	
5. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un rapport sexuel anal insertif (vous étiez actif) sans préservatif avec un homme séropositif ?	Si 5 ou plus fois, score 6 Si 0-4 fois, score 0	
6. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé des méthamphétamines comme le cristal ?	Si oui, score 6 Si non, score 0	
* Si le score est de 10 ou plus, évaluez pour les services de prévention du VIH intensifs, y compris PrEP. Si le score est inférieur à 10, fournissez les services standard de prévention du VIH indiqués.	Ajoutez des entrées dans la colonne de droite pour calculer le score total	SCORE TOTAL*

Adapté de : Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis. *Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2014 clinical providers supplement*. Atlanta (GA) : CDC ; 2014.

Remarque : Cet indice se fonde sur les résultats de l'enquête de surveillance comportementale des États-Unis au sein de populations exposées au VIH utilisée pour définir les risques de contraction chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il peut ne pas être s'appliquer à tous les contextes.

B. Choix d'une méthode de prévention du VIH

Après avoir évalué le risque de contracter le VIH, les prestataires de soins devraient aborder avec le patient les différentes méthodes possibles de prévention combinée (p. ex. PrEP, interventions comportementales, préservatifs et lubrifiants). Les patients faisant une utilisation régulière et appropriée des préservatifs peuvent atteindre des niveaux élevés de protection contre le VIH et plusieurs IST sans devoir subir les effets secondaires ou le coût des médicaments. Si l'utilisation systématique du préservatif n'est pas envisageable, des stratégies supplémentaires de réduction des risques devraient être examinées, comme le recours à la PrEP ou le choix de comportements sexuels à moindre risque. Les prestataires de soins doivent envisager toutes les options et adapter leurs séances de conseils aux besoins de leurs patients. Il importe d'expliquer aux patients que la PrEP ne suffit pas à protéger contre les IST, bien qu'elle constitue une protection efficace contre le VIH. Si un bénéficiaire signale avoir un partenaire sexuel régulier séropositif au VIH, les prestataires doivent déterminer si le partenaire suit une TARV et si une évaluation récente signale une charge virale indétectable. Aider la personne séropositive au VIH à supprimer la charge virale de façon optimale sera bénéfique pour elle-même et pour son partenaire. Outre les bénéfices reconnus de la suppression de la charge virale, les données préliminaires de l'étude PARTNER indiquent que la suppression de la charge virale offre une excellente protection contre la transmission du VIH à un partenaire réceptif dans le cadre de relations sexuelles anales entre hommes (96 % de réduction des risques de transmission).¹²

Encadré 4.6

Exemple de cas : PrEP : le bon moment, le bon endroit et le bon bénéficiaire

Un jeune homme de 20 ans se présente auprès d'une clinique de soins primaires pour y solliciter une PrEP. Il déclare avoir un partenaire principal, ainsi que de nombreux autres partenaires sexuels avec lesquels il a des relations sexuelles anales réceptives. Il n'utilise pas toujours de préservatifs car il ne se sent pas en position de le demander à ses partenaires et craint d'être rejeté. Il explique avoir souffert à deux reprises de gonorrhée rectale au cours des 12 mois écoulés, mais ses différents tests de dépistage du VIH ont toujours été négatifs.

Dans le cadre de la PrEP, le jeune homme est amené à aborder la négociation de l'utilisation du préservatif et l'autonomisation. Il développe une argumentation lui permettant d'exiger le port du préservatif et parvient à intégrer la requête du statut sérologique et le port du préservatif dans son répertoire d'instruments de santé sexuelle. Il lui aura fallu un certain temps pour y parvenir, alors qu'il bénéficiait de la « protection » du traitement PrEP. Le patient n'a eu aucun mal à respecter son traitement PrEP quotidien, consistant simplement à absorber chaque matin des comprimés et des vitamines. A ses yeux, le confort offert par la protection d'une dose orale quotidienne de PrEP permet d'atténuer les angoisses permanentes relatives à sa santé sexuelle qui compromettent par ailleurs sa capacité à négocier des pratiques sexuelles plus sûres. Après 18 mois environ, lorsque l'utilisation du préservatif est devenue systématique, le traitement PrEP a été interrompu.

Cet exemple illustre la façon dont la PrEP peut être utilisée pour protéger une personne lorsqu'elle est exposée à un risque sexuel et permettre d'envisager différentes options de prévention du VIH. Le contexte n'est pas toujours idéal pour engager des conversations sur la prise de décision et l'autonomie en matière sexuelle ; il convient de saluer l'occasion offerte par la PrEP de fournir des informations, des formations, des perspectives et des ressources dans un environnement neutre et non stigmatisant. L'interruption de la PrEP lorsque les risques sexuels atteignent des niveaux très faibles illustre la possibilité pour les patients de commencer ou d'arrêter une PrEP en fonction de l'évolution de leurs comportements sexuels et de leur profil de risque.

Source : Anova Health Institute

12. Pour plus d'informations, voir <http://i-base.info/htb/24904> et http://www.projectinform.org/pdf/pip_0314.pdf. Voir également Section 4.5. Il est à noter que l'étude PARTNER ne sera achevée qu'en 2017.

Encadré 4.7

La PrEP pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Aucun essai de PrEP mené jusqu'à présent n'a fait participer de jeunes de moins de 18 ans. Le personnel de santé devrait donc réfléchir sérieusement à l'absence de données relatives à l'innocuité et à l'efficacité de la PrEP administrée à des personnes de moins de 18 ans, à la possibilité d'une toxicité osseuse ou autre chez les jeunes dont la croissance n'est pas terminée et aux éléments disponibles sur l'innocuité de la combinaison FTD/FTC dans les schémas de traitement destinés à de jeunes séropositifs. Ces facteurs devraient être pondérés à la lumière des avantages potentiels qu'offre la PrEP pour un jeune homme courant un risque important de contracter le VIH.

C. Conseil et dépistage volontaire du VIH et PrEP

Certains pays élaborent actuellement des lignes directrices nationales relatives à la PrEP, concernant notamment le dépistage du VIH avant le début d'une PrEP. Les lignes directrices des CDC (voir la Note 11 ci-dessus) stipulent qu'un test de dépistage du VIH est nécessaire pour confirmer que le patient n'est pas infecté par le VIH lorsqu'il démarre une PrEP. Le schéma thérapeutique à deux antirétroviraux (FTD/FTC) n'est pas indiqué en cas d'infection déclarée au VIH, car son utilisation peut entraîner une résistance à l'un ou l'autre ou des médicaments. Une semaine au moins avant le démarrage (ou la reprise) de la PrEP, les praticiens doivent s'assurer que les résultats des tests de détection des anticorps du VIH sont bien négatifs. Les tests rapides par voie orale ne doivent pas être utilisés pour dépister l'infection par le VIH avant de prescrire une PrEP, car ils peuvent s'avérer moins précis que les tests sanguins. Les praticiens ne doivent pas accepter de résultats de tests rapportés par le patient ni de résultats de tests anonymes documentés.

Ils doivent présumer la présence d'une infection aiguë par le VIH chez les personnes récemment exposées (p. ex. à la suite de la rupture d'un préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire infecté par le VIH ou de la consommation de drogues injectables avec du matériel d'injection partagé). Les praticiens doivent en outre interroger tous les candidats à la PrEP dont les résultats des tests de détection des anticorps du VIH sont négatifs ou indéterminés au sujet d'éventuels signes ou symptômes non spécifiques d'infection virale apparus au cours du mois écoulé ou le jour même de l'évaluation.

Pour la sécurité du patient, le conseil et dépistage du VIH doivent être répétés au moins tous les trois mois (c.-à-d. avant le renouvellement des ordonnances). Cette exigence doit être expliquée au patient lors de la discussion visant à déterminer si la PrEP lui convient. Si les CDC recommandent d'effectuer des consultations de suivi tous les trois mois, il convient de souligner que certains pays pourraient décider de ne répéter le test que tous les trois à six mois pour respecter les lignes directrices nationales relatives à la TARV.

D. Suivi clinique

La vaccination contre le VHB est recommandée chez tous les adolescents et adultes, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Section 4.2.9, Partie C). Le patient doit être soumis à un test de dépistage du VHB avant de se voir prescrire une PrEP et se faire vacciner s'il est susceptible d'être exposé à une infection par le VHB.

Étant donné que le FTD et le FTC sont tous les deux actifs contre le VHB, il est extrêmement important de signaler que si les patients infectés par le VHB cessent de prendre ces médicaments, leur fonction hépatique doit être suivie de près, dans la mesure où la réactivation de l'infection risque d'endommager le foie. La fonction rénale doit quant à elle être surveillée au début du processus

4 Prestation de soins de santé

et contrôlée au moins tous les six mois tant que le patient est traité par PrEP pour interrompre le traitement des patients dont l'insuffisance rénale s'aggrave.

Le Tableau 4.1 présente une proposition de calendrier de suivi. Les praticiens peuvent souhaiter voir les patients plus fréquemment au début de la PrEP (p. ex. un mois après le début du traitement) afin d'évaluer et de confirmer la séronégativité au VIH, d'évaluer d'éventuels effets secondaires précoces, de discuter de toute difficulté liée l'observance thérapeutique et de répondre aux questions.

Le suivi clinique d'une personne sous PrEP n'est pas plus lourd que celui de patients séropositifs au VIH sous antirétroviraux. Les pays peuvent donc envisager de programmer des consultations conformément à leurs lignes directrices nationales relatives à la TARV. Si les pays imposent aux patients séropositifs au VIH sous TARV de consulter leur prestataire de soins tous les trois à six mois, la même exigence pourrait par exemple être formulée à l'égard des patients de PrEP.

Tableau 4.1 Proposition de calendrier des consultations de suivi pour les patients sous PrEP

Au moins tous les trois mois :

- Répéter le test de dépistage du VIH et évaluer les signes ou symptômes d'une infection aiguë pour noter que les patients sont toujours séronégatifs au VIH
- Délivrer ou renouveler une ordonnance pour une thérapie quotidienne aux FTD/FTC pour 90 jours maximum (jusqu'au test de dépistage du VIH suivant)
- Évaluer les effets secondaires, l'observance thérapeutique et l'adoption de comportements à risque
- Fournir un soutien à l'observance thérapeutique et aux comportements de réduction des risques
- Répondre à de nouvelles questions et fournir de nouveaux renseignements sur la PrEP.

Au moins tous les six mois :

- Surveiller la fonction rénale en mesurant la clairance estimée de la créatinine (eCrCl)
- En présence d'autres menaces d'insuffisance rénale (p. ex. hypertension, diabète), la fonction rénale peut exiger un suivi plus fréquent ou nécessiter des tests complémentaires (p. ex. une analyse d'urine pour la protéinurie)
- Une augmentation du taux sérique de créatinine ne suffit pas à refuser le traitement si la eCrCl demeure ≥ 60 ml/min
- Si la eCrCl diminue constamment (tout en restant ≥ 60 ml/min), il peut être utile de consulter un néphrologue ou de procéder à une nouvelle évaluation des éventuelles menaces à la santé rénale.
- Il est recommandé aux adultes et aux adolescents de répéter les tests de dépistage aux IST (p. ex. syphilis, gonorrhée, chlamydia).

Au moins tous les douze mois :

- Évaluer la nécessité de poursuivre la PrEP dans le cadre de la prévention du VIH.

Les patients peuvent interrompre une PrEP pour plusieurs raisons : choix personnel, changement de mode de vie impliquant une réduction des risques de contraction du VIH, toxicités intolérables, absence chronique d'observance de la posologie prescrite malgré les efforts déployés pour améliorer la prise quotidienne des médicaments ou infection par le VIH. En cas d'interruption du traitement, quelle qu'en soit la raison, les éléments suivants doivent être consignés dans le dossier de santé :

- Le statut sérologique au moment de l'interruption ;
- La raison de l'interruption de la PrEP ;
- L'observance thérapeutique récente et les comportements sexuels à risque déclarés.

E. Activités non cliniques

De nombreuses stratégies doivent être mises en place pour normaliser l'utilisation de la PrEP chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. L'élaboration de lignes directrices et de procédures d'exploitation normalisées nationales constitue une première étape importante. S'adresser aux décideurs pour qu'ils acceptent et financent la PrEP constitue un pas supplémentaire. L'acquisition des médicaments antirétroviraux et des médicaments nécessaires à la PrEP est habituellement gérée par des entités ou des organismes mandatés à cet effet, autrement dit les autorités de santé locales, qui auront besoin d'accéder aux données leur permettant d'organiser la chaîne d'approvisionnement, de financer des médicaments et de délivrer l'autorisation de fournir les produits nécessaires.

Les programmes de PrEP efficaces reposent également sur la sensibilisation des communautés, la création d'une demande et la formation des prestataires. Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, l'accès à la PrEP est plus difficile que dans les pays à revenu élevé. Il est essentiel de soutenir l'accès à la PrEP et de donner aux prestataires de soins les moyens de prescrire une PrEP. Les groupes de pression locaux et mondiaux devraient être encouragés à œuvrer dans ce sens.

Sensibilisation de la Communauté à la PrEP

Les membres de la communauté doivent être informés des risques, des coûts, des exigences et des avantages de la PrEP et, s'ils sont infectés par le VIH, de la disponibilité d'un traitement du VIH. Dans la mesure où la PrEP est une intervention relativement récente, des discussions éclairées avec la communauté et des activités de sensibilisation doivent être engagées par et avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans le cadre de campagnes de sensibilisation, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être informés de leur droit à la confidentialité et au consentement et de leur droit d'accéder à la PrEP, d'en bénéficier ou de la refuser si tel est leur choix. Les préoccupations des membres de la collectivité doivent être abordées de façon subtile et par la diffusion d'informations factuelles.

4.2.8 Prophylaxie post-exposition (PEP)

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

La prophylaxie post-exposition (PPE) doit être mise à disposition de toutes les personnes admissibles issues des populations clés à titre volontaire après une possible exposition au VIH.
(p. 51)

La prophylaxie post-exposition (PPE) consiste à administrer des médicaments antirétroviraux aussi tôt que possible après avoir été exposé ou potentiellement exposé au VIH afin de réduire le risque d'infection par le VIH. Il s'agit de la seule façon de réduire le risque d'infection après une exposition au VIH.

A. Critères d'éligibilité à la PEP

La PEP doit être proposée aux personnes ayant été exposées à un risque potentiel de transmission du VIH. L'exposition aux fluides corporels d'une personne séropositive ou au statut sérologique

4 Prestation de soins de santé

inconnu justifie une PEP. La PEP est indiquée après des rapports sexuels non protégés ou après des rapports au cours desquels le préservatif a glissé ou s'est rompu, principales raisons pour lesquelles les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sollicitent une PEP. L'exposition peut également survenir lors d'épisodes de violence sexuelle, de piqûres d'aiguilles, d'écorchures de la peau, d'éruptions cutanées ou d'autres situations impliquant une rupture de la peau ou des muqueuses (c.-à-d. une exposition sexuelle, des éclaboussures dans les yeux, le nez ou la cavité buccale).

La PEP n'est pas indiquée chez les personnes déjà infectées par le VIH, pour les expositions qui ne présentent pas de risque de transmission ou les expositions chroniques. Les relations orales réceptives sont considérées comme des rapports à faible risque compte tenu des propriétés anti-VIH de la salive, même si l'infection reste possible, en particulier si la personne exposée présente une très mauvaise hygiène buccale ou des maladies des gencives.

B. Schéma thérapeutique

La PEP doit être mise à disposition de toutes les personnes éligibles, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à titre volontaire et après une éventuelle exposition au VIH. À l'heure actuelle, l'OMS recommande de proposer et d'entamer une PEP dès que possible, dans l'idéal dans les 72 heures suivant l'exposition. La durée du traitement doit être de 28 jours.

L'OMS recommande une combinaison de ténofovir/lamivudine ou de tenofovir/emtricitabine pour la PEP, de préférence associée à un troisième agent (ritonavir, lopinavir ou atazanavir). Ce choix se fonde sur l'harmonisation des médicaments utilisés dans le cadre de la PEP avec ceux utilisés pour le traitement, mais aussi sur la tolérance de ces médicaments par rapport à d'autres médicaments habituellement disponibles dans les pays à faible et moyen revenu.

S'il convient de prévoir un test de dépistage du VIH reposant sur un consentement éclairé et sur des consultations antérieures et postérieures au test de dépistage doit, l'évaluation de la séropositivité de la personne exposée ne doit pas être un obstacle au lancement d'une PEP. Dans les situations d'urgence où le conseil et le dépistage du VIH ne sont pas facilement disponibles mais où le risque potentiel d'infection par le VIH est élevé, ou si la personne exposée refuse de passer les premiers tests, une PEP doit être entamée et un CDV doit être assuré dès que possible. Un test de suivi doit également être effectué trois mois après l'exposition au VIH. On peut s'inquiéter de l'éventuel risque de poussée hépatique chez les personnes infectées par le virus de l'hépatite B qui arrêtent une PEP fondée sur une combinaison ténofovir/lamivudine ou tenofovir/emtricitabine. L'évaluation du statut du VHB ne doit pas être une condition préalable au démarrage de la PEP, mais les individus souffrant d'une infection déclarée par le VHB doivent être suivis après l'arrêt de la PEP si ces médicaments ne figurent pas déjà dans le traitement du VHB. Le dépistage du VHC doit être proposé conformément aux lignes directrices de l'OMS mais, une fois encore, l'impossibilité de dépister le VHC ne doit en aucun cas retarder le démarrage de la PEP. Le conseil axé sur l'observance thérapeutique, les effets secondaires et la réduction du risque est important, tout comme l'attention accordée aux difficultés psychosociales, notamment à la santé mentale et aux problèmes de soutien social. Il est essentiel d'appliquer rigoureusement les lignes directrices relatives à la confidentialité. Au vu de la rapide évolution des recherches sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux, il est recommandé aux administrateurs de programme de se référer aux lignes directrices de l'OMS les plus récentes.

4.2.9 Services de soin des infections sexuellement transmissibles

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Le dépistage, le diagnostic et le traitement des STI constituent des éléments essentiels à la riposte globale au VIH; ils incluent des services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La gestion des IST doit se conformer aux orientations actuelles de l'OMS et être adaptée au contexte national. Elle doit en outre être confidentielle et se faire sans coercition. Les patients doivent par ailleurs donner leur consentement éclairé avant d'être traités. Il est recommandé de réaliser des dépistages réguliers d'IST asymptomatiques chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

En l'absence de tests en laboratoire, les personnes présentant des symptômes d'IST doivent être traitées conformément aux lignes directrices nationales sur la gestion des IST. (p. 79)

La prestation de services de base en matière de prévention, de dépistage et de gestion du VIH et des IST constitue une part essentielle et prioritaire d'un ensemble complet de services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Étant donné que l'infection par certaines IST peut faciliter la transmission du VIH, tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent avoir accès à des services d'IST acceptables, gratuits ou abordables, efficaces et de qualité. Les services d'IST consistent à gérer des d'IST symptomatiques et asymptomatiques. Le gestion complète des cas d'IST comprend également la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants, l'aide à l'observance thérapeutique et le conseil sur la réduction des risques.

A. Conception des services

Évaluer les services disponibles

Au moment de la cartographie des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui précède la mise en œuvre d'une intervention (voir Chapitre 6, Section 6.2.7, Partie A), il est nécessaire de recueillir des données sur la qualité, l'utilisation, l'accessibilité et l'acceptabilité des services d'IST existants. Associées à des données locales sur la prévalence des IST, ces informations peuvent être utiles pour déterminer la demande en services d'IST et à élaborer un plan d'amélioration des services existants ou de mise en place de nouveaux services.

Définir l'ensemble des services d'IST et d'autres services essentiels

Les services d'IST qui s'adressent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent respecter des normes qualitatives et quantitatives de base. Le programme national doit donc voir à l'élaboration de directives et de standards opérationnels en matière d'IST, puis définir les services d'IST et autres services essentiels en collaboration avec des experts techniques, des partenaires à la mise en œuvre et des représentants de la communauté. Ces directives et standards serviront de référence lors de la prestation, de la formation, de la supervision et du suivi des services.

L'ensemble des services essentiels en matière d'IST comprend :

- Le dépistage et le traitement des IST asymptomatiques :
 - dépistage sérologique périodique d'une syphilis asymptomatique ;
 - dépistage périodique de la gonorrhée et de l'infection par la Chlamydia urétrales et rectales asymptomatiques au moyen du TAN (test d'amplification des acides nucléiques)
 - dépistage périodique du VIH (voir Section 4.2.6) ;

4 Prestation de soins de santé

- › Contrôles de routine des IST ;
- › CDV volontaire ou conseil et dépistage initié par le prestataire (CDIP) ;
- La gestion des cas syndromiques pour les patients présentant des symptômes.

Lorsque cela est faisable et approprié, il importe que les services d'IST soient liés ou intégrés aux services de dépistage et de traitement du VIH, de santé sexuelle et reproductive et de soins de santé primaire.

Puisque les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentent un risque plus élevé de contracter une IST et que les facteurs de risque en cause diffèrent de ceux de l'ensemble de la population, il convient d'élaborer des organigrammes de gestion spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Voici quelques exemples de directives et de standards de ce type : *Promoting the health of men who have sex with men worldwide: a training curriculum for providers* du Global Forum on MSM & HIV et de l'Université Johns Hopkins ; *Clinical guidelines for sexual health care of men who have sex with men* de l'International Union against Sexually Transmitted Infection's Asia Pacific Branch, et *Men who have sex with men: an introductory guide for health workers in Africa* de la Desmond Tutu HIV Foundation (voir Section 4.5).

Dépistage des IST

Les patients symptomatiques savent qu'ils sont infectés et sont plus enclins à rechercher des soins. Vu le niveau élevé des taux d'IST, le dépistage régulier en laboratoire d'infections asymptomatiques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est rentable et peut réduire la prévalence des IST à long terme. Il est donc essentiel d'investir davantage dans le dépistage. Lorsque le diagnostic en laboratoire est disponible, ce dernier doit disposer d'employés qualifiés et formés à la conduite de procédures techniquement exigeantes, mais aussi de dispositifs d'assurance qualité adéquats.

L'absence de tests en laboratoire ne constitue pas un obstacle au dépistage et au traitement des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les visites de dépistage régulières permettent notamment de renforcer la prévention et de répondre aux autres préoccupations sanitaires. La visite permet de rechercher des symptômes d'IST ou d'infections de la région génitale ou anorectale, notamment à travers l'examen au spéculum et proctoscopique.

Gestion des cas syndromiques

Même dans les contextes dotés de structures sophistiquées et de ressources, le diagnostic étiologique des ITS (fondé sur des tests en laboratoire visant à identifier l'agent étiologique) et le diagnostic clinique (fondé sur l'expérience clinique visant à identifier les symptômes couramment associés à une ITS spécifique) peuvent malgré tout être limités. S'il est souvent préférable de procéder à un diagnostic étiologique, celui-ci peut s'avérer coûteux, long et exigeant en ressources (tests en laboratoire, personnel de laboratoire formé, etc.) et risque d'entraîner des retards dans le traitement. Avec le diagnostic clinique, les IST peuvent être mal identifiées, surtout si le patient souffre de plusieurs infections.

Lorsque les ressources manquent et qu'il est impossible de garantir un dépistage fiable des IST, l'OMS recommande d'adopter une approche syndromique (adaptée au contexte local) pour la gestion des IST symptomatiques. Fondée sur les symptômes du patient, la gestion des cas syndromiques est très sensible et envisage la possibilité d'infections mixtes. Le traitement intervient dès l'évaluation initiale, conformément à un organigramme conçu pour aider le prestataire de soins à prendre les bonnes décisions de diagnostic et de traitement. Les difficultés habituellement rencontrées dans les contextes où les ressources sont limitées sont réduites au minimum, dans la mesure où les soins sont accessibles. Interroger un patient sur les IST et ses antécédents sexuels doit devenir une pratique systématique dans le cadre des consultations de CDV. Discuter avec un patient des ITS et des symptômes qui y

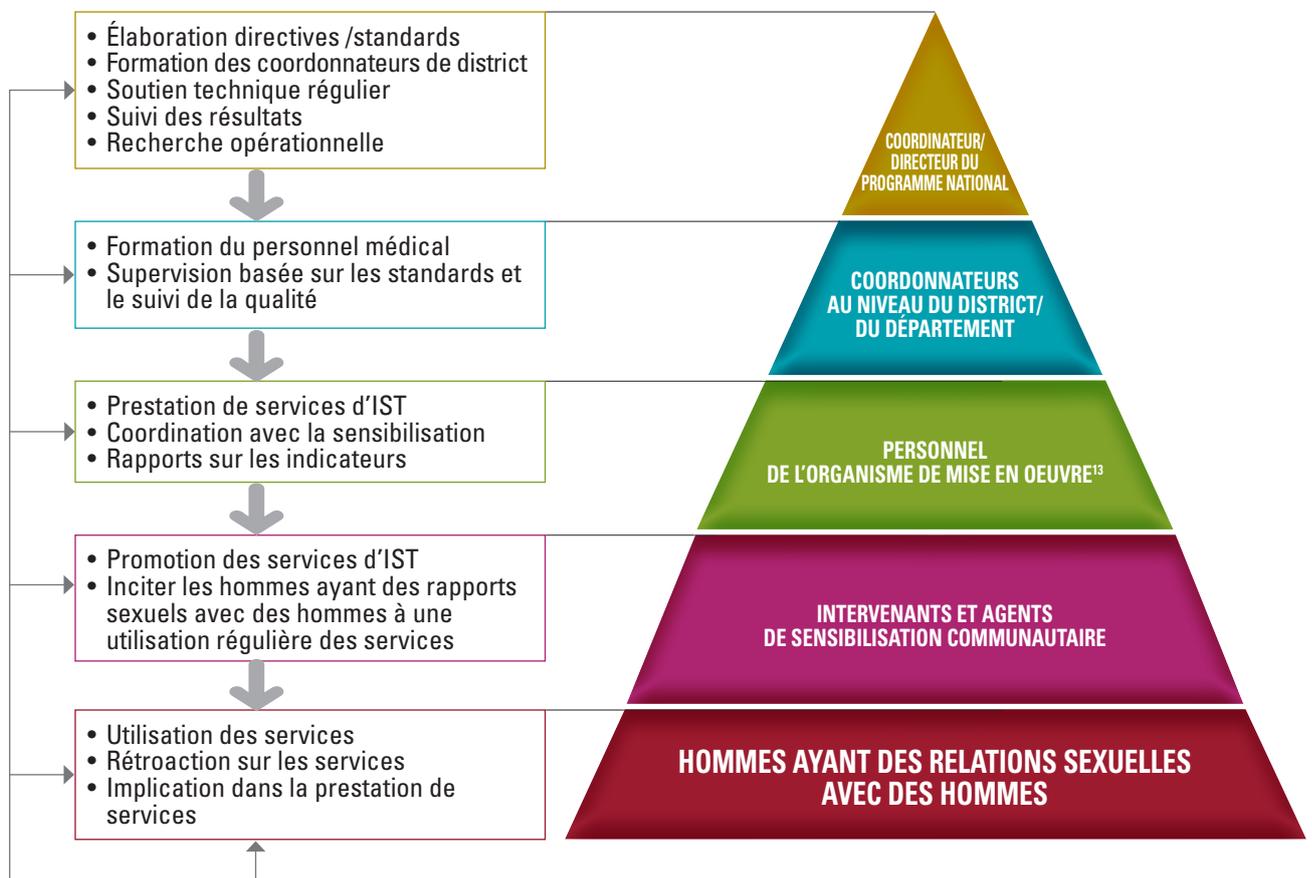
sont associés peut parfois s'avérer difficile à cause de la gêne que celui-ci pourrait éprouver à aborder ouvertement ces questions. Il est souvent possible de lever cet obstacle en expliquant au patient que les IST sont très fréquentes chez les hommes et que la plupart sont faciles à traiter.

B. Prestation et gestion des services

Organisation des services

L'établissement d'une structure de gestion opérationnelle dans laquelle les rôles et responsabilités aux différents niveaux de prestation sont clairement établis est essentiel à une mise en œuvre et à une mise à l'échelle efficaces de services d'IST et de santé sexuelle (voir Figure 4.7). Les mécanismes de communication et de coordination doivent être bien identifiés et les responsabilités de soutien technique et de supervision à chacun des niveaux de soins doivent être clairement articulées.

Figure 4.7 Rôles et responsabilités dans la prestation de services d'IST



Offrir un ensemble de services d'IST approprié et de qualité

La prestation de services de qualité encourage les patients atteints d'une IST à demander des soins réguliers. La Figure 4.8 résume les facteurs permettant d'assurer la prestation de services d'IST de qualité. Pour le traitement des IST, voir les lignes directrices nationales ou les *Guidelines for the management of sexually transmitted infections* de l'OMS (2003, mise à jour prévue pour 2015) ou encore les *Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2010* des *Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis* (voir Section 4.5.)

¹³ An implementing organization is an organization delivering a prevention, care or treatment intervention to men who have sex with men. It may be a governmental, nongovernmental, community-based or community-led organization, and may work at a state, district or local level. Sometimes a nongovernmental organization provides services through sub-units at multiple locations within an urban area, and in this case, each of those sub-units may also be considered an implementing organization.

Figure 4.8 Assurer des services d'IST de qualité

Composantes essentielles	Contributions garantissant la qualité	La qualité permettra...
<ul style="list-style-type: none"> • Solidité technique • Efficacité • Efficience • Sécurité • Accessibilité • Relations interpersonnelles (confiance) • Continuité des services • Infrastructures physiques et confort • Choix informés 	<ul style="list-style-type: none"> • Gamme des services (IST, CDV, VIH, soins de santé primaire) • Soutien à la gestion du programme <ul style="list-style-type: none"> › directives et appui des politiques › structures du programme › ressources et matériel (médicaments, matériel de laboratoire, préservatifs et lubrifiants) • Renforcement des capacités : <ul style="list-style-type: none"> › formation du personnel clinique et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes › suivi et supervision • Implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la prestation de services et le suivi • Coordination avec la sensibilisation conduite par la communauté • Dispositifs de référencement • Continuité des services 	<ul style="list-style-type: none"> • d'améliorer les connaissances des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur satisfaction • de développer un comportement adéquat de recherche de soins susceptible de devenir une norme communautaire • d'accroître la couverture, l'adoption et la rétention du traitement • d'améliorer la santé individuelle et communautaire

Faire de l'obtention de soins des IST une norme communautaire

Il est essentiel que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent les symptômes des IST et soient encouragés à se faire régulièrement dépistés en cas d'apparition de ces symptômes. Les HSH sexuellement actifs qui ne présentent aucun symptôme doivent se faire régulièrement dépister car certaines ITS peuvent demeurer asymptomatiques. L'établissement de liens entre les services d'IST et les services de sensibilisation et d'appui communautaires contribue à atteindre cet objectif.

Il est essentiel de coordonner les efforts de sensibilisation déployés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin de promouvoir les services de STI et de soutenir le suivi clinique. Parallèlement, la fourniture de services d'IST permet de renforcer la promotion de l'utilisation du préservatif menée par les intervenants en sensibilisation communautaire. Le personnel clinique doit développer de solides capacités de communication auprès des intervenants en sensibilisation communautaire. L'amélioration de la communication et de l'orientation renforce par ailleurs l'effet préventif global.

Impliquer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les intervenants en sensibilisation communautaire dans la prestation de services médicaux

Les services d'IST doivent promouvoir une forte participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent s'impliquer à de nombreux niveaux des services médicaux liés aux IST, notamment au niveau de la gestion. Leur implication augmente le sentiment d'appropriation et rend les services plus acceptables et plus durables. Les cliniques doivent formaliser leur participation en précisant la façon dont ils peuvent s'impliquer dans le développement, la gestion et le suivi des services.

L'évolution professionnelle doit faire partie intégrante de l'autonomisation de la communauté et favoriser l'apprentissage et le mentorat des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la prestation de services médicaux. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi mis à contribution doivent avoir été formés à la conduite des tâches qu'ils assument, garantir la confidentialité des services et être rémunérés pour leur travail.

Liaison et intégration des services

La majorité des programmes proposant des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont axés sur le VIH et les IST. Cependant, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont les mêmes besoins en matière de santé primaire que l'ensemble de la population. Ils peuvent également rencontrer des problèmes associés à la santé mentale, la consommation d'alcool et de drogues.

Les programmes doivent s'efforcer de proposer une gamme complète de services sanitaires et sociaux. On doit pouvoir y accéder directement ou par référencement, sans craindre de discrimination. Ils peuvent être créés progressivement, en fonction des priorités et de la disponibilité de la communauté, mais aussi et de la faisabilité de la prestation de services et de solutions alternatives. D'autres sections de ce chapitre abordent la prestation de services liés au VIH, à la SSR, à l'immunisation contre l'hépatite B, à la tuberculose et au traitement contre la toxicomanie et l'alcoolisme.

Encadré 4.8

Exemple de cas: Création d'un point d'entrée vers les services de santé sexuelle au Cambodge

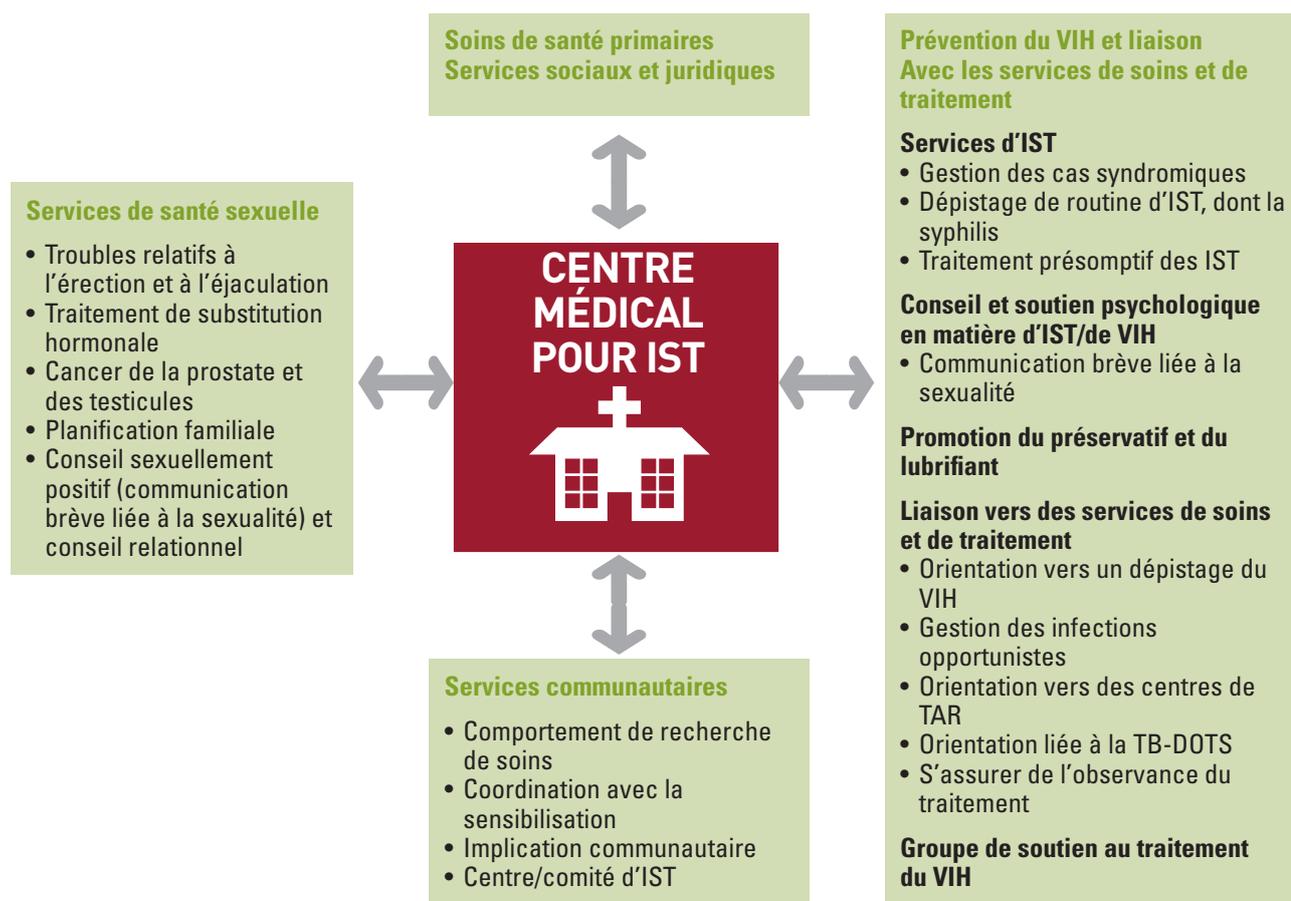
La *Reproductive Health Association Cambodia* (RHAC) a lancé un programme visant à fournir des soins de santé primaires aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin de les amener à recourir à des services améliorés de santé sexuelle et reproductive et de dépistage du VIH. Associée à des services de dépistage du VIH et des IST destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la vaccination gratuite contre l'hépatite B constitue l'une des mesures fondamentales de ce programme.

L'évaluation a montré que les soins de santé primaires gratuits amélioreraient le recours à la vaccination contre le VHB chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais qu'ils ne suffisaient pas à accroître l'utilisation des services de dépistage des IST et du VIH. À ces facteurs s'ajoutent la large diffusion d'informations sur la disponibilité des services pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les mesures de soutien aux déplacements vers et depuis les centres hospitaliers, un système de référencement solide et la création d'un environnement favorable dans les centres hospitaliers, notamment à travers la formation de conseillers au travail avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

4 Prestation de soins de santé

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dont les problèmes de VIH ou de santé en général ne peuvent être réglés ou gérés de façon appropriée par les services du programme doivent être redirigés vers d'autres établissements de santé. Toute demande en matière de santé peut servir de point d'entrée vers d'autres services utiles. De plus, des réseaux de référencement doivent être mis en place afin de répondre à des besoins anticipés (voir Figure 4.9). Les centres de santé doivent disposer d'une liste de prestataires recommandés indiquant les noms, adresses, numéros de téléphone et heures d'ouverture. Il convient si nécessaire d'envisager un référencement accompagné (p. ex. en raison d'obstacles perçus à l'accès aux services) (voir Section 4.2.1, Partie D).

Figure 4.9 Réseaux de référencement



Encadré 4.9

Exemple de cas: Fourniture de services de santé sexuelle à des HSH ayant des partenaires féminins en Inde

La *Family Planning Association of India* (FPAI) fournit des services intégrés de santé sexuelle et reproductive et des services liés au VIH à l'ensemble de la population à travers un réseau de 42 centres répartis à travers le pays. Plusieurs établissements de la FPAI ont formé des prestataires de services à se montrer plus réceptifs aux besoins des HSH, y compris de ceux ayant des partenaires femmes. Les HSH ayant un partenaire féminin se trouvent souvent confrontés à une discrimination réelle ou perçue de la part de leur communauté, du fait de leur bisexualité. D'autres services communautaires destinés aux HSH renvoient souvent les hommes ayant des partenaires féminins vers des établissements de santé de la FPAI pour les services de santé sexuelle. Étant donné que les établissements assurent la confidentialité et l'accessibilité à tous les patients, elles permettent aux HSH ayant des partenaires féminins de s'y rendre avec leurs partenaires ou de discuter avec des conseillers qualifiés des besoins liés à leur comportement sexuel.

C. Hépatite virale

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Les populations clés doivent jouir du même accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des hépatites B et C que les autres populations à risque ou vivant avec le VIH. (p. 73)

Des stratégies d'immunisation de rattrapage contre l'hépatite B doivent être mises en place dans les contextes où la couverture de l'immunisation infantile n'est pas encore totale. (p. 74)

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par le contact avec le sang ou d'autres fluides corporels d'une personne infectée. La transmission peut également se produire lors de rapports sexuels et de l'injection de drogues. Dans différentes régions du monde, l'infection par le VHB est également associée aux pratiques sexuelles à risque et au commerce du sexe. Il existe heureusement un vaccin bon marché, sûr et efficace contre le VHB.

L'OMS propose les publications suivantes: *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection* (2015), *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection* (2014) et *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs* (2012).

Dans tous les pays, il est conseillé de vacciner les nouveau-nés contre le VHB. L'OMS recommande l'administration de trois doses pour une immunisation complète et une protection contre une infection potentielle par le VHB. Des stratégies d'immunisation de rattrapage contre l'hépatite B doivent être mises en place dans les contextes où les adultes n'ont pas accès à l'immunisation infantile, ce qui est souvent le cas des individus de plus de 20 ans dans la plupart des contextes, mais aussi des plus jeunes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La vaccination spécialement destinée aux groupes à risque élevé deviendra de moins en moins nécessaire à mesure qu'augmentera le nombre de pays à élaborer des programmes nationaux d'immunisation infantile prévoyant l'administration de trois doses du vaccin contre l'hépatite B. Pour l'heure, elle reste toutefois recommandée pour les groupes à risque, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Indépendamment de la numération lymphocytaire CD4, il est important de proposer une TARV à base de ténofovir (FDT) et de lamivudine (3TC) (ou d'emtricitabine [FTC]) aux HSH co-infectés par le VIH et le VHB souffrant par ailleurs de graves maladies chroniques du foie. Pour les individus présentant une cirrhose ou des charges virales élevées, les lignes directrices sur le traitement de l'hépatite B de 2015 recommandent la prise de ténofovir ou d'autres antiviraux actifs contre le VHB offrant une protection élevée (pas uniquement de la lamivudine).

Comme le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet par le contact avec le sang ou d'autres fluides corporels d'une personne infectée. La plupart des infections à l'hépatite C surviennent à la suite de l'utilisation de matériel contaminé d'injection de drogues ou lors de soins médicaux. Le VHC peut également se transmettre par contact sexuel, surtout chez les hommes séropositifs au VIH ayant des relations sexuelles anales avec d'autres hommes, même si quelques cas ont également été signalés chez des hommes séronégatifs au VIH ayant des relations sexuelles anales avec d'autres hommes. S'il n'existe aucun vaccin contre le VHC, l'hépatite chronique peut généralement être soignée en suivant des traitements administrés par voie orale. Le traitement standard actuel de l'hépatite C repose sur une thérapie antivirale combinée à base de peginterféron alpha et de ribavirine. Les nouvelles lignes directrices de l'OMS recommandent des traitements sans interféron. De nouveaux médicaments antiviraux, plus efficaces, plus sûrs et mieux tolérés, ont été élaborés et sont reconnus comme des antiviraux oraux à action directe. À l'heure actuelle, ils ne sont toutefois disponibles que dans quelques pays. Les prestataires de services sont encouragés à consulter les dernières orientations de l'OMS en la matière.

4 Prestation de soins de santé

L'infection par le virus de l'hépatite A (VHA) survient habituellement lorsqu'une personne absorbe des aliments ou de l'eau contaminés. Le VHA est également présent dans les selles des personnes infectées et peut être transmis sexuellement lors de relations orales-anales. Contrairement à l'infection par le VHB et le VHC, l'infection par le VHA ne provoque pas de maladie chronique du foie et entraîne rarement le décès du patient. Elle peut toutefois provoquer des symptômes débilitants et une insuffisance hépatique aiguë, associée à une mortalité élevée.

L'hygiène personnelle, comme le lavage minutieux des mains et des parties génitales et anales avant les relations sexuelles, permet de diminuer le risque d'infection par le VHA. L'utilisation de préservatifs ou de digues dentaires doit être encouragée, dans la mesure où elle permet également de limiter la transmission. Il n'existe pas de traitement spécifique permettant de guérir du VHA après infection. Le traitement vise à maintenir des conditions de confort et à offrir un équilibre nutritionnel optimal, notamment en remplaçant les fluides perdus à la suite de vomissements et de diarrhées. Il existe un vaccin contre le VHA ainsi qu'un vaccin combiné contre le VHA et le VHB. Celui-ci est recommandé pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

4.2.10 Autres services de santé sexuelle

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Les membres des populations clés, dont ceux vivant avec le VIH, doivent pouvoir jouir d'une vie sexuelle pleine et épanouie. (p. 81)

A. Soins de santé anale

L'attention portée à la santé anale des hommes est relativement récente, ce qui explique l'absence de lignes directrices bien définies à l'attention des professionnels de la santé. Certaines recommandations générales ont été élaborées par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et reprises dans son plan intitulé *Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean* (voir Section 4.5). Ce plan encourage les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à passer un examen anorectal dans le cadre d'une approche globale des et sexuellement positive des soins de santé (voir également le Chapitre 3, Encadré 3.1).¹⁴ Les professionnels de la santé doivent être capables de proposer et de normaliser cet examen dans le cadre de visites de routine consistant à recueillir les antécédents des patients et à procéder à un examen physique complet. Les prestataires de santé doivent aborder :

- l'utilisation correcte et régulière de préservatifs et de lubrifiants ;
- les dangers potentiels de douches rectales ou de lavements (voir ci-dessous) ;
- l'utilisation d'objets étrangers et d'autres pratiques pénétrantes (p. ex. godes, *fisting*, etc.) ;
- les antécédents de problèmes de santé anorectale ;
- l'utilisation de médicaments et d'autres substances lors de relations anales.

L'examen anorectal doit chercher à déceler :

- des blessures ou des signes de traumatisme, y compris des saignements de la région anale ou de la muqueuse anale ;
- de fortes douleurs près de l'anus ;
- des sécrétions dans et autour de l'anus ou du rectum ;
- des hémorroïdes ;

¹⁴ Pour un webinaire sur la santé et le plaisir dans les relations anales, voir : <http://www.msngf.org/html/webinars/AnalPleasure/lib/playback.html>

- des fissures anales ou des fistules ;
- des verrues anales ;
- des ulcères dans et autour de l’anus ou du rectum ;
- la présence d’objets étrangers au niveau de l’anus ou du rectum ;
- des lésions laissant présager l’apparition de conditions précancéreuses ou de cancers de l’anus ou du rectum ;
- des blessures intestinales ;
- une incontinence anorectale.

Après avoir procédé à l’examen anorectal et traité les maladies ou les problèmes décelés, il est important d’informer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur l’importance de l’utilisation de préservatifs et de lubrifiants pour réduire les risques de déchirure et minimiser le risque de transmission de maladies au cours de relations sexuelles anales. Il est important d’expliquer que l’anus ne produit pas de lubrification et qu’il existe donc un risque de blessures lors de relations sexuelles anales « à sec ». L’accent devrait être mis sur l’utilisation de préservatifs accompagnés de lubrifiants compatibles et sur le rôle des préservatifs dans la prévention de la propagation du VIH et des IST (et des grossesses non désirées avec des partenaires féminins). Voir également le Chapitre 3, Section 3.2.3, et les recommandations de l’OMS sur une brève communication relative à la sexualité (Section 4.5).

Encadré 4.10

Exemple de cas : Renforcement des compétences pour les prestataires de soins en Inde

Avahan était un programme complet de prévention du VIH fournissant des services à plus de 82 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et transgenres dans six États du pays. Travailler avec des populations à risque était une expérience inédite pour les prestataires de soins. Beaucoup d’entre eux avaient des perceptions erronées et une vision négative des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transgenres. Pendant les visites de terrain menées après une formation initiale sur les *Clinic Operational Guidelines & Standards* d’Avahan, l’organisme partenaire chargé du renforcement des capacités dans le domaine des IST a remarqué une gêne mutuelle chez les patients comme chez les médecins lors des discussions portant sur les problèmes sexuels personnels et les comportements à risque. Les prestataires de soins étaient incapables de comprendre la jargon local employé par les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes pour définir leur identité et leurs comportements à risque et se retrouvaient ainsi confrontés à un problème de communication. Les examens cliniques étaient rarement pratiqués du fait de la réticence des patients à se soumettre à un examen anogénital et du manque d’expérience des médecins en la matière, en particulier dans le domaine des examens proctoscopiques.

Une formation a été mise au point pour aborder les questions de sexualité, tenir compte des antécédents comportementaux propres aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux transgenres, pratiquer des examens oraux, proctoscopiques et au speculum, identifier les problèmes anogénitaux communs et fournir un appui-conseil spécifique à ces populations. L’un des objectifs principaux de la formation consistait à démystifier les comportements sexuels et à promouvoir une attitude respectueuse envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres lors des consultations médicales. Vingt-trois responsables techniques des principaux organismes de mise en œuvre d’Avahan ont participé à un atelier de formation de quatre jours portant sur des techniques participatives de formation telles que des études de cas, des jeux de rôle, des démonstrations sur des modèles pelviens et des expériences médicales pratiques. Les responsables techniques ont ensuite formé à leur tour le personnel clinique travaillant dans le cadre du programme avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transgenres, tout en continuant d’assurer un encadrement attentif dans les établissements de santé. Le personnel est ainsi parvenu à gagner la confiance des communautés et le taux d’examens proctoscopiques des patients signalant des relations anales réceptives est passé de 18 à 79 % en l’espace d’un an.

Dépistage du papillome humain et du cancer anal

Le virus du papillome humain (VPH) a un impact significatif chez les hommes, mais il n'existe pas de lignes directrices claires concernant le dépistage du VPH et du cancer anal. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont plus exposés que les hétérosexuels aux pathologies liées au VPH de types 6, 11, 16 et 18. Des cancers de l'anus, du pénis et de la gorge ont été associés au VPH. Les personnes séropositives au VIH peuvent être particulièrement sensibles aux effets indésirables du VPH. Les verrues génitales sont par exemple plus fréquentes et plus difficiles à traiter chez les personnes infectées par le VIH. Les néoplasies intraépithéliales anales et les cancers de l'anus sont également fréquents chez les personnes infectées par le VIH et peuvent être identifiés par le biais d'un frottis anal ordinaire.

La vaccination contre le VPH peut contribuer à réduire le risque de verrues génitales et de cancers de l'anus. Certains organismes ont élaboré des lignes directrices pour le dépistage du cancer de l'anus, mais il n'existe pas de recommandations formelles et universelles en faveur de l'utilisation de tests Pap pour dépister la présence de cellules anormales. L'Institut en charge du SIDA du *New York State Department of Health* recommande par exemple le dépistage du VPH à travers :

1. une inspection visuelle (le personnel médical doit examiner la région anogénitale pour évaluer les lésions infectées par le VPH lors de la première consultation et dans le cadre d'un examen physique annuel complet) ;
2. la cytologie anale (le personnel de santé doit pratiquer un test Pap lors de la première consultation puis chaque année chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez tous les patients ayant des antécédents de verrues anales) ;
3. un dépistage ADN du VPH (cependant, à l'heure actuelle, le dépistage ADN du VPH chez les patients infectés par le VIH *n'est pas* recommandé).

Douche rectale et pénétration rectale avec le poing

Les douches rectales (lavements) et la pénétration avec le poing chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont des comportements qui n'ont guère fait l'objet de recherches. Les premières recherches en la matière ont permis de constater que le recours au lavement était associé à plusieurs IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qu'il augmentait le risque d'infection par le VIH, probablement en raison de la rupture de la muqueuse rectale, qui facilite l'entrée du VIH. La pénétration avec le poing peut entraîner des dommages au niveau de l'anus ou de la muqueuse rectale, facilitant ainsi la transmission du VIH. S'il est nécessaire de mener des recherches plus approfondies sur le recours au lavement et à la pénétration anale avec le poing, notamment pour élaborer des lignes directrices, les professionnels de la santé doivent néanmoins évaluer l'impact de telles pratiques. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être informés de ces premiers résultats et des risques sanitaires associés à la douche rectale et à la pénétration anale avec le poing.

B. Dysfonction érectile (DE)

La dysfonction érectile (ou l'incapacité d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels avec pénétration) est un trouble médical répandu, principalement chez les hommes de plus de 40 ans, même s'il peut survenir à tout âge. Si ce problème ne concerne pas uniquement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les prestataires de soins qui travaillent avec cette population doivent toutefois en tenir compte dans le contexte de la santé sexuelle.

Les fonctions sexuelles normales, notamment la possibilité de maintenir une érection, dépendent d'un ensemble de facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. Les facteurs biologiques liés à la DE peuvent être liés à une maladie cardiovasculaire, au diabète et à l'hypertension, mais

aussi à la consommation de certains médicaments, de tabac, d'alcool et de drogues. Les facteurs psychologiques et sociaux peuvent être connectés entre eux. Ils peuvent en outre inclure l'anxiété liée à la performance ou à la peur de l'échec lors des rapports sexuels, des troubles de la santé mentale (p. ex. dépression, expériences traumatiques), le stress, des problèmes familiaux et des inquiétudes liées à des événements importants (p. ex. statut VIH, perte d'emploi, nouvelle relation). Au vu du grand nombre de causes possibles de DE, il convient de procéder à un recueil minutieux des antécédents et à un examen physique du patient. Le traitement adopté dépendra de la cause de la DE.

Les médicaments utilisés pour traiter la DE sont associés à des comportements sexuels à risque et à des pratiques de consommation de drogues chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les infections par le VIH et des IST ont été associées à l'utilisation de certains médicaments traitant la DE, comme le Viagra. En plus d'évaluer les problèmes de DE chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les prestataires de soins doivent déterminer si la consommation de médicaments pour la dysfonction érectile poursuit des fins thérapeutiques ou récréatives, puisque ces deux types de consommation peuvent faciliter des comportements sexuels à risque. La prestation de services de traitement de la DE peut constituer un point d'entrée efficace vers d'autres services liés à la prévention du VIH et des IST. Voir également les recommandations de l'OMS consignées dans la publication intitulée *une brève discussion liée à la sexualité* *Brief sexuality-related communication* (Section 4.5).

4.3 Soins et traitement

4.3.1 Soins et traitement antirétroviraux

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Les populations clés vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un même accès que les autres populations au traitement et à la thérapie antirétrovirale (TARV) et à une même gestion du TAR. (p. 61)

L'amélioration de la disponibilité et de l'accès à la TARV a permis de réduire sensiblement les maladies opportunistes et les décès entraînés par le VIH. Dans les pays à faible revenu, il arrive que cet accès ne soit pas à la hauteur des besoins; les services de TARV sont toutefois largement accessibles dans de nombreux pays. Il n'est pas plus difficile ni moins efficace de proposer des services de TARV aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qu'à l'ensemble de la population. Les services de sensibilisation doivent diriger les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vers des services de soins et de traitement réceptifs et compétents afin de maximiser les bénéfices de la TARV et observance de ce traitement. Un traitement précoce et efficace offre un immense potentiel de prévention de la transmission du VIH en réduisant la charge virale de l'individu et de la communauté (voir Partie E de cette Section).

Dans de nombreux contextes, des obstacles réels et perçus empêchent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'accéder à la TARV. Les prestataires de services de TARV desservant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent avoir conscience de ces obstacles et s'efforcer de les supprimer :

- La stigmatisation et la discrimination réelles et perçues dont sont victimes les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les établissements de santé influent sur l'accès, le

diagnostic et l'observance thérapeutique. Il existe un risque pour que ce phénomène se trouve exacerbé dans les pays où la criminalisation et la discrimination sont légitimées par des politiques.

- Dans les contextes d'épidémies généralisées, il a été constaté que la TARV produisait de moins bons résultats chez les hommes que chez les femmes. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les établissements de santé se montrent plus accueillants à l'égard des femmes enceintes.
- Les facteurs syndémiques associés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être pris en considération. (Un facteur syndémique est la combinaison de deux ou plusieurs maladies ayant un certain niveau d'interaction biologique qui exacerbe les effets négatifs sur la santé d'une ou de toutes les maladies.) Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il peut s'agir d'une présence plus marquée d'ITS, de tabagisme, d'alcoolisme, de consommation récréative de drogues, associés à des difficultés liées à la migration, à la condition de sans-abri, au travail du sexe et à la maladie mentale.
- Les effets indésirables des médicaments peuvent avoir une incidence sur le bien-être et l'état de santé. L'apparition de selles molles causée par certains médicaments peut par exemple avoir une incidence sur la capacité à pratiquer des relations sexuelles anales.

A. Définitions essentielles et préalables aux services de TARV

Les Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014 formulent des recommandations concernant le moment indiqué pour commencer une TARV. Les prestataires doivent également se reporter au document *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach* publié par l'OMS en 2013. Ces lignes directrices sont régulièrement mises à jour pour refléter les changements des critères d'éligibilité, les schémas thérapeutiques privilégiés pour la TARV et les modalités de suivi.

Il n'existe pas de recommandations cliniques spécifiques pour les services de TARV proposés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La stigmatisation, la discrimination et la marginalisation dont les HSH sont victimes expliquent pourquoi ces derniers tardent souvent à demander un traitement.

- La TARV doit être entreprise en priorité lorsque la maladie a atteint un stade sévère ou avancé et chez les PVVIH présentant une numération des lymphocytes CD4 ≤ 350 cellules/mm³.
- La TARV doit être proposée à toutes les PVVIH présentant une numération des lymphocytes CD4 comprise entre 350 et ≤ 500 cellules/mm³, quel que soit leur stade clinique OMS.
- La TARV doit être proposée à toutes les PVVIH, quel que soit leur stade clinique OMS ou leur numération des lymphocytes CD4, dans les situations suivantes :
 - › individus co-infectés par le VIH et un bacille de la tuberculose actif ;
 - › individus co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite B (VHB), avec présence d'une maladie chronique sévère du foie ;
 - › partenaires séropositifs au sein de couples à statut sérologique différent.

Le débat reste ouvert quant au meilleur moment pour entreprendre une TARV. Les modélisations et les études menées indiquent de plus en plus clairement qu'un démarrage précoce de la TARV (autrement dit, indépendamment de la numération des cellules CD4 et même lorsque les situations mentionnées ci-dessus ne s'appliquent pas) présente des avantages supplémentaires au niveau de l'ensemble de la population : réduction de la transmission du VIH et donc de son incidence, recul plus poussé de la morbidité et de la mortalité si le dépistage du VIH et la couverture des services de TARV sont très élevés au sein de la population (voir la Section E ci-dessous).

Les lignes directrices recommandent également :

- L'utilisation de schémas thérapeutiques antirétroviraux simplifiés, moins toxiques et plus pratiques pour les traitements de première et de deuxième ligne, de préférence à travers une combinaison de doses fixes ;
- L'intégration de la TARV aux protocoles de traitement de la TB et dans les services de réduction des risques destinés aux HSH qui consomment des drogues, notamment dans les traitements de substitution aux opiacés ;
- La décentralisation des services de TARV et leur prestation dans des établissements de santé périphériques par des infirmières et avec le soutien continu des agents de santé communautaire.

D'autres documents normatifs de l'OMS recommandent également :

- L'application des *directives mentionnées dans le document de Politique de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH de l'OMS* (voir Section 4.5) consistant à intensifier le dépistage des cas de tuberculose, à mettre en place un traitement préventif à l'isoniazide et à maîtriser l'infection tuberculeuse ;
- L'immunisation contre le VHB (voir la Section 4.2.9, Partie C) ;
- Le dépistage et la gestion de routine des troubles mentaux, en particulier de la dépression et du stress psychosocial (voir Section 4.3.3).

B. Considérations spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes placés sous TARV

Comme chez beaucoup d'autres, la TARV suscite des craintes et des inquiétudes chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est impératif de comprendre l'état actuel des connaissances de la communauté en matière de TARV pour pouvoir répondre aux préoccupations, aux craintes ou aux malentendus en fournissant des informations précises et appropriées. Le conseil doit expliquer l'avantage d'engager une TARV avant de se sentir souffrant ou de présenter des symptômes. Il convient d'explorer en détail l'observance du traitement prescrit, le maintien de la charge virale à un niveau minimal pour rester en bonne santé et éviter l'échec du traitement, ainsi que la réduction du risque de transmission du VIH. Plusieurs séances peuvent être nécessaires. Il est notamment recommandé d'aborder les avantages potentiels du traitement de prévention de la transmission du VIH aux partenaires sexuels, dans la mesure où le risque de transmission est élevé pendant les relations anales.

C. Formation des prestataires

La formation des prestataires de services de TARV doit être conforme aux standards nationaux et internationaux (voir Section 4.5). Les lignes directrices générales relatives à la formation du personnel médical chargé de fournir les services de TARV sont présentées dans la Section 4.3.1, Partie C. La Section 4.3.1 contient des considérations sur la façon d'adapter la fourniture de services de TARV pour les rendre plus accessibles et plus acceptables aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

D. Soins, soutien et gestion des cas par la communauté

Les soins prodigués avant le début de la TARV, les soins et le soutien apportés pendant la TARV et la gestion des cas constituent d'autres traitements périphériques, mais tout aussi essentiels, assurés par la communauté. Les programmes de soins offrent un ensemble de services axés sur la santé physique des personnes vivant avec le VIH avant et après le début de la TARV, sur la prévention de nouvelles infections, mais aussi sur le traitement de problèmes psychosociaux auxquels sont

4 Prestation de soins de santé

confrontés les hommes séropositifs au VIH ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cet ensemble de services peut inclure une évaluation et des conseils nutritionnels, des informations sur le traitement, un soutien à l'observance thérapeutique et un référencement vers d'autres services. Le soutien communautaire peut prendre de nombreuses formes. Il peut être assuré en personne ou virtuellement, sur des sites de réseaux sociaux, par téléphone ou par messagerie mobile. Un soutien individuel ou collectif peut être fourni. La préférence du patient doit aussi souvent que possible dicter l'approche à adopter. Le soutien psychosocial communautaire peut s'avérer particulièrement important pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans des environnements hostiles où le rejet par la famille et la communauté peut être important. Il a été démontré que des contacts interpersonnels et un soutien social améliorait l'état de santé des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment les hommes séropositifs au VIH, et encourageait des comportements sains. Les discussions en ligne protègent également les HSH séropositifs au VIH en leur permettant de garder l'anonymat.

Les soins, le soutien et la gestion des cas par la communauté ne se limitent pas à de simples services préventifs et thérapeutiques. Il est essentiel d'établir un climat de confiance et d'offrir une gamme de services complets et axés sur les patients pour obtenir la participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des efforts doivent être déployés pour traiter l'individu dans son ensemble plutôt que de se concentrer uniquement sur ses besoins médicaux. Le rôle des intervenants en sensibilisation communautaire et des organisations conduites par la communauté dans ce processus est essentiel (voir la Section 4.3.1, Partie D).

Encadré 4.11

Exemple de cas : Sensibilisation et services à l'attention des HSH vivant avec le VIH au Nigeria

Au Nigeria, l'*Initiative for Equal Rights* (TIER) met en œuvre un programme visant à réduire l'impact du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, leurs partenaires sexuels et les personnes à leur charge en fournissant des services de prévention, de soins et de soutien liés au VIH. Ce programme forme des prestataires issus de centres de santé publics et des bénévoles d'organisations à base communautaire dans l'État de Lagos à se montrer compatissants et respectueux lorsqu'ils proposent des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les services comprennent des interventions destinées aux couples sérodifférents (principalement des hommes mariés à des femmes), des séances de conseil, des messages de prévention sur la révélation du statut sérologique, la promotion du dépistage des partenaires et de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs, la gestion de cas, des soins et une assistance de base à domicile pour la TARV et le traitement de la tuberculose et des IST.

Plus de 50 bénévoles ont ainsi reçu une formation visant à devenir intervenants en sensibilisation communautaire et plus de 5 000 HSH vivant avec le VIH ont bénéficié d'informations et de services liés au VIH, comprenant une aide pour la TARV et d'un soutien psychosocial. Les bénéficiaires signalent une amélioration de leur connaissance du VIH, de la perception des risques et de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants à base d'eau.

E. Privilégier un lancement précoce de la TARV dans un souci de santé et de prévention

Des éléments toujours plus nombreux indiquent qu'un lancement précoce de la TARV présente de nombreux avantages pour la santé des personnes vivant avec le VIH. Dans la mesure où la charge virale détermine en grande partie le risque de transmission du VIH, la suppression virale doit avoir pour double objectif d'améliorer l'état de santé des personnes vivant avec le VIH et de réduire l'incidence du VIH. La TARV réduit le risque de transmission du VIH en supprimant la charge virale. L'initiation précoce de la TARV à titre préventif est parfois appelée « traitement comme méthode de prévention »

(TCP). Les HSH séropositifs au VIH ayant des relations avec des partenaires au statut sérologique différent ou exerçant dans l'industrie du sexe doivent entreprendre une TARV, indépendamment de la numération des cellules CD4 ou du stade clinique d'une éventuelle infection.

Conformément à la TCP, la stratégie parfois appelée « dépister et traiter » consiste à dépister le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et à immédiatement entamer une TARV chez ceux qui se révèlent séropositifs au VIH, indépendamment de la numération des cellules CD4 ou du stade clinique. Cette stratégie peut permettre d'améliorer l'état de santé des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'interrompre la transmission du VIH, en particulier dans les contextes où l'épidémie est concentrée. La réduction de la charge virale de la communauté doit constituer un objectif de santé publique. La disponibilité du traitement et la possibilité pour toutes les personnes vivant avec le VIH d'y accéder sans entrave doit toutefois rester une priorité.

De plus en plus d'éléments tendent à démontrer que la TARV permet de réduire le risque de transmission du VIH en supprimant la charge virale (voir Section 4.3.1, Partie E). L'initiation précoce de la TARV à titre préventif est parfois appelée « traitement comme méthode de prévention » (TCP). Certains HSH séropositifs au VIH éligibles au TCP en raison de leur comportement à risque doivent entamer une TARV, indépendamment de la numération des cellules CD4 ou du stade clinique de l'OMS. C'est notamment le cas des travailleurs sexuels hommes et des hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec des hommes au statut sérologique différent.

Conformément au TCP, la stratégie parfois appelée « dépister et traiter » consiste à dépister le VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et à entamer une TARV chez ceux qui se révèlent séropositifs au VIH, indépendamment de la numération des cellules CD4 ou du stade clinique de l'OMS. Cette stratégie peut permettre d'effectivement réduire la charge virale et donc d'interrompre la transmission du VIH, en particulier dans les contextes où l'épidémie est concentrée. Toutefois, les programmes ne doivent pas privilégier la stratégie « dépister et traiter » au détriment du traitement des personnes séropositives au VIH éligibles à la TARV.

4.3.2 Tuberculose

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Des tests de dépistage de routine du VIH doivent être proposés à toutes les personnes ayant une tuberculose présumée ou déclarée. (p. 69)

Toutes les personnes séropositives au VIH développant une tuberculose active doivent entreprendre une TARV, indépendamment de la numération des cellules CD4 ou du stade clinique de l'OMS. (p. 70)

Les PVVIH présentent entre 26 et 31 fois plus de risques de contracter la tuberculose et de décéder des suites de la maladie que les personnes séronégatives. Un quart de tous les décès liés au VIH en 2013 étaient dus à la tuberculose. Les utilisateurs de drogues injectables et anciens détenus présentent également des risques plus élevés de contracter la TB, indépendamment de leur statut sérologique. Si des foyers de tuberculose et de tuberculose multi-résistante (TB-MR) ont été signalés chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleurs du sexe transgenres, rien n'indique que les HSH vivant avec le VIH sont plus exposés à la tuberculose que les autres personnes vivant avec le VIH.

La *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires* de 2012 recommande un ensemble d'interventions comprenant 12 « activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le

VIH ». Cet ensemble de mesures cible la mise en place et le renforcement des dispositifs de prestation de services intégrés liés à la tuberculose et au VIH ; la réduction de la charge de la tuberculose chez les PVVIH, incluant l'intensification du dépistage, le traitement de l'infection latente et le contrôle de l'infection ; et la réduction de la charge due au VIH chez les patients atteints de la tuberculose. Ces directives recommandent également que toutes les PVVIH fassent l'objet d'un dépistage régulier des quatre symptômes suivants : présence de toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes. Si aucun de ces quatre symptômes n'est observé, la probabilité d'une tuberculose active peut être exclue et, dans un contexte de ressources limitées, le patient peut bénéficier d'une thérapie préventive par isoniazide (IPT) en guise de traitement contre l'infection tuberculeuse latente pendant une durée minimale de six mois. Si des études ont démontré que les personnes vivant avec le VIH et présentant des résultats positifs au test intradermo à la tuberculine (test de Mantoux) profitent davantage de la thérapie préventive, ce test ne doit pas être exigé pour le traitement de l'infection latente, au risque de créer d'entraver encore davantage l'accès à cette thérapie.

Dans les contextes où les ressources le permettent, d'autres schémas thérapeutiques plus courts sont également recommandés. Les patients faisant état d'un ou plusieurs des cinq symptômes mentionnés, il convient de procéder à un dépistage de la TB et des autres infections possibles. Si l'on soupçonne la présence d'une tuberculose, il est recommandé de procéder à des tests moléculaires approuvés par l'OMS, comme le *Xpert MTB/RIF* (un test automatisé rapide de recherche de résistance à la Rifampicin (RIF), afin de produire un diagnostic préliminaire de la TB chez une personne vivant avec le VIH ou présentant un risque d'infection par un bacille de TB résistant aux médicaments.

Une TARV précoce réduit sensiblement le risque de mortalité par TB chez les PVVIH. Étant donné que la TB est l'une des maladies les plus communément associée à la présence du sida, l'OMS recommande d'accorder un accès prioritaire au CDV à tous les patients tuberculeux si leur statut sérologique n'est pas encore connu. Lorsqu'un individu est à la fois infecté par le VIH et la TB, l'OMS recommande une mise sous TARV aussi rapide que possible, quelle que soit la numération lymphocytaire CD4.

Les programmes ou les services de sensibilisation communautaire destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont les mieux placés pour procéder à des dépistages de la TB et soutenir les patients tout au long du cycle de la maladie, depuis la prévention de la TB jusqu'à son diagnostic et son traitement. Ils jouent également un rôle vital dans le renforcement de la capacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à identifier les symptômes de la TB et à comprendre ses modes de transmission, mais aussi l'importance du contrôle de l'infection et de la gestion de la toux dans le but de réduire sa transmission. Ils peuvent en outre aider les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à identifier des établissements de santé à proximité où obtenir des services de diagnostic et de traitement d'une TB latente ou active, si nécessaire.

4.3.3 Santé mentale

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Il convient de proposer des dépistages de routine et une gestion des troubles de santé mentale (dépression et stress psychosocial) aux personnes issues des populations clés vivant avec le VIH afin d'optimiser les résultats thérapeutiques et de promouvoir leur observance de la TARV. La gamme de services couverts par cette gestion peut aller de conseils liés au VIH et à la dépression à des thérapies médicales appropriées. (p. 77)

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel l'individu peut s'épanouir, surmonter les tensions normales de la vie, travailler de façon productive et contribuer à la vie de sa communauté. La dépression, le stress lié au statut de minorité sexuelle et des traumatismes physiques et émotionnels peuvent affecter non seulement la santé mentale, mais également la santé sexuelle.

Les prestataires de soins se concentrent généralement sur le motif de la consultation présenté par le patient (c.-à-d. la raison pour laquelle le bénéficiaire fait appel à des services de santé), sans chercher à replacer le patient dans son contexte global, risquant ainsi d'omettre des questions de santé importantes. Il n'est pas possible d'évaluer la santé sexuelle et les comportements à risque associés au VIH de manière isolée ou cloisonnée, en dehors de tout contexte. Lorsque l'on travaille avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la santé mentale et la santé physique et sexuelle doivent être envisagées conjointement.

La santé mentale peut se trouver affectée par de nombreux facteurs positifs et négatifs, mais cet instrument pratique met l'accent sur l'expérience particulière des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, c.-à-d. sur le développement de leur identité sexuelle, la dépression, le stress et le traumatisme associés au statut de minorité, et le liens de ces facteurs avec le risque sexuel lié au VIH. Si rien ne remplace un examen clinique approfondi, les échelles et les questions décrites dans les sections qui suivent peuvent faciliter le dialogue entre les prestataires de soins et leurs patients.

S'il est indispensable d'apporter des réponses aux problèmes de santé physique, mentale et sexuelle, les prestataires de soins doivent toutefois chercher à tirer parti de la résilience de chacun. Des facteurs personnels et individuels, tels que les données sociodémographiques (revenu, éducation, emploi, etc.), les traits de caractère, la capacité d'adaptation, mais aussi des facteurs interpersonnels et communautaires (soutien familial, amitiés, convictions religieuses et appartenance sociale) peuvent renforcer la capacité d'une personne à persévérer, mais aussi à surmonter les difficultés. Le soutien social offert par le biais du système de soins de santé peut renforcer la résilience personnelle.

A. Développement de l'identité sexuelle

L'identité sexuelle est un aspect important de l'identité individuelle ; elle recouvre la façon dont un individu se définit et son modèle caractéristique d'attraction affective, romantique ou sexuelle. On confond souvent l'identité sexuelle et l'identité de genre. L'identité de genre est l'expérience intime qu'un individu fait de son genre, qui peut correspondre ou non au sexe déterminé à la naissance.

Le développement de l'identité est le processus par lequel un individu prend conscience, définit et, dans l'idéal, accepte son identité. Le processus de développement de l'identité sexuelle inclut la prise conscience du fait que l'on est attiré par les hommes, les femmes ou les deux. Ce développement se produit généralement pendant l'adolescence. Comme tout le monde, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent toutefois prendre conscience de leur orientation sexuelle avant, pendant ou après l'adolescence. Étant donné que les normes sociales privilégient presque partout la représentation et l'expression de l'attraction envers le sexe opposé, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reconnaissent leur attraction envers le même sexe plus tard que leurs homologues hétérosexuels. Certains hommes peuvent réprimer la reconnaissance consciente de leur attraction envers le même sexe ou en prendre conscience tout en la dissimulant aux autres ou en la reniant activement dans certains contextes familiaux ou sociaux. Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes adoptent ouvertement une identité homosexuelle (un processus connu dans certaines cultures sous l'expression de « *coming out* »). Cette révélation peut intervenir à des âges différents en fonction de facteurs tels que le développement de l'identité sexuelle, les

normes culturelles et communautaires, le soutien familial et la résilience personnelle. Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, même lorsqu'ils reconnaissent avoir des comportements homosexuels, ne se définiront pas comme homosexuels ou pourront préférer utiliser un terme propre à leur propre culture.

Les prestataires de soins doivent être conscients que, chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et choisissent de révéler leur attirance envers le même sexe, ce processus de révélation peut considérablement varier d'une personne à l'autre. Certains peuvent vivre cette expérience de façon positive, en particulier s'ils bénéficient du soutien de leur famille ou de leur système social. Pour d'autres, en revanche, la question de savoir comment, quand et à qui révéler cette attirance peut être très problématique. Il ne faut pas perdre de vue que la difficulté de révéler son identité sexuelle peut varier en fonction de l'interlocuteur, qu'il s'agisse par exemple de la famille ou des amis, d'hommes ou de femmes. Pour les hommes mariés ayant des rapports sexuels avec des hommes, il peut être particulièrement pénible de révéler son identité ou ses comportements sexuels. Les questions de confiance et d'acceptation peuvent être sources de préoccupation, de même que les questions juridiques dans les pays où la législation sanctionne les comportements homosexuels. Le risque de rejet et de violence faisant suite à ce type de révélation inquiète la plupart des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Si le processus de révélation peut être associé à une angoisse psychologique, il importe également de comprendre que l'absence de révélation est elle aussi source de stress.

Lorsqu'ils fournissent des services à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les prestataires de soins doivent s'abstenir d'émettre des hypothèses sur l'identité sexuelle de ces derniers et prendre le temps d'apprendre à connaître leurs patients, de les comprendre et d'accepter la façon dont ils choisissent de se définir, tout en respectant la possibilité pour qu'ils choisissent de ne pas révéler leur identité sexuelle. Les prestataires de soins de santé doivent également être conscients du fait que l'identité sexuelle est susceptible d'évoluer et de se redéfinir au fil du temps. Les prestataires de soins pourront aborder régulièrement des questions de santé liées à l'identité sexuelle s'ils établissent des liens de qualité avec leurs patients.

B. Dépression et comportements sexuels à risque d'infection au VIH

La dépression chez les membres de minorités sexuelles constitue un grave problème de santé mentale. Les recherches suggèrent que la disposition à adopter des comportements sexuels à risque peut être un symptôme de dépression chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les prestataires de soins de santé doivent déterminer si leurs patients HSH souffrent de dépression afin de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et mentale. Outre le recueil des antécédents du patient, des outils de dépistage de la dépression peuvent aider à établir un diagnostic de dépression. Dans des établissements de soins primaires et dans les contextes où les ressources peuvent venir à manquer, le questionnaire de santé du patient (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) constitue un outil de dépistage et de diagnostic approprié et reconnu pour la dépression.¹⁵ Le PHQ-9 est un court outil d'auto-analyse en neuf questions qui comprend des critères diagnostiques et sonde la fréquence des symptômes, dont les pensées suicidaires. Il peut être facilement évalué par un prestataire de soins. À partir de l'entretien clinique et des conclusions du formulaire PHQ-9, le prestataire de soins peut élaborer avec son patient un plan de traitement.

¹⁵ http://phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/English.pdf

C. Stress associé au statut de minorité et comportements sexuels à risque d'infection au VIH

L'expérience d'appartenir une minorité sexuelle peut être à l'origine de troubles mentaux et de problèmes de santé sexuelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le stress associé au statut de minorité peut être causé par une homophobie intériorisée, des expériences de discrimination et des attentes de rejet. Les individus stigmatisés subissent souvent des facteurs de stress quotidiens et doivent par conséquent élaborer des mécanismes pour s'y adapter. Si le stress associé au statut de minorité peut découler d'expériences traumatiques, cet état chronique est plus généralement dû aux normes sociales et culturelles établies qui stigmatisent et marginalisent les minorités sexuelles. Bien que le stress associé au statut de minorité soit un domaine d'étude relativement récent, on suppose que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent chercher à affronter ce stress par un abus de drogues ou d'alcool. Cette réponse est associée à des comportements sexuels à risque, notamment à des relations sexuelles vaginales/anales non protégées. Il est donc essentiel que les prestataires de soins évaluent ce stress et son lien avec la santé sexuelle et mentale.

Plusieurs échelles permettent d'évaluer le stress associé au statut de minorité. La refonte de l'échelle de l'homophobie intériorisée (*Revised Internalized Homophobia Scale*, IHP-R) est un instrument de mesure à cinq paramètres utilisé pour évaluer la stigmatisation sexuelle intériorisée. Une courte série de questions/déclarations peut également permettre d'étudier les expériences de discrimination et les attentes de rejet. Ces questions ont été utilisées avec des hommes se définissant comme homosexuels et peuvent être adaptées pour être utilisées avec tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

1. Avez-vous déjà été agressé parce que vous aviez des rapports sexuels avec des hommes ?
2. Avez-vous été déjà harcelé et discriminé au niveau professionnel parce que vous aviez des rapports sexuels avec des hommes ?
3. Avez-vous été déjà harcelé et discriminé au niveau personnel parce que vous aviez des rapports sexuels avec des hommes ?
4. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Je pense que le monde est un endroit dangereux pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.
5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perçu une augmentation de l'homophobie ?¹⁶

Si elles ne remplacent pas l'examen clinique, l'échelle de l'homophobie intériorisée et ces questions visant à évaluer les expériences de discrimination et les attentes de rejet peuvent être utilisées pour engager une discussion avec les patients au sujet du stress associé au statut de minorité.

D. Traumatisme et comportements sexuels à risque d'infection au VIH

Les personnes déclarant avoir vécu un traumatisme (une violence physique, une violence sexuelle ou une victimisation psychologique) doivent être suivies pour trouble de stress post-traumatique. Cette nécessité vaut pour les traumatismes récents comme pour les traumatismes passés. Les recherches indiquent que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été plus exposés que les hommes hétérosexuels à des abus sexuels pendant l'enfance et que les traumatismes sexuels sont liés à la plus forte incidence du VIH et des IST.

L'échelle de diagnostic de stress post-traumatique constitue un outil d'auto-analyse rapide mais fiable largement utilisé en milieu clinique, par des chercheurs et dans des services d'urgence. Cet outil évalue la gravité et la durée des symptômes en 10-15 minutes environ. (Voir Section 4.5, Lectures complémentaires, Santé mentale, Point 11.)

¹⁶ *Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: results from a prospective study of bereaved gay men. Health Psychol. 2008 Jul; 27(4):455-62. doi: 10.1037/0278-6133.27.4.455.*

Encadré 4.12

Exemple de cas : Traitement global des besoins en santé physique et psychosociale en Ouganda

Il y a quelques années, un Ougandais de 30 ans s'est rendu dans une clinique non loin de chez lui pour se plaindre d'une « douleur abdominale du côté droit », après avoir appris qu'un « médecin homosexuel » exerçait dans cet établissement. Il a expliqué qu'il avait déjà subi un examen médical complet, mais qu'aucun diagnostic définitif n'avait été posé. Si le patient s'est présenté comme étant homosexuel, il n'avait pas révélé sa sexualité à sa famille, à ses amis ni aux membres de la communauté homosexuelle. Pendant sa première visite, il a utilisé un pseudonyme. Le patient se trouvait alors dans une relation qu'il décrivait comme abusive et « compliquée ». Un examen physique est été mené mais n'a pas permis d'établir un diagnostic définitif.

Lors des consultations suivantes, le médecin a examiné la santé physique mais aussi mentale du patient en abordant notamment les difficultés liées à l'homosexualité en Ouganda. Trois ans plus tard, après avoir mis un terme à sa relation, le patient est devenu un membre actif de la communauté homosexuelle. Ses symptômes physiques ont diminué.

Ce cas illustre l'importance de nouer des relations de traitement et de soutien avec les patients. Ce patient se plaignait essentiellement d'une douleur abdominale, mais son historique personnel contenait des informations étroitement liées à sa santé mentale. Le prestataire de soins a reconnu l'importance d'adopter une approche de soins globale en s'intéressant à la santé physique, sexuelle et mentale de son patient. En tissant des liens avec celui-ci, il a pu mettre en place une relation de confiance et examiner de manière plus approfondie ses problèmes de santé. Dans des établissements de soins primaires, il n'est pas toujours possible de répondre immédiatement à tous les problèmes de santé. Il peut aussi arriver que le patient refuse de fournir des informations sensibles tant qu'une relation de confiance n'a pas été établie. Il importe donc que le prestataire de soins mette en place un environnement sûr, fasse preuve d'empathie et de bienveillance au moment de poser des questions sur la santé sexuelle et mentale de ses patients et élabore un plan de suivi pour chaque problème de santé.

Source : Anova Health Institute

4.3.4 Toxicomanie et alcoolisme

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Toutes les personnes qui abusent de l'alcool ou d'autres substances doivent avoir accès à des interventions éprouvées, comme de brèves interventions psychosociales comprenant une évaluation de leur situation, une rétroaction personnalisée et des conseils. (p. 37)

Les recherches montrent que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues que d'autres adultes moyens. Le terme « drogue » fait ici expressément référence à des stupéfiants vendus sans ordonnance et considérés comme illégaux dans la plupart des pays. La consommation de drogues peut être liée au risque d'infection par le VIH, causée en particulier par le partage de matériel d'injection ou des rapports sexuels non protégés sous l'effet de ces drogues avec un partenaire à statut sérologique différent.¹⁷ En milieu clinique, il peut s'avérer compliqué pour les prestataires de soins d'engager des discussions franches avec leurs patients sur leur consommation d'alcool et de drogues, dans la mesure où la

¹⁷ La Section 4.3.4 se fonde sur le document intitulé *Promoting the health of men who have sex with men worldwide: a training curriculum for providers*. The Global Forum on MSM & HIV et Université Johns Hopkins ; 2014.

possession et la consommation de drogues sont fortement stigmatisées, mais aussi sévèrement sanctionnées dans presque tous les pays. Si les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont déjà stigmatisés au moment d'aborder leur sexualité avec des prestataires de soins, il leur sera plus difficile encore de parler ouvertement de leur consommation d'alcool et de drogues. Lorsqu'il discute avec un patient de sa consommation d'alcool et de drogues, le prestataire doit donc établir une certaine confiance, employer les mots justes, ne pas porter de jugement et souligner le caractère confidentiel de la conversation, comme il le fait lors des entretiens portant sur la santé sexuelle.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent consommer de l'alcool et des drogues pour les mêmes raisons que l'ensemble de la population. Les recherches montrent toutefois qu'une consommation supérieure à la moyenne peut être liée à des expériences propres ou spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, telles que :

- Un état d'anxiété, de dépression, d'isolement et de solitude découlant d'expériences de stigmatisation, d'homophobie et de marginalisation sociale ;
- La consommation d'alcool et de drogues peut être courante ou apparemment normalisée dans certains lieux de rencontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- La consommation d'alcool et de drogues aide les individus à se détendre, à surmonter les inhibitions sociales et à avoir plus confiance en eux lorsqu'ils recherchent des partenaires sexuels ;
- La consommation d'alcool et de drogues peut produire un effet psychologique qui améliore les expériences sexuelles, une capacité à pratiquer des rapports sexuels plus longs et une diminution des inhibitions sexuelles ;
- La consommation d'alcool et de drogues peut aider les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH à faire face à un diagnostic de VIH et à échapper à la crainte de rejet lié à leur séropositivité.

Les rares données disponibles permettent de déduire les tendances suivantes en matière de consommation de drogues chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- La consommation hebdomadaire ou mensuelle est plus commune que la consommation quotidienne, ce qui suggère que la majorité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne sont pas toxicomanes et ne consomment des drogues que dans des situations particulières (par ex. lorsqu'ils sont stressés, qu'ils font la fête ou qu'ils ont des rapports sexuels) ;
- Les tendances de consommation de drogues chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne sont pas homogènes au sein des différentes communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les taux de consommation de drogues sont plus élevés chez certaines minorités ethniques, les jeunes hommes et les hommes vivant en milieu urbain ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont tendance à consommer plusieurs drogues à la fois ou sur une période donnée (poly-consommation de drogues). De telles pratiques obligent les prestataires de soins à dresser les antécédents complets de consommation de drogues lors des consultations et à fournir des informations et des ressources précises en la matière ;
- La consommation de drogues injectable, dont l'héroïne, est généralement moins répandue que celle de drogues non injectables. Dans certains contextes, on enregistre toutefois des niveaux élevés de consommation de drogues injectables.

Il est important de reconnaître que chez de nombreux HSH, comme chez d'autres adultes, une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool ou de drogues n'a pas toujours d'incidence négative sur la vie sociale, professionnelle ou physique. Certains d'entre eux signalent même des effets positifs. Chez d'autres il convient également de reconnaître que la consommation de drogues et d'alcool peut s'avérer systématiquement ou occasionnellement problématique, par exemple

4 Prestation de soins de santé

lorsqu'ils consomment une certaine drogue ou lorsque leur consommation devient excessive. Le patient peut alors signaler que sa consommation de drogues et d'alcool interfère, en permanence ou dans certaines circonstances, avec leurs objectifs de santé personnelle et/ou avec leurs objectifs professionnels, relationnels ou familiaux.

De simples questions peuvent permettre aux prestataires de dépister efficacement la consommation de drogues et d'alcool. Pour une liste des ressources, voir Section 4.5.

La distinction entre la consommation et la dépendance est parfois vague, dans la mesure où elle varie considérablement d'un individu à l'autre. Les prestataires de soins doivent tenir compte du fait que les patients considèrent ou non leur consommation de drogues ou d'alcool comme étant problématique. En dernière instance, c'est le patient qui décide de cesser la consommation de drogues ou d'alcool, de la modifier ou de la maintenir en fonction de ses objectifs personnels. Le meilleur moyen d'évaluer la marche à suivre consiste à :

1. Fournir des renseignements précis sur les substances consommées et s'assurer que le patient est conscient des possibles conséquences négatives, allant jusqu'au risque de décès (p. ex. causé par une overdose) ;
2. Identifier les objectifs du patient en matière de consommation de drogues ;
3. Entamer une discussion ouverte pour déterminer si la consommation actuelle du patient correspond à ce qu'il souhaite. Le rôle du prestataire de soins consiste à encourager le patient à exprimer clairement ses objectifs personnels et à bien comprendre ses propres objectifs en matière de consommation de drogues et d'alcool.

Si un bénéficiaire identifie un problème au niveau de sa consommation de drogues ou d'alcool, il peut être utile de l'interroger sur la gravité de ce problème et sur sa capacité à générer un changement afin de lancer une conversation sur sa disposition à changer de comportement. Pour les hommes ayant besoin d'assistance, les prestataires de soins doivent consulter un conseiller en toxicomanie ou une organisation spécialisée pour obtenir l'évaluation et le traitement d'un spécialiste.

Le *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida de l'OMS/ONU DC/ONUSIDA – 2012* recense des interventions clés qui ont fait leurs preuves dans la réduction de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Sept de ces interventions sont exposées dans d'autres parties du présent outil ; les deux autres s'adressent exclusivement aux consommateurs de drogues injectables, à savoir la thérapie de substitution aux opiacés et les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (ainsi que les interventions relatives à la gestion des overdoses d'opiacés). Ces deux interventions réduisent expressément la transmission entre les consommateurs de drogues injectables et doivent être privilégiées dans un ensemble complet de mesures de prévention du VIH destinées aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les thérapies comportementales de la dépendance (particulièrement aux stimulants) permettent de réduire les comportements sexuels à risque liés à la consommation de drogues. Certaines interventions permettent également de réduire les comportements de transmission sexuelle dans le cadre de la consommation régulière de stimulants. Consulter le document intitulé *Technical briefs on amphetamine-type stimulants (STA)* publié par le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental et le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* de l'OMS (voir Section 4.5) pour de plus amples informations.

Il peut s'avérer approprié de fournir des informations relatives à la consommation d'alcool et de drogues, de façon honnête et sans porter de jugement, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ne signalent pas de consommation de drogues ou d'alcool. Dans le cas de drogues et d'alcool consommés dans le cadre de rapports sexuels, il est utile d'engager une conversation sur la santé sexuelle et de faciliter l'accès du patient au CDV et au dépistage des IST.

4.4 Approches de prestation de services

4.4.1 Approches cliniques

La prestation d'un continuum complet de services de prévention, de soins et de traitement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se fonde sur différents modèles dont le choix dépend du contexte, du nombre de bénéficiaires potentiels et des ressources disponibles. Ces modèles impliquent des organisations non gouvernementales et communautaires, ainsi que des prestataires publics et privés. Dans une grande agglomération concentrant de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme une capitale, un centre *ad hoc* peut être ouvert dans un hôpital public ou un centre communautaire. Le centre communautaire d'une organisation reconnue pour ses activités de prévention, de distribution de préservatifs et de lubrifiants et de changement de comportements peut par exemple être transformé de sorte à pouvoir proposer des services de CDV, des salles de consultation, un laboratoire et d'autres espaces nécessaires, ainsi que des professionnels de la santé formés à cet effet. Lorsqu'il est impossible de créer un centre *ad hoc*, il peut être envisagé de prévoir des horaires de consultation spécifiques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans un centre existant.

Dans certains contextes, des modèles hybrides peuvent constituer la meilleure solution. Un hôpital public pourrait par exemple conclure un partenariat avec une organisation de défense des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'établir un lien formel entre l'orientation du CDV et des IST et des services gérés par des fonctionnaires spécialisés, complétés sur place par des membres de l'organisation communautaire chargés du CDV, du suivi et de l'observance thérapeutique. Les services de guichet unique constituent un principe fondamental commun à tous ces modèles ; ils sont très appréciés et permettent de réduire le décrochage des patients. Les services groupés peuvent inclure le CDV, la TARV et le traitement des infections liées au VIH, la distribution de préservatifs et de lubrifiants compatibles, la vaccination, le dépistage et le traitement des IST et le dépistage l'hépatite virale.

Le Tableau 4.2 présente différents modèles de services cliniques et une brève description des avantages et inconvénients potentiels.

Tableau 4.2 Modèles de services cliniques

Type de centre	Description	Avantages	Inconvénients
Centre <i>ad hoc</i> conduit par une ONG/la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Services à temps plein dans un local permanent souvent dirigé par une ONG ; idéal dans le cas d'une forte concentration d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (> 500) • Besoin d'un personnel spécialisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité technique • Des services complets peuvent être proposés ; combinaison d'interventions médicales et éducationnelles, si possible • Flexibilité dans la réponse aux besoins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Potentiel de liaison avec des espaces sécurisés (centres communautaires) • Possibilité d'implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut s'avérer coûteux en cas de faible fréquentation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • Possibilité de stigmatisation

4 Prestation de soins de santé

Type de centre	Description	Avantages	Inconvénients
Établissements publics de santé <i>ad hoc</i>	<ul style="list-style-type: none"> Établissements de santé publics, dont centres d'IST, services intégrés liés au VIH, centre réservé aux hommes offrant des soins de santé primaire 	<ul style="list-style-type: none"> Durable Prestation de services techniques efficaces si le personnel est correctement formé et des installations sont disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Pourraient ne pas être acceptables/accessibles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il peut ne pas exister de liens avec des services conduits par la communauté, notamment la capacité de suivre les renvois
Établissements publics ou conduits par une ONG/la communauté réservant certains créneaux horaires aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<ul style="list-style-type: none"> Centre existant de traitement des IST, du HIV ou réservé aux hommes consacrant chaque semaine quelques jours/heures aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité technique Services complets Durable 	<ul style="list-style-type: none"> Les créneaux horaires risquent de ne pas convenir à tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes L'acceptabilité des services peut être compromise si les patients se sentent stigmatisés par l'attribution de jours/heures spécifiques
Centres de sensibilisation/dispensaires mobiles (peuvent être publics ou dirigés par une ONG)	<ul style="list-style-type: none"> Centres satellites (permanents), camionnettes mobiles, cars de santé, souvent dirigés par une ONG. Services à temps partiel Heures d'ouverture fixes et locaux permanents Idéal pour contacter avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes difficiles à atteindre et pour proposer des services à de petits groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Besoin de personnel spécialisé 	<ul style="list-style-type: none"> Peut permettre de toucher des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes difficiles à atteindre Services acceptables et accessibles Rentable s'ils permettent de toucher des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes difficiles à atteindre 	<ul style="list-style-type: none"> La prestation de services complets aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pourrait ne pas être possible Qualité variable des services
Centres privés	<ul style="list-style-type: none"> Prestataires de services privés, formés et identifiés par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 	<ul style="list-style-type: none"> Acceptables pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Peuvent être rentables pour un petit groupe d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Confidentiel Durable 	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible que l'ensemble des services ne soient pas disponibles (par ex. services d'éducation et de conseil) Le suivi de la qualité et la production de rapports pourraient s'avérer impossibles

Type de centre	Description	Avantages	Inconvénients
Modèle hybride de partenariat dans lequel une organisation communautaire coopère avec des fonctionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Des fonctionnaires et membres de l'organisation communautaire collaborent sur place • Services fixes ou mobiles • Organisation communautaire offrant des services à temps partiel par le biais de prestataires publics • Besoin de personnel spécialisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Partiellement durable • Possible existence de liens étroits entre le programme national et l'organisation communautaire • Occasion pour des membres d'organisations communautaires d'acquérir de précieuses compétences en tant que prestataires • Large gamme de services possible, les services de soins et de suivi communautaires peuvent être optimisés pour soutenir le maintien dans les services 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fonctionnaires doivent travailler (et être financé) en dehors de leur zone de confort; de même, les membres de la communauté qui travaillent dans des cliniques peuvent se sentir moins à l'aise que dans un contexte communautaire • La confidentialité doit être assurée entre le suivi clinique et le suivi communautaire

Chaque contexte national et sous-national est différent et doit identifier les ressources disponibles et travailler, toujours avec la participation de la communauté, à l'élaboration des meilleures stratégies. Celles-ci peuvent être perçues différemment par les différents sous-groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains peuvent être gênés à l'idée de se rendre sur un site qui trahirait leur identité d'homme ayant des relations sexuelles avec des hommes. Une solution plus acceptable peut consister à créer des cliniques réservées aux hommes, des cliniques privées et des espaces neutres du point de vue du genre n'étant pas définis ou étiquetés comme « homosexuels », mais liés à une organisation respectueuse des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En revanche, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes très visibles et particulièrement efféminés peuvent considérer les cliniques communautaires conduites par leurs pairs comme la seule option sûre. Dans les pays disposant d'un environnement social et juridique favorable, il peut exister des établissements fournissant ouvertement des services aux homosexuels et à d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Dans des environnements plus hostiles, il peut toutefois être préférable de privilégier des établissements de santé « réservés aux hommes » possédant une expertise dans le domaine de la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour faciliter l'accès aux services, améliorer l'acceptabilité et l'efficacité des soins et soutenir l'observance et la rétention thérapeutiques, la prestation de services cliniques spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peut inclure les éléments suivants :

- La fourniture de médicaments disponibles au même endroit ou à proximité ;
- La souplesse des ordonnances pour répondre à une mobilité élevée (c.-à-d. des ordonnances d'une validité de 90 jours) ;
- Des services flexibles, notamment au niveau des heures d'ouverture (les weekends, le soir), des consultations sans rendez-vous, une distribution « urgente » de médicaments en cas de manque et des registres tenus par les patients pour leur permettre d'avoir accès aux médicaments dans différents endroits. ;
- La possibilité d'éliminer d'autres facteurs de vulnérabilité, p. ex. la consommation de drogues injectables, la consommation d'autres substances, la violence (sexuelle, domestique), etc.
- Le référencement vers des services de soins et sociaux communautaires appropriés ;

4 Prestation de soins de santé

- Les HSH migrants et/ou issus de minorités ethniques, notamment lorsqu'ils sont sans-papiers, peuvent se trouver confrontés à des obstacles majeurs dans l'accès aux services de TARV. Il est recommandé d'assouplir les services pour prendre cet aspect en considération ;
- Les HSH vivant dans des environnements ouvertement hostiles peuvent éprouver d'importants besoins en matière de santé mentale. Il est conseillé de développer une expertise en santé mentale ou de créer des réseaux de référencement. Lorsque de telles ressources ne sont pas facilement disponibles, les prestataires de soins doivent recevoir une formation leur permettant de traiter les problèmes de santé mentale les plus fréquents (voir Section 4.3.3).

A. Prestation de services mobiles

Certains services cliniques, comme les services de traitement des IST, de CDV et de test des lymphocytes CD4 au chevet du patient, peuvent être fournis à pied ou en camionnette :

- lors de journées spéciales consacrées à la santé des hommes ;
- dans des centres communautaires ;
- dans des bars et des discothèques ;
- dans des lieux de rassemblement ou de rencontre ;
- dans des lieux de travail du sexe ;
- lors de soirées à domicile ;
- Chez des membres de la communauté.

Encadré 4.13

Exemple de cas : Coordonner les services de prévention combinée au niveau national et régional en Amérique centrale

Le projet de prévention combinée mis en œuvre par *Population Services International* et PASMO, un membre de son réseau, avec le financement de l'USAID, a pour but d'accroître l'accès des populations clés, notamment des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à un ensemble complet d'interventions de prévention du VIH au Belize, au Salvador, au Guatemala, au Costa Rica, au Nicaragua et au Panama.

Les services sont fournis en étroite coordination avec différents partenaires. Les interventions du programme s'inscrivent dans le cadre du partenariat PEPFAR élaboré avec le Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale. Des réunions régulières avec les ministères de la Santé des différents pays veillent à ce que les interventions soient harmonisées et coordonnées aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Des représentants du programme participent à des réunions techniques nationales multisectorielles visant à coordonner les interventions et les formations techniques liées à la prévention du VIH. PASMO fournit des cliniques et des laboratoires publics et privés qui proposent une formation technique sur le VIH et une approche de prévention combinée. Pour les ONG chargées de la sensibilisation et d'autres interventions destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le programme organise des réunions mensuelles, dispense des consultations de suivi, des formations et une assistance technique.

Les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes collaborent avec l'équipe du projet pour cartographier les « quartiers chauds » (zones à forte concentration d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) grâce aux bases de données existantes et à des visites sur le terrain, et participent à des activités de « balayage » au cours desquelles tous les partenaires se rendent dans ces quartiers pour s'assurer que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont bien accès à toutes les interventions de prévention combinée. Les organisations communautaires valident également des outils et d'autres documents élaborés par le programme. La sensibilisation est menée par des intervenants en sensibilisation communautaire et des formateurs en ligne qualifiés, autrement dit des membres de la communauté menant des activités de sensibilisation à travers les médias sociaux. Le programme a déjà permis de toucher plus de 78 000 individus depuis octobre 2010 ; au Salvador, le *Global Fund* a adopté cette stratégie et cette méthode de travail au niveau national.

B. Formation du personnel médical

Tous les prestataires de services médicaux doivent recevoir une formation et une mise à niveau dans le domaine de l'empathie à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consistant notamment à adopter un comportement éthique. Ce comportement comprend :

- Le devoir de se montrer respectueux et de ne pas porter de jugement ;
- La prise en compte des besoins spécifiques des sous-populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- L'absolue nécessité de préserver la confidentialité de toute information fournie lors des séances de conseil, portant notamment sur le comportement homosexuel du patient.

Les programmes de formation des prestataires ont été élaborés dans le cadre d'un partenariat entre l'Université Johns Hopkins et le *Global Forum on MSM & HIV* (voir Section 4.5).

4.4.2 Les approches communautaires

Lignes directrices consolidées sur les populations clés de 2014

Les approches à base communautaires de la prestation de services permettent d'accroître l'accessibilité et l'acceptabilité pour les populations clés. La sensibilisation, les services mobiles, les centres communautaires et les approches axées sur les lieux de rencontre sont utiles pour atteindre ceux qui ont un accès limité aux établissements de santé officiels ou qui n'en ont pas à proximité. Ces approches permettent d'assurer des liens et des référencement essentiels entre la communauté et des établissements de santé et soutiennent la décentralisation. Les programmes communautaires peuvent aussi renvoyer vers des programmes dirigés et mis en œuvre par des membres de la communauté ciblée. (p. 117)

Les organisations communautaires peuvent également jouer un rôle important lorsqu'il s'agit d'atteindre des populations clés, de les impliquer, de les rediriger vers certains services et de leur fournir un soutien et des soins continus. (p. 116)

Les organisations communautaires jouent un rôle fondamental dans la prestation des services les mieux adaptés aux besoins des populations clés. (p. 129)

Les approches communautaires établissent un lien essentiel entre la communauté et les services de prévention, de soins et de traitement du VIH. Elles renforcent la capacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à s'appuyer sur leur connaissance directe de la vulnérabilité et des risques pour y apporter des solutions pratiques en collaboration avec des membres de leur communauté, renforçant ainsi l'accès aux services et pérennisant les services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les membres formés de la communauté entretiennent des relations avec les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comprennent leurs besoins individuels et leur fournissent régulièrement des services de qualité ou les renvoient vers de tels services.

Les approches communautaires des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes comprennent le renforcement de la capacité des organisations conduites par la communauté à évaluer les besoins de la communauté, à concevoir des services de qualité fondés sur des besoins déterminés (en commençant par les plus essentiels) et à déployer progressivement ces services à mesure que les capacités de l'organisation augmentent. Dans la plupart des localités, le contexte

sociopolitique, l'incidence du VIH et les comportements à risque des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes détermineront la façon dont les services sont conçus. Dans des contextes plus tolérants (par ex. dans certaines agglomérations), les organisations conduites par la communauté peuvent se permettre d'afficher leur travail et d'organiser des manifestations publiques et des séances de sensibilisation en groupe. Dans de nombreux pays, les organisations communautaires doivent travailler discrètement pour offrir des services de sensibilisation, de conseil et de dépistage du VIH, ainsi que des services de référencement vers des services de soins complets (voir Chapitre 6 pour de plus amples informations sur le développement des capacités organisationnelles des organisations communautaires).

La plupart des organisations conduites par la communauté conçoivent initialement leur travail de sensibilisation autour d'activités pédagogiques individuelles ou collectives, proposant une orientation vers des espaces sécurisés, comme des centres communautaires (le cas échéant), ou des prestataires de soins publics ou privés respectueux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Compte tenu de la variété des comportements sexuels, des réseaux sociaux et des préférences en matière de services des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il faut s'attendre à ce que ces derniers ne cherchent pas tous à obtenir des informations auprès d'intervenants en sensibilisation communautaire. Certains peuvent par exemple préférer s'informer auprès des médias sociaux (p. ex. Facebook ou Grindr). Les stratégies de réseaux sociaux permettent d'atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui présentent un risque élevé de contracter le VIH et ne reçoivent par ailleurs aucun service ni aucun renseignement lié au VIH (voir Section 4.4.2).

A. Le rôle des intervenants en sensibilisation communautaire

Les intervenants en sensibilisation communautaire assurent généralement la conduite des activités clés suivantes. Ils organisent des rencontres individuelles régulières (par ex. mensuelles) avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les zones qui leur sont assignées. Une proportion d'un intervenant en sensibilisation communautaire pour 50 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peut être appliqué si la densité de la communauté le permet. Ces intervenants évaluent les besoins des hommes ayant des rapports avec des hommes en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH dans leur réseau ou dans leur zone cible et élabore des plans visant à répondre à ces besoins par le biais du réseau du programme. Cette évaluation demande généralement de connaître la quantité de préservatifs et de lubrifiant requis par les hommes ayant des rapports avec des hommes en fonction de leur activité sexuelle habituelle et leur en distribuent la quantité nécessaire jusqu'au contact suivant.

Ils assument également d'autres rôles, consistant notamment à :

- Promouvoir et faciliter l'utilisation d'espaces sécurisés (centres communautaires) au sein de la communauté (voir Section 4.4.4) ;
- S'adresser aux communautés en ligne d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (sensibilisation en ligne), puisque certains d'entre eux sont réticents à l'idée de se rendre dans des centres ou à des réunions où ils pourraient rencontrer en personne un intervenant en sensibilisation communautaire ;
- Informer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur la santé sexuelle et les encourager à passer un dépistage des IST en centre de santé, leur expliquer en quoi consistent ces services et les y accompagner si nécessaire. Plaider en faveur d'un accès aux services s'ils rencontrent des obstacles ;
- Fournir directement des services de conseil et dépistage volontaire du VIH à leurs pairs dans des centres communautaires (réunions à domicile, espaces sécurisés, etc.). Encourager par ailleurs

les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à bénéficier de services de conseil et de dépistage volontaire du VIH dans d'autres endroits et les y accompagner s'ils le demandent ;

- Dépister les IST/la tuberculose chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les orienter vers des « prestataires de confiance » préalablement identifiés pour obtenir un traitement ;
- Partager les fiches d'évaluation des prestataires de soins pour encourager le recours aux soins médicaux ;
- Accompagner les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH jusqu'aux centres de traitement s'ils en formulent la demande, assurer le suivi de leur observance de la thérapie antirétrovirale et les y encourager ;
- Si le programme assure des prestations de services aux consommateurs de drogues injectables, assurer si nécessaire le référencement vers des services médicaux ;
- Contribuer à la gestion des systèmes de riposte aux situations de crise, à la stigmatisation, à la discrimination ou à la violence. Fournir des informations sur des systèmes de soutien supplémentaires pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences ou de menaces ;
- Participer aux comités communautaires et aux groupes-conseils (formuler des recommandations pour l'amélioration des relations entre les patients et les cliniques, de la sensibilisation, de la disponibilité d'espaces sécurisés), prendre part aux activités de mobilisation communautaire et assurer la rétroaction du terrain sur des méthodes susceptibles d'améliorer la mise en œuvre du programme ;
- En assurant le suivi de la vulnérabilité et des risques relatifs à chacun, les intervenants en sensibilisation communautaire permettent également au programme de recueillir les premières séries de données du programme.

Encadré 4.14

Sensibilisation assurée par la communauté et autonomisation de la communauté

La sensibilisation assurée par la communauté peut toucher un grand nombre de membres de façon individualisée et régulière. La compréhension et l'investissement personnel des intervenants en sensibilisation communautaire pour le bien-être de leur communauté sont essentiels au succès des interventions et des services proposés. Ces intervenants doivent par conséquent être respectés et recrutés de façon sérieuse. Ce point a deux conséquences importantes :

- Le terme « communautaire » ne devrait pas être compris ni utilisé de façon à impliquer que les intervenants communautaires sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation faisant partie du personnel ;
- Les intervenants en sensibilisation communautaire ne sont pas des volontaires ; leur travail doit être rémunéré à un taux comparable à celui des autres employés et ils devraient se voir offrir des opportunités de promotion à un poste permanent rémunéré au sein de l'organisme de mise en œuvre.¹

¹⁸ L'organisme de mise en œuvre est un organisme qui procède à une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

Encadré 4.15

Exemple de cas : Approches des interventions de sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Fédération de Russie

En Fédération de Russie, les différentes organisations du réseau LaSky s'adressent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en passant par des sites web, des réseaux sociaux, des permanence téléphoniques, des travailleurs de rue, des discothèques et des saunas.

- *Siberia-AIDS-Aid* à Tomsk dispose d'un site web de prévention du VIH destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce site fournit des informations sur le projet, la prévention du VIH, les IST, la sexualité à moindre risque, la santé sexuelle, l'utilisation du préservatif, etc. Le site web héberge également des forums anonymes visant à répondre à des questions relatives au VIH, aux couples de même sexe, à la santé sexuelle et aux endroits où trouver des services de santé respectueux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Les intervenants en sensibilisation utilisent leurs propres réseaux sociaux pour atteindre les personnes concernées, tout en diffusant des informations dans des discothèques, des saunas et des bars, où ils disposent des affiches, des banderoles et des dépliants d'information. Il s'agit de matériel captivant et coloré qui utilise des symboles facilement reconnaissables par la population concernée. Les intervenants en sensibilisation distribuent des préservatifs et des documents d'information aux patients de ces établissements.
- Certaines organisations du réseau LaSky offrent des services d'assistance téléphonique (accessibles tous les jours de 10 à 22 heures) grâce auxquels les intervenants en sensibilisation communautaires ou les conseillers fournissent des informations sur le VIH, les IST, la sexualité à moindre risque et la santé sexuelle et orientent les HSH vers des services médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques appropriés et respectueux.
- Les travailleurs de rue de LaSky fournissent en personne des informations sur le VIH et les IST. Ils en profitent pour aborder les besoins des HSH en matière de santé et promouvoir des services susceptibles de leur être utiles. Chacun est parfaitement libre de participer ou non à ces rencontres, au cours desquelles la confidentialité, la sécurité, l'acceptation et le professionnalisme ont une importance primordiale. Les travailleurs de rue de LaSky ont pour objectif d'impliquer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de façon profonde et durable.
- Les groupes de motivation réunissent 8 à 10 participants qui se concentrent sur la santé sexuelle et la prévention du VIH. Ces réunions de 2-3 heures comprennent des exercices interactifs, des discussions d'information et des jeux de rôle visant à motiver les participants à utiliser plus systématiquement le préservatif et à adopter des comportements sexuels plus sûrs. Ces réunions atteignent une efficacité optimale lorsqu'elles sont animées par deux intervenants bien informés sur le VIH, l'hépatite B et C, le conseil et le dépistage, la consommation d'alcool et de drogues et la communication sur les changements de comportement.

B. Étapes de mise en œuvre de la sensibilisation conduite par la communauté

Plusieurs étapes sont nécessaires à la conduite d'activités de sensibilisation communautaire auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes :

1. Cartographier la communauté et élaborer la stratégie de sensibilisation avec des représentants communautaire ;
2. Recruter et former des intervenants en sensibilisation communautaire ;
3. Mettre en œuvre et gérer les activités de sensibilisation ;
4. Favoriser les opportunités de leadership chez les intervenants en sensibilisation communautaire.

1. Cartographier la communauté et élaborer la stratégie de sensibilisation avec des représentants communautaires

En collectant des données fiables et en menant des entretiens sérieux avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi avec d'autres individus et institutions concernés,

il sera possible de s'assurer que le programme propose des services acceptables et accessibles au maximum de membres de la communauté, et que cette dernière soutient le programme et le considère utile.

Il est en outre essentiel de savoir où se trouvent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et comment entrer en contact avec eux. La première étape consiste à cartographier et à estimer la taille du groupe cible. Il s'agit d'un processus auquel doivent contribuer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui connaissent et habitent des endroits où se rassemblent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une fois que la cartographie a permis d'identifier des lieux précis au sein de la zone couverte, la participation continue des membres de la communauté est nécessaire pour évaluer la disponibilité et la qualité des services, les caractéristiques de l'environnement ainsi que les risques et vulnérabilités relatives des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce processus peut aussi aider à identifier d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes susceptibles de devenir des intervenants en sensibilisation communautaire. Il est important de prendre de grandes précautions lors de l'identification des lieux de rassemblement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier dans les pays qui criminalisent les comportements homosexuels ou dans lesquels la violence constitue un sujet de préoccupation. La cartographie doit être menée en étroite collaboration avec des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les informations recueillies doivent être traitées de façon confidentielle. La protection des données et du bien-être personnels des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau communautaire doit être une priorité.

Pour des informations détaillées sur les étapes à suivre dans la cartographie et l'estimation de la taille du groupe cible, couvrant la question des besoins de sécurité, voir Chapitre 6, Section 6.2.7, Partie A.

Figure 4.10 Service de cartographie communautaire



Source : Programme de sensibilisation ciblée (Targeted outreach programme, TOP), Myanmar. Photo de Cameron Wolf

Encadré 4.16

Exemple de cas: Diversifier les canaux de sensibilisation au Cambodge

Au Cambodge, FHI 360 a lancé le programme *M-style* pour fournir des informations et des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce programme financé par l'USAID a été conçu par des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il comprend un projet communautaire d'éducation, des événements, des permanences téléphoniques, un site web et une stratégie de sensibilisation via Facebook. En 2008, au début de l'initiative, ce projet touchait un peu plus de 1 500 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à travers un projet communautaire d'éducation, des distributions gratuites de préservatifs et de lubrifiants et des services de référencement vers des services de santé. Un an plus tard, plus de 6 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficiaient de l'ensemble de services de prévention du VIH offerts par *M-Style*. Une évaluation du programme a permis d'attester de l'efficacité des services proposés par *M-Style*. Ce programme a joui d'une grande reconnaissance de la part des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dont la majorité a bénéficié des informations et des services proposés. Il est par ailleurs apparu que les HSH ayant eu accès au programme *M-Style* possédaient une meilleure connaissance des services liés au VIH et y avaient plus facilement recours que les autres.

2. Recruter et former des intervenants en sensibilisation communautaire

Les étapes présentées ci-dessous détaillent le processus optimal de recrutement et de formation des intervenants en sensibilisation communautaire. Après le début d'une nouvelle intervention, ces étapes peuvent être franchies progressivement, à mesure qu'augmente le nombre de bénéficiaires issus de la communauté. En pratique, un programme n'est souvent doté au départ que de quelques intervenants en sensibilisation communautaire et d'une structure organisationnelle plutôt informelle, qui se formalise avec l'augmentation du nombre de participants HSH.

1. **Élaborer les termes de référence** des intervenants en sensibilisation communautaire ainsi que les critères de sélection et les rôles et responsabilités y afférents (voir Encadré 4.17). Y inclure les politiques de rémunération, les frais de transport, les indemnités journalières, etc.
2. **Élaborer les directives de recrutement, de maintien en poste, d'évaluation et de promotion** des intervenants en sensibilisation communautaire. Le processus de sélection doit autant que possible être diffusé au sein des communautés de sorte que tous ceux qui sont intéressés par cette fonction puissent soumettre leur candidature. Collaborer avec d'autres programmes en place dans l'État/le pays pour s'assurer que la rémunération offerte par les différents programmes est cohérente et transparente, si possible.
3. **Élaborer des programmes de formation.** Vérifier si un programme approprié au contexte de l'intervention est disponible. Dans l'idéal, le programme doit être élaboré et standardisé au niveau national/régional, mais il peut s'avérer nécessaire de l'adapter à des particularités linguistiques et culturelles locales (voir les ressources mentionnées à la Section 4.5). Vérifier la disponibilité de formateurs.
4. **Adapter les outils de sensibilisation aux intervenants.** Il pourra s'agir ici de formulaires de suivi quotidien et mensuel évaluant les facteurs de risque et de vulnérabilité individuels, ou encore l'accès aux services. Les outils de sensibilisation doivent être illustrés pour convenir aux intervenants en sensibilisation communautaire faiblement alphabétisés.
5. **Élaborer un plan de formation par étapes** visant à renforcer les compétences, la confiance et le leadership des intervenants en sensibilisation communautaire. Ce plan doit prévoir la formation régulière de nouveaux intervenants pour garantir que le programme dispose en permanence des

ressources nécessaires. La formation devra également favoriser l'amélioration des compétences et l'exposition de l'intervenant à toutes les composantes du programme, de façon à s'assurer qu'il est en mesure d'expliquer aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en quoi consistent les procédures médicales.

6. **Élaborer un plan de carrière** des intervenants en sensibilisation communautaire pour leur garantir l'opportunité d'assumer des responsabilités croissantes dans la direction des activités du programme et la supervision de la sensibilisation et des autres domaines couverts, en assumant notamment des fonctions relevant habituellement du personnel de l'ONG. Cette approche doit s'appliquer à des activités permettant aux intervenants de démontrer leur leadership dans la conduite d'activités de sensibilisation, de mise à disposition d'espace sécurisé, de comités communautaires, etc.

Recruter des intervenants en sensibilisation communautaire

Lors du lancement d'un programme, la sélection des intervenants en sensibilisation communautaire peut se faire de façon informelle: l'organisme de mise en œuvre invite des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant participé à la cartographie et à la planification initiales à s'impliquer dans le programme à titre d'intervenants en sensibilisation communautaire et/ou à désigner directement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aptes à remplir ce rôle. Dans les deux cas, il convient de respecter les critères de sélection énumérés dans l'Encadré 4.17, de même que le rapport entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes impliqués dans la cartographie avec d'autres membres de leur communauté.

Encadré 4.17

Critères de sélection recommandés pour le recrutement d'un intervenant en sensibilisation communautaire

- S'implique au niveau de la communauté et dispose du temps nécessaire à la conduite des activités de sensibilisation
- Adhère aux objectifs et aux buts du programme
- Possède une bonne connaissance du contexte et de l'environnement local
- Est accepté par la communauté
- Rend des comptes à la communauté et au programme
- Se montre tolérant et respectueux envers toutes les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Est capable d'assurer la confidentialité des informations
- Possède de bonnes capacités d'écoute, de communication et de rapports interpersonnels
- A confiance en lui et présente un potentiel de leadership
- Possède le potentiel pour montrer aux autres l'exemple à suivre
- Est disposé à apprendre et à agir sur le terrain
- S'engage à être disponible auprès des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes victimes de violences ou d'une urgence
- Les programmes menant des activités de sensibilisation à travers les médias sociaux peuvent également choisir des intervenants en sensibilisation en fonction de leur profil de leaders d'opinion au sein de réseaux sociaux, ou d'autres critères tels que l'âge, la classe, l'identité sexuelle ou de genre, qui leur permettront de toucher différents sous-groupes du programme.

Figure 4.11 Intervenants en sensibilisation communautaire du programme SWING, Thaïlande



Photo de Cameron Wolf

Lorsque le programme évolue, un processus plus structuré de sélection de nouveaux intervenants en sensibilisation communautaire peut être mis en place :

1. Un groupe communautaire consultatif et des responsables du programme parmi lesquels figurent des intervenants en sensibilisation communautaire déjà recrutés définissent les critères de sélection des nouveaux intervenants, identifient les candidats potentiels, les contactent afin de vérifier s'ils sont intéressés et procèdent à un entretien initial. Les candidats sont classés en fonction des critères mentionnés à l'Encadré 4.17 ;
2. Avec l'appui du coordonnateur des activités de sensibilisation, ils se prêtent à un exercice de cartographie de leur réseau social d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'en déterminer l'étendue ;
3. Les intervenants en sensibilisation communautaire déjà en place consultent les contacts potentiels des candidats pour déterminer si ces derniers conviendraient au poste ;
4. À partir des entretiens, de la cartographie du réseau social et des consultations, le comité sélectionne le nombre nécessaire de nouveaux intervenants en sensibilisation communautaire ;
5. Le groupe communautaire consultatif discute de méthodes de suivi communautaire à employer pour évaluer les performances des intervenants (par ex. à travers un comité ou un groupe communautaire formel : voir Chapitre 1, Section 1.2.3.). Les membres de la communauté doivent pouvoir contacter le programme pour toute question relative aux activités menées par les intervenants en sensibilisation communautaire.

Le recrutement doit tenir compte du continuum de vulnérabilité au VIH des différents sous-réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, certains étant plus vulnérables que d'autres. Les recherches indiquent que les hommes proposant des services sexuels payant¹⁹ et les hommes cherchant des rapports sexuels avec des hommes par Internet peuvent présenter une prévalence du VIH plus élevée que d'autres réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des intervenants en sensibilisation communautaire issus de sous-groupes plus exposés doivent être recrutés pour mener des activités de sensibilisation auprès de leurs pairs.

Encadré 4.18

Exemple de cas : Axer la sensibilisation sur des sous-groupes de travailleurs du sexe hommes et transgenres en Thaïlande

Les activités menées par la *Service Worker in Group Foundation* (SWING) ciblent les travailleurs du sexe hommes et transgenres à Bangkok et Pattaya. Pendant dix ans, l'organisation a concentré ses activités de sensibilisation sur certains sous-groupes spécifiques qu'elle savait particulièrement vulnérables au VIH et sur d'autres problèmes de santé, rencontrés en particulier par les toxicomanes et les travailleurs du sexe non thaïlandais. La conception des interventions se fonde sur la cartographie pour identifier les bars et autres endroits où les travailleurs du sexe proposent leurs services. Les cartes sont mises à jour chaque année. Des réseaux de pairs sont mis à contribution pour identifier les travailleurs du sexe qui consomment des drogues et ceux qui possèdent une nationalité étrangère. Des discussions de groupe ciblées permettent de recueillir des informations sur les besoins de la population et d'en tenir compte dans la conception des interventions.

En s'entretenant avec des consommateurs de drogues, SWING a appris que cette population se divisait entre ceux qui consomment des drogues pour le plaisir et ceux qui en consomment sur la demande de leurs clients. On peut craindre de déceler une vulnérabilité particulièrement élevée chez le deuxième groupe, non seulement à la toxicomanie, mais également au VIH et à d'autres IST, dans la mesure où la capacité à exiger le port du préservatif diminue sous l'emprise de la drogue.

Les interventions de SWING portent sur la prévention, le conseil et dépistage du VIH, mais aussi sur l'orientation, les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH. SWING fournit également une éducation non formelle, des cours d'anglais et une assistance juridique. SWING estime que ces services complets aident les travailleurs du sexe hommes et transgenres à améliorer leur qualité de vie et à rester impliqués dans le réseau SWING.

Former les intervenants en sensibilisation communautaire

Les formations doivent être régulières et menées à différents niveaux :

1. Formation de base au début de la participation au programme ;
2. Séances de formation avancées menées au moins tous les trois mois pour renforcer les connaissances et les compétences et fournir des exemples positifs de sensibilisation réussie ;
3. mentorat informel dispensé par le gestionnaire/superviseur en sensibilisation chargé du soutien (quotidien) des intervenants en sensibilisation communautaire ;
4. Discussions de groupe et mentorat des intervenants en sensibilisation communautaire (hebdomadaire).

¹⁹ Certains programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes incluent également des projets ciblant les travailleurs hommes. Ces programmes sont explicitement couverts dans la publication intitulée *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers : practical approaches from collaborative interventions* (OMS, FNUAP, ONUSIDA, NSWP, Banque mondiale, 2013). Il convient toutefois de comprendre que les programmes décrits dans cet outil peuvent aussi s'adresser aux travailleurs du sexe hommes. De même, certains programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes proposent également des services destinés aux transgenres. Ces stratégies feront l'objet d'un instrument à paraître sur la mise en œuvre de programmes destinés aux personnes transgenres.

4 Prestation de soins de santé

Les programmes de formation doivent être interactifs. L'intégration dans leur travail des expériences et des initiatives des intervenants en sensibilisation communautaire constitue un avantage et doit être valorisée. Ce constat implique également que les formations sont plus efficaces lorsqu'elles sont assurées par des formateurs issus de la communauté. (Les formateurs doivent être rémunérés.) La formation de base aborde par exemple les questions suivantes :

- Les compétences en communication interpersonnelle, qui permettent de renforcer la confiance et le libre arbitre individuel (le choix, le contrôle et le pouvoir de décider pour soi-même), comprenant des discussions sur l'éthique professionnelle en matière de tact, d'abstention de jugement et de confidentialité ;
- L'analyse de l'insuffisante disponibilité des préservatifs, la négociation sur le port du préservatif et l'utilisation de lubrifiant ; la formation sur le nombre de préservatifs dont ont besoin les intervenants en sensibilisation pour répondre aux besoins (voir Chapitre 3, Section 3.2.1) ;
- La cartographie des réseaux sociaux ;
- La supervision de la portée du programme ;
- La gestion de la prévention et de l'orientation vers des soins ;
- La gestion des outils de micro-planification et de la tenue de registres ;
- Les symptômes d'IST et les processus pathologiques, le référencement et le traitement des IST, du VIH et de la tuberculose (TB) ;
- La promotion du CDV volontaire ;
- L'identification et la discussion de la violence, la prestation d'un soutien psychologique ;
- La mobilisation communautaire.

La formation avancée peut aborder :

- Les compétences avancées en communication et conseil ;
- Les compétences en leadership ;
- La riposte à la stigmatisation, à la discrimination et au harcèlement ;
- La formation juridique, la négociation avec les forces de police et la demande de soutien communautaire ;
- Le repérage des cas de violence et de crises et interventions dans des situations de crise ;
- Le conseil relatif à l'abus de drogues et d'alcool ;
- L'établissement de liens vers d'autres services (par ex. services de santé reproductive, VIH, CDV et autres) ;
- L'aide à l'orientation des patients pour l'obtention de prestations sociales, p. ex. assurance-santé ou allocations de chômage ;
- Les soins et le soutien à travers le conseil individuel et collectif conduit par la communauté, y compris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH ;
- L'utilisation des données du programme en vue d'un meilleur ciblage des services de sensibilisation ;
- L'interaction avec les médias (visant à promouvoir une image positive de la communauté).

Encadré 4.19

Exemple de cas : Référencement par le biais des réseaux sociaux au Ghana

Dans le cadre d'une étude pilote sur les réseaux sociaux de pairs chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, menée en 2013 dans huit centres publics de soins des régions du Grand Accra et d'Ashanti (Ghana), 25 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais n'ayant eu aucun contact avec des intervenants en sensibilisation communautaire au cours des 12 mois écoulés ont été recrutés dans le cadre d'une démarche axée sur les réseaux pour faire office « leviers ». Ces « leviers » ont été orientés vers des services de CDV et chargés de recruter trois amis issus de leur réseau social, qui ont à leur tour été orientés vers des services de CDV. Ces amis sont alors devenus des « pairs recruteurs » chargés de recruter d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes membres appartenant à leurs réseaux sociaux.

Les conseillers en CDV ont organisé des entretiens individuels avec les leviers et les pairs recruteurs pour collecter des informations sur la démographie, la taille du réseau social, les antécédents de dépistage du VIH et les contacts préalables avec des intervenants en sensibilisation communautaire. Au total, les leviers ont redirigé 166 pairs recruteurs vers des services CDV. Près des deux tiers des pairs recruteurs ont déclaré n'avoir eu aucun contact avec des intervenants en sensibilisation communautaire pendant l'année écoulée; une proportion similaire a déclaré n'avoir jamais été dépistée pour le VIH ou ne pas avoir été dépistée au cours de l'année écoulée et un tiers a été diagnostiqué séropositifs. Parmi les pairs recruteurs vivant avec le VIH, 91 % ont accepté d'être orientés vers des services de soins, de soutien ou de traitement.

Une analyse des pratiques de référencement a montré que les HSH vivant avec le VIH étaient bien plus susceptibles de s'adresser à des pairs séropositifs au VIH qu'à des pairs séronégatifs. De même, les recruteurs qui n'avaient pas eu de contact avec des intervenants en sensibilisation communautaire avaient tendance à s'adresser à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui plus n'avaient pas non plus été exposés au programme.

Source : Girault et al ; 2015. Voir Section 4.5, Lectures complémentaires.

3. Mettre en œuvre et gérer les activités de sensibilisation

La sensibilisation s'opère à deux niveaux : les intervenants en sensibilisation communautaire gèrent leurs propres interventions de sensibilisation auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; et le personnel du programme supervise et soutient le travail des intervenants.

Avec chaque homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'intervenant en sensibilisation communautaire adopte une approche de prévention et de gestion de cas en plusieurs étapes, qui peuvent être réévaluées et répétées si besoin.

1. Évaluer l'ampleur des besoins individuels au moyen d'un outil standardisé (voir « micro-planification », ci-dessous).
2. Développer avec chaque bénéficiaire un plan d'action fondé sur des besoins auxquels il est possible de répondre.
3. Fournir le matériel, les informations et les conseils de base nécessaires pour répondre aux besoins du bénéficiaire.
4. Faciliter le référencement vers d'autres services, si nécessaire.
5. Assurer un suivi des orientations avec soutien et informations, selon les besoins.
6. Évaluer et réévaluer régulièrement les besoins individuels.

Micro-planification

La micro-planification permet aux intervenants en sensibilisation communautaire d'assumer leurs responsabilités et de gérer leur travail. Dans ce type d'approche, les intervenants utilisent les

4 Prestation de soins de santé

connaissances sur la communauté et les informations recueillies lors des rencontres avec les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes afin d'établir des priorités et de gérer les activités de sensibilisation.

Les intervenants en sensibilisation communautaire sont formés à l'utilisation d'outils de saisie de données sur la vulnérabilité, sur les risques propres à chaque individu et sur les services assurés. Les outils de microplanification sont conçus pour être faciles à utiliser. Ils sont d'ailleurs souvent illustrés pour être accessibles à des individus faiblement alphabétisés. Ils peuvent en outre être adaptés pour permettre de transmettre un suivi de routine par téléphone mobile, en plus de le consigner sur papier. Les intervenants enregistrent les données relatives à chaque entretien individuel et les agrègent sur un formulaire hebdomadaire ou mensuel (à moins que les données aient déjà été soumises par voie électronique), si nécessaire avec l'aide d'un superviseur/gestionnaire. En fonction des exigences régionales ou nationales, certaines de ces données agrégées peuvent être intégrées aux rapports du programme, mais leur objectif premier reste de permettre aux intervenants en sensibilisation communautaire d'analyser et de planifier leurs activités de sensibilisation en fonction des besoins les plus urgents des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qu'ils desservent (p. ex. les bénéficiaires les plus vulnérables ou les plus à risque, ou encore ceux qui n'ont pas été contactés depuis longtemps). L'intervenant peut également planifier ses activités lors d'une séance de revue hebdomadaire avec son superviseur/gestionnaire.

Supervision et soutien à la sensibilisation

Un superviseur/gestionnaire en sensibilisation est généralement responsable de la formation, de la motivation et du suivi des activités de 5 à 20 intervenants en sensibilisation communautaire. Il peut s'agir d'un intervenant dont la carrière a évolué ou d'un membre du personnel de l'ONG qui assume ce rôle jusqu'à ce que des intervenants aient été formés à cet effet.

Le superviseur/gestionnaire observe le travail quotidien des intervenants, analyse leurs données relatives aux différents services proposés (nombre de contacts individuels, de contacts collectifs, de référencement ou de consultations médicales accompagnées, de préservatifs distribués, etc.) et saisit ces données dans un système de gestion informatisé, si aucun autre employé n'a été affecté à cette tâche. Le superviseur/gestionnaire rencontre chaque semaine son groupe d'intervenants en sensibilisation communautaire, généralement dans l'espace sécurisé (centre communautaire). Ces réunions permettent de discuter des cas prioritaires et des problèmes rencontrés, mais aussi de dispenser des formations informelles.

Rémunération des intervenants en sensibilisation communautaire

Le travail des intervenants en sensibilisation communautaire doit toujours être rémunéré. Certaines approches peuvent néanmoins s'avérer problématiques. Si, au lieu de recevoir un salaire fixe, l'intervenant est payé en fonction du nombre d'individus qu'il a convaincus de se rendre dans un centre de soins ou dans un espace communautaire, il existe un risque de distorsion de la demande qui peut être source de coercition. Outre le versement d'un salaire fixe, certaines mesures d'incitation peuvent s'avérer efficaces et générer une reconnaissance fondée sur l'évaluation : crédits téléphoniques, cadeaux non monétaires, opportunités de leadership indépendantes du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes intégrés au programme. L'opportunité de participer à des formations ou à des rencontres nationales ou internationales constitue en outre un moyen de reconnaître l'excellente qualité du travail de certains intervenants en sensibilisation communautaire.

Le Tableau 4.3 résume les différentes activités pour lesquelles un intervenant peut être rémunéré.

Tableau 4.3 Rémunération des intervenants en sensibilisation communautaire

Investissements de l'intervenant en sensibilisation communautaire	Rémunération	Justificatifs
Temps consacré aux activités de sensibilisation (transport, rencontres avec les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, élaboration de rapports, en planification d'activités à venir)	Salaire	Montant convenu acceptable pour l'intervenant et compatible avec la durabilité du programme. Le montant doit si possible être uniformisé à travers les différents programmes en place au niveau des États et du pays.
Temps consacré à des formations supplémentaires	Allocation de formation	Les heures consacrées à la formation ne permettent pas de pratiquer une activité rémunérée. Les programmes doivent admettre que les intervenants peuvent avoir un autre emploi et des obligations personnelles qu'ils ne peuvent pas assurer lorsqu'ils sont en formation.
Transport entre les différents lieux de travail, pour référencement, formation, etc.	Tarif de l'autobus, du train, du taxi, si nécessaire	Il est généralement plus efficace de cartographier des itinéraires et d'allouer des sommes fixes pour les groupes d'intervenants en sensibilisation communautaire.
Temps d'utilisation de téléphonie mobile	Temps d'utilisation de téléphonie mobile (prédéterminé si possible)	Les intervenants doivent être indemnisés pour l'utilisation de la téléphonie mobile dans le cadre de leur travail (messages texte, conversation limitée).
Batteries pour téléphone mobile	Chargeurs, accès à une source d'électricité fiable	Le téléphone est indispensable aux intervenants en sensibilisation communautaire ; des chargeurs doivent donc être disponibles dans des endroits convenus.

4. Favoriser des opportunités de leadership chez les intervenants en sensibilisation communautaire

Les intervenants en sensibilisation communautaire expérimentés mènent des activités de une sensibilisation plus efficaces et assurent un leadership communautaire qui dépasse l'ampleur des services offerts par un programme. Il importe donc que les programmes adoptent dès leur lancement une approche favorisant l'évolution professionnelle des intervenants en sensibilisation communautaire. Pour ce faire, les programmes peuvent non seulement faire preuve de respect et de considération envers les intervenants, mais aussi :

- de les soutenir à travers des activités de formation, de mentorat, de rétroaction constructive et de rémunération ;
- de leur offrir des opportunités d'acquérir de nouvelles compétences et d'investir leur expérience au sein du programme et de leur communauté dans une perspective d'autonomisation ;
- d'élaborer des plans de promotion individuelle, au sein de l'organisation communautaire (emplois mieux rémunérés) ou d'entité extérieures vers lesquelles tendent les intervenants en sensibilisation communautaire.

Formation et mentorat : Il s'agit non seulement de former les intervenants en sensibilisation communautaire, mais également de renforcer leur leadership. Les intervenants ayant développé des compétences de leadership sont plus susceptibles de faire preuve d'esprit critique et de prendre des initiatives pour toucher davantage d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ils peuvent en outre apporter différentes formes de soutiens essentielles au programme :

Plaidoyer : Les intervenants sûrs d'eux-mêmes sont capables de plaider auprès des policiers. A leurs débuts, les intervenants peuvent avoir besoin d'être soutenus par des employés de l'organisme de mise en œuvre,

4 Prestation de soins de santé

qui ne sont pas nécessairement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le personnel d'un programme doit être réceptif au besoin de soutenir l'intervenant afin de lui permettre de renforcer graduellement son leadership auprès de sa communauté, en intervenant seulement en cas de besoin.

Suivi du programme : Avec l'expérience et le soutien nécessaires, les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent participer au suivi du programme et à l'amélioration de sa qualité. Le suivi découle naturellement de l'approche adoptée dans le cadre de la micro-planification, qui confie à l'intervenant la responsabilité de consigner, d'analyser et de réagir à des données relatives aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes bénéficiaires de ses services.

Les outils de suivi doivent pouvoir être utilisés par des intervenants non alphabétisés. Les intervenants chargés de la collecte d'informations doivent recevoir des instruments leur permettant d'analyser les données (comme la microplanification) et pouvoir prendre des mesures au vu des analyses effectuées. Le suivi doit également porter sur les interventions que la communauté considère importantes, même si ces dernières ne font pas l'objet d'un suivi par l'organisme de mise en œuvre, comme la qualité des services vers lesquels sont orientés les bénéficiaires.

Gestion du programme et leadership : Les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent former et assurer le mentorat d'autres intervenants, mais aussi jouer différents rôles au sein du programme. À mesure qu'ils gagnent en expérience, les intervenants en sensibilisation communautaire s'attendent naturellement à voir leur position évoluer. Les postes auparavant confiés au personnel de l'organisme de mise en œuvre peuvent alors leur être confiés. Les superviseurs/gestionnaires en sensibilisation peuvent également être des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes auparavant employés à plein temps et rémunérés à la même hauteur que les employés de l'ONG occupant un poste similaire.

C. Orientation par les pairs

Pour réduire les décrochages tout au long du continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH, des pairs-pivots formés peuvent faire office de mentors et de guides pour aider leurs pairs à accéder et à adhérer à un programme. Ces pairs-pivots sont des intervenants en sensibilisation communautaire qui connaissent les ressources locales de traitement et de soins mises à la disposition des personnes séropositives au VIH. Certains sont eux-mêmes séropositifs au VIH et ont fait l'expérience de la recherche et de l'accès à ces services. Les pairs-pivots orientent les nouveaux patients du programme de lutte contre le VIH en les faisant passer des services de CDV des centres communautaires vers des cliniques fournissant des services de dépistage et de traitement du VIH. Ils jouent un rôle central, non seulement dans des contextes où tous les séropositifs sont tenus de s'inscrire auprès d'un centre ou d'un hôpital public pour y suivre une TARV (la plupart des centres de traitement sont publics), mais aussi dans la gestion des cas, plus largement.

Dans ce cadre, les patients sont pris en charge par des pairs-pivots qui assurent la liaison entre les nombreux éléments et secteurs (public, privé, communautaire) du continuum. Le dépistage et le traitement du VIH/IST, la santé sexuelle et les soins cliniques (dont la TARV) constituent les principales composantes de ce modèle. Les pairs-pivots doivent connaître les horaires des dispensaires mobiles et des services médicaux aux horaires flexibles et décalés disposant de personnel sensibilisé et disponible pour venir en aide aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les pairs-pivots peuvent accompagner ou orienter les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vers des prestataires de soin grâce à des systèmes de référencement formels. Des groupes de soutien aux personnes vivant avec le VIH (dont certains ont expressément été conçus pour les hommes séropositifs au VIH qui ont des rapports sexuels avec des hommes) et d'autres ONG peuvent fournir des services de soins et de soutien, notamment de conseil ou d'assistance psychosociale et juridique. Un solide programme d'orientation par les pairs peut permettre de consolider ces liens et de prendre en charge les patients dans le continuum de dépistage, de soins et de traitement.

Les pairs-pivots jouent également un rôle fondamental dans la mise en œuvre des programmes destinés aux populations clés et constituent des investissements sains et durables dans les communautés et réseaux des populations clés. Les membres de ces réseaux servent d'agents de liaison dans les modèles de prestation de services décentralisés liés au VIH et doivent diriger les efforts de sensibilisation en cours. Ils peuvent jouer un rôle central dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en surveillant et signalant les différents cas observés et en devenant des experts et des leaders en matière d'orientation, de prévention, de soins et de soutien, mais aussi d'éducation au traitement. Les liaisons existant entre les réseaux de pairs permettent de mettre en place des coalitions et de partager des informations. Ces pairs-pivots doivent être formés aux mesures de sûreté et de sécurité afin d'atténuer les éventuels risques de discrimination.

4.4.3 Utilisation des technologies de l'information et de la communication

De nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes utilisent les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour naviguer sur des sites à teneur sexuelle, des médias sociaux et des espaces sécurisés par le biais de téléphones mobiles, de tablettes, d'ordinateurs, d'autres dispositifs connectés à Internet ou ne prenant en charge que les SMS. Ces méthodes de connexion peuvent leur permettre d'interagir (anonymement si tel est leur souhait) avec des intervenants en sensibilisation communautaire et des pairs-pivots, des prestataires de services de santé et des conseillers, mais aussi d'accéder à des ressources informatives et pédagogique ainsi qu'à d'autres liens relatifs au continuum de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

Les TIC peuvent élargir la portée des services liés au VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et contribuer à leur mise à l'échelle (voir Encadré 4.20). Les interventions reposant sur les TIC doivent servir à connecter le virtuel au réel en venant compléter les services offerts par les personnes et les espaces, c.-à-d. en renvoyant les visiteurs vers les services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH; en renvoyant vers des services de traitement des IST; en proposant des services de santé mentale et d'autres services compétents et réceptifs; et en émettant des alertes en cas de rupture des stocks et de réapprovisionnement en préservatifs et en lubrifiants. Pour de plus amples informations, voir Chapitre 5.

Encadré 4.20

Exemple de cas : Intensifier la sensibilisation au Ghana via les médias sociaux

Les intervenants en sensibilisation communautaire en ligne (aussi appelés « agents de liaison communautaire ») ont mené des actions de sensibilisation via les médias sociaux auprès d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes identifiés par le biais de sollicitations et de recommandations d'organisations à base communautaire et de contacts sociaux. L'objectif de cette initiative était d'atteindre ceux que les méthodes de sensibilisation communautaire physiques traditionnelles n'avaient pas permis d'atteindre. Les agents de liaison communautaires ont reçu un Smartphone, un ordinateur portable et une formation de cinq jours sur les informations et les services liés au VIH. Ils ont utilisé des sites web et des applications de médias sociaux comme Facebook, Badoo, WhatsApp et Gay Romeo pour atteindre de nouveaux réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les personnes ainsi touchées ont été recensées à travers un système unique de code d'identification.

Le programme a permis d'atteindre plus de 15 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à travers les médias sociaux et de toucher 13 000 hommes supplémentaires grâce à des activités physiques de sensibilisation. Ces 28 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient 94 % de l'ensemble de la population totale estimée dans la zone du projet, les intervenants ayant constaté très peu de chevauchement entre les résultats des sensibilisations physique et virtuelle.

Source : Green et al.; 2014. Voir Section 4.5, Lectures complémentaires.

4.4.4 Espaces sécurisés

Des « espaces sécurisés » (ou centres communautaires) doivent être créés dès le lancement des programmes pour favoriser le rassemblement des membres d'une même communauté. Il s'agit généralement de locaux loués par le programme et simplement meublés où les membres de la communauté peuvent se détendre, se reposer, obtenir des informations et interagir avec leurs pairs ou avec le programme. Les espaces sécurisés peuvent également être situés dans le bureau d'une organisation communautaire, d'un organisme de mise en œuvre, d'une clinique, ou encore chez un membre de la communauté. Il peut également s'agir d'espaces virtuels (en ligne) (voir Section 4.4.3). La plupart des fonctions énumérées ci-dessus peuvent en effet être remplies par des espaces en ligne. Outre leur fonction sociale, ces espaces peuvent également servir de :

- Lieux de discussions entre les membres de la communauté et les gestionnaires du programme sur l'amélioration des services offerts ;
- Lieux de services et de soutien psychosociaux ;
- Sources d'informations sur les activités et événements concernant la communauté (et pas seulement le programme) ;
- Lieux de consolidation de l'autonomisation de la communauté grâce à des débats sur la discrimination et la stigmatisation dont la communauté est victime, mais aussi sur l'élaboration de ripostes ;
- Points de distribution de préservatifs et de lubrifiants ;
- Endroits où les intervenants en sensibilisation communautaire analysent leur travail et planifient leurs activités ;
- Lieux de formations communautaires (dispensées par des intervenants en sensibilisation, mais aussi par d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, par ex. sur les réponses à la violence).

La location de locaux adjacents présente des avantages, permettant par. ex. de ne traiter qu'avec un propriétaire et de resserrer les liens entre les activités communautaires et les services du programme. Il convient néanmoins de s'assurer que les espaces sécurisés restent la propriété de la communauté. Il est souvent important de séparer les bureaux d'un organisme de mise en œuvre de l'espace sécurisé et d'indiquer clairement que les leaders communautaires sont responsables de la gestion des activités qui s'y déroulent.

Dans certains contextes, il peut s'avérer plus réaliste d'ouvrir un espace sécurisé au sein d'une organisation consacrée à l'ensemble de la communauté des lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transgenres (LGBT). Dans ce cas, il peut s'agir d'un local habituellement utilisé par l'organisation mais consacré aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pendant certaines heures de la journée ou certains jours de la semaine.

A. Ouvrir des espaces sécurisés

Mise en place du local

1. **Consultation de la communauté** : La consultation permet de déterminer l'endroit le plus approprié, les services à proposer, le personnel nécessaire et les heures d'ouverture. Les services doivent être disponibles lorsque les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en ont le plus besoin.
2. **Localisation** : Le lieu choisi doit non seulement être accessible aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, mais également assurer une certaine visibilité du public et tenir compte de la réponse de la communauté plus large (non HSH). Il convient de s'assurer que l'espace en question est à l'abri d'éventuelles intrusions extérieures et policières.

3. **Bail et propriétaire** : Il est important que l'espace sécurisé reste implanté au même endroit afin d'éviter l'interruption des services. Le bail signé avec le propriétaire doit établir clairement la durée du contrat et indiquer clairement la finalité et les heures d'ouverture du local.
4. **Infrastructures et sécurité** : L'espace sécurisé doit dans l'idéal comporter au moins deux pièces : l'une réservée aux rencontres individuelles ou au conseil et l'autre au déroulement des activités communautaires. L'espace sécurisé doit être doté d'équipements de base contre les incendies et autres urgences.
5. **Aménagement de l'espace** : Le local doit être à la fois fonctionnel et accueillant. Des tables et des chaises peuvent être entreposées sur l'un des côtés en prévision de la tenue de réunions, des canapés et des matelas peuvent rendre la pièce confortable. Les murs peuvent être peints ou décorés avec des objets fabriqués par des membres de la communauté.
6. **Dans des environnements hostiles** : Dans des contextes où le fait d'être un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes fait l'objet d'une discrimination ou d'une criminalisation particulière, un espace consacré aux hommes peut régulièrement être la cible de harcèlement de la part des autorités policières ou autres, et donc ne pas être un lieu sûr. Dans de tels cas, la communauté et les organismes de mise en œuvre impliqués dans le processus doivent soigneusement envisager la meilleure façon de répondre aux besoins de la communauté. Il est par exemple possible de demander à une organisation partenaire qui ne dessert pas uniquement (ou spécifiquement) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'accueillir l'espace sécurisé.

Exploitation de l'espace

- **Gestion** : Le programme doit allouer des ressources à l'espace. Pour garantir l'appropriation de la communauté, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent avoir le dernier mot dans les décisions relatives à l'espace et à sa gestion.
- **Promotion des services** : La distribution de dépliants, l'envoi de messages SMS et le développement d'un réseau communautaire permettent de s'assurer que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont informés de l'existence de l'espace sécurisés et des services proposés. (dans des environnements hostiles aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le bouche-à-oreille peut constituer le moyen le plus sûr de promouvoir l'espace, plutôt que la distribution de dépliants ou l'envoi de messages SMS).
- **Règlements internes** : Ces règlements doivent être rédigés par les utilisateurs de l'espace eux-mêmes pour que tous s'entendent sur les comportements acceptables, notamment en matière de niveau sonore (pour ne pas déranger d'éventuels voisins) et de consommation de drogues et d'alcool.
- **Relations avec les voisins** : Les gestionnaires d'espaces sécurisés, parmi lesquels figure la communauté, doivent nouer de bonnes relations avec les voisins et la plus large communauté.
- **Planification de l'utilisation** : Si le programme doit exploiter l'espace sécurisé pour des activités impliquant un petit nombre de personnes (par ex. planification de la sensibilisation, formation, communication interpersonnelle ou collective), celles-ci doivent avoir lieu hors des heures d'affluence pour ne pas entraver l'accès de l'ensemble de la communauté.
- **Utilisation par le programme** : Les organismes de mise en œuvre en pleine essor pourraient vouloir utiliser l'espace sécurisé comme siège ou pour mener d'autres activités liées au programme. Il convient d'éviter une telle évolution et de s'assurer que de telles activités sont minimales. L'espace sécurisé doit rester ouvert à une utilisation informelle de la part des membres de la communauté, malgré son utilisation par le programme.
- **Pérennité** : Les espaces sécurisés peuvent être transformés en lieux rentables par la communauté, si par exemple cette dernière loue l'espace au programme pour une durée limitée.

B. Autres activités menées dans l'espace sécurisé

Les espaces sécurisés peuvent offrir une large gamme d'activités et de services répondant aux besoins spécifiques des communautés qu'ils desservent. L'offre d'une vaste palette de services est susceptible d'augmenter la participation communautaire et contribue à sa pérennité. Il peut notamment s'agir des activités suivantes :

- Activités d'alphabétisation, formation professionnelle, diplôme d'équivalence secondaire ;
- Célébration de festivals et de jours fériés ;
- Repas simples ou aliments nutritifs à emporter ;
- Activités de loisirs et de détente (jeux, méditation, yoga) ;
- Consultations médicales sans rendez-vous ;
- Dortoir ;
- Point de recharge téléphonique ;
- Laverie ;
- Utilisation d'ordinateurs et d'Internet ;
- Ouverture 24 heures sur 24.

Encadré 4.21

Exemple de cas : Un centre communautaire en Fédération de Russie

Le centre communautaire LGBT du *Pulsar Project* à Omsk est le plus ancien centre communautaire LGBT de la Fédération de Russie. Il ouvre 3 jours par semaine. On peut obtenir des informations sur ce centre communautaire par le biais d'intervenants en sensibilisation communautaire, sur le site web du projet et sur les réseaux sociaux. Ce centre communautaire propose des services de conseils psychologiques fournis par un psychologue, mais aussi de conseils juridiques et sociaux fournis par un travailleur social ; un accès à Internet, des journaux et des magazines ; du thé et du café, et la participation à des jeux collectifs, à des discussions, à des formations et à des ateliers interactifs.

Le calendrier des réunions de groupe est disponible sur le site web du projet. Les réunions abordent un large éventail de thèmes, dont la santé sexuelle, l'autonomisation des communautés LGBT, le militantisme et le bénévolat, les droits de l'homme et les couples homosexuels. Elles prennent la forme de discussions, de formations, d'ateliers, de groupes de loisirs et de projections de films. En été, certaines activités sont organisées en dehors des locaux, notamment à l'occasion d'un camp organisé par Pulsar et d'un festival LGBT de deux jours. De nombreux habitués du centre communautaire sont eux-mêmes devenus des intervenants en sensibilisation communautaire, des conseillers ou des bénévoles pour le projet.

4.5 Ressources et lectures complémentaires

Matériel de formation pour les praticiens

1. *Promoting the health of men who have sex with men worldwide: a training curriculum for providers.* Global Forum on MSM & HIV et Université Johns Hopkins; 2014.
<http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/369/training-for-healthcare-providers/>
2. *An introductory guide for health workers in africa working with MSM.* Desmond Tutu Foundation.
<http://www.desmondtutihivfoundation.org.za/documents/MSM-Manual.pdf>
3. *From top to bottom: a sex-positive approach for men who have sex with men. A manual for healthcare providers.*
http://www.anovahealth.co.za/images/uploads/TOP2BTM_manual_WEB2.pdf

Planification et évaluation

1. *Network capacity analysis: a toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Workshop facilitation guide.* Brighton, Royaume-Uni: International HIV/AIDS Alliance; 2008.
http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/663/279-Network-capacity-analysis-workshop-guide_original.pdf?1406293505
2. *Network capacity analysis: A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Rapid assessment guide.* Brighton, Royaume-Uni: International HIV/AIDS Alliance; 2007.
<http://www.icaso.org/media/files/5200-Networkcapacityanalysisrapidweb.pdf>
3. *Breaking through barriers: Avahan's scale-up of HIV Prevention among high-risk MSM and transgenders in India.* New Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates; 2010.
<http://www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/breaking-thru-barriers.pdf>
4. *Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean. Washington (DC): Organisation panaméricaine de la santé; 2010.*
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20ENGLISH.pdf>
5. *Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health.* American College of Physicians; 2007.
http://www.acponline.org/acp_press/fenway/
6. *A guide to participatory planning and monitoring of HIV prevention programs with high-risk groups.* Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust and India Health Action Trust; 2011.
 - a. Module 1: Introduction and getting started.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_1%20Introduction%20and%20Getting%20Started_Final.pdf
 - b. Module 2: Participatory planning tools for FSWs, MSM and transgenders.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_2%20Participatory%20Planning%20Tools_Final.pdf
 - c. Module 3: Participatory monitoring tools for FSWs, MSM and transgenders.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_3%20Participatory%20Monitoring%20Tools_Final.pdf
 - d. Module 4: Individual tracking tools for FSWs, MSM and transgenders.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_4%20Individual%20Tracking%20Tools_Final.pdf

Méthodes d'évaluation participative

1. *All together now.* International HIV/AIDS Alliance
http://www.participatorymethods.org/sites/participatorymethods.org/files/all%20together%20now_int%20HIVAIDS.pdf
2. *Rapid Policy Assessment and Response (RPAR) Tool*
<http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/index.html>.

Plaidoyer

1. *Measuring up—a guide for facilitators: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, Royaume-Uni: International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations; 2010.
<http://www.aidsalliance.org/resources/340-measuring-up-hivrelated-advocacy-evaluation-training-pack>
2. *Measuring up—a guide for learners: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, Royaume-Uni: International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations; 2010.
<http://www.aidsalliance.org/resources/340-measuring-up-hivrelated-advocacy-evaluation-training-pack>
3. *Speaking out: a toolkit for MSM-led HIV and AIDS Advocacy.* Oakland (CA): The Global Forum on MSM & HIV; 2011.
http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/Advocacy/speakingout_global_web.pdf

Analyse de la politique sur le VIH et modèles de plaidoyer

1. *Policy Analysis and Advocacy Decision Model for HIV-Related Services: Males Who Have Sex with Males, Transgender People, and Sex Workers.* Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2013.
<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=HIVPolicyModels>

4 Prestation de soins de santé

Sensibilisation conduite par la communauté

1. *Peer education: outreach, communication & negotiation. Training manual.* Brighton, Royaume-Uni: International HIV/AIDS Alliance; 2005.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Peer_education_manual.pdf
2. *Peer educators' advanced training manual.* New Delhi: FHI 360; 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/peer-educators-advanced-training-manual>
3. *Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook.* New Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates; 2013.
<http://www.ponline.org/node/573757>

Gestion de programme

1. *At the top of the ladder: community members can truly lead programs.* New Delhi: FHI 360; 2011.
<http://www.fhi360.org/resource/top-ladder-community-members-can-truly-lead-programs>
2. *CBO management committee training manual series: basic and advanced.* New Delhi: FHI 360; 2012.
<http://www.fhi360.org/resource/cbo-management-committee-training-manual-series-basic-and-advanced>

Services d'IST

1. *Clinical guidelines for sexual health care of men who have sex with men. International Union against Sexually Transmitted Infections,* Branche Asie-Pacifique; 2006.
http://www.iusti.org/sti-information/pdf/iusti_ap_msm_nov_2006.pdf
2. *Sexually transmitted disease treatment guidelines,* 2010. Atlanta (GA): US Centers for Disease Control and Prevention; 2010.
<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>
3. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2003.
<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>
4. *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/en/

Hépatite virale

1. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/>
2. *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014.
<http://who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/>
3. *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-b-guidelines/en/>

Conseil et dépistage du VIH

1. *A short technical update on self-testing for HIV.* Genève: Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2014.
http://www.who.int/hiv/pub/vct/self_test_tech_update/en/
2. *Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage du VIH.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/fr/index.html>
3. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte.* Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/

4. *Lignes directrices consolidées sur les services de dépistage du VIH: Les 5 C: Consentement, Confidentialité, Consultation, résultats Corrects et Connexion* (2015). Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf
5. *MSM and HIV counselling and testing in Asia and the Pacific: regional report*. Bangkok: Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health.
<http://www.apcom.org/regional-report-msm-and-hiv-counselling-and-testing-report-asia-and-pacific>
6. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf
7. *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*. Vienne: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2009.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prison_tech_paper.pdf
8. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling: a strategic policy framework*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/
9. *Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
10. *Report on the first International Symposium on Self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
www.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf
11. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
http://www.youngpeopleandhiv.org/files/HIV_Testing_guideline.pdf

Prophylaxie pré-exposition

1. *Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2014 clinical practice guideline*. Atlanta (GA): US Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
<http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/prep/>
2. *Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2014 clinical providers supplement*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
<http://www.cdc.gov/hiv/pdf/preprovidersupplement2014.pdf>
3. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men, and transgender women who have sex with men at high risk of HIV*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/
4. *Technical update on pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-technical-update-2015/en/>
5. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men, and transgender women who have sex with men at high risk of HIV*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf

Thérapie antirétrovirale

1. *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH: Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/fr/>

Tuberculose

1. *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012.
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/

4 Prestation de soins de santé

2. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.
http://www.who.int/tb/publications/tbi_document_page/en/
3. *WHO Policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households*, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf

Santé mentale

1. *La santé mentale : renforcer notre action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (Aide-mémoire n° 220) ; 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
2. *Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health*, 28–31 janvier 2002. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
3. *mHGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings : Mental Health Gap Action Programme*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

Dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie

1. Test de dépistage de la toxicomanie en une seule question :
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=225770>
2. Outil de dépistage de l'alcoolisme en une trois étapes :
http://www.integration.samhsa.gov/images/res/tool_auditc.pdf
3. Outil de dépistage de la toxicomanie et de l'alcoolisme en une quatre questions :
<http://www.integration.samhsa.gov/images/res/CAGEAID.pdf>
4. Questionnaire sur la toxicomanie en dix points :
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_61480_EN_DAST%202008.pdf
5. *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
6. *Technical briefs on amphetamine-type stimulants (ATS)*. Manille : Bureau Régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/
7. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida de l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA – refonte de 2012*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

Autres

1. *Use of a community-based revolving fund to promote condoms and water-based lubricants among male and transgender sex workers in Bangkok*, Thaïlande. Bangkok : FHI 360 ; 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/use-community-based-revolving-fund-promote-condoms-and-water-based-lubricants-among-male-0>
2. *Strategic behavioral communication : a user and technical manual of material and tools*. New Delhi : FHI 360 ; 2012.
<http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sbc-manual/index.html>

Lectures complémentaires

Prophylaxie pré-exposition

1. Grohskopf LA, Chillag KL, Gvetadze R, Liu AY, Thompson M, Mayer KH, et al. *Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States*. *J Acquired Immune Defic Syndr*. 2013 ; 64(1):79–86. doi: 10.1097/QAI.0b013e31828ece33.
2. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. *Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men*. *N Engl J Med*. 2010 ; 363(27):2587–2599. doi: 10.1056/NEJMoa1011205.
3. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. *HIV treatment as prevention and HPTN 052*. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 ; 7(2):99–105.
4. Edelman EJ, Fiellin DA. *Moving HIV pre-exposure prophylaxis into clinical settings: lessons from buprenorphine*. *Am J Prev Med*. 2013 ; 44(1 Suppl 2): S86–90.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Interim guidance for clinicians considering the use of preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in heterosexually active adults*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 ; 61(31):586–589.
6. Koblin B, Chesney M, Coates T, EXPLORE study team. *Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study*. *Lancet*. 2004 ; 364(9428):41–50.
7. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, del Rio C, Burman WJ. *The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection*. *Clin Infect Dis*. 2011 ; 52(6):793–800. doi: 10.1093/cid/ciq243.
8. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Estrada V, et al. *HIV transmission risk through condomless sex if the HIV positive partner is on suppressive ART: PARTNER Study*. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2014)*. Boston, 3-6 mars 2014. Abstract 153LB. <http://www.hivandhepatitis.com/hiv-prevention/hiv-test-treat/4553-croi-2014-no-one-with-undetectable-viral-load-transmits-hiv-in-partner-study>
9. McCormack S, Dunn D. *Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis: the PROUD Study*. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2015)*. Seattle, 23-26 février 2015. Abstract 22LB. <http://www.croiconference.org/sessions/pragmatic-open-label-randomised-trial-preexposure-prophylaxis-proud-study>

Santé mentale

1. Allgower A, Wardle J, Steptoe A. *Depressive symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women*. *Health Psychol*. 2001 ; 20: 223–227.
2. Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. *Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women*. *J Interpers Violence*. 2011 ; 26: 1798–814.
3. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. *Am J Public Health*. 2010 ; 100(3):468–465.
4. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. *Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States*. *Arch Gen Psychiatr*. 2001 ; 58: 721–728.
5. Brennan DJ, Hellerstedt WL, Ross MW, Welles SL. *History of childhood sexual abuse and HIV risk behaviours in homosexual and bisexual men*. *Am J Public Health*. 2007 ; 97: 1107–12.
6. Calzavara LM, Burchell AN, Lebovic G, Myers T, Remis RS, Raboud J, et al. *The impact of stressful life events on unprotected anal intercourse among gay and bisexual men*. *AIDS Behav*. 2012 ; 16(3):633–643.
7. Cass VC. *Homosexual identity formation: a theoretical model*. *J Homosexual*. 1979 ; 4: 219–235.
8. Catania JA, Paul J, Osmond D, Folkman S, Pollack L, Canchola J, et al. *Mediators of childhood sexual abuse and high-risk sex among men-who-have-sex-with-men*. *Child Abuse Negl*. 2008 ; 32: 925–940.
9. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. *Sexual revictimization: a review of the empirical literature*. *Trauma, Violence Abus*. 2005 ; 6: 103–129.
10. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. *Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States*. *J Consult Clin Psychol*. 2003 ; 71: 53–61.

4 Prestation de soins de santé

11. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. *The validation of a self-report measure of PTSD: the Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Psychol Assess. 1997 ; 9(4):445–451.
12. Hamilton CJ, Mahalik JR. *Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviours*. Journal Couns Psychol. 2009 ; 56(1):132–141.
13. Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Erickson SJ. *Minority stress predictors of HIV risk behaviour, substance use, and depressive symptoms: results from a prospective study of bereaved gay men*. Health Psychol. 2008 ; 27(4):455–462.
14. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. *Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective*. J Couns Psychol. 2009 ; 56 : 32–43.
15. King R, Barker J, Nakayiya S, Katuntu D, Lubwama G, Bagenda D, et al. *Men at risk: A qualitative study on HIV risk, gender identity and violence among men who have sex with men who report high risk behaviour in Kampala, Uganda*. PLOS Med. 2013 ; 8(12)e82937.
16. Koblin BA, Husnik MJ, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K, et al. *Risk factors for HIV infection among men who have sex with men*. AIDS. 2006 ; 20 : 731–739.
17. Kroenke K, Spitzer R, Williams W. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med. 2001 ; 16 : 606–616.
18. Lloyd S, Operario D. *HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis*. AIDS Educ Prev. 2012 ; 24 : 228–241.
19. Meyer IH. *Minority stress and mental health in gay men*. J Health Soc Behav. 1995 ; 36(1):38–56.
20. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol Bull. 2003 ; 129(5):674–697.
21. Meyer IH, Dean L. *Internalized homophobia, intimacy, and sexual behaviour among gay and bisexual men*. In Herek GM (Ed.), *Stigma and sexual orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160–186). Thousand Oaks (CA): Sage ; 1998.
22. Mills TC, Paul J, Stall R, Pollack L, Canchola J, Chang YJ, et al. *Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study*. Am J Psychiatry 2004 ; 161 : 278–285.
23. Mustanski BS, Newcomb ME, Du Bois SN, Garcia SC, Grov C. *HIV in young men who have sex with men: a review of epidemiology, risk and protective factors, and interventions*. J Sex Res. 2011 ; 48 : 218–253.
24. O'Cleirigh C, Newcomb ME, Mayer KH, Skeer M, Traeger L, Safren SA. *Moderate levels of depression predict sexual transmission risk in HIV-infected MSM: a longitudinal analysis of data from six sites involved in a "prevention for positives" study*. AIDS Behav. 2013 ; 17 : 1764–1769.
25. Rosario M, Rotheram-Borus MJ, Reid H. *Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly Black and Hispanic background*. J Community Psychol. 1996 ; 24 : 136–159.
26. Salomon EA, Mimiaga MJ, Husnik MJ, Welles SL, Manseau MW, Montenegro AB, et al. *Depressive symptoms, utilization of mental health care, substance use and sexual risk among young men who have sex with men in EXPLORE: Implications for age-specific interventions*. AIDS Behav. 2009 ; 13:1–11.
27. Santos GM, Do T, Beck J, Makofane K, Arreola S, Pyun T, et al. *Syndemic conditions associated with increased HIV risk in a global sample of men who have sex with men*. Sex Transm Infect. 2014 ; e-pub ahead of print.
28. Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, et al. *Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men*. Am J Public Health. 2003 ; 93 : 939–942.
29. Troiden RR. *Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition*. Psychiatry. 1979 ; 42 ; 362–373.

Technologies de l'information et de la communication

1. Girault P, Green K, Clement NF, Rahman YAA, Adams B, Wambugu S. *Piloting a social networks strategy to increase HIV testing and counseling among men who have sex with men in Greater Accra and Ashanti Region, Ghana*. AIDS Behav ; 2014. doi: 10.1007/s10461-015-1069-z.
2. Green K, Girault P, Wambugu S, Clement NF, Adams B. *Reaching men who have sex with men in Ghana through social media: a pilot intervention*. Digital Culture & Education. 2014 ; 6 : 3209–215.
http://www.digitalcultureandeducation.com/cms/wp-content/uploads/2014/11/green_et_al.pdf



5

Les technologies
de l'information et de
la communication

Contenu

5.1 Introduction	173
5.1.1 Contexte	174
5.2. Planification et intégration des programmes employant les TIC	175
5.2.1 Les TIC sont-elles la bonne solution?	175
5.2.2 Évaluer l'environnement en matière de TIC et identifier les leaders de la sphère virtuelle	175
5.2.3 Concevoir une intervention comportementale dédiée aux TIC	176
5.2.4 Questions d'éthique et de sécurité	179
5.3. Mise en œuvre des TIC et des programmes à travers le continuum de lutte contre le VIH	179
5.3.1 Sensibiliser plus largement et promouvoir la prévention et le dépistage du VIH	180
5.3.2 Promotion des biens et des services	182
5.3.3 Améliorer la qualité des services	183
5.3.4 Communautés virtuelles de soutien	184
5.4 Utiliser les TIC pour créer un environnement propice	184
5.5 Impliquer le secteur privé	185
5.6 TIC et gestion des programmes	186
5.6.1 Collecte des données	186
5.6.2 Suivi et évaluation	186
5.7 Ressources et lectures complémentaires	187

Que contient ce chapitre ?

Ce chapitre présente :

- **les TIC et leur rôle dans le continuum de lutte contre le VIH** (Section 5.1);
- **les facteurs à prendre en compte lors de la conception d'une intervention employant les TIC** ou lors de l'intégration des TIC dans une intervention existante (Section 5.2);
- **l'utilité potentielle des TIC tout au long du continuum de lutte contre le VIH** (Section 5.3);
- **l'utilisation des TIC dans la consolidation des environnements propices** (Section 5.4);
- **la mise à contribution du secteur privé** en matière de solutions fondées sur les TIC (Section 5.5);
- **l'utilisation des TIC dans la gestion des programmes** (Section 5.6).

Ce chapitre propose également une liste de **ressources et lectures complémentaires** (Section 5.7).

Lignes directrices unifiées pour les populations clés, 2014¹

Parmi les stratégies [recommandées] [...] visant à promouvoir des comportements sexuels à moindre risque et à augmenter le recours au dépistage du VIH et aux services de conseil par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [figure] la mise à disposition sur Internet d'informations ciblées. (p. 41)

5.1 Introduction

Ce chapitre expose la façon dont les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent être utilisées pour favoriser la consolidation d'un environnement propice, planifier et gérer les programmes dans le cadre du continuum de lutte contre le VIH, qui comprend la prévention, le dépistage, le traitement, les soins et la fidélisation des patients. Les TIC renvoient aux ordinateurs, téléphones portables et autres appareils de communication connectés à Internet. Les plates-formes des TIC comprennent les médias sociaux, les sites Web, les salles de chat, les applications pour téléphones numériques et smartphones (voir Figure 5.1), les messages texte et les SMS. « TIC » est un terme générique qui peut recouvrir d'autres notions, comme la « santé numérique » (applications de santé numérique, c'est-à-dire dossiers médicaux numérisés) et la « santé mobile » (applications de santé mobile, c'est-à-dire applications de santé pour téléphones portables).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se servir des TIC pour accéder à des espaces sécurisés en ligne (espaces « virtuels ») de rencontres à des fins sociales ou sexuelles ou pour organiser ce type de rencontres dans le monde « hors ligne » (le monde physique), généralement dans des lieux privés. Dans de nombreux pays, on a par conséquent assisté à un déclin du nombre et de l'importance des lieux publics où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se rencontrent. Les TIC revêtent donc une importance croissante lorsqu'il s'agit de toucher l'ensemble des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour les prestataires de services, les TIC offrent une large palette de possibilités pour contacter des hommes, si nécessaire en gardant l'anonymat. Ces outils et méthodes peuvent contribuer à améliorer l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux services de lutte contre le VIH.

L'importance et le rayonnement croissants des TIC les rendent applicables à tous les domaines abordés dans le présent instrument, à savoir l'autonomisation communautaire², la lutte contre la violence, la stigmatisation et la discrimination, les programmes de promotion des préservatifs et des lubrifiants, les services et la prestation de services et la gestion des programmes. Il est donc indispensable de considérer ce chapitre en le replaçant dans son contexte. En lisant les autres chapitres, le lecteur pourra s'appuyer sur le questionnement suivant : « Vu le contexte dans lequel je travaille, les TIC peuvent-elles contribuer à l'efficacité de la mise en œuvre du programme ? » Lors de l'intégration des TIC dans les programmes, il est fondamental de lier la sensibilisation en ligne (par ex. via les applications et médias sociaux) aux services physiques (comme le dépistage du VIH et les services de conseil). La sûreté, la sécurité et la confidentialité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent des éléments essentiels de toute intervention employant les

¹ *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genève : OMS ; 2014.

² Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » renvoie à des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ces hommes pourraient appartenir. La « sensibilisation de la communauté » désigne donc la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Voir le glossaire pour de plus amples informations.

TIC. L'implication du secteur privé doit également être envisagée comme un moyen d'étendre la portée du programme et de favoriser l'innovation.

Figure 5.1 Comparaison des téléphones de base et des smartphones



Les téléphones de base (à gauche) ne disposent pas d'applications produites par des tiers et présentent des capacités et un accès à Internet limités par rapport aux smartphones (à droite). Les téléphones de base étant moins chers, ils peuvent être plus répandus. Dans de nombreux pays, la disponibilité des smartphones est cependant en plein essor. Les planificateurs doivent donc se tenir prêts à adapter leurs stratégies en matière de TIC à l'évolution de cette disponibilité. Les smartphones fonctionnent grâce à leur propre système d'exploitation (par ex. iOS ou Android). Les applications ne sont pas toujours disponibles sur tous les systèmes d'exploitation. Avant de développer un produit pour un smartphone, il faut se poser la question du système d'exploitation à cibler.

5.1.1 Contexte

La progression des TIC au niveau mondial est considérable et vertigineuse. En 2014, environ 3 milliards de personnes (soit 40 % de la population mondiale) utilisaient Internet et l'on comptait 6,9 milliards d'abonnements de téléphonie mobile. Un tiers de la population mondiale a désormais accès à l'Internet mobile, une proportion qui couvre naturellement les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Les TIC modifient la façon dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes forment des réseaux, trouvent des partenaires sexuels et consultent des informations sur la santé. On peut par exemple citer les médias sociaux tels que Facebook, Twitter et Instagram, les plateformes de messagerie telles que WhatsApp et Viber (applications pour smartphone permettant d'envoyer des messages brefs ou des images via Internet), les sites mobi (sites à faible bande passante accessibles depuis les téléphones de base) et les applications de rencontre géolocalisées, telles que Grindr, MISTER et Jack'd (aussi appelées familièrement des applications pour « coups d'un soir »). Ces dernières utilisent la fonction de géolocalisation dont sont équipés les téléphones portables pour afficher les contacts potentiels situés à proximité. Grindr est aujourd'hui l'application de rencontre la plus utilisée en Afrique. Sa popularité dépasse même celle des applications pour hétérosexuels. L'anonymat offert par les plates-formes de messagerie et les applications sociales peut revêtir une importance particulière pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui craignent d'être stigmatisés ou persécutés en raison de leur comportement sexuel. Les sites pornographiques peuvent également permettre aux programmes d'entrer en contact avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les TIC sont utilisées par les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à des fins de plaidoyer, de mobilisation communautaire, de publicité, de collecte de fonds, de marketing

social autour des préservatifs et des lubrifiants et de diffusion d'informations sur la santé sexuelle et la vie avec le VIH. Les organismes de mise en œuvre³ utilisent aussi les TIC pour prendre contact avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, bien que leur expérience en la matière soit limitée. Si ces nouvelles technologies présentent de nombreux avantages, elles ne doivent pas être considérées comme le seul outil nécessaire pour informer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les TIC doivent en effet constituer un complément à la sensibilisation de terrain et aux formes de communication hors ligne, qu'elles ne visent pas à remplacer.

5.2. Planification et intégration des programmes employant les TIC

Avant de mettre en œuvre un programme de TIC ou d'intégrer des TIC dans un programme existant, il est fondamental d'entrer en contact avec la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les organisations conduites par la communauté et les dirigeants communautaires (qui, dans le monde virtuel et physique, ne seront pas nécessairement les mêmes personnes) doivent en effet être impliqués dans la conception, l'évaluation des coûts, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de TIC.

5.2.1 Les TIC sont-elles la bonne solution ?

Les questions suivantes peuvent guider les processus de planification et d'intégration des programmes de TIC :

- Quel problème tentez-vous de résoudre ?
- Quelles sont les causes de ce problème ou les dynamiques à l'œuvre ?
- Quel est l'objectif de vos efforts ? Quels gains ou résultats souhaitez-vous obtenir ?
- Quelles solutions potentielles pourraient résoudre le problème ? Les TIC peuvent-elles compléter les programmes existants ou est-il nécessaire de lancer un nouveau programme fondé sur les TIC ?
- Analysez et comparez les solutions potentielles. Comment les TIC seraient-elles employées ? À première vue, quels sont les avantages, inconvénients, coûts possibles et besoins en matière de recrutement, de formation et de ressources humaines en général ? Quels sont les obstacles potentiels à la réalisation du projet ?
- Compte tenu des facteurs ci-dessus et le large éventail de possibilités en matière de TIC, quelle serait la méthode la plus bénéfique et la plus économique pour l'intervention ?

5.2.2 Évaluer l'environnement en matière de TIC et identifier les leaders de la sphère virtuelle

La mobilisation communautaire, qu'elle s'opère en ligne ou hors ligne, est la clef de la planification et de l'intégration des TIC. Lors du passage du monde physique au monde virtuel, il est nécessaire d'accorder une attention particulière au sens du mot « communauté » et à ce qui la constitue. Dans le cas de certains réseaux sociaux, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interagissent et se connaissent uniquement dans l'enceinte de cet espace virtuel. L'influence et la popularité des intervenants en sensibilisation communautaire opérant dans le monde physique⁴ peut

3 Un organisme de mise en œuvre est un organisme qui met en œuvre une intervention de prévention, de prise en charge ou de traitement auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il peut s'agir d'une organisation gouvernementale, non gouvernementale, à base communautaire ou conduit par la communauté et opérer au niveau national, régional ou local. Dans certains cas, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut aussi être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

4 Ici, l'expression « intervenant en sensibilisation communautaire » désigne un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sensibilise ses pairs. Il ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent également être désignés par d'autres expressions telles que « pairs éducateurs », « agents de proximité » ou simplement « agents de sensibilisation ». Il convient toutefois de ne pas interpréter ni utiliser les termes « communautaires » ou « pairs » en considérant qu'ils désignent des personnes moins qualifiées ou moins aptes que les agents de sensibilisation permanents.

y être moindre que celle de leaders communautaires plus présents en ligne. Les membres de la communauté ayant utilisé les TIC pour des rencontres de nature sociale ou sexuelle pourront apporter une précieuse contribution à la conception et à la mise en œuvre du programme. Ces membres connaîtront en effet les méthodes de TIC les plus courantes et les plus populaires et sauront comment tirer le meilleur parti possible des modèles existants.

Une évaluation rapide de l'environnement en matière de TIC peut permettre de mieux comprendre cet environnement et contribuer à planifier une nouvelle intervention ou à reconfigurer un programme d'intégration des TIC. L'évaluation des TIC doit être mise à jour au fur et à mesure que leur accessibilité, leur disponibilité et les comportements en ligne se modifient. Des méthodes virtuelles et physiques peuvent être employées pour recueillir des données, en maintenant toujours des critères d'éthique et de sécurité (voir Section 5.2.4). Voici quelques exemples de questions concernant l'utilisation des TIC par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

- appareils utilisés, propriété des appareils et degré de confidentialité ;
- accessibilité, disponibilité et coût ;
- lieux, moments et fréquence des rencontres en ligne de nature romantique, sexuelle et sociale ;
- degré d'utilisation des SMS, des médias sociaux et des applications utilisant la géolocalisation ;
- applications ou sites précis utilisés ; membres de la communauté virtuelle suivis ou connus ; « espaces sécurisés » en ligne visités ;
- chefs de file ou leaders d'opinion suivis en ligne par de nombreuses personnes.

5.2.3 Concevoir une intervention comportementale dédiée aux TIC

Avant de concevoir un programme dans le détail, il est nécessaire de définir l'approche qui lui correspond le mieux et de cartographier l'environnement des TIC caractérisant la communauté ciblée. Le contenu et l'approche de chaque intervention diffèrent selon ses objectifs et la plateforme sur laquelle elle s'appuie : site Web, page Facebook ou autre application de médias sociaux. Les éléments suivants d'ordre général s'appliquent à de nombreuses plates-formes et interventions de TIC :⁵

1. L'intervention doit dans un premier temps s'appuyer sur des **théories de changement comportemental bien établies**.
2. Réfléchissez à la façon dont différents composants des TIC peuvent, une fois associés, contribuer à la réalisation de l'objectif de l'intervention (voir Encadré 5.1).
3. **Adaptez le message au canal utilisé** : Chaque plate-forme (par ex. Facebook, Twitter, Whatsapp) a sa propre façon d'afficher et de véhiculer les informations ; de même, leurs utilisateurs y consomment les informations de façon différente. Le thème, le canal et la présentation du message doivent donc découler de ces différentes approches.
4. **Adoptez une approche créative** : Il faudra ensuite faire preuve d'inventivité pour adapter aux TIC la théorie du changement comportemental choisie. Donnez envie de visiter votre site Web ou d'ouvrir votre message.
5. **Définissez un discours et un ton**. Choisissez le ton de votre intervention et tenez-vous y. Chaque message doit être rédigé dans une optique de mobilisation. Lisez le contenu à voix haute avant de le mettre en ligne. Le ton est-il naturel ? Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes seront-ils réceptifs au ton adopté ? Le contenu aborde-t-il leurs besoins et préoccupations ?

⁵ Ils sont tirés du rapport USAID mHealth Working Group et d'une publication conjointe de USAID et FHI 360 intitulée *Social media handbook for agricultural development practitioners*. Voir la Section 5.7 pour consulter le lien vers ces ressources.

6. **Osez la provocation** : Les plates-formes de TIC, notamment les applications de messagerie et de rencontre, adoptent souvent un ton informel. La plupart des utilisateurs ne sont pas choqués par des contenus au ton familier ou sexuellement explicite ; en adoptant une approche de ce type, votre message pourrait en réalité gagner en visibilité. Les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent toutefois tenir compte des lois locales règlementant la diffusion de contenus explicites et/ou obscènes.
7. **Soyez authentique et réaliste** : Copier et coller du texte provenant d'autres sources ou s'en remettre à des procédés de création automatique de contenu produira des textes au ton et à l'aspect factice. Il convient de toujours se demander si les documents ou approches tirés d'autres sources doivent être adaptés au contexte local. Évitez les sermons et privilégiez un discours qui reconnaisse et soutienne les aspirations des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
8. **Gardez à l'esprit les besoins des utilisateurs** : Les contenus axés sur l'utilisateur (c'est-à-dire les contenus reflétant au maximum leur point de vue, leur vécu et leurs moyens d'expression) seront sans doute les plus attractifs et encourageront le public à communiquer en utilisant son propre style et son argot.
9. **Utilisez les essais préliminaires et le développement itératif** : Testez chaque version de votre contenu sur le même public afin de vous assurer que les réponses sont comparables à celles obtenues à l'aide de plates-formes statiques telles que les SMS. Ne testez pas le programme sur des salariés ou sur les principaux bénéficiaires de votre organisation (c'est-à-dire ceux qui sont déjà bien connectés aux services que vous promouvez). Ne partez jamais du principe que vous pouvez anticiper les résultats. Les plates-formes actives comme les médias sociaux peuvent utiliser le développement itératif, qui consiste à modifier le contenu et les messages en fonction des réactions du public.
10. **Suivez continuellement les résultats** et adaptez l'intervention de TIC en fonction des nouvelles informations.

Encadré 5.1

Exemple de cas : Stratégie de communication intégrée pour les services liés au VIH en Thaïlande

Développée pour l'organisation *Adam's Love* à Bangkok, cette campagne a cherché à relier les activités et messages virtuels et physiques aux services de lutte contre le VIH adressés aux gays, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux transgenres (GMT). Cette stratégie a permis de recruter 1 181 GMT en ligne et de les faire participer au programme de dépistage trimestriel organisé par *Adam's Love*.

Source : Anand et al ; 2015. Voir Section 5.7, Lectures complémentaires. Image : Tarandeep Anand



Encadré 5.2

Exemple de cas: TIC appliquées au dépistage du VIH en Asie du Sud-Est

Plusieurs organisations thaïlandaises d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se sont associées pour lancer la campagne *TestBKK* (www.testbkk.org), qui s'adresse aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et vise à les sensibiliser au dépistage du VIH à Bangkok. Elle comprenait de brèves vidéos humoristiques et novatrice écrites et réalisées par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces vidéos ont été visionnées plus de 400 000 fois en 24 heures (voir image ci-dessous). À l'aide de l'inoubliable slogan *Suck, F*#k, Test, Repeat* (« Pipe, baise, dépistage et c'est reparti pour un tour »), *TestBKK* a ciblé les plateformes en ligne à travers son propre site, Facebook, des sites et applications mobiles populaires utilisées par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin de diffuser des messages encourageant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à se faire dépister, sensibilisant aux risques du VIH et informant sur l'importance de se protéger.

À partir de l'expérience et des recommandations tirées de l'évaluation de la phase pilote de *TestBKK*, la *Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health* entend s'associer à des OC pour organiser des campagnes similaires dans les villes d'Hô-Chi-Minh-Ville, de Jakarta et de Manille, sélectionnées pour leur forte prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

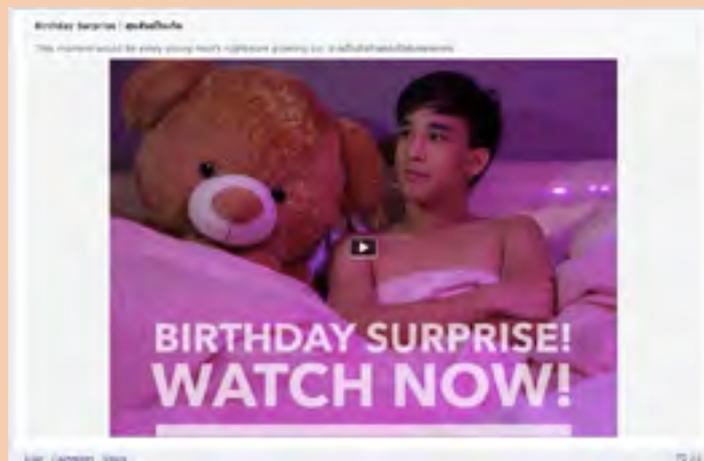


Image tirée de l'une des vidéos de *TestBKK* encourageant à se faire dépister, publiée sur la page Facebook de l'organisation.

Encadré 5.3

Exemple de cas: Contenu créé par la communauté pour des contextes locaux en Amérique Latine

En créant et en mettant eux-mêmes à jour le contenu des sites Web, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent contribuer à créer un environnement propice à leur communauté. Ci-dessous sont énumérées les pages Facebook de différentes organisations travaillant en Amérique Latine auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- **SOMOSGAY** est une association solidaire paraguayenne qui s'engage à lutter contre l'homophobie, à améliorer la prévention du VIH et à défendre les droits de l'homme et les droits des personnes infectées par le VIH. (www.facebook.com/elcentrosomosgay)
- **Rio Sem Homofobia** est une organisation basée à Rio de Janeiro, au Brésil. Elle dépend de la Haute autorité aux droits collectifs et individuels du Département d'État chargé de l'assistance sociale et des droits de l'homme Sa mission est de diffuser des informations concernant les droits des personnes et de combattre l'homophobie. (www.facebook.com/RSHTSuperDir)
- **Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá** est un prestataire de services complets en matière de prévention, de santé, d'éducation, de conseil et de défense des droits de l'homme et des droits civiques des populations LGBT de Panama, parmi lesquelles figurent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. (www.facebook.com/AHMNP)

5.2.4 Questions d'éthique et de sécurité

La création de programmes de TIC exige de grandes précautions en matière de sûreté, de sécurité et de confidentialité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour protéger leur confidentialité, ceux-ci adoptent parfois des identités virtuelles différentes selon les sites, applications et téléphones portables qu'ils utilisent. Certains sont moins conscients de l'importance de protéger leur identité et partagent plus facilement des informations les concernant. Quoi qu'il en soit, les organisations qui emploient les TIC pour sensibiliser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont toujours le devoir de protéger la sûreté, la sécurité et la confidentialité de ce public et celles des salariés du programme. Les organisations doivent toujours garder à l'esprit que la divulgation de l'identité (virtuelle ou réelle) de ses bénéficiaires peut entraîner la perte de crédibilité d'un programme, mais surtout le risque de harcèlement, de discrimination ou de violences en ligne ou hors ligne si l'identité des bénéficiaires venait à être dévoilée aux médias ou aux forces de police.

Pour réduire ce risque, il est donc nécessaire de mettre au point des protocoles de sûreté et de sécurité pour protéger l'identité virtuelle et réelle des membres de la communauté (par ex. en décidant s'il est préférable ou non de conserver les registres de contacts établis sur Internet et, le cas échéant, en définissant la meilleure manière de les protéger). Les auteurs du présent instrument n'ont pas pu se procurer de protocole de ce type applicable aux programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les membres de la communauté virtuelle et physique, les gestionnaires de programmes et, lorsque cela est possible, les spécialistes techniques en matière de sécurité des TIC constituent les meilleures ressources pour développer des protocoles efficaces et acceptables.

Les programmes doivent également proposer des formations et des lignes directrices aux salariés qui interagissent en ligne avec les bénéficiaires portant sur le respect de la distance professionnelle et sur la marche à suivre pour éviter de potentielles difficultés (voir Encadré 5.4).

Encadré 5.4

Éthique et sécurité des salariés des programmes de TIC

- Les salariés doivent immédiatement fournir leur identité lorsqu'ils s'adressent à des bénéficiaires ou à des clients du programme.
- Ils doivent faire preuve d'un professionnalisme à toute épreuve et ne pas s'adonner ou chercher à s'adonner à des activités de nature personnelle, sexuelle ou illégale lors de leurs interactions en ligne. Ils ne doivent en aucun cas manipuler leurs qualifications: par ex. les intervenants en sensibilisation communautaire doivent expliquer clairement qu'ils proposent des informations sur le VIH et non un avis médical.
- Ne jamais divulguer les courriels personnels, noms d'utilisateur, pseudonymes ou autres informations personnelles. Sur leur compte personnel, les salariés ne doivent pas accepter de demandes de contact provenant de leur public cible (par ex. demande d'ami sur Facebook).
- L'organisme de mise en œuvre doit mettre au point des protocoles de sécurité détaillant la façon de gérer les clients abusifs ou menaçants, vers qui les orienter et quelles mesures prendre, par ex. blocage de leur profil ou suspension de leur activité en ligne.

5.3 Mise en œuvre des TIC et des programmes à travers le continuum de lutte contre le VIH

Les TIC peuvent améliorer les programmes en complétant d'autres approches dans le but de fournir des informations et des services à un nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus élevé qu'il ne serait possible de toucher en se limitant aux TIC, à la sensibilisation

communautaire ou à un centre communautaire. Compte tenu de la diversité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de leur utilisation des TIC, il est toujours indispensable de disposer de divers services et moyens de communication complémentaires. Les sphères virtuelle et physique doivent toujours être connectées. Autrement dit, les interventions utilisant les TIC doivent toujours pouvoir orienter les utilisateurs vers des services ou ressources physiques.

5.3.1 Sensibiliser plus largement et promouvoir la prévention et le dépistage du VIH

Les méthodes et stratégies de TIC peuvent venir compléter des interactions présentes existantes et renforcer la portée des interventions de prévention et de mobilisation, mais aussi celle des interventions comportementales ciblées. Les Encadrés 5.5 et 5.6 illustrent ce phénomène et l'importance d'orienter les membres de la communauté contactés en ligne vers un service de conseil et de dépistage du VIH. Les planificateurs des programmes doivent se demander comment compléter la pratique croissante du dépistage à domicile par des interventions de TIC (Encadré 5.7).

Encadré 5.5

Exemple de cas : Utilisation des TIC pour augmenter le recours aux services de conseil et de dépistage du VIH en Chine

Dans le cadre d'un programme pilote lancé dans trois provinces chinoises (Yunnan, Guangxi et Guangzhou), différentes campagnes complémentaires de TIC ont servi à promouvoir les services de conseil et de dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La première campagne s'appuyait sur des sites Web dédiés et interactifs proposant une évaluation en ligne des risques et offrant la possibilité de prendre rendez-vous. La deuxième campagne consistait à faire participer le public à l'envoi de messages de promotion du service (autrement dit, les informations émanaient de nombreux membres d'une communauté virtuelle); les messages étaient ainsi diffusés sur les comptes de micro-blog des participants et leurs profils sur les réseaux sociaux. La troisième campagne invitait les HSH à participer à un concours de vidéo numérique consistant à partager sur les réseaux sociaux une vidéo d'eux-mêmes parlant de dépistage et encourageant leurs amis à voter pour leur vidéo préférée. Certains éléments de ces campagnes ont été intégrés à des programmes de sensibilisation communautaire traditionnels (autrement dit, des intervenants en sensibilisation communautaire ont promu des campagnes et ressources en ligne. Les visiteurs des sites ont pu prendre des rendez-vous en clinique et recevoir les informations nécessaires pour se rendre sur le lieu du rendez-vous).

Source : Avery et al ; 2014. Voir section 5.7, Lectures complémentaires.

Encadré 5.6

Exemple de cas : Tisser des liens entre les mondes physique et virtuel pour améliorer l'accessibilité des services en Amérique Centrale

La *Pan-American Social Marketing Organization* a mis au point une combinaison d'interventions de prévention destinées aux hommes d'Amérique Centrale ayant des rapports sexuels avec des hommes en employant des intervenants en sensibilisation en ligne servant aussi de pairs-guides. Cette intervention novatrice de « cyber-éducation » propose des cours particuliers en ligne dispensés par les pairs ainsi qu'une orientation vers un service de conseil et de dépistage du VIH. Une fois que le bénéficiaire a accepté de se faire dépister, le cyber-éducateur lui envoie un coupon d'orientation à imprimer et à présenter sur le lieu du dépistage. Si le bénéficiaires lui en donne la permission, le cyber-éducateur pourra également l'accompagner.

Source : Rivas et al ; 2014. Voir section 5.7, Lectures complémentaires.

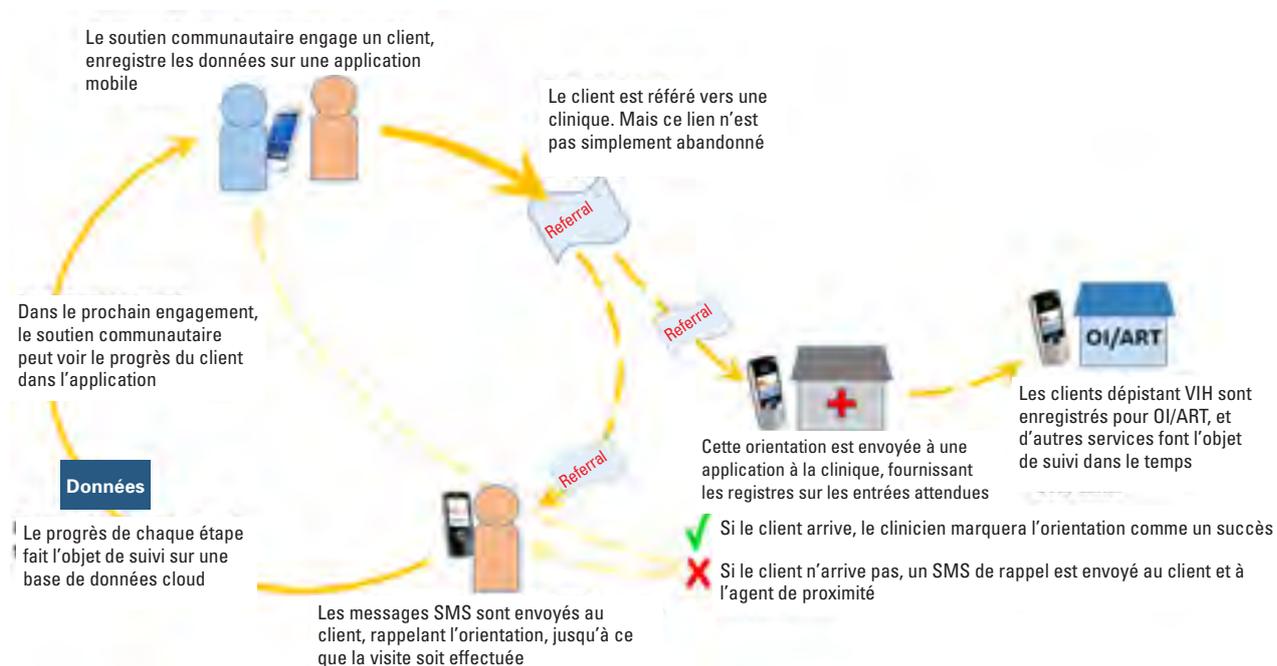
Encadré 5.7

Étude de cas : Promouvoir le dépistage via une application de rencontre en Angleterre

L'ONG Britannique *Terrence Higgins Trust* a diffusé des publicités payantes sur Grindr offrant la possibilité aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de recevoir des tests de dépistage par voie postale à réaliser eux-mêmes. Une fois le dépistage réalisé, les utilisateurs le renvoyaient par voie postale. Les résultats négatifs leur étaient communiqués par SMS, tandis que les résultats positifs faisaient l'objet d'un appel téléphonique lors duquel un intervenant leur proposait des services en personne (dans les trois quarts des cas, les malades ont par la suite eu accès à des soins). Le ton et les descriptions figurant sur les messages affichés sur Grindr avaient préalablement été testés auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le rapport coût-efficacité de cette campagne a été très élevé, puisqu'un seul message sur Grindr entraînait plus de 1 000 commandes de dépistage à domicile.

La Figure 5.2 illustre la façon dont les SMS peuvent servir à encourager les bénéficiaires à se faire dépister régulièrement ou à prendre rendez-vous pour bénéficier de services sociaux ou de santé. Dans un souci de confidentialité et de sécurité, le programme devait obtenir le consentement du bénéficiaire avant de lui envoyer des SMS, étant donné que d'autres personnes pouvaient avoir accès à son téléphone.

Figure 5.2 Suivi communautaire par SMS



Comm Care (Dimagi) est une application destinée à recueillir des données par téléphone dans le cadre d'une campagne communautaire de sensibilisation au VIH et à suivre en temps réel l'orientation vers des cliniques.

Source : FHI 360

5.3.2 Promotion des biens et des services

Avec l'aide de professionnels du sexe en ligne, les programmes de promotion des préservatif et des lubrifiants peuvent être transposés dans des espaces virtuels, notamment ceux consacrés aux rencontres romantiques ou sexuelles. Les messages envoyés via les réseaux sociaux doivent renforcer et compléter les messages de promotion des préservatifs et des lubrifiants véhiculés par d'autres médias de masse et indiquer où trouver ces produits (voir Encadré 5.8 et Chapitre 3). Les programmes qui en font la promotion en ligne doivent également s'inscrire dans un cadre plus large de santé sexuelle afin de promouvoir d'autres services de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), tels que des services de conseil et de dépistage

Encadré 5.8

Exemple de cas : Faire passer le message : utiliser les réseaux sociaux pour promouvoir l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants en Ouganda

De nombreuses organisations locales d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont obtenu des résultats positifs en se servant de réseaux sociaux, d'applications et de sites de rencontre pour sensibiliser la communauté à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. À Kampala, en Ouganda, l'organisation *Spectrum Uganda Initiatives* se sert de sites tels que *Planet Romeo*, *Adam4Adam* ou de l'application de rencontres géo-localisée Grindr pour faire connaître son espace sécurisé, où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent recevoir des préservatifs et du lubrifiant dispensés gratuitement par des intervenants en sensibilisation communautaire formés à cet effet.

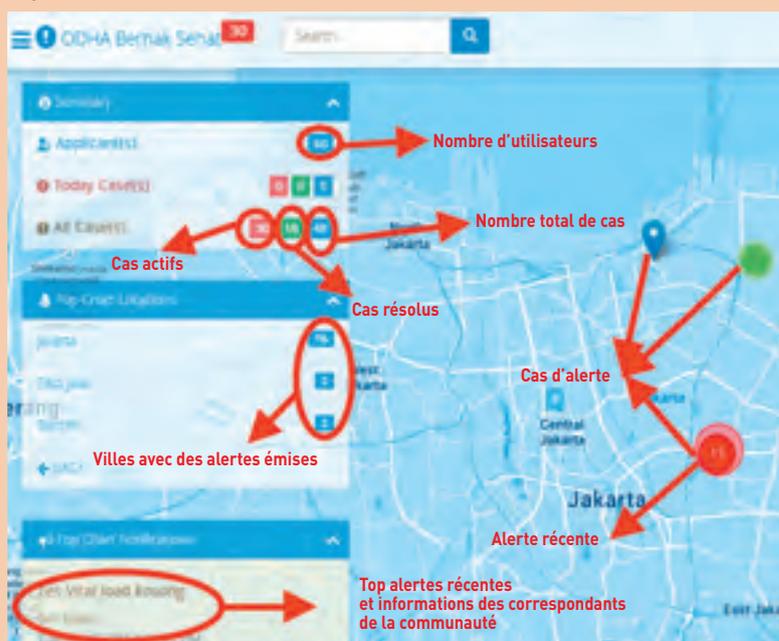
Les SMS, Twitter, Facebook et d'autres applications de messagerie de masse peuvent en outre être utilisés pour suivre et signaler les ruptures de stock. Les TIC permettent à différents maillons de la chaîne d'approvisionnement de se maintenir informés (les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui bénéficient de produits communiquent avec les organisations conduites par la communauté, les organisations avec leur distributeur, le distributeur avec son fournisseur, etc.). Cette méthode peut être employée pour indiquer aux utilisateurs où trouver des stocks de préservatifs et de lubrifiant et pour leur permettre de signaler toute défaillance dans la chaîne d'approvisionnement (voir Encadré 5.9).

Encadré 5.9

Exemple de cas : Suivi et signalement par la communauté des ruptures de stock et de l'accessibilité en Indonésie

Grâce à *iMonitor+* (Dure Technologies), la *Indonesian AIDS Coalition (IAC)* effectue un suivi logistique communautaire des stocks de médicaments anti-rétroviraux, de préservatif et de lubrifiants, d'aiguilles, de seringues et de méthadone. Cette application pour smartphone fournit des données en temps réel émanant des communautés et sert de lien dynamique entre leurs membres et les activités menées dans le cadre des projets, contribuant à l'autonomisation des communautés et favorisant la responsabilité publique (voir capture d'écran). Quarante-vingt-dix utilisateurs enregistrés ont été mobilisés pour envoyer des rapports en cas de difficulté d'accès aux services. Ces rapports étaient rédigés par des « défenseurs de la communauté », à savoir des salariés de IAC enquêtant sur les problèmes et les signalant aux organismes concernées. Ce système a permis d'identifier des ruptures de stock au niveau des cliniques qui n'apparaissaient pas dans le système national de suivi logistique.

iMonitor+ capture d'écran d'un smartphone illustrant ce que voit l'utilisateur lors du suivi et du signalement des marchandises, de l'accessibilité des services et de la qualité des soins.



5.3.3 Améliorer la qualité des services

Les interventions fondées sur les TIC peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins reçus par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en fournissant des formations et des ressources aux organisations communautaires et aux prestataires de services sociaux et de santé. De plus, les TIC permettent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de facilement fournir une rétroaction sur la qualité des services reçus tout en gardant l'anonymat. Ce type d'intervention peut ainsi lever les obstacles structurels entravant la prestation de soins aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Encadré 5.10).

Encadré 5.10

Exemple de cas : Une formation en ligne pour sensibiliser les prestataires de services de santé au Kenya

Les travailleurs africains du secteur de la santé sont rarement formés à faire preuve de sensibilité face au vécu et aux besoins médicaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment en ce qui concerne la santé anale. Au Kenya, une méthode mixte mêlant les sphères virtuelle et physique a été testée en organisant une formation gratuite en ligne sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (www.marps-africa.org) conjuguée à des discussions de groupe présentielle. Au début de la formation, 13% du personnel de santé prenant part à la formation possédaient des connaissances suffisantes sur les problèmes de santé rencontrés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce chiffre est passé 95% à la fin de la formation. Trois mois plus tard, le taux de conservation de connaissances suffisantes était de 49%, ce qui représente une hausse de 36% par rapport au taux de départ. L'homophobie déclarée a elle aussi fortement reculé, immédiatement après la formation et trois mois plus tard.

Source : van der Elst et al ; 2013. Voir Section 5.7, Lectures complémentaires.

5.3.4 Communautés virtuelles de soutien

Les espaces sécurisés donnent l'occasion aux hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes de se réunir, d'offrir et de recevoir un soutien émotionnel et de partager des informations et des ressources concernant leur diagnostic du VIH. Dans un espace sécurisé, les hommes peuvent s'ouvrir, exprimer leur avis et leurs désirs en matière de sexualité et d'expériences à moindre risque qui leur procurent du plaisir. Il est également envisageable de faciliter la création d'un groupe de soutien sur Skype.

Encadré 5.11

Exemple de cas : Sondage mené en Asie du Sud-Est auprès d'hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes pour guider la création d'une communauté virtuelle

À Manille, aux Philippines, la *B-Change Foundation* a mené un sondage en ligne auprès des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes en Asie du Sud-Est afin de guider la conception d'un espace virtuel sécurisé. Les 119 hommes qui ont répondu au sondage ont identifié quatre fonctions prioritaires que doit remplir un espace de réunion en ligne : 1) partager son vécu avec d'autres hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) trouver des services de santé à proximité, 3) pouvoir poser des questions sur les traitements et 4) apprendre comment leurs pairs gèrent leurs problèmes émotionnels.

Source : Hanckel et al ; 2014. Voir Section 5.7, Lectures complémentaires.

Encadré 5.12

Exemple de cas : Se servir de jeux pour générer un changement des comportements et un soutien social aux États-Unis

HealthMpowerment.org (HMP) est une intervention en ligne fondée sur la téléphonie mobile. Elle est conçue pour les jeunes hommes noirs ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis, indépendamment de leur statut sérologique. Elle s'appuie sur des théories du jeu et du changement des comportements dans le but de réduire les comportements les plus risqués et de renforcer le soutien social. Les utilisateurs participent à des parties de jeu ; des jeux de rôle et des forums. Ils racontent également leurs propres comportements et voient grimper leur popularité en engrangeant des points et des éloges. Cette application comprend un système de soutien social permettant aux utilisateurs de partager leurs préoccupations avec d'autres utilisateurs. De plus, des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes y conseillent les séropositifs récemment diagnostiqués. Lors d'entretiens qualitatifs menés auprès des bénéficiaires, ceux-ci ont décrit la façon dont certains éléments du programme HMP ont influencé leur comportement : utilisation plus fréquente du préservatif, demande d'informations à leurs partenaires sur leurs antécédents sexuels et dépistage du VIH et des IST.

Source : Muessig et al ; 2014. Voir Section 5.7, Lectures complémentaires.

5.4 Utiliser les TIC pour créer un environnement propice

Les TIC peuvent jouer un rôle considérable dans la création d'un environnement propice à la prévention du VIH et plus généralement au bien-être des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En plus de mettre en relation des personnes qui n'en auraient pas normalement l'occasion dans un but d'entraide et de soutien, les TIC peuvent aider les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à transmettre des informations sur leurs besoins et leurs droits,

à recueillir et à agréger des données susceptibles d'être utilisées pour demander des financements ou lever les obstacles structurels qui se dressent entre les HSH et leurs droits. À l'aide de plateformes open-source comme www.usahidi.com, les responsables de mise en œuvre peuvent créer des programmes simples visant à dénoncer les violations des droits de l'homme. Voir également Encadré 5.13.

Encadré 5.13

Exemple de cas : Au Ghana, un système de signalement anti-discrimination fondé sur les TIC

Un système de signalement peut constituer une partie fondamentale du réseau de protection des droits de l'homme dont dispose un pays. Au Ghana, l'association d'un environnement juridique solidaire, d'un foyer public et de parties prenantes engagées a permis de créer un environnement favorable au développement de ce type de système. Aidé par un consortium de partenaires (comprenant des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), le gouvernement a développé un système fondé sur Internet et les SMS pour signaler les incidents de discrimination. Ce système de signalement permet aux organisations concernées de la société civile de recevoir et de suivre les rapports, mais aussi d'agréger des données sur la discrimination à des fins d'analyse et de plaidoyer. L'élaboration et la mise en œuvre du système comprenait :

1. Des entretiens avec des informateurs clés et la tenue de groupes de travail visant à comprendre l'environnement juridique, à identifier les acteurs institutionnels, les exigences du système et les obstacles à son accessibilité ;
2. La création d'un organisme de supervision multi-sectoriel, le *Reporting System Committee*, incluant la société civile et les populations affectées dans le but de guider et de surveiller la mise en œuvre ;
3. Une évaluation de la capacité du gouvernement à gérer les problèmes liés à la discrimination fondée sur le VIH ;
4. Le comblement par le gouvernement des failles politiques et procédurales présentes dans le système de santé via la création d'une équipe affectée au droit à la santé et chargée de superviser l'aiguillage des affaires et de développer une nouvelle politique relative à la confidentialité et à la vie privée ;
5. Une formation à la sensibilité pour les agents de police et le personnel d'accueil chargés des affaires de discrimination ;
6. La mise à jour de l'infrastructure technologique du gouvernement, notamment de ses serveurs et de son hébergement Web ;
7. La création de la demande et de l'implication du public via le *Reporting System Committee*, en collaboration avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi la sensibilisation des pairs et la stratégie d'enseignement public initiée par le gouvernement.

Source : Futures Group Health Policy Project

5.5 Impliquer le secteur privé

Le secteur privé peut jouer un rôle clé dans le développement de programmes de TIC liés au VIH et destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi les acteurs du secteur privé, on peut compter les propriétaires et développeurs de sites Web et d'applications, les opérateurs de salles de chat, les bloggeurs Web et vidéo ainsi que les opérateurs téléphoniques. Tous ces acteurs disposent d'une expertise et d'infrastructures utiles aux interventions décrites dans cet instrument. S'associer à eux présente plusieurs avantages. Les applications et portails en ligne existants disposent déjà des structures, du contenu et d'une base d'utilisateurs intéressés, ce qui leur permet de mener des activités de mobilisation et de sensibilisation durable à grande échelle. Plus il y a d'interactions entre l'utilisateur et le site d'une part et l'utilisateur et les intervenants en sensibilisation

communautaire/d'autres utilisateurs d'autre part, plus la probabilité d'une implication durable des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est élevée. En revanche, si une organisation conduite par la communauté ou par une autre organisation de la société civile désire concevoir un site Web dédié pour diffuser des messages, elle aura besoin de temps et de ressources. De plus, si cette création n'est pas correctement planifiée, conçue et mise en œuvre, il existe un risque pour que le site reste complètement inutilisé.

Lors de discussions avec le secteur privé, il convient d'être conscient des différences existant entre le modèle privé, axé sur le consommateur, et celui dont les responsables de la mise en œuvre ont l'habitude, qui est axé sur les bénéficiaires. Les programmes du modèle de l'exécutant présentent l'avantage d'un financement durable et d'une profonde connaissance technique du VIH, et l'inconvénient de mécanismes de financement rigides. Le secteur privé allie l'expertise technologique à la capacité de changer et réagir rapidement grâce à des données sur la démographie et les habitudes comportementales des utilisateurs. Ce modèle peut toutefois être victime de restrictions décidées par le gouvernement ou les vendeurs d'applications en ce qui concerne les contenus à caractère sexuel. En identifiant et en anticipant ces problèmes potentiels, les partenariats public-privé peuvent les atténuer et les résoudre avant même qu'ils ne surviennent. Le secteur privé peut trouver un intérêt à ces partenariats : voir sa marque apposée sur la documentation créée et se faire connaître de nouveaux consommateurs grâce aux programmes et aux interventions.

5.6 TIC et gestion des programmes

5.6.1 Collecte des données

Les TIC constituent un outil important dans la collecte des données effectuée au cours de la planification et de la mise en œuvre d'un programme. Voir Chapitre 6, Section 6.2.2 pour de plus amples informations.

5.6.2 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation des programmes employant les TIC présentent des avantages et des inconvénients. Contrairement aux interactions physiques, le nombre de visites sur un site Internet ou un chat consacré au VIH peuvent ne pas reconnus par les mécanismes des rapports faits aux partenaires. Ces éléments sont néanmoins importants pour le programme, ils sont faciles à comptabiliser et à enregistrer (les sites peuvent être suivis grâce à des applications gratuites telles que *Google Analytics*) et peuvent servir à démontrer la portée des interventions technologiques destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les relations entre les interactions virtuelles et la visite de sites physiques peuvent toutefois être difficiles à établir. Ce problème peut être atténué grâce à l'utilisation de coupons, de codes d'identification uniques (voir Chapitre 4, Encadré 4.20) ou l'intervention de pairs-guides accompagnant les bénéficiaires du monde virtuel dans le monde physique (voir Encadré 5.6 et Chapitre 4, Section 4.4.2, Partie C).

Il convient d'évaluer attentivement la relation qu'entretiennent le taux d'adoption des services technologiques (par ex. le nombre de SMS envoyés) et les objectifs généraux d'un programme (par ex. l'augmentation du dépistage du VIH). Compte tenu de l'anonymat conféré par certains services en ligne et du fait que certains utilisateurs disposent de plusieurs identités en ligne, l'évaluation de ce type de relation peut s'avérer problématique. Les responsables de la mise en œuvre de tels programmes travaillent toujours à l'élaboration d'une méthode d'évaluation adaptée. (Pour plus d'informations sur les indicateurs relatifs aux réseaux sociaux, voir *See, Say, Feel, Do: Social media metrics that matter*, Section 5.7.)

Encadré 5.14

Indicateurs forts et indicateurs superficiels

Les indicateurs superficiels sont les données faciles à recueillir, comme le nombre de « J'aime » sur Facebook, le nombre de followers ou de re-tweets sur Twitter. Ces indicateurs présentent peu d'intérêt dans l'évaluation des performances d'une intervention fondée sur les TIC. Les indicateurs forts s'appuient en revanche sur les données de base pour en faire des ratios, par exemple le nombre d'interactions positives (« J'aime » et partages) par message et par tranche de 1 000 abonnés (ou autre tranche selon l'échelle de l'intervention).

Le Tableau 5.1 illustre certains éléments d'un programme et présente des indicateurs correspondants susceptibles de soutenir le S&E des TIC.

Tableau 5.1 Exemples d'indicateurs de S&E des programmes de TIC

Éléments du programme	Exemple d'indicateurs
Acceptabilité du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'augmentation ou de réduction du nombre d'utilisateurs du programme de TIC • Niveau de satisfaction rapporté par les utilisateurs
Qualité et accessibilité des services de TIC	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'utilisateurs réguliers • Profil démographique des utilisateurs • Ponctualité de l'envoi des messages au public ciblé
Capacité des bénéficiaires ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'utilisation des services de santé concernés • Changement du comportement de la cible en matière de santé • Compréhension avérée des notions de santé abordées par le programme de TIC
Comportements en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Demande en ce qui concerne les services de santé liés au programme de TIC • Observance du traitement antirétroviral
Durabilité, coûts et rapport coût-efficacité du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Coût moyen du programme de TIC par bénéficiaire

Adapté de : <https://www.k4health.org/toolkits/mhealth-planning-guide/evaluation>

5.7 Ressources et lectures complémentaires

1. USAID mHealth Working Group. *mHealth introduction to tools*. Présentation par Kelly L'Engle, FHI 360, le 17 septembre 2013, lors d'une réunion du mHealth Working Group. Baltimore (MD) : The Johns Hopkins University Center for Communication Programs ; 2013.
<https://www.mhealthworkinggroup.org/resources/mhealth-introduction-tools>
2. USAID mHealth Working Group. *Meeting report deep dive: developing mobile content for clients*, 26 avril 2013. Baltimore (MD) : The Johns Hopkins University Center for Communication Programs ; 2013.
<https://www.mhealthworkinggroup.org/resources/meeting-report-deep-dive-developing-mobile-content-clients-april-26-2013>
3. Adams D, Klindera K, Walsh CS, Wolf RC. *Innovative programmatic approaches to HIV prevention and care services for gay men, other men who have sex with men (MSM) and transgender persons using information and communication technology (ICT)*. Digital Culture and Education. 2014 ; 6:3.
http://www.digitalcultureandeducation.com/volume-6/special-themed-issue_v6_i3/

5 Les technologies de l'information et de la communication

4. DuBoff MP, Futrell E. *The mHealth planning guide: key considerations for integrating mobile technology into health programs*. Baltimore (MD): The Johns Hopkins University Center for Communication Programs; 2013. <https://www.k4health.org/toolkits/mhealth-planning-guide>
5. Barucco R, Molano LF. *Zero feet away: perspective on HIV/AIDS and unprotected sex in men who have sex with men utilizing location-based mobile apps*. New York (NY): Community Healthcare Network; 2013. <http://issuu.com/isocialwatch/docs/zero-feet-away-report>
6. Andres D, Woodard J. *Social media handbook for agricultural development practitioners*. Washington (DC): FHI360 and US Agency for International Development; 2013. http://ictforag.org/social/#.VQMab_nF_G9

Lectures complémentaires

1. Allison SM, Adams D, Klindera KC, Poteat T, Wolf RC. *Innovative uses of communication technology for HIV programming for men who have sex with men and transgender persons*. JIAS. 2014; 17: 19041. <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19041>
2. Krishnan A, Ferro EG, Weikum D, Vagenas P, Lama JR, Sanchez J, et al. *Communication technology use and mHealth acceptance among HIV-infected men who have sex with men in Peru: implications for HIV prevention and treatment*. AIDS Care. 2015; 27(3):273-82. DOI: 10.1080/09540121.2014.963014.
3. Avery M, Meng G, Mills S. *Two internet-based approaches to promoting HIV counseling and testing for MSM in China*. Digital Culture & Education. 2014; 6(3):216-229. http://www.digitalcultureandeducation.com/uncategorized/avery_et_al_html/
4. Rivas J, Wheeler J, Rodas M, Lundo S. "Hidden on the social media": *HIV education on MSM through cyber-educators in Central America*. Digital Culture & Education. 2014; 6(3):197-208. http://www.digitalcultureandeducation.com/uncategorized/rivas_html/
5. van der Elst EM, Smith AD, Gichuru E, Wahome E, Musyoki H, Muraguri N, et al. *Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya*. JIAS. 2013; 16(Suppl 3): 18748.
6. Muessig KE, Baltierra NB, Pike EC, LeGrand S, Hightow-Weidman LB. *Achieving HIV risk reduction through HealthMpowerment.org, a user-driven eHealth intervention for young Black men who have sex with men and transgender women who have sex with men*. Digital Culture & Education. 2014; 6(3):164-182. http://www.digitalcultureandeducation.com/volume-6/muessig_et_al/
7. Hanckel B, Garcia L, Santos G-M, Manalastas EJ. *Assessing needs and capabilities: Towards an ICT resource to support HIV-positive gay men and other MSM in Southeast Asia*. Digital Culture & Education. 2014; 6(3):183-196. <http://www.digitalcultureandeducation.com/cms/wp-content/uploads/2014/11/hanckel.et.al.pdf>
8. Girault P, Green K, Clement NF, Rahman YAA, Adams B, Wambugu S. *Piloting a social networks strategy to increase HIV testing and counseling among men who have sex with men in Greater Accra and Ashanti Region, Ghana*. AIDS Behav; 2014. doi: 10.1007/s10461-015-1069-z.
9. *See, say, feel, do: social media metrics that matter* [site Web]. New York (NY): Fenton; 2015. <http://www.fenton.com/see-say-feel-do/>
10. *Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health. Using the internet for mass mobilization of the MSM community for the purpose of HIV testing: China case study*. Bangkok: Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM) (Highlight Series). <http://www.aidsdatahub.org/China-Case-Study-Using-Internet-for-Mass-Mobilisation-of-the-MSM-Community-for-the-purpose-of-HIV-Testing>
11. Anand T, Nitpolprasert C, Ananworanich J, Pakam C, Nonenoy S. *Innovative strategies using communications technologies to engage gay men and other men who have sex with men into early HIV testing and treatment in Thailand*. J Virus Erad. 2015; 1: 111-115. http://viruseradication.com/journal-details/Innovative_strategies_using_communications_technologies_to_engage_gay_men_and_other_men_who_have_sex_with_men_into_early_HIV_testing_and_treatment_in_Thailand



6

Gestion
des programmes

Contents

6.1 Introduction	193	
PARTIE I.		
6.1.1 Identifier les difficultés de gestion des programmes	194	
6.1.2 Gérer les programmes aux côtés des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	194	
6.2 Planifier et mettre en œuvre des services complets destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		198
6.2.1 Définir le programme et ses normes	199	
6.2.2 Établir un système de données pour concevoir et gérer des programmes	202	
6.2.3 Planifier l'évaluation du programme	210	
6.2.4 Définir la structure de gestion	213	
6.2.5 Assurer progressivement la participation complète des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (section 6.2.5)	215	
6.2.6 Établir des priorités	215	
6.2.7 Mettre en œuvre le programme par étapes	217	
6.2.8 Mettre en place un système de supervision	226	
6.3 Renforcement des capacités et enseignements tirés du programme	228	
6.4 Développement du personnel	229	
PARTIE II		
6.5 Renforcer les capacités des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		229
6.5.1 Fonder une organisation officielle	231	
6.5.2 Renforcement des capacités organisationnelles	233	
6.5.3 Gouvernance	233	
6.5.4 Gestion de projet	235	
6.5.5 Assistance technique et renforcement des capacités	235	
6.5.6 Mobilisation des ressources et gestion financière	237	
6.5.7 Constitution de réseaux	238	
PARTIE III		
6.6 Administrer des programmes dans des conditions difficiles ou dangereuses	239	
6.7 Ressources et lectures complémentaires	240	

Que contient ce chapitre ?

Ce chapitre présente :

- **la façon dont les systèmes de gestion soutiennent** les programmes de prévention du VIH et des IST destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (section 6.1) ;
- **comment concevoir, organiser et mettre à l'échelle** un programme, notamment :
 - comment définir les normes du programme, des systèmes de suivi des données et un plan d'évaluation (Sections 6.2.1 à 6.2.3) ;
 - comment mettre en place des structures de gestion (Section 6.2.4) ;
 - comment garantir la participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la mise en œuvre du programme (Section 6.2.5) ;
 - comment mettre en œuvre un programme en plusieurs étapes (sections 6.2.6 à 6.2.8)
 - comment développer les capacités du personnel (Sections 6.3 et 6.4) ;
- **comment renforcer les capacités** des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Section 6.5) ;
- **comment administrer des programmes dans des contextes difficiles ou dangereux** (Section 6.6).

Ce chapitre propose également une liste de **ressources et lectures complémentaires** (Section 6.7).

6.1 Introduction

Les interventions complètes de prévention et de traitement du VIH et des IST menées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont complexes à mettre en œuvre. Elles doivent en effet résoudre simultanément des problèmes d'ordre comportemental, biomédical et structurel et exigent de maintenir un contact régulier avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les contextes dans lesquels s'établit ce contact peuvent être divers, dans la mesure où ils varient en fonction du tissu social des bénéficiaires, mais présente généralement des obstacles sociaux, culturels et juridiques de taille.

Il est impératif de s'assurer que les interventions ne portent pas préjudice aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au lieu de les servir, dans la mesure où cette communauté marginalisée se caractérise déjà par un statut juridique, politique et social souvent précaire. Le meilleur moyen d'y parvenir est de bâtir des programmes fondés sur la communauté¹, c'est-à-dire en impliquant d'emblée les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Ce chapitre expose trois façons d'aborder l'établissement et la gestion d'un programme de prévention, de soins et de traitement du VIH et des IST :

- Les programmes mis en œuvre à l'échelle d'un pays ou de départements/provinces, administrant plusieurs zones au sein d'un même pays et plusieurs unités au sein d'une même zone urbaine dans le but d'assurer au moins des services de base auprès d'un maximum d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De tels programmes requièrent une gestion centralisée, mais également d'autres niveaux de gestion destinés à soutenir les organismes de mise en œuvre locaux, en fonction de la taille du pays concerné ;²
- Les programmes mis en œuvre par des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comportant un volet consacré au renforcement de la capacité de l'organisme à fournir des services, recevoir des financements et élargir ses activités de sensibilisation ;
- Des programmes mis en œuvre dans des conditions difficiles et dangereuses où il est impossible d'employer des approches traditionnelles.

Ces différentes approches ne sont pas incompatibles. Les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent par exemple proposer des services dans les régions où elles sont implantées, tout en inscrivant leur activité dans le cadre d'un programme plus large, voire national. Elles peuvent également mettre en œuvre et gérer elles-mêmes des programmes présents dans plusieurs localités. Tous les types d'organismes de mise en œuvre, conduits ou non par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, peuvent en outre être amenés à travailler dans des conditions difficiles ou dangereuses.

La Partie I de ce chapitre aborde les difficultés de gestion rencontrées par les programmes mis en œuvre à l'échelle d'un pays ou de départements/provinces et présents dans différentes zones. Les problèmes de données rencontrés par les programmes multi-site se retrouvent souvent dans les programmes conduits par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La Partie II explique comment renforcer un programme conduit par une organisation d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui peut se trouver confronté à des difficultés de développement organisationnel, en plus de difficultés de gestion. La Partie III aborde la mise en place de programmes dans des contextes dangereux, où il peut être impossible de mener les activités de gestion et de développement organisationnel décrites ci-dessus.

1 Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » renvoie à des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt qu'à des groupes géographiques, sociaux ou culturels au sens large auxquels ces hommes peuvent appartenir. La « sensibilisation de la communauté » désigne donc la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; les « interventions conduites par la communauté » renvoient quant à elles à des interventions menées par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les « membres de la communauté » sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

2 Un organisme de mise en œuvre est un organisme qui procède à une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

PARTIE I

6.1.1 Identifier les difficultés de gestion des programmes

De nombreux organismes de mise en œuvre existants, en particulier les grandes ONG nationales et internationales capables de récolter facilement des fonds, disposent d'une expérience limitée en matière de travail avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. D'autre part, les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes possèdent souvent une expérience organisationnelle, des capacités et un accès au financement trop limités pour pouvoir à elles seules mettre en œuvre des programmes et les mettre à l'échelle. Elles sont souvent recrutées par des ONG de plus grande envergure pour fournir des services au niveau local. Lorsqu'un tel modèle est adopté, l'ONG doit investir dans le renforcement et le maintien de l'organisation communautaire pour que la communauté puisse assurer elle-même la pérennité de ses programmes (voir Sections 6.2.8 et 6.5). Il faut également garder à l'esprit que les contextes peuvent varier au sein d'un même pays : dans certaines régions, l'élaboration des programmes sera relativement aisée, tandis que le contexte social ou politique d'autres régions rendra la sensibilisation plus difficile, voire dangereuse.

Étant donné le large éventail de services dont ont besoin les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est généralement nécessaire de s'associer à des cliniques et des services sociaux existants. Cette relation requiert souvent un renforcement continu des capacités des prestataires, qui doivent faire preuve de respect envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et évitent de les stigmatiser. Il est nécessaire de déployer des efforts et de disposer de savoir-faire et de fonds pour pouvoir développer les infrastructures et les processus indispensables à la mise en place de services cliniques ou sociaux hors d'un cadre gouvernemental ou privé. Enfin, le financement des programmes provient souvent de plusieurs sources. Les rapports exigés par les bailleurs (qu'ils soient ou non gouvernementaux) peut représenter une lourde charge administrative pour les organisations. Pour résoudre ces difficultés, les systèmes de gestion efficaces emploient les méthodes suivantes :

- renforcement systématique des capacités et des compétences de leadership des membres de la communauté ;
- définition des rôles et des responsabilités, supervision, gestion des relations avec les partenaires et bailleurs externes, plaidoyer et coordination avec d'autres programmes ;
- planification et administration des activités de différentes interventions conduites aux niveaux local et national ;
- Mise à disposition d'une structure de soutien aux opérations, notamment : systèmes de communication des données, acquisition de produits, suivi et amélioration de la qualité, soutien et supervision, formation ;
- mise en œuvre de procédures et de contrôles financiers ;
- utilisation des données pour perfectionner et adapter le programme selon les besoins ;
- développement de systèmes de données solides destinés à la production de rapports et à l'amélioration du suivi et de l'évaluation du programme.

6.1.2 Gérer les programmes aux côtés des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Ce chapitre ne constitue pas un guide exhaustif de planification stratégique ou de gestion. La section 6.7 énumère les ressources nécessaires aux composantes essentielles de la planification stratégique et de la gestion des programmes, qui ne sont pas exclusives aux programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le présent chapitre est axé sur des approches et des systèmes qui répondent aux besoins spécifiques des programmes destinés aux

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui ont fait leurs preuves dans le cadre de programmes mis à l'échelle avec succès. Parmi ces composantes spécifiques, on peut citer :

Les approches axées sur la couverture : Il est essentiel d'assurer une large couverture des populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour générer un impact à l'échelle de la population. Il convient de superviser la couverture à tous les niveaux (municipalité, district, département et pays), mais aussi de tenir compte des individus qui se déplacent entre différents départements, districts et de l'éventuelle invisibilité de certaines populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Pour planifier et calculer cette couverture, il est nécessaire de disposer d'une estimation du nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (le dénominateur). Il est difficile d'estimer un dénominateur pertinent du fait de l'hétérogénéité des identités des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et du remplacement de certains lieux de rencontre traditionnels par la technologie mobile (voir Chapitre 5). Pour générer un panorama de la couverture à l'échelle nationale, le programme national de lutte contre le SIDA ou une agence centrale de gestion doit obtenir ou organiser les informations relatives à la couverture, en partenariat avec tous les organismes de mise en œuvre (voir Section 6.2.7, partie A). Pour atteindre une large couverture des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et avoir une large portée géographique (« programmes mis à l'échelle »), un programme doit nouer d'étroits partenariats avec le gouvernement, des ONG, des organisations à base communautaires (OBC), des organisations conduites par la communauté et des membres de la communauté.

Reconnaître la complexité des questions d'identité : Lorsqu'une organisation envisage d'élargir ses services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, elle ne doit pas partir du principe qu'ils forment une communauté unique et homogène, ou qu'une seule organisation conduite par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pourrait en représenter tous les sous-groupes. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se définissent par une large palette d'identités et de comportements sociaux et sexuels. L'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » peut par exemple recouvrir les hommes se définissant comme homosexuels ou bisexuels, les hommes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes, des hommes qui se considèrent complètement hétérosexuels et des hommes se reconnaissant dans des identités autochtones étrangères aux notions occidentales d'hétérosexualité et d'homosexualité. On peut encore citer d'autres sous-groupes, comme les jeunes hommes se définissant comme homosexuels, des hommes mariés et des travailleurs du sexe.³ Il convient de garder à l'esprit que tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne se définissent pas en fonction de leur attirance sexuelle : un grand nombre d'entre eux peut donc ne s'associer à aucune identité, ce qui complique encore davantage la tâche de la sensibilisation.

Ces différences sont essentielles et doivent être prises en compte pour répondre en priorité aux besoins de prévention des personnes les plus exposées au VIH et aux IST, en particulier lorsque les ressources sont limitées. Les risques sexuels, les options de réduction des risques et leur accessibilité peuvent varier entre les sous-groupes et en leur sein-même. Les risques associés aux relations sexuelles anales réceptives non protégées sont par exemple plus élevés que ceux associés aux relations anales insertives. L'utilisation du préservatif est souvent décidée par le partenaire insertif, en particulier si les dynamiques de genre ou de pouvoir entravent la capacité du partenaire réceptif à la négocier. Tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'ont pas facilement accès à la prophylaxie pré-exposition (PrPE, voir Chapitre 4, Section 4.2.7).

³ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a consacré un dossier complet aux travailleurs du sexe : *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives*. Genève : OMS ; 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/

La mise en place de programmes exige de reconnaître et de comprendre la diversité des sous-groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'identifier les besoins spécifiques à chacun d'entre eux. Lorsque cela est possible et approprié, les intervenants en sensibilisation communautaire⁴ doivent être recrutés dans chacun de ces sous-groupes (voir aussi Chapitre 4, Section 4.4.2, Partie B). Les programmes doivent tenir compte du fait que les hommes séropositifs sont parfois discriminés par d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Encadré 6.1

Exemple de cas : Questions d'identité sexuelle et besoins de sensibilisation en Inde

Le programme Avahan de la Fondation Bill & Melinda Gates consistait en une intervention de prévention du VIH menée auprès des populations clés de six États indiens, dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Inde, les rapports homosexuels masculins ont lieu dans divers contextes qui ne sont généralement pas associés à l'orientation sexuelle telle qu'elle est définie en Occident. Les hommes se considérant comme homosexuels constituent une petite minorité des hommes indiens ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui ont davantage tendance à s'identifier avec l'un des différents groupes existants. Les *Kothis* sont des hommes pratiquant principalement des relations réceptives anales et orales avec d'autres hommes. Certains adoptent l'identité de genre d'une femme et peuvent se travestir, tandis que d'autres pratiquent des comportements bisexuels et épousent des femmes. Certains *kothis* sont également des travailleurs du sexe. Les partenaires réguliers des *kothis* s'appellent les *panthis*. Ce sont généralement eux qui pratiquent la pénétration anale. Les « *Double deckers* » adoptent un rôle réceptif et insertif lors des relations sexuelles anales et orales avec d'autres hommes. Certains hommes ne se reconnaissant dans aucune de ces catégories proposent des rapports homosexuels contre rémunération, souvent par nécessité immédiate et temporaire. Les travailleurs du sexe peuvent également avoir des partenaires femmes.

Étant donné qu'en Inde, la plupart des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivent cachés, l'intervention d'Avahan s'est avant tout adressée aux individus les plus visibles, concentrés dans les lieux à risque (« points chauds »). Parmi eux figuraient les *kothis*, les *hijras* (femmes transgenres), les *double deckers* et les travailleurs du sexe. Les membres de ces groupes ont généralement de nombreux partenaires sexuels et pratiquent régulièrement des relations anales réceptives, ce qui les rend particulièrement vulnérables à une infection par le VIH.

Stigmatisation et sanctions juridiques : Puisque les rapports sexuels entre hommes sont illégaux, stigmatisés et réprimés dans de nombreux pays, les réseaux sociaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont souvent clandestins ou dissimulés et donc difficiles d'accès. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent se montrer réticents à l'idée d'évoquer ouvertement leur orientation, leurs pratiques et comportements sexuels, par peur d'être stigmatisés. Pour remplir efficacement leurs objectifs, les prestataires de service doivent faire preuve de sensibilité, de respect et s'abstenir de porter des jugements. (Voir Section 6.2.7, Partie A et Section 6.3 et Chapitre 1, Section 1.2.3)

Mobilité et migration : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se déplacent très souvent au sein d'une ville, d'un pays, ou encore au-delà des frontières d'un État ou d'un pays. Cette mobilité peut être due à la stigmatisation et à la discrimination, ou découler de la recherche d'opportunités éducatives ou professionnelles. Les interventions doivent être assez souples pour

⁴ Dans le présent guide, l'expression « intervenant en sensibilisation communautaire » désigne un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sensibilise ses pairs. Il ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenants en sensibilisation communautaire peuvent également être désignés par d'autres expressions telles que « pairs éducateurs », « agents de proximité » ou simplement « agents de sensibilisation ». Il convient toutefois de ne pas interpréter ni utiliser les termes « communautaires » ou « pairs » en considérant qu'ils désignent des personnes moins qualifiées ou moins aptes que les agents de sensibilisation permanents.

pouvoir à une demande variable en produits et activités de sensibilisation associée à l'évolution démographique locale et pour desservir les HSH ne parlant pas la langue locale.

Leadership des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: Les programmes doivent avant tout chercher à renforcer la capacité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à assumer un rôle de leadership. Pour qu'un programme soit efficace et pérenne, des postes à responsabilité doivent leur être réservés à tous les niveaux de conception, de mise en œuvre, de gestion, de suivi et d'évaluation. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont les plus à même de communiquer avec leurs pairs et d'identifier les problèmes de leur communauté. Ils doivent être nommés à des postes de gestion et disposer d'une véritable autorité décisionnaire, plutôt que d'être cantonnés à des rôles d'intervenants en sensibilisation ou de consultants (voir Section 6.2.5, Chapitre 1, Section 1.2.2 et Chapitre 4, Section 4.4.2, Partie B).

Lever les contraintes structurelles: Pour atteindre une efficacité optimale, les interventions de lutte contre le VIH doivent non seulement viser à changer les comportements individuels, mais aussi lutter contre les facteurs de vulnérabilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme la criminalisation et d'autres problèmes juridiques, la stigmatisation, la discrimination, la violence et le harcèlement, mais aussi la pauvreté, l'instabilité en matière de logement et l'insécurité alimentaire, ainsi que l'accès limité à la santé, à l'éducation, à la sécurité sociale et aux services financiers. Les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont particulièrement vulnérables au VIH en raison d'éventuels déséquilibres de pouvoir dans leurs relations, de l'aliénation et de l'absence de soutien fréquents de la part de leur famille et de leurs amis, mais aussi de la stigmatisation et de la discrimination, notamment des brimades homophobes subies à l'école. Des interventions visant à lever certaines de ces contraintes structurelles sont exposées dans les Chapitres 1, 2 et 5.

Respect de la confidentialité et de la protection des données: Pour concevoir et gérer un programme en partenariat avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est nécessaire de connaître les lieux de rassemblement, la taille de la communauté et les types de risques encourus. Les programmes doivent reposer sur des méthodes saine pour évaluer leur couverture et éviter les doubles comptabilisations, notamment lorsque plusieurs organismes de mise en œuvre opèrent dans la même zone (voir Section 6.2.7). Les données permettant d'identifier des lieux ou des individus ainsi que les identifiants uniques ou les numéros de téléphone doivent toutefois être traités dans la plus grande confidentialité. Ils doivent être protégés des individus, groupes ou organisations susceptibles de causer du tort aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est souhaitable que les organismes utilisent un code de conduite écrit définissant clairement les pratiques destinées à assurer la sûreté, la sécurité et la confidentialité des données concernant les bénéficiaires et les responsables de la mise en œuvre du programme. Ces données comprennent des informations concernant la cartographie, au recrutement et à la formation du personnel, ainsi que à la mise en œuvre du programme sur le terrain (notamment la collecte et la mise à jour des données du programme).

Il est également essentiel de protéger les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes recevant des soins, traitements et services de soutien liés au VIH, mais aussi les personnes participant aux recherches et à la collecte de données. Aucun d'entre eux ne doit être exposé au risque d'être discriminé, arrêté ou poursuivi en justice. Pour prévenir la discrimination et les arrestations potentielles, il est nécessaire de former le personnel à l'importance de garantir la confidentialité des données et d'expliquer les conséquences de son non-respect, notamment si l'orientation sexuelle ou la séropositivité d'un individu venait à être divulguée.

Intégrer les nouvelles avancées et technologies: Les technologies de l'information et de la communication (TIC) et la téléphonie mobile ont considérablement progressé au fil des dernières années. Les TIC modifient la façon dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes rencontrent leurs partenaires sexuels, consultent des informations sur la santé et recherchent des lieux de divertissement. Certains organismes de mise en œuvre utilisent les TIC pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ils disposent toutefois d'une expérience limitée, notamment à grande échelle, et il n'existe pas encore de méthodes de suivi et d'évaluation de tels canaux. Le Chapitre 5 examine certaines applications possibles des TIC dans l'élaboration de programmes, mais aussi leurs limites. Il convient de noter que de nombreuses plateformes de TIC peuvent être surveillées par les autorités répressives. Il est donc primordial d'assurer la sécurité des données des bénéficiaires (voir Chapitre 5, Section 5.2.4.)

Flexibilité et apprentissage continu du programme: Les conditions de vie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes changent rapidement sous l'effet des évolutions sociales et juridiques et de l'adoption de nouvelles technologies. Compte tenu de ce contexte changeant et de l'inexpérience relative de nombreuses organisations dans la mise en place d'interventions auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il importe de développer un système de gestion capable d'ajuster rapidement le programme en cas de besoin et de diffuser ses enseignements et innovations à tous les partenaires. Comme indiqué plus haut, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont les mieux placés pour guider la conception du programme et prendre en compte les changements à l'œuvre dans leur communauté.

6.2 Planifier et mettre en œuvre des services complets destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pour élaborer un service complet de lutte contre le VIH et de santé sexuelle destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est nécessaire de savoir où et comment accéder à ces populations et comprendre les comportements à combattre. La meilleure façon de recueillir ces informations est de collaborer avec les communautés. Ces informations sont généralement mises à disposition par des informateurs clés du pays ou fournies par des études menées dans le pays concerné, ou encore dans des pays voisins présentant un contexte et une culture semblables. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme, des mécanismes doivent être mis en place pour recueillir ces informations (voir Section 6.2.7, Partie A), qui peuvent par la suite guider les ajustements à effectuer au niveau du programme et de sa mise en œuvre.

La création d'un programme de grande envergure générant des effets bénéfiques sur la santé publique demande de collaborer à différents niveaux avec les partenaires :

- **Niveau national:** si le programme est mis en œuvre à l'échelle nationale, il peut s'agir du programme national de lutte contre le SIDA, du ministère de la Santé ou d'une autre institution nationale, en partenariat avec des parties prenantes clés, des partenaires et des organismes fournissant une assistance technique. Si le programme est mis en œuvre à l'échelle infra-nationale, il peut s'agir d'une organisation ou d'un gouvernement régional ;
- **Niveau intermédiaire:** Il peut s'agir d'une ONG, d'une grande OBC, d'organisation conduite par la communauté ou d'un autre partenaire provincial, régional ou municipal ;
- **Niveau local:** un organisme de mise en œuvre, comme une ONG ou une organisation conduite par la communauté.

Le Tableau 6.1 ci-dessous récapitule les composantes d'un programme à grande échelle. Dans chacune des situations présentées, c'est l'organisme ou l'institution de plus haut niveau qui dirige la

planification des activités, en collaboration avec les organismes ou organisations de niveau inférieur. Bien que cette section du chapitre soit principalement rédigée du point de vue d'une planification nationale, chaque niveau du programme est investi de différents rôles et responsabilités relevant de la gestion, de la supervision et du suivi, comme l'illustre la Figure 6.3 (Section 6.2.4) et la Figure 6.6 (Section 6.2.8). De nombreux éléments associés à des programmes mis en œuvre à grande échelle sont applicables à d'autres types de programmes.

Tableau 6.1 Éléments d'un programme à grande échelle de lutte contre VIH/les IST destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Concevoir un programme de grande ampleur pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Définir le programme et ses normes (Section 6.2.1)
- Établir un système de données à l'usage de la conception et de la gestion du programme (Section 6.2.2)
- Planifier l'évaluation du programme (Section 6.2.3)

Organiser un programme mis en œuvre à grande échelle pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Définir la structure de gestion (Section 6.2.4)

Mettre en œuvre un programme à grande échelle pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Assurer progressivement la participation complète des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Section 6.2.5)
- Établir des priorités (Section 6.2.6)
- Prévoir une mise en œuvre en plusieurs étapes (Section 6.2.7)
- Créer un système de supervision destiné au suivi de la qualité, à son amélioration et au mentorat (Section 6.2.8)

Concevoir un programme à grande échelle pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

6.2.1 Définir le programme et ses normes

Il est indispensable que le cadre logique du programme, les interventions spécifiques et les normes de mise en œuvre escomptées soient clairement énoncés et compris. Cette étape permettra :

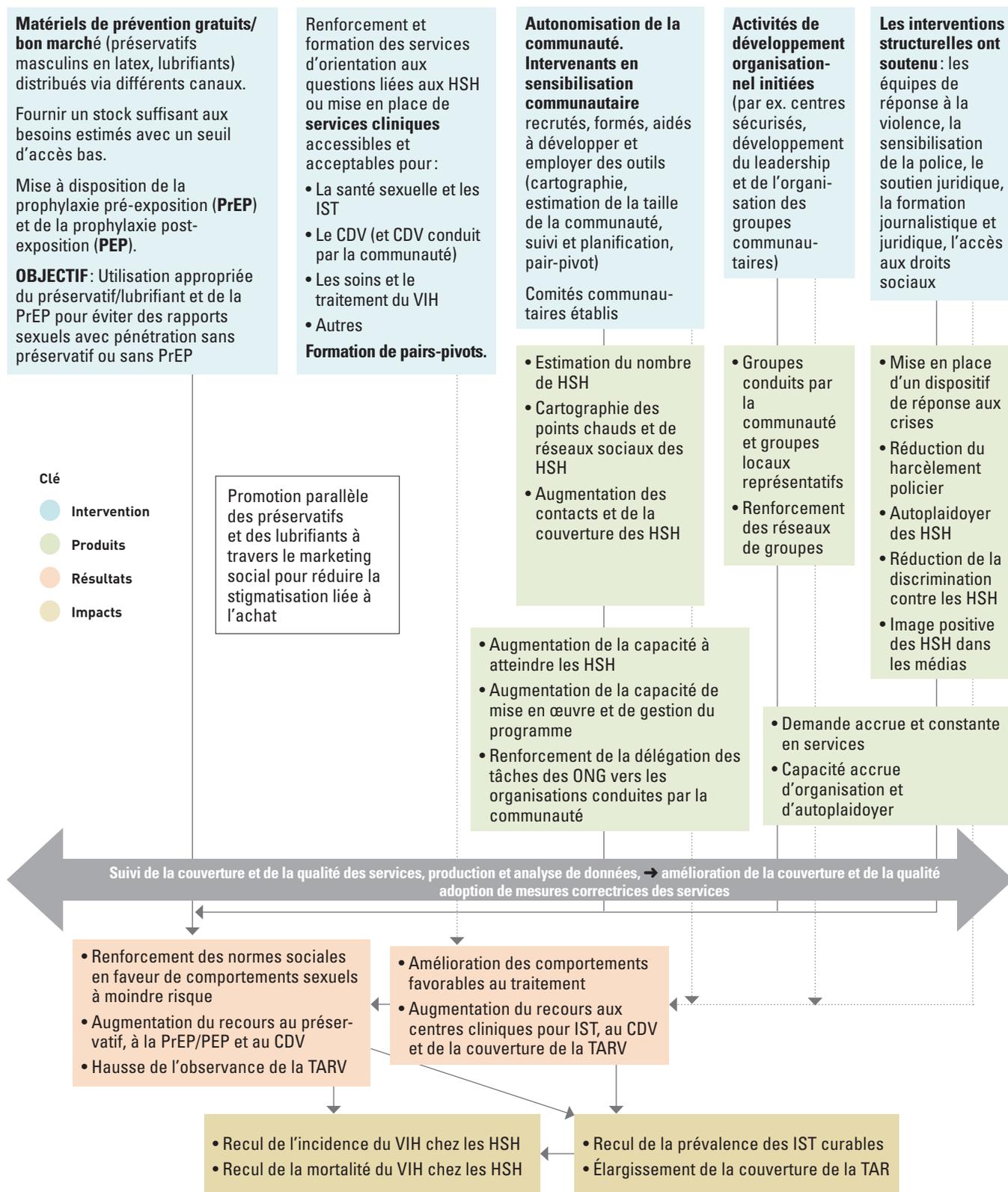
- de clarifier les interventions du programme et ses différents paquets ;
- de jeter les bases nécessaires à la conception du système de suivi (par ex. définition des indicateurs de processus, d'entrée, de sortie, de résultat et d'impact) adopté par toutes les ONG et organisations conduites par la communauté ;
- de rendre possible l'évaluation de la qualité du programme.

Le cadre logique résume les interventions du programme et la façon dont elles sont censées produire l'effet désiré. Il aide à identifier les compétences techniques et les ressources humaines nécessaires, mais aussi les produits et l'approvisionnement, la formation et le budget, dont le montant dépend de l'envergure de l'intervention. Ces éléments sont ajustés périodiquement en fonction des nouvelles données. Les enseignements et le succès des activités innovantes locales guideront quant à eux leur amélioration.

De nombreux pays disposent de plans stratégiques et de guides de mise en œuvre dont le cadre logique est implicite. La présence d'un cadre logique explicite aide toutefois à clarifier les besoins en matière de suivi et d'évaluation. La Figure 6.1 présente le cadre logique d'une intervention à composantes multiples conduite auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'évaluation du programme, abordée dans la Section 6.2.3, dépend largement du séquençage des changements attendus.

Figure 6.1 Cadre logique d'une intervention à composantes multiples destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Services ciblés: A partir d'une cartographie et d'une estimation du nombre de HSH dans chaque région, mettre en œuvre un ensemble d'interventions à composantes multiples destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en se concentrant d'abord sur les plus hauts niveaux de densité, de risque et de prévalence.



Source : Avahan India AIDS Initiative

Ce cadre logique n'identifie pas les normes à respecter au cours de la mise en œuvre. Les normes techniques et de gestion sont généralement définies par le programme pour chaque aspect de l'intervention, idéalement en collaboration avec la communauté et l'organisme de mise en œuvre et en conformité avec les valeurs et préférences de la communauté. Ces normes peuvent évoluer en fonction des nouvelles informations disponibles et de l'expérience acquise dans la mise en œuvre. Par exemple :

- **Aspects techniques**

- › Comment la communauté sera-t-elle sensibilisée ? Par le biais d'intervenants en sensibilisation communautaire, des TIC, ou des deux ?
- › Quel est la proportion cible d'intervenants en sensibilisation communautaire par rapport aux membres de la communauté ?
- › Les services sont-ils conçus pour répondre aux besoins des différentes sous-populations, par ex. heures/jours d'ouverture variés, cliniques mobiles ou fixes, dépistage en établissement, accès à une thérapie antirétrovirale (TARV) ?
- › À quelle fréquence les intervenants en sensibilisation communautaire doivent-ils rencontrer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?
- › En quoi consiste une séance de sensibilisation ?
- › Quels services de prévention et de santé sexuelle sont fournis ?
- › À quelle fréquence les tests volontaires de dépistage du VIH sont-ils proposés ?
- › Quels médicaments seront administrés pour traiter les IST ?
- › Combien de paquets de préservatifs et de lubrifiant doivent être distribués ?
- › Quelles sont les normes de formation des médecins vers lesquels seront orientés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour des questions de santé sexuelle et quelles sont les techniques d'examen physique ?

- **Gestion**

- › Fréquence de la supervision à chaque niveau du programme et pour chaque type d'intervention (notamment : fréquence des rencontres entre les intervenants en sensibilisation communautaire et leurs superviseurs/responsables) ;
- › Définition des indicateurs ;
- › Fréquence des rapports à effectuer sur les données de suivi ;
- › Définition et fréquence du suivi de la qualité pour chaque composante de l'intervention.

Les normes relatives aux services médicaux sont définies par chaque pays dans ses directives nationales ou, si celles-ci n'existent pas, dans les directives régionales ou mondiales de l'OMS. Étant donné la forte prévalence des IST parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la plupart des pays, les directives de gestion des IST doivent être développées ou adaptées spécialement pour eux et tenir compte des questions de diagnostic et de traitement des IST rectales, rarement abordés dans les directives nationales. Il peut être nécessaire de redéfinir les directives relatives à la PrPE en fonction des recommandations internationales.

Les normes relatives à la sensibilisation, au développement organisationnel et à la structuration des interventions doivent être élaborées ou adaptées selon le contexte spécifique du programme (voir Partie II du présent chapitre). L'approche et le contenu des activités de sensibilisation dépendent également du contexte de travail. Les programmes devront par exemple identifier les déclencheurs de changements comportementaux ainsi que les principales caractéristiques du sous-groupe à prendre en considération lors de l'élaboration de nouveaux documents ou d'une nouvelle approche.

6.2.2 Établir un système de données pour concevoir et gérer des programmes

Il est indispensable de disposer d'un système de collecte de données pour pouvoir évaluer la portée du programme et sa fidélité au concept original. Un bon système de suivi agrège et fusionne les informations provenant des travailleurs de terrain afin de permettre aux gestionnaires des différents niveaux de suivre les indicateurs du tableau de bord⁵. Grâce à ce système, ils peuvent également consulter des rapports produits par les niveaux inférieurs. L'unité centrale (nationale) analyse les données recueillies par les départements/provinces et districts ; l'unité des départements/provinces et l'organisme de mise en œuvre analyse les données collectées par les intervenants de première ligne. Ce dispositif permet aux différents gestionnaires d'identifier les zones bénéficiaires qui présentent une performance atypique (par ex. faible distribution de préservatifs et lubrifiants ou faible couverture par rapport au nombre estimé d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et dont l'amélioration peut dépendre d'une attention accrue de la part du niveau de gestion.

Un système de suivi bien conçu :

- améliore la transparence, la responsabilité et l'acceptabilité du programme ;
- comptabilise les interactions entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les intervenants en sensibilisation communautaire ou les services médicaux (par ex. contact formel avec un intervenant en sensibilisation communautaire, consultation médicale, référencement vers un service, etc.), avec un risque minime d'erreurs, grâce à la limitation du transfert et de la duplication des données ;
- agrège les données aux niveaux supérieurs, mais conserve une structure permettant de les analyser au niveau de mise en œuvre le plus bas. L'agrégation des données repose sur l'adoption de systèmes de comptabilisation et de production de rapports harmonisés par tous les prestataires de services et bailleurs de fonds. Dans l'idéal, les normes en la matière sont établies par le programme national de lutte contre le SIDA. En l'absence d'une structure décisionnaire au niveau national, les différents prestataires de services, les ONG et les partenaires doivent harmoniser leur approche quant à la collecte de données. L'OMS a publié un guide concernant les indicateurs pratiques utiles au suivi de la couverture, du recours aux services et de leur qualité ;⁶
- développe des indicateurs à partir des données régulièrement collectées. Ces indicateurs servent à guider les décisions de gestion du programme au niveau de collecte. Les intervenants de première ligne sont peu susceptibles de recueillir des données qui leur sont inutiles ; la qualité de telles données laisserait par ailleurs à désirer. Il convient de noter qu'à chaque niveau de gestion et de mise en œuvre, certaines des données collectées ne sont pas transmises à l'échelon supérieur, mais directement utilisées pour améliorer les services ;
- définit clairement les indicateurs et contrôle continuellement la qualité des données ;
- maintient l'anonymat des individus et la confidentialité des zones géographiques et protège les données stockées de façon adaptée dans le but de protéger les bénéficiaires du programme.

Les programmes de santé reposent de plus en plus sur des dossiers médicaux numériques, sur la collecte de données par téléphone mobile et sur un suivi par Internet. Ces approches offrent souvent une plus grande précision que les systèmes reposant sur support papier. Les responsables de la mise en œuvre doivent toutefois s'assurer que l'identité des individus resterait confidentielle même si les données venaient à être récupérées par les autorités policières. À ce jour, peu de programmes ont su mettre au point des indicateurs tenant compte des contacts et interactions passant par les plateformes de TIC.

La conception, le suivi et la gestion des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reposent sur huit sources de données principales (Tableau 6.2). Ces sources peuvent servir à créer des indicateurs mesurant la disponibilité, la couverture, la qualité

⁵ Les indicateurs du tableau de bord sont les plus importants dans le suivi d'un programme et sont agrégés au niveau national. Ils donnent un aperçu du fonctionnement du programme (à la manière des jauges du tableau de bord d'une voiture, qui indiquent au conducteur l'état de fonctionnement du moteur).

⁶ *Tool for setting and monitoring targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genève : OMS ; 2015.

et le coût de certains services, permettant de procéder au suivi de l'utilisation des services et de certains résultats et évaluant si un environnement est propice ou non à la prévention du VIH et des IST. Ces sources de données reposent sur l'expérience de programmes dont la mise à l'échelle a été un succès. Elles sont abordées dans les pages suivantes. Le Tableau 6.3, situé sous la présente section, présente des indicateurs utilisables au niveau de la gestion du programme pour suivre les progrès réalisés vers la mise à l'échelle du programme.

Tableau 6.2 Principales sources de données utilisées pour la conception, le suivi et la gestion de programmes complets relatifs au VIH et à la santé sexuelle destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- A. Activités expressément destinées à la collecte de données
- B. Données du programme collectées en dehors des contacts directs de routine avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- C. Données du programme collectées dans le cadre des contacts directs de routine avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- D. Données administratives liées aux services (notamment: médicaments, produits de consommation et référencement)
- E. Évaluations qualitatives
- F. Suivi de la qualité
- G. Données relatives aux dépenses
- H. Autres données externes

A. Activités spécifiques à la collecte de données

Il est possible que des estimations empiriques du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes soient disponibles. Il est toutefois préférable d'effectuer une évaluation indépendante à partir de données primaires si les méthodes précédemment utilisées sont douteuses ou si les estimations existantes sont anciennes. Cette approche permet de s'assurer que les données dont l'on dispose sont à jour et pertinentes. La méthode des multiplicateurs et la méthode de capture-recapture ont largement été utilisées pour estimer la taille des populations exposées à un risque d'infection par le VIH.

Il est indispensable de garantir la participation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans cette estimation. Leur implication active dans les activités de cartographie peut contribuer à renforcer leur estime de soi, les autonomiser et leur permettre de se reconnaître dans le programme. Compte tenu de la forte stigmatisation subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de la diversité de leurs identités et des disparités de visibilité des différentes sous-populations, la taille de certaines communautés peut être considérablement sous-estimée. Les estimations doivent donc être mises à jour régulièrement. Il peut par ailleurs s'avérer nécessaire d'effectuer une nouvelle cartographie si certains facteurs sociaux, politiques ou économiques entraînent des changements importants dans les populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les estimations se feront plus précises une fois que le programme aura acquis de l'expérience et gagné la confiance des communautés.

L'estimation de la taille des populations est importante pour planifier le programme, prévoir son budget et décider du nombre et de l'emplacement des services. En les recoupant avec les données relatives au contact des HSH avec les services fixes ou les efforts de sensibilisation, ces estimations permettent également d'estimer le niveau de couverture du programme. Les estimations de taille doivent être effectuées par site plutôt que par pays ou par province, dans la mesure où elles aident les organismes de mise en œuvre à élaborer des plans d'interventions localisés. Des estimations mathématiques peuvent être employées pour valider les estimations produites par le programme.

La cartographie sert à définir la quantité, l'intensité et la localisation des services à fournir. Le processus de cartographie est décrit en détail à la Section 6.2.7, Partie A. Il doit inclure la collecte de données supplémentaires visant à guider la conception et la mise en œuvre du programme. Ces données concernent par exemple les comportements à risque, la variété des sous-populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la localisation des prestataires de services médicaux par type de service (traitement des IST, traitement du VIH, dépistage du VIH, services de santé mentale, etc.).

Les sondages randomisés permettent de suivre les progrès du programme en évaluant l'utilisation rapportée du préservatif et du lubrifiant, le partage de seringues ou l'accès aux services de lutte contre le VIH. En protégeant l'anonymat des participants, ces sondages les encouragent à livrer des réponses honnêtes et objectives. Les méthodes de sondage fondées sur les TIC peuvent également servir à obtenir des réponses plus proches de la réalité.

B. Données du programme collectées en dehors des contacts directs de routine avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les données concernant les infrastructures et le personnel du programme sont indispensables pour suivre la prestation de services et les ressources humaines sur la zone géographique prédéterminée. Les données collectées au moment de l'adhésion au programme jettent les bases d'une compréhension des besoins individuels et collectifs.

Le suivi des infrastructures doit prendre en compte les services spécialement conçus pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (notamment les espaces sécurisés et les centres communautaires, voir Chapitre 4, Section 4.4.4), mais aussi les services fournis à l'ensemble de la population et utilisés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il doit en outre se faire par type d'intervention (par ex. changement de comportement, distribution de préservatifs, conseil et dépistage du VIH, TARV, services de santé sexuelle et de soutien aux victimes de violences). Le suivi doit non seulement prendre en compte la disponibilité des services, mais aussi déterminer s'ils sont respectueux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour garantir que ces derniers disposent de services accessibles et acceptables répondant à l'ensemble de leurs besoins.

Le suivi du personnel prend en compte le nombre de personnes engagées, formées et reconverties par le programme, ainsi que leur poste, la qualité des formations et la disponibilité de prestataires de services médicaux acceptables pour la communauté, classés par type de service. Les groupes de prestataires de service doivent suivre le roulement prévu et imprévu des intervenants en sensibilisation communautaire pour pouvoir planifier la formation des nouvelles embauches et prévoir des activités de renforcement progressif de leurs capacités.

Données sur l'adhésion au programme des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : au moment de son adhésion, chaque membre de la communauté reçoit un code d'identification, un symbole ou un pseudonyme unique garantissant le maintien de son anonymat. Les données qu'il est utile de recueillir au moment de l'adhésion d'un membre sont les suivantes :

- variables démographiques : âge, race/appartenance ethnique, état civil, etc. ;
- variables illustrant les comportements avant la participation au programme : utilisation rapportée du préservatif lors des dernières relations sexuelles anales insertives ou réceptives ; nombre de partenaires sexuels au cours de l'année/des six mois écoulés ; utilisation de lubrifiants à base d'eau lors des rapports sexuels ; dépistage volontaire du VIH effectué ou non au cours de l'année écoulée, etc.

Ces données servent à estimer les besoins en préservatifs et en lubrifiant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à évaluer la présence de comportements à risque au sein des sous-populations afin de déterminer les services prioritaires. Ces données peuvent être recoupées avec d'autres dans le but d'évaluer le programme.

C. Données du programme tirées des contacts directs de routine avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les données sur les contacts de routine entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et le programme sont indispensables au suivi de la couverture. Elles comprennent les contacts avec les intervenants en sensibilisation, les cyber-éducateurs (voir Chapitre 5, Section 5.3.1), les sites Internet à d'éducation et d'auto-évaluation des risques, les services médicaux et de sensibilisation. Dans l'idéal, ces informations (par ex. nombre de contacts nouveaux et répétés, nombre de préservatifs distribués, nombre de personnes réorientées, etc.) doivent être collectées au point de contact, agrégées puis transmises à l'organisme de mise en œuvre régional, provincial ou étatique, en limitant la transcription et donc les risques d'erreurs. Les technologies électroniques ou mobile peuvent se révéler optimales à cet égard, puisqu'elles éliminent le besoin de transcrire les données. Si les intervenants en sensibilisation ne sont pas complètement alphabétisés, ils peuvent collecter les données à l'aide de fiches illustrées conçues à cet effet. Dans ces cas de figure, le superviseur ou le responsable de ces intervenants doit recueillir ces informations de façon anonyme dans un format qui peut ensuite être informatisé.

Comme indiqué plus haut, l'essor d'une prise de contact et d'une éducation passant par la téléphonie mobile ou l'Internet ne s'est accompagné d'aucune recommandation quant à la façon d'intégrer les données collectées au suivi du programme et à la création d'indicateurs.

Données relatives aux services et besoins ponctuels des bénéficiaires du programme. En plus de s'intéresser à des données associées aux activités de sensibilisation habituelles, le programme pourra effectuer le suivi de données générées de manière plus irrégulière (par ex. données relatives aux violences ou au respect des droits). Le suivi de ces événements est plus difficile à réaliser, étant donné qu'ils ne sont pas réguliers et requièrent généralement un formulaire supplémentaire. Il est recommandé de soumettre régulièrement des rapports, même en l'absence d'événements à rapporter, afin de déterminer si des statistiques basses reflètent un nombre réduit d'événements ou si elles découlent d'une carence d'information.

Mécanismes de prise en compte de la mobilité et des migrations. La mobilité de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (à l'intérieur et au-delà des frontières de leur pays) complique le suivi du nombre total de bénéficiaires, dans la mesure où ces hommes peuvent se déplacer dans des régions desservies par d'autres équipes ou organismes de mise en œuvre, courant ainsi le risque d'être doublement comptabilisés. Pour pallier ce problème, il est possible de demander aux nouveaux bénéficiaires s'ils ont déjà bénéficié de services et auprès de quels centres. Il est également envisageable de fournir une carte d'identité anonyme et non stigmatisante indiquant qu'ils ont bénéficié des services du programme, ou une carte d'identité dotée d'un code-barres uniquement lisible par le programme. Une unité de mise en œuvre peut être chargée de recenser les nouveaux bénéficiaires, les bénéficiaires récemment installés dans la région et les bénéficiaires déjà enregistrés afin d'effectuer un suivi du nombre de bénéficiaires particuliers tout en évaluant leur degré de mobilité. Un tel système permettra également de comprendre à quels services les membres de la communauté font appel lorsqu'ils se déplacent. Dans les pays ayant adopté un système de cartes d'identité universelles dotées de codes d'identification uniques, ces cartes peuvent être utilisées par les programmes. Il est toutefois indispensable de s'assurer qu'aucune information concernant le statut de HSH ne soit stockée sur cette carte ou accessible par un autre biais aux autorités gouvernementales susceptibles de la demander. Le coût de l'installation d'appareils électroniques de collecte des données dans tous les points de service et de mise à jour d'une base de données centrale rend impossible l'utilisation de cartes d'identités lisibles par un scanner pour la plupart des programmes.

Le recours à des identificateurs biométriques (comme les empreintes digitales) a parfois été envisagé comme méthode d'identification des participants au programme. Même dans les cas où le coût d'un

suivi numérique ne pose pas de problème, l'utilisation de données biométriques est considérée comme une violation des droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans la mesure où ces données sont susceptibles d'être employées à des fins malveillantes par les autorités répressives ou d'autres groupes. Par conséquent, l'utilisation par les programmes des données biométriques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doit être envisagée avec précaution et se faire en fonction du contexte.

D. Données administratives relatives aux services (notamment : médicaments, produits consommables et référencement)

Les stocks de médicaments et de produits consommables doivent être gérés selon des politiques et procédures adaptées. Les données administratives servent à assurer un approvisionnement continu en médicaments, en produits consommables et en produits de base ; à servir d'indicateurs de couverture en permettant d'effectuer un suivi de la consommation et de la distribution (par ex. nombre de préservatifs distribués par rapport au manque de préservatifs) ; et à corroborer les rapports médicaux (par ex. médicaments et syndromes d'IST).

Les résultats des référencements (c.-à-d. le fait qu'un individu orienté vers un service s'y soit effectivement présenté, et non le résultat clinique) doivent être évalués par le biais d'un canal de communication établi avec le service concerné. S'il est important d'effectuer un suivi des résultats cliniques (par ex. résultat d'un test de dépistage du VIH ou charge virale indécélable), la collecte de ce type de données ne relève pas des interventions destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais des prestataires de services médicaux.

E. Évaluations qualitatives

Il est important d'évaluer régulièrement les besoins des membres de la communauté. Cette évaluation sert à la planification initiale des interventions et permet de déterminer si la communication est efficace, si la stigmatisation et la discrimination persistent et s'il existe des besoins insatisfaits auxquels le programme peut répondre. Elle peut également servir à approfondir et comprendre les résultats des enquêtes quantitatives. (Voir Section 6.7.)

F. Suivi de la qualité

Le processus d'établissement des normes décrit à la Section 6.2.1 est à la base du suivi de la qualité, dans la mesure où l'évaluation des services se fonde sur des normes précises (assurance qualité). L'évaluation peut être menée en externe par le biais d'audits de la qualité, d'approches participatives ou de programmes de notation anonymes sur internet tels que *Yelp*. Pour offrir une qualité de service optimale, il est indispensable de remédier à toute défaillance identifiée (amélioration de la qualité). La qualité de tous les services de laboratoire doit faire l'objet d'un suivi normalisé. Les procédures de suivi de la qualité en laboratoire peuvent inclure des contrôle qualité menés en interne, une assurance qualité externe basée consistant à re-tester une partie des échantillons ou la visite de comités d'évaluation envoyés par un laboratoire central d'assurance qualité.

G. Données sur les dépenses

Ces données permettent d'effectuer un suivi du statut financier d'un projet et de s'assurer que les paiements aux organismes de mise en œuvre sont effectués dans les délais requis afin d'éviter toute interruption des activités. Si les données ont fait l'objet d'une codification standardisée à travers tous les organismes de mise en œuvre, le programme peut en outre estimer le coût par bénéficiaire de chacun des organismes et identifier ceux auxquels il faudrait appliquer des contrôles de gestion supplémentaires.

H. Autres données externes

Les progrès du programme et l'identification des ajustements nécessaires peuvent s'appuyer sur des données provenant de sources externes, par exemple d'une surveillance étatique, de recherches universitaires ou d'enquêtes menées par d'autres institutions.

Avant d'élaborer et d'adopter un indicateur (même s'il provient d'une agence internationale comme ONUSIDA ou PEPFAR), l'organisme de gestion doit s'assurer que les mesures requises par l'indicateur bénéficieront aux efforts nationaux (en particulier à la palette d'indicateurs du pays) et qu'elle répond aux besoins des usagers des services. Comme observé plus haut, l'uniformité des systèmes de gestion des données (indicateurs, définitions, fréquence, formulaires) permet d'agrèger et d'analyser les données de façon homogène, garantissant ainsi une couverture complète par des services de qualité. Le Tableau 6.3 présente des exemples d'indicateurs. Il peut être utile de les compléter par d'autres indicateurs, selon les zones d'intervention. Pour connaître une liste complète des indicateurs pratiques nationaux, consulter l'ouvrage *Tool for setting and monitoring targets for HIV diagnosis, prevention, treatment and care for key populations*, publié par l'OMS en 2015. Des lignes directrices pour le suivi des services sont consultables dans l'ouvrage *Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people*, publié par ONUSIDA en 2012.

Tableau 6.3 Indicateurs de suivi d'une intervention à composantes multiples destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Composante	Indicateur	Source des données
Établissement et maintien des structures du programme		
Présence dans la zone géographique de services consacrés ou ouverts aux HSH	Nombre de sites disposant d'un programme complet de distribution de préservatifs et de lubrifiant, par localité	Données/rapports des programmes
	Nombre de sites proposant des interventions comportementales de réduction des risques liés à la sexualité, par localité	Documents de planification basés sur la cartographie des services et des HSH
	Nombre d'espaces sécurisés/de centres communautaires établis/ouverts, par localité	Rapports d'évaluation des sites
	Nombre de sites proposant des conseils et un dépistage du VIH, par localité	
	Nombre de sites proposant une PPE, par localité	
	Nombre de sites proposant une thérapie antirétrovirale, par localité	
	Nombre de sites proposant une vaccination contre l'hépatite B, par localité	
	Nombre de sites proposant une PrPE, par localité	
	Nombre de sites proposant des services de santé sexuelle et reproductive, par localité	
Nombre de sites proposant un ensemble défini d'interventions de santé, par localité		
Personnel engagé et formé par le programme	Nombre de directeurs/coordonateurs de région/département	Rapports de programmes Documents de planification
	Nombre de superviseurs/responsables de la sensibilisation (doit permettre d'assurer la supervision des équipes de sensibilisation et des réunions hebdomadaires)	Rapports de programmes Estimations de la taille de la population

6 Gestion des programmes

Composante	Indicateur	Source des données
	Volume du personnel technique au niveau de la région/du département (doit permettre au moins une visite mensuelle de tous les sites pour supervision/assistance/analyse des données). Exemples de domaines techniques: suivi de gestion, services médicaux (santé sexuelle, conseil et dépistage volontaire du VIH, TARV) interventions structurelles/plaidoyer, sensibilisation, gestion/administration financière, TIC	Rapports des programmes Documents de planification
	Nombre d'employés affectés aux finances et à l'administration	Rapports de programmes Documents de planification
	Nombre d'intervenants en sensibilisation communautaire et ratio par rapport au nombre d'HSH	Rapports de programmes Estimations de la taille
Rotation des effectifs du projet	Nombre d'intervenants en sensibilisation communautaire ayant arrêté de travailler au cours du mois écoulé	Rapports des programmes
Formation du personnel	Nombre d'intervenants en sensibilisation communautaire formés au cours du mois écoulé	Rapports des programmes
	Nombre de superviseurs/responsables en sensibilisation formés au cours du mois écoulé	Rapports des programmes
	Nombre de membres du personnel technique formés au cours du mois écoulé	Rapports des programmes
Sensibilisation des prestataires de services non affiliés au projet	Nombre de prestataires privés et gouvernementaux sensibilisés au travail auprès des HSH	Rapports de programmes (besoin fondé sur la cartographie initiale de prestataires de services, les évaluations effectuées et la rétroaction communautaire en cours)
Interventions comportementales		
Intensité de la mobilisation des HSH	Pourcentage d'HSH sensibilisés individuellement chaque mois à l'aide du paquet de prévention (tel qu'il est défini par le programme, voir Section 6.2.1) (Nombre total d'HSH contactés individuellement en un mois par les intervenants en sensibilisation communautaire, divisé par le nombre total d'HSH ciblés)	Outils de micro-planification Estimation périodique des dénominateurs
Préservatifs et lubrifiant (Voir indicateurs au Chapitre 3, Tableau 3.3)		
Distribution et approvisionnement suffisant en préservatifs et lubrifiants	Rapport entre les préservatifs et le lubrifiant distribués et les besoins mensuels estimés	Outils de micro-planification Registre des stocks de préservatifs Questions posées au moment de l'adhésion sur le nombre moyen de partenaires Autres évaluations de l'écart entre les besoins et la disponibilité en préservatifs
	Nombre d'organisations ayant rapporté une rupture de stock des préservatifs destinés à la distribution gratuite au cours du mois écoulé	Registre des stocks de préservatifs des organisations
	Nombre d'organisations ayant rapporté une rupture de stock du lubrifiant destiné à la distribution gratuite au cours du mois écoulé	Registre des stocks des organisations

Composante	Indicateur	Source des données
Changement des comportements	Pourcentage d’HSH rapportant une utilisation de préservatifs et de lubrifiants au cours du dernier rapport anal réceptif avec un partenaire principal/régulier	Questions posées au moment de l’adhésion (quasi <i>ex ante</i>) Question de routine posée en clinique Petites études randomisées/enquêtes par Internet
	Pourcentage d’HSH rapportant une utilisation du préservatif et du lubrifiant au cours du dernier rapport anal réceptif avec un partenaire ponctuel	Questions posées au moment de l’adhésion (quasi <i>ex ante</i>) Question de routine posée en clinique Petites études randomisées/enquêtes par Internet
	Pourcentage d’HSH rapportant une utilisation du préservatif et du lubrifiant au cours du dernier rapport anal insertif avec un partenaire principal/régulier	Questions posées au moment de l’adhésion (quasi <i>ex ante</i>) Question de routine posée en clinique Petites études randomisées/enquêtes par Internet
	Pourcentage d’HSH rapportant une utilisation du préservatif et du lubrifiant au cours du dernier rapport anal insertif avec un partenaire ponctuel	Questions posées au moment de l’adhésion (quasi <i>ex ante</i>) Question de routine posée en clinique Petites études randomisées/enquêtes par Internet
PrPE		
Couverture de la PrPE	Nombre d’HSH auxquels a été prescrite une PrPE orale au cours de la période considérée	Rapports de programmes
Services médicaux		
Services de santé sexuelle	Pourcentage mensuel d’HSH ayant recours aux services d’IST	Formulaires médicaux Estimation périodique des dénominateurs
Dépistage et conseil en matière de VIH	Pourcentage mensuel d’HSH orientés vers des services de conseil et dépistage du VIH (CDV) volontaire	Formulaires de référencement Estimation périodique des dénominateurs
Soins et traitement du VIH	Pourcentage mensuel d’HSH nouvellement diagnostiqués séropositifs et effectivement orientés vers des services de soins	Formulaires du programme (selon le besoin d’anonymat et si le programme entretient de bonnes relations avec la clinique, un mécanisme de rétroaction peut être mis en place. Dans le cas contraire, le programme devra recueillir lui-même ces données.)
	Pourcentage mensuel d’HSH admissibles à une TARV commençant effectivement le traitement	Formulaires du programme
	Pourcentage mensuel d’HSH sous TARV observant leur traitement (maintiennent tous leurs rendez-vous et suivent la TARV sans interruption pendant une année)	Formulaires médicaux (seulement si leur utilisation ne présente pas de risque pour l’individu concerné)

Composante	Indicateur	Source des données
Interventions structurelles/Mobilisation communautaire		
Violations des droits	Nombre de signalement d'incidents de violence à l'encontre de HSH pris individuellement	Formulaires de signalement de violences
	Pourcentage de signalements de violences pris en charge en [temps de réponse déterminé] par le système de riposte aux situations de crise	Formulaires de riposte aux situations de crise
Environnement propice	Nombre de formations en sensibilisation sur les HSH destinées aux agents de police	Formulaires du programme
	Nombre de sites proposant des services de soutien juridiques aux HSH	Formulaires du programme
Stigmatisation	Nombre de signalements d'incidents de stigmatisation au sein des services médicaux	Formulaires de signalement de la stigmatisation/Commentaires de type <i>Yelp</i>
Mobilisation communautaire	Pourcentage de membres du groupe communautaire qui sont des HSH sans être des intervenants en sensibilisation communautaire	Formulaires de rapport

6.2.3 Planifier l'évaluation du programme

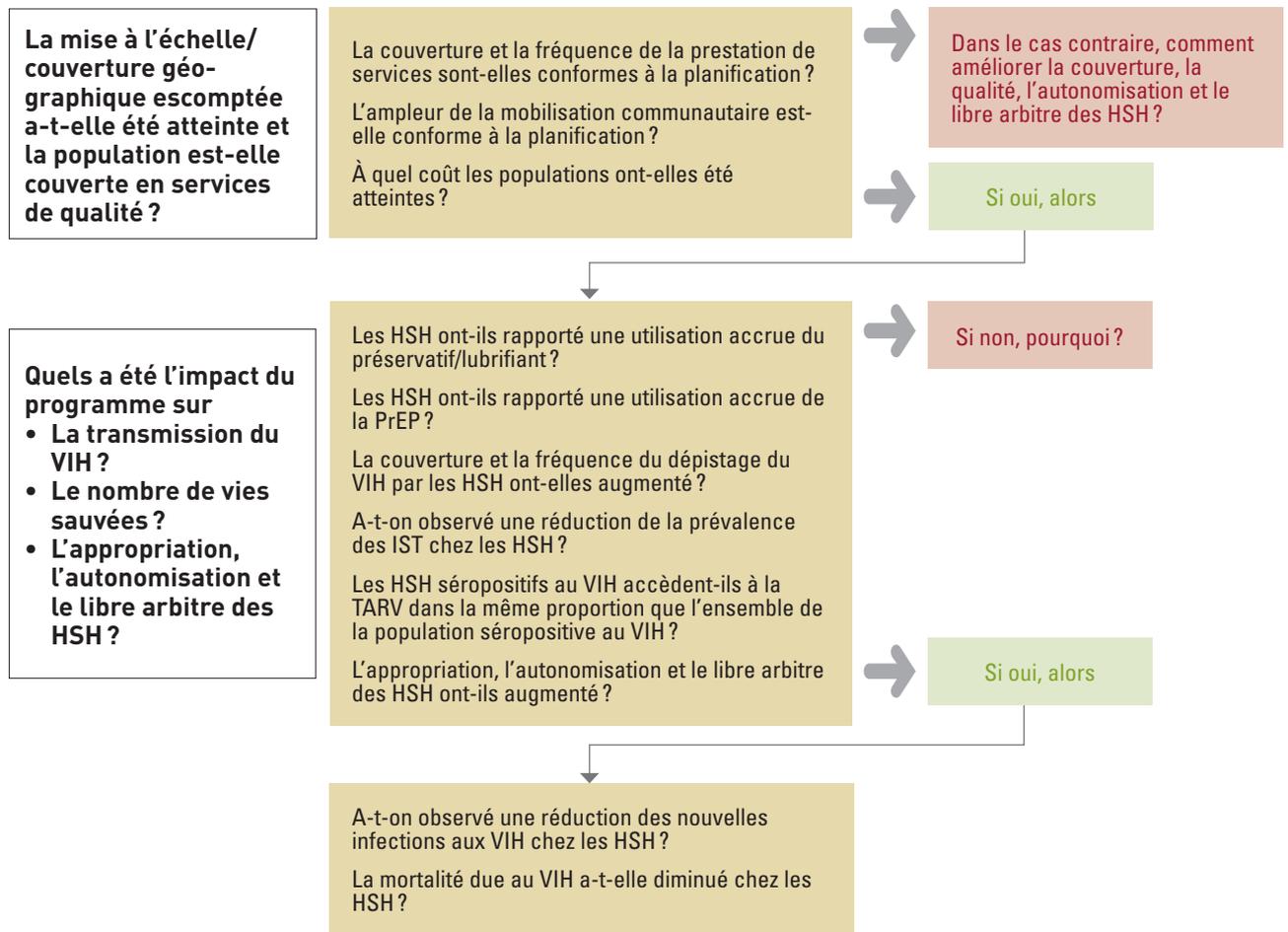
Un plan doit être mis en place au niveau du pays et des départements/provinces pour évaluer la conformité du programme à son concept original (a-t-il atteint l'échelle et la couverture prévues; emploie-t-il les éléments décrits dans le cadre logique?) et à l'impact prévu. La conception de l'évaluation doit s'appuyer sur l'implication de la communauté et permettre à celle-ci d'agir au vu des résultats.

Le cadre RE-AIM a défini cinq critères de qualité des interventions de santé :

1. **Portée** : proportion de la population cible ayant participé à l'intervention (appelée ici « couverture ») ;
2. **Efficacité** : taux de succès si l'intervention est mise en œuvre selon son concept original (mesurée par les efforts d'évaluation décrits ci-dessous) ;
3. **Adoption** : proportion des contextes adoptant les interventions ;
4. **Mise en œuvre** : mesure dans laquelle l'intervention est mise en œuvre tel que prévu (appelée ici « conformité », voir Section 6.2.7) ;
5. **Maintien** : durabilité d'un programme dans le temps (ici appelée « pérennité »).

Un exemple de cadre d'évaluation de haut niveau est présenté à la Figure 6.2. Voir la Section 6.7 pour consulter le cadre RE-AIM ainsi qu'une liste de documents de référence d'aide à la conception d'évaluations de programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Consulter également l'outil de définition des objectifs en matière d'indicateurs de qualité, publié en 2015 par l'OMS.

Figure 6.2 Cadre d'évaluation d'un programme à composantes multiples de lutte contre le VIH/ les IST destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Questions clés à prendre en compte au moment de la conception de l'évaluation :

- **Clarté des objectifs de l'évaluation** : Il convient d'identifier clairement l'objet et le destinataire de l'évaluation, ainsi que la part de « certitude » requise dans le constat des résultats et effets du programme. Ces niveaux de certitude ont été définis par les notions d'adéquation, de plausibilité et de probabilité :
 - › **L'évaluation de l'adéquation** examine le niveau de conformité de l'intervention au cadre logique du programme et détermine si les changements attendus se sont produits ou non. Par exemple : l'incidence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a diminué au fil du temps, parallèlement à la mise en œuvre du programme.
 - › **L'évaluation de la plausibilité** se fonde sur la collecte de données permettant d'accroître la certitude que les changements observés sont attribuables au programme, généralement par la comparaison avec un groupe de contrôle. Dans le cas des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, on peut s'attendre à ce qu'il s'agisse d'un groupe de contrôle historique constitué en recueillant des données ex ante. Pour évaluer cette notion de plausibilité, il est également possible d'exclure un groupe de contrôle de l'intervention, puis de comparer ses résultats/sa réponse au programme avec ceux du groupe témoin. Cette approche n'est généralement pas envisageable dans la prévention et le traitement du VIH,

car il serait contraire à l'éthique de refuser des soins à un groupe contrôle. Il est malgré tout possible de conduire une évaluation de la plausibilité en comparant deux approches différentes des interventions. Les programmes qui envisagent d'effectuer ce type d'évaluations doivent envisager de consulter un expert en évaluation.

- › **L'évaluation de la probabilité** sert à prouver que l'intervention est responsable des changements observés. Elles se fondent sur la randomisation et s'avèrent dans la plupart des cas superflue ou impossible à cause de sa complexité, des problèmes éthiques associés au déni de service et du fait que le succès des interventions combinant prévention et traitement découle d'activités effectuées et financées par plusieurs sources et interventions. Les programmes qui envisagent d'effectuer ce type d'évaluations doivent envisager de consulter un expert en évaluation.

La plupart des évaluations portent à la fois sur l'adéquation et la plausibilité. Il convient de noter que toutes les évaluations reposent sur des données de suivi de bonne qualité. Celles-ci permettent de démontrer que le programme a été mis en œuvre comme prévu, contribuent à en valider la logique et constituent une première mesure indiquant aux gestionnaires et aux partenaires que la mise en œuvre du programme est sur la bonne voie.

Puisque l'analyse et la diffusion des données souffrent presque invariablement d'un manque de ressources financières, il est préférable de définir d'emblée le budget alloué aux activités de suivi et d'évaluation. Il est recommandé d'allouer entre 5 et 10 % du budget total au suivi et à l'évaluation.

- **Recoupement des données**: Il est particulièrement difficile de réaliser de véritables enquêtes de référence (ex ante, soit avant le démarrage d'une intervention) dans les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les programmes doivent en effet s'assurer de la confiance de la communauté avant de poser des questions intimes ou de procéder à la collecte de spécimens biologiques. Or, le renforcement de la confiance passe généralement par la prestation de services et les comportements ex ante en matière d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants peut changer très rapidement dans les zones où ces produits sont distribués pour la première fois. Il importe donc d'essayer d'obtenir ex ante des informations supplémentaires sur l'utilisation du préservatif et du lubrifiant, sur les comportements sexuels à risque et sur l'accessibilité des services en soumettant des questionnaires d'adhésion, ou encore de recouper des données de suivi du programme avec des résultats d'enquêtes (voir Section 6.2.2).
- **Validation des données du programme**: Les enquêtes menées dans le cadre d'une évaluation doivent aussi souvent que possible permettre de valider d'autres données du programme. Elles peuvent notamment servir à:
 - › estimer la couverture du programme (distribution de préservatifs et de lubrifiants, recours aux CDV et à la TARV, etc.);
 - › valider les données de suivi de routine;
 - › effectuer des estimations de taille fondées sur des méthodes plus mathématiques;
 - › évaluer le niveau de violence rapportée;
 - › évaluer le niveau de libre arbitre individuel et communautaire.⁷

⁷ Dans ce contexte précis (et dans d'autres parties de ce chapitre où elle est utilisée de la même manière), la notion de « libre arbitre » renvoie au choix, au contrôle et au pouvoir qu'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes exerce sur lui-même.

- **Plan de diffusion** : Des activités de diffusion doivent avoir lieu à tous les niveaux de mise en œuvre (du niveau national aux niveaux locaux), y compris auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces activités permettent à ces derniers de s'approprier les résultats des programmes et de contribuer à leur amélioration.

Organiser un programme à grande échelle pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

6.2.4 Définir la structure de gestion

Un programme doit présenter une structure de mise en œuvre claire pour que sa gestion se fasse sans heurts. Les rôles et responsabilités internes et externes doivent également être bien définis à tous les niveaux de mise en œuvre (gouvernement, médias, services médicaux, etc.). Les organisations les plus efficaces sont dotées d'un plan de communication claire et régulière de leurs objectifs et font en sorte que chacun sache le rôle qu'il joue dans la réalisation de ces objectifs. L'institution toute entière bénéficiera de rétroactions régulières sur les progrès et difficultés rencontrés dans la poursuite de des objectifs.

Au niveau national, le gouvernement ou l'organisme de gestion centrale :

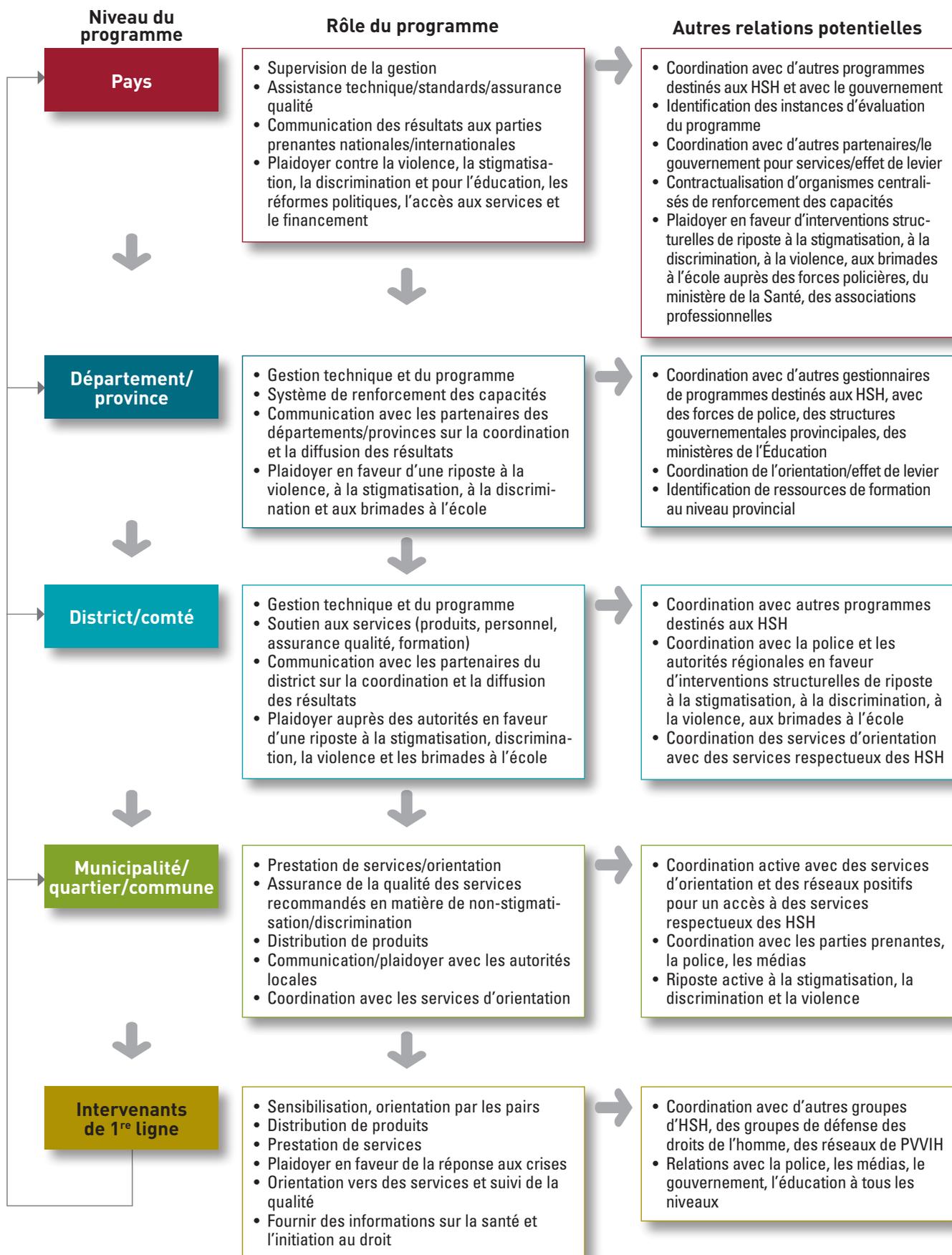
- fixe les standards du programme ;
- supervise les indicateurs du tableau de bord à partir des données provenant de tous les organismes de mise en œuvre du pays ;
- s'assure que le programme est mis en œuvre dans des zones prioritaires afin de toucher toutes les sous-populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- adopte une perspective centralisée des données de suivi ;
- garantit une planification à l'échelle nationale.

Si le gouvernement ou une agence de gestion centrale désignée ne fixe pas de standards ou ne demande pas de rapports centralisés sur les indicateurs, les organismes de mise en œuvre doivent, en consultation avec le gouvernement, collaborer à une standardisation du paquet de base et centraliser la collecte des indicateurs.

La Figure 6.3 fournit un exemple de structure de gestion d'un programme national. Elle illustre les relations de supervision et de responsabilité au sein d'un programme et les relations externes gérées aux différents niveaux. Les principaux rôles de gestion sont les suivants :

- **fixer des résultats intermédiaires** pour superviser la qualité et les progrès sur le terrain ; comparer régulièrement les progrès aux résultats ciblés pour ajuster les stratégies et les tactiques ; utiliser l'expérience et les données du programme et pour procéder à des remaniements à mi-parcours ;
- Établir une culture organisationnelle visant à :
 - habiliter les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à gérer le programme ;
 - permettre au personnel de tous les niveaux d'utiliser les données locales de suivi dans le but d'améliorer le programme.

Figure 6.3 Exemple de structure de gestion d'une intervention nationale de soins et de prévention du VIH à composantes multiples destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (les rôles présentés ne sont pas exhaustifs)



Mettre en œuvre un programme de grande ampleur pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

6.2.5 Assurer progressivement la participation complète des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (section 6.2.5)

La conception des programmes doit reposer sur la transition suivante : les programmes sont d'abord conçus *pour* les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais doivent par la suite travailler *avec* eux pour enfin être gérés *par* eux.

Pour ce faire :

- Le leadership de la gestion à tous les niveaux doit rester autant axé sur les composantes d'autonomisation de la communauté que sur des composantes plus techniques. Cette priorité doit régulièrement être réitérée et faire l'objet d'un soutien constant.
- Le renforcement des capacités et le mentorat fournissent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes les outils, le soutien et les compétences nécessaires à fournir eux-mêmes des services. Ces éléments sont en outre susceptibles de favoriser la pérennité du programme (voir les Sections 6.3 et 6.5, ainsi que le Chapitre 1, Section 1.2.4 et le Chapitre 4, Section 4.4.2).
- Il convient d'investir dans la collaboration avec des organisations conduites par la communauté et dans le soutien de ces dernières plutôt que dans le recrutement de dirigeants et de consultants. En renforçant les organisations communautaires, les programmes disposeront d'infrastructures plus solides leur permettant d'aller au-delà de la lutte contre le VIH, en essayant par exemple de lever des obstacles structurels, comme des lois criminalisant les comportements homosexuels. S'il peut sembler efficace d'engager des dirigeants communautaires et de s'appuyer sur leur réseau pour sensibiliser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, cette méthode n'est pas aussi durable que d'investir dans une organisation capable de mener un programme financé par différentes sources et bénéficiant éventuellement d'un soutien local et national.
- Il est fondamental d'instaurer des politiques de ressources humaines définissant les termes de référence des différents postes occupés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des critères de promotion clairs (voir aussi Chapitre 4, Section 4.4.2, Partie B).
- La direction doit mener un discours clair sur les attentes des employés les processus de transfert des responsabilités de l'ONG vers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Chapitre 1, Section 1.2.2 et Section 1.2.4).

6.2.6 Établir des priorités

Les ressources financières sont généralement insuffisantes pour proposer un ensemble complet de services à tous les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'un même pays. Les programmes doivent donc faire des choix quant à l'étendue des interventions, à la manière dont ils les mènent et à leur localisation. Il est par exemple possible de varier le mode de mise en œuvre des composantes techniques et d'accorder la priorité aux zones concentrant le plus grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'individus à risque. La planification du budget doit prendre en compte les sous-populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certaines sous-populations cachées comme les hommes bisexuels ou les clients des travailleurs du sexe sont moins visibles ; il peut donc s'avérer plus difficile et plus coûteux de les contacter par le biais d'intervenants en sensibilisation. Les nouvelles applications en ligne de recrutement et de développement de réseaux géolocalisées peuvent contribuer à réduire ces coûts. L'efficacité de ce type d'approche reste cependant à prouver (voir Chapitre 5, Section 5.3.1). Éléments à prendre en compte dans l'établissement de priorités :

Où établir les services ?

- › **Lieux présentant une forte concentration d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** : Untel contexte permet de toucher une vaste proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par l'intermédiaire d'un petit nombre d'organismes de mise en œuvre, générant ainsi des coûts de gestion limités. Les zones urbaines abritent généralement un plus grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, du fait de la forte densité de population.
- › **Endroits caractérisés par une exposition supérieur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au VIH ou par une forte prévalence du VIH avec un accès faible ou inexistant à des services de TARV** : Le niveau de risque dépend de facteurs comme le nombre de partenaires, le type de rapport sexuel et le libre arbitre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Lorsqu'ils sont jeunes ou deviennent sexuellement actifs, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont exposés à un risque plus élevé dû la stigmatisation et au manque d'expérience en matière de négociation de rapports protégés et de gestion de situations potentiellement violentes (prévention ou atténuation de la violence). Les HSH qui se droguent à l'aide de seringues sont également exposés à un risque plus élevé d'infection par le VIH.

Quels services proposer ? Les services doivent au moins inclure :

- › **Des services réguliers de conseil et de dépistage du VIH**. Qu'il s'agisse de prévention ou de soins, il est indispensable de connaître le statut sérologique des patients. Des slogans tels que « Reach, test, treat, retain » (sensibiliser, dépister, traiter, fidéliser) illustrent le rôle central du dépistage du VIH dans les programmes complets.
- › **Des produits de réduction des risques**, y compris des préservatifs et lubrifiants en quantités suffisantes, ainsi que des aiguilles et des seringues pour les consommateurs de drogues, là où les programmes fournissent des services de réduction des risques. Ces produits sont essentiels pour permettre aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de se protéger. Dans de nombreux cas, leur approvisionnement est toutefois largement insuffisant. Pour plus de détails, voir Chapitre 3 et Chapitre 4, Section 4.2.5. Lorsque des PrPE et des PPE sont disponibles, elles doivent également être mises à disposition.
- › **Les activités d'autonomisation communautaire** visent à améliorer la couverture et l'efficacité des services, ainsi que le libre arbitre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Comme il a été exposé au Chapitre 1, Section 1.2.9, on considère de plus en plus que les activités d'autonomisation communautaire présentent un bon rapport coût-efficacité. Elles ne doivent pas constituer un élément de « décoration », mais faire partie intégrante des programmes.
- › **Le référencement vers des services médicaux** accessibles et acceptables en matière de santé sexuelle, d'IST, de TARV, de dépistage et de traitement de la tuberculose, de vaccination et de traitement de l'hépatite B, mais aussi de traitements de substitution aux opiacés (voir Chapitre 4 pour plus de détails). Il est parfois plus difficile d'établir un référencement vers des services externes de bonne qualité que de mettre en place ces services au sein du projet. Il est préférable de centraliser les services en un seul lieu; les services de référencement doivent tendre vers cet objectif. Il est souvent nécessaire de former et de sensibiliser les prestataires pour s'assurer que leurs services sont confidentiels et ne sont pas discriminatoires ni stigmatisants. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dont certains peuvent avoir été victimes d'abus ou de discrimination de la part de prestataires de services, devront quant à eux être rassurés quant à la qualité de l'accueil et des soins. Il est parfois nécessaire de collaborer avec l'administration afin de modifier les heures d'ouverture des cliniques et de les rendre plus accessibles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en assurant un service en horaires décalés). Il est souvent nécessaire de former le personnel aux techniques médicales et aux protocoles spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec des

hommes. Certains programmes emploient un système de tickets services destinés à améliorer l'accessibilité aux services médicaux proposés par des prestataires privés. Sur le long terme, il peut s'avérer plus pérenne de renvoyer vers des prestataires accessibles et respectueux que de proposer des services médicaux gérés par le programme, si l'utilisation par la communauté est élevée et si le programme dispose de pairs-pivots (voir Chapitre 4, Section 4.4.2, Partie C).

- › **Lever les principaux obstacles structurels**, comme la violence et l'ingérence de la police dans la prestation de services. Les mesures à prendre dépendront du contexte local mais peuvent consister à modifier les lois et politiques en vigueur, offrir un soutien juridique aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, leur offrir des services de soutien lorsqu'ils sont victimes de violences et sensibiliser les agents de police. Les interventions de prévention des brimades en milieu scolaire sont essentielles pour réduire le risque de violences et de harcèlement homophobes auxquels sont confrontés les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Même dans les cas où l'homophobie ne peut pas être directement combattue, des politiques générales interdisant les brimades peuvent toutefois avoir un effet protecteur. (Voir le Chapitre 2 pour plus de détails sur les interventions structurelles.)

6.2.7 Mettre en œuvre le programme par étapes

Une mise en œuvre suivant des étapes clairement définies aide à atteindre une large couverture géographique. Le programme est d'abord lancé presque simultanément dans toutes les zones géographiques ciblées (contrairement aux programmes pilotes reproductibles) à travers la mise en place des infrastructures matérielles nécessaires (bureaux, espaces sécurisés, cliniques) dans ces zones. Cette étape est suivie par la mise en œuvre intensive de certains services et une amélioration constante de leur qualité. Enfin, à mesure que l'intervention se développe, l'accent se déplace vers la pérennisation des services et interventions. Des services supplémentaires peuvent venir s'ajouter progressivement. La Figure 6.4 récapitule les étapes de mise en œuvre d'un programme.

A. Du lancement à la mise en place des infrastructures dans la zone géographique ciblée

1. Cartographie et estimation de la taille de la communauté

La cartographie fournit des informations fiables sur la taille de la communauté d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'une zone géographique donnée, sur ses sous-groupes, ses comportements à risque, les services médicaux dont elle dispose et sur ses besoins et ses préférences. À partir de ces informations, il est possible de définir les lieux où proposer des services, de les adresser aux sous-groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de fixer des objectifs de performance, d'obtenir des financements, d'allouer des ressources du programme et d'en évaluer la couverture.

La cartographie permet d'identifier des ONG et des OBC considérées comme acceptables par la communauté pour la mise en œuvre d'interventions de sensibilisation de base, de services de référencement et de certains services médicaux, si le programme est d'accord et selon la faisabilité juridique et financière.

Au niveau de la mise en œuvre, les gestionnaires peuvent s'appuyer sur la cartographie et l'estimation de la taille de la communauté pour :

- estimer la taille de la communauté d'une zone donnée afin de déterminer les besoins en personnel ;
- décider où intervenir auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir Figure 6.5) ;
- identifier les services médicaux qui font défaut et les endroits où les mettre en place ;
- guider la conception initiale de l'intervention grâce à l'obtention d'informations sur les comportements à risque, la perception des risques et les difficultés à affronter.

6 Gestion des programmes

Dans de nombreux pays, l'utilisation d'applications pour smartphone et autres plateformes de TIC change la façon dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'y prennent pour faire des rencontres sociales et sexuelles et réduit leur présence dans les lieux de rencontre traditionnels (par ex. lieux de « *crusing* »). S'il est possible que le nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reste inchangé, leur visibilité diminuera dans ce type d'endroits. Si les membres de la communauté indiquent que les TIC sont largement utilisées pour faire des rencontres, la cartographie et l'estimation de la taille de la communauté doivent tenir compte de cette information. Dans un tel contexte, les approches traditionnelles décrites ci-dessous doivent être complétées par des informations fournies par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes concernant l'étendue et les conséquences de l'utilisation des TIC sur leurs réseaux sociaux et sexuels.

Figure 6.4 Étapes de mise en œuvre d'un programme à composantes multiples destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



La cartographie et l'estimation de la taille constituent un processus en plusieurs étapes qui consiste à se concentrer sur des niveaux de plus en plus locaux afin d'obtenir des informations plus détaillées et précises. À elle seule, une cartographie générale ne suffit pas à identifier les sous-populations de HSH que le programme doit toucher. Une estimation générale du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes résidant dans une ville donnée inclura à la fois ceux qui bénéficient déjà de services qu'ils considèrent suffisants et ceux qui ne sont peu exposés au risque de contamination par le VIH et les IST. Il est donc nécessaire de définir les sous-populations et leurs comportements à risque pour pouvoir comprendre leurs besoins et donner la priorité à certains services.

› **Première étape: «Dans quels endroits du pays se trouvent concentrés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes?»** Pour déterminer où les services doivent être proposés, un planificateur national doit d'abord savoir où se trouvent les plus fortes concentrations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est possible d'obtenir des informations sur ces zones de forte densité en interrogeant des informateurs clés vivant dans des zones urbaines, comme des prestataires de services de santé ou des membres de la communauté connus du programme. S'il existe des sites de réseaux sociaux ou des applications fondées sur la géolocalisation, ces outils peuvent également servir à recueillir des informations. Un nombre approximatif d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doit ensuite être associé à chaque zone identifiée afin de se concentrer d'abord sur les lieux aux fortes densités de HSH.

› **Deuxième étape: «Combien cette zone compte-t-elle d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et où se trouvent-ils? À quels risques et vulnérabilités sont-ils exposés et quels sont leurs besoins et préférences en matière de service?»** Une fois la zone géographique délimitée, on procède généralement à une cartographie et à une estimation plus précises de la communauté. Selon le niveau d'implication des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans ces travaux, on peut s'inspirer de la méthode PLACE (Priorities for Local AIDS Control Efforts, voir Section 6.7) ou réaliser une évaluation de site participative. L'utilisation d'Internet, des réseaux sociaux et des applications avec géolocalisation peut une fois de plus compléter ou supplanter les approches traditionnelles.

Les évaluations de site participatives peuvent être conduites en collaboration avec des membres formés de la communauté, des chercheurs et des organisations communautaires locales. Ces partenaires contribuent aux estimations initiales de taille de la communauté et à la cartographie des sous-groupes (par ex. hommes se définissant ou comme homosexuels, jeunes hommes, consommateurs de drogues, travailleurs du sexe, etc.) afin d'identifier les hommes les plus exposés au risque d'infection par le VIH, mais aussi les lieux de rencontres où se rassemblent les membres de la communauté et les services existants qui leur sont proposés. En assurant l'implication des membres de la communauté, le processus participatif de cartographie peut renforcer leur estime de soi, leur autonomisation et leur identification aux programmes, garantissant ainsi que les programmes seront mis en œuvre avec la plus grande précaution possible.

Les lieux identifiés par différents informateurs ou concentrant un grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes font ensuite l'objet d'une analyse plus approfondie visant à déterminer le degré d'exposition au VIH et à d'autres IST. Des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont interrogés sur le nombre d'hommes se réunissant, les lieux et heures de rencontre et les autres endroits à proximités où l'ont peut trouver des HSH.

Si le programme entretient de bonnes relations avec la communauté de HSH des zones identifiées, il est possible de valider les résultats en les présentant à la communauté et en discutant avec elle. Des points de repère locaux et des lieux de rassemblement de la communauté peuvent être indiqués sur les cartes, dans leur version papier ou en utilisant des dispositifs électroniques tels qu'un GPS ou un système d'information géographique (SIG).

Pour utiliser ces informations, le programme collaboration étroitement avec la communauté afin de choisir l'emplacement des points de service, comme les espaces sécurisés (centres communautaires) et les cliniques. D'autres cliniques peuvent être sélectionnées et cartographiées afin de développer avec elles des relations de référencement avec les meilleurs prestataires. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent en outre parfaire la conception du programme en décrivant les lieux, les heures et les habitudes qui guideront les modalités de mise en place des services.

- › **Troisième étape: «Comment atteindre les HSH les plus exposés aux risques?»** Lors de cette étape, on utilise généralement les cartes des réseaux sociaux pour identifier avec précision les personnes susceptibles d'être contactées par des intervenants en sensibilisation communautaire. À cette approche peut s'adjoindre une intervention conduite par les pairs (ICP). L'ICP a été créée aux États-Unis pour les consommateurs de drogues par injection. Il s'agit d'une méthode de sensibilisation qui passe par une chaîne de référencement. Elle a été étendue et adaptée à d'autres populations, dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes sans-abri et les travailleurs du sexe. Au Ghana, elle a permis d'identifier des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentant un risque plus élevé que ceux bénéficiant déjà de services. Les informations provenant de la communauté au sens large orientent la planification locale tout en incorporant les valeurs et préférences des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. (Voir la Section 6.7 pour de plus amples informations)

Encadré 6.2

Utilisation responsable des cartes

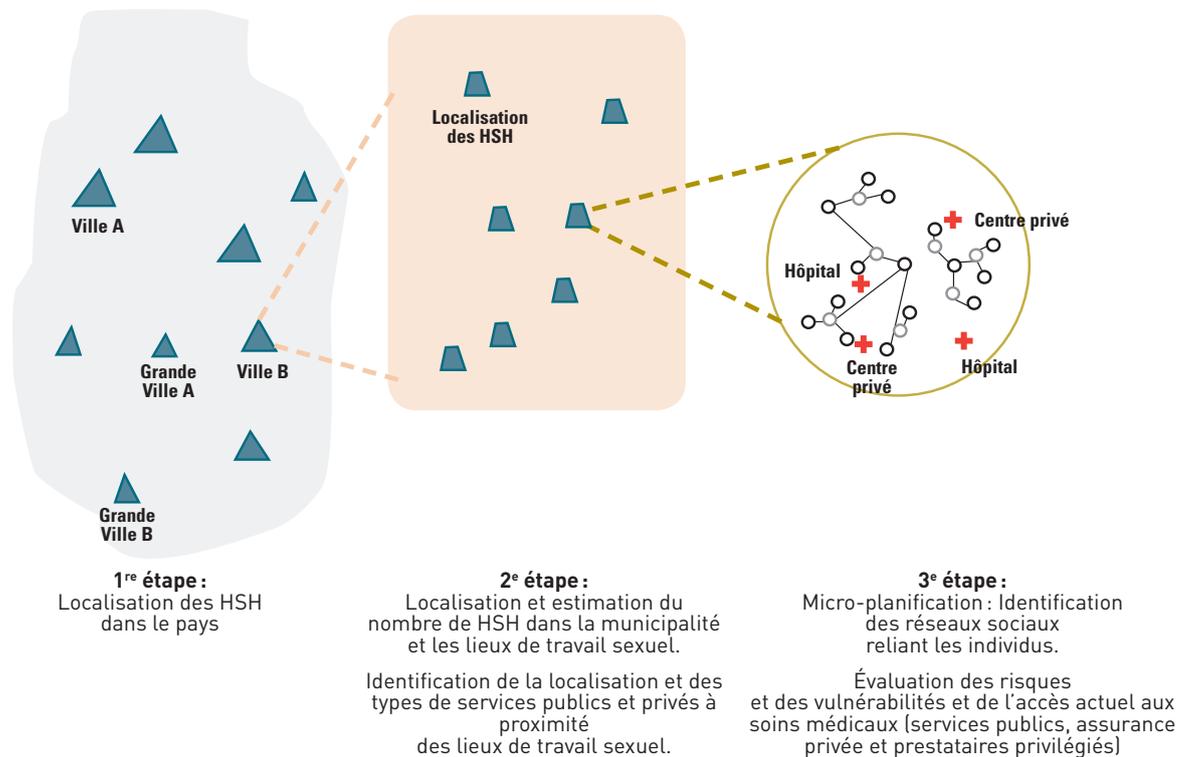
La cartographie doit être régie par des principes éthiques afin de garantir la sûreté et la sécurité de chacun. Elle ne doit être effectuée que si la confidentialité des participants et des sites du programme peut être assurée. Les programmes doivent trouver un point d'équilibre entre leur besoin de données et l'exigence de ne pas causer de tort dans des contextes potentiellement hostiles. (Cette question peut revêtir une importance moindre dans les pays où l'homosexualité masculine n'est pas criminalisée.)

Les données de cartographie doivent être traitées avec précaution. Les cartes et autres représentations contenant des informations sur la situation géographique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent exposer ces derniers à des risques importants si la police ou d'autres groupes (tels que les médias) venaient à entrer en leur possession et à les utiliser pour localiser la communauté ou lui causer du tort. Ces cartes doivent donc rester strictement confidentielles et faire l'objet d'un stockage sécurisé dans une agence centrale. Les planificateurs et les organismes de mise en œuvre doivent consulter la communauté quant aux méthodes de cartographie, de présentation, de sécurisation, de consignation ou de dissimulation des données et des archives.

Si les organismes de mise en œuvre craignent que les cartes puissent tomber dans les mains de personnes extérieures au programme, elles doivent éviter de les étiqueter ou de leur attribuer des titres et préférer un vocabulaire plus général (par ex. « participants » ou « membres ») qui ne soit pas directement associé à la communauté cartographiée. Si les cartes sont destinées à un public externe au programme (par ex. article portant sur le programme), les noms de lieux doivent être floutés et les données spécifiques à un lieu doivent être agrégées à d'autres, de sorte que les cartes ne puissent pas être utilisées pour localiser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Il convient de garder à l'esprit que les cartes ont une portée symbolique. Les personnes n'ayant pas directement participé à leur élaboration peuvent les considérer comme une représentation fidèle de la réalité, alors qu'elles ne reflètent que des éléments sélectionnés et que les cartes dressées dans le cadre d'un exercice de cartographie sont inévitablement plus approximatives que les cartes professionnelles. Inconsciemment, certaines données peuvent par exemple être exagérées ou minimisées, tandis que des couleurs ou symboles peuvent exprimer l'approbation ou la désapprobation vis-à-vis d'un lieu ou d'un groupe de personnes. Les personnes impliquées dans les exercices de cartographie doivent par conséquent être attentifs au choix des couleurs, à leurs formulations, à la classification des données, aux symboles et au contenu à inclure ou exclure.

Figure 6.5 Étapes de la détermination de l'endroit où mettre en place des services pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Source : Adapté de : Karnataka Health Promotion Trust (KHPT), *A systematic approach to the design and scale-up of targeted interventions for HIV prevention among urban sex workers*. Bangalore, Inde : KHPT ; 2012.

2. Répartir les responsabilités entre les organismes de mise en œuvre

Il est important d'assigner des zones distinctes aux différents organismes de mise en œuvre afin d'établir clairement les responsabilités en matière de couverture. Il convient donc d'éviter autant que possible d'assigner plusieurs fois une même zone géographique, tout en tenant compte de la taille des communautés et des sous-groupes qui les composent. Si la population cible est trop réduite, le coût de l'intervention par individu sera trop élevé ; si au contraire la population est trop élevée, les capacités de gestion de l'organisme pourraient être saturées.

3. Engager et former le personnel

Pour mener une intervention à composantes multiples de lutte contre le VIH auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est nécessaire de disposer d'un personnel doté de toute un éventail de compétences. La composition d'une équipe dépend des services qu'elle propose, du mode de prestation, de la taille de la communauté desservie et de la zone géographique à couvrir. Le Tableau 6.4 présente un exemple d'équipe de mise en œuvre au niveau de la municipalité/du quartier/de la commune.

4. Identifier et renforcer des services publics ou privés

Il est probable que la plupart (ou la totalité) des services médicaux soit fournie par des prestataires publics ou privés et non par l'organisme de mise en œuvre, mais Le rôle de l'organisme de mise en œuvre consiste alors à identifier ou recommander des prestataires de services respectueux et non stigmatisants pour les référencement, en vue d'atteindre l'objectif d'un centre de service unique. Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent déjà les prestataires qui leur conviennent, c'est pourquoi le fait de s'entretenir avec la communauté permet au programme d'identifier des prestataires. Grâce à la rétroaction de la communauté, l'organisme de mise en œuvre peut également former des prestataires

clés et surveiller les problèmes de stigmatisation et de discrimination. Dans certains pays, des assurances professionnelles privées donnent accès aux soins de santé. De nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficient de services de santé par ce biais. Dans de tels systèmes, les prestataires peuvent être formés grâce à des cours particuliers, s'ils sont d'accord, ou dans le cadre de formations continues ou de cours dispensés par des organisations professionnelles. Les organismes de mise en œuvre peuvent apporter leur concours à ces formations.

Encadré 6.3

Renforcer les services publics pour les membres de la communauté en Chine

Active dans trois villes de la province de Gansu, la *China Family Planning Association* (CFPA) promeut la santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en se concentrant sur la création d'un environnement plus propice et sur l'amélioration de leurs pratiques et comportements en matière de santé sexuelle. En consultation avec la communauté et les services de santé des gouvernements locaux, 11 hôpitaux ont été sélectionnés pour bénéficier d'un programme visant à renforcer des services de santé sexuels non discriminatoires destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Trente prestataires de services de santé ont été sensibilisés au cours d'une formation dispensée par la CFPA et des représentants de la communauté.

Avant cette formation, une grande partie du personnel interrogé estimait que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes souffraient de problèmes psychologiques ou étaient immoraux. Après la formation, l'attitude des prestataires de service s'est améliorée, puisque 95 % d'entre eux ont assuré qu'ils respecteraient la confidentialité de leurs patients et leur apporteraient leur aide. Un système de référencement vers ces hôpitaux a été mis en place afin de proposer des services de conseil et de dépistage volontaire, un traitement des IST et d'autres services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des cartes de service ont été imprimées et distribuées afin de promouvoir les services de référencement auprès des membres de la communauté.

Tableau 6.4 Exemple de composition de l'équipe d'un organisme de mise en œuvre de niveau de la municipalité/du quartier/de la commune pour environ 1000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Poste (nombre d'employés)	Responsabilités	Commentaires
Personnel administratif et de coordination		
Coordinateur du programme (1)	Responsable de la mise en œuvre du projet.	
Agent des données (1)	Agrège les données, produit les rapports et supervise la qualité des données.	
Comptable (1)	Tient les comptes et règle les dépenses locales du programme.	Un plus grand organisme peut également avoir besoin d'un directeur financier.
Personnel médical et technique		
Médecin (1)	Fournit les services médicaux proposés par le programme.	Si ce dernier oriente systématiquement la communauté vers des services médicaux externes, ce poste n'est pas nécessaire. Si des diagnostics sont effectués sur place ou au sein de la communauté, un processus d'assurance qualité doit être mis en place pour assurer un stockage adapté des kits, des formations appropriées et un suivi de la qualité.

Poste (nombre d'employés)	Responsabilités	Commentaires
Infirmier (1)	Fournit/aide à fournir les services médicaux proposés par le programme.	Si ce dernier oriente systématiquement la communauté vers des services médicaux externes, ce poste n'est pas nécessaire.
Conseiller (1)	<p>Conseille sur les options de traitement et de prévention du VIH.</p> <p>Identifie et ère les questions de santé mentale comme la dépression et l'anxiété.</p> <p>Fournit un soutien supplémentaire aux processus de changement des comportements.</p> <p>Soutient les conseillers communautaires si la communauté propose un CDV.</p>	Même si aucun service médical n'est proposé par le programme, un conseiller peut fournir des conseils supplémentaires aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes concernant les difficultés liées aux services médicaux externes.
Assistant médical (1)	Accueille les patients, entretient la salle d'accueil.	
Expert en technologies de l'information et de la communication (1)	Gère l'utilisation des plateformes de messagerie par Internet et des médias sociaux dans le cadre de la sensibilisation.	Ce poste est indispensable si les TIC constituent un moyen de communication important pour la communauté.
Personnel de sensibilisation		
Responsables de la sensibilisation (~5)	<p>Supervisent chaque semaine les intervenants en sensibilisation communautaire.</p> <p>S'assurent que les renseignements relatifs à la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont enregistrés et incorporés dans les systèmes de suivi de routine.</p>	
Intervenants en sensibilisation communautaire (~20) et pairs pivots	<p>Interviennent régulièrement auprès de la communauté, fournissent des produits, orientent les patients, opèrent un suivi et effectuent des interventions structurelles.</p> <p>Soutiennent le processus de modification du comportement.</p> <p>Aident les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à réagir à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence.</p> <p>Soutiennent l'observance des traitements.</p> <p>Conseil initial, si la communauté propose un CDV.</p>	Les intervenants en sensibilisation communautaire travaillent théoriquement 5 jours par semaine, 4 heures par jour et rencontrent 2 ou 2 HSH au cours d'une journée. Il devront prévoir du temps pour rencontrer régulièrement les superviseurs/responsables et assister à la réunion mensuelle de l'organisme de mise en œuvre. Leur nombre peut être revu selon la densité ou la dispersion des HSH, s'ils sont chargés d'autres tâches comme le CDV communautaire ou si la sensibilisation passe principalement par les TIC.
Assistant administratif (1)	Aide à gérer les tâches administratives courantes.	

Le Tableau 6.5 propose une liste des éléments à prendre en compte pour l'établissement du budget d'un seul site géré par une OBC

Tableau 6.5 Coûts des opérations locales d'un organisme de mise en œuvre

A. Personnel	D. Coûts directs
Salaires	Location de locaux à l'occasion d'évènements
Assurance santé/bénéfices sociaux	E. Contrats
Formation/Développement professionnel	Services d'audit
Coûts de responsabilité sociale*	Gestion financière
B. Infrastructure/Équipement	Expert en évaluation
Loyer	F. Services médicaux
Charges afférentes aux locaux	Essais en laboratoires, matériel et fournitures associées
Assurance	Médicaments pour les maladies prises en charge
Meubles	Conteneurs pour déchets dangereux
Ordinateurs	Stockage sécurisé et adapté des médicaments et des diagnostics
Coffre-fort	Fournitures médicales (gants, tampons imbibés d'alcool, pansements, tampons)
Abonnement à Internet/coût de la ligne d'urgence	Vaccination contre l'hépatite B pour les prestataires de services médicaux
Véhicules	Contrat d'assurance qualité/de contrôle qualité pour le laboratoire
Carburant	Assurance responsabilité
Projecteurs	Réfrigérateur
C. Fournitures	Frais d'inscription/Frais de licence
Papier/Impression	Formation à la prévention des infections
Fournitures utilisées pour la sensibilisation	Stockage sécurisé des dossiers médicaux
Préservatifs/lubrifiant	
Boissons pour les réunions du comité	

**Notamment : fonds destinés aux acomptes juridiques, fonds d'urgence pour les avocats, libération sous caution, foyers d'hébergements, réparation d'actes de vandalisme. Plus les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont stigmatisés et criminalisés dans un pays donné, plus les fonds affectés à ce poste budgétaire doivent être conséquents.*

L'équipe de mise en œuvre est susceptible d'inclure des personnes membres et non-membres de la communauté. Les employés qui ne sont pas des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent se montrer sensibles au contexte d'identité, de discrimination et de violence ainsi qu'aux différents problèmes auxquels sont confrontés les HSH. Ils doivent également être capables d'aborder certains sujets comme les rapports sexuels et la prestation de services sans porter de jugement. Étant donné que les objectifs premiers du programme sont le progrès et l'autonomisation de la communauté, le personnel doit être disposé à apprendre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à assumer un rôle de mentor. Le Chapitre 4, Encadré 4.17, présente les caractéristiques d'un bon intervenant en sensibilisation communautaire. Même si le personnel est engagé en vue d'assumer un rôle précis au sein du programme, il doit savoir

s'adapter aux nouvelles situations rencontrées sur le terrain, qui peuvent nécessiter l'adoption de nouvelles approches.

Le renforcement des capacités du personnel est un aspect central dans tous les programmes mais recouvre une importance particulière dans ceux consacrés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui visent à les impliquer progressivement dans la gestion et l'appropriation du programme. Pour ce faire, il est nécessaire de confier un nombre croissant de postes de terrain et de gestion aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La Section 6.5 traite du renforcement des capacités des organisations.

B. Du déploiement des services à l'amélioration de la couverture et de la qualité

À ce stade de mise en œuvre, le programme se consacre sur la couverture de la communauté en services (sensibilisation, éducation, médicaments et produits de prévention, référencement vers les services adéquats, etc.) et sur l'amélioration de la qualité. Cette phase de déploiement est un processus continu lors duquel les instances de gestion de tous les niveaux comparent les progrès effectués aux objectifs fixés et ajustent leur stratégie selon les besoins. Les ajustements apportés à mi-parcours en fonction des besoins se fondent sur de nouvelles données, de nouvelles approches ou des changements d'ordre environnemental et structurel affectant la programmation. L'intensité et la qualité de la couverture croissent à mesure que le personnel gagne en compétence. C'est au cours de cette phase que la flexibilité et le perfectionnement continu du programme prennent toute leur importance. Les programmes de grande ampleur doivent mettre en place des mécanismes d'apprentissage croisé. La présence d'un système de suivi solide et régulièrement révisé est essentielle à un déploiement réussi des services. Elle permettra également aux partenaires et au gouvernement de savoir si le programme est mis en œuvre efficacement et s'il est fidèle au concept original et aux objectifs de couverture fixés.

C. Tendre vers l'amélioration des systèmes et l'évolution des normes sociales et favoriser la pérennité

Les principaux objectifs du programme consistent à : (1) fournir des services et des produits visant à réduire le risque de transmission et la mortalité, (2) promouvoir un environnement propice afin de réduire la vulnérabilité de la communauté et d'augmenter l'accès et le recours aux services et (3) autonomiser les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour leur permettre de prendre part au programme et renforcer progressivement leur capacité à le mettre en œuvre. Ce dernier objectif rendra le programme plus efficace et sans doute plus pérenne. Les caractéristiques idéales d'un programme de ce type sont les suivantes :

- Des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes prennent la direction des activités de sensibilisation, de distribution de préservatifs et de lubrifiants et facilitent le référencement vers les services médicaux externes. À mesure que la communauté développe ses compétences et son intérêt pour l'organisme de mise en œuvre, elle doit y occuper de plus en plus de postes à responsabilité.
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes possèdent un libre arbitre individuel et communautaire suffisant pour régler eux-mêmes les problèmes qu'ils rencontrent avec la police, le système de santé, le gouvernement et leurs pairs.
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes occupent des postes dans les organes de planification de prestation de services et de riposte à la violence aux niveaux local, régional et national.
- L'évolution des normes sociales dans les communautés rend habituelle l'utilisation des mesures de prévention (préservatifs et lubrifiant, PrPE).

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent accéder à des services de santé sexuelle et de traitement du VIH non stigmatisants et non discriminatoires aussi souvent que la population générale.
- Les produits de prévention sont disponibles en quantité suffisante, à la fois grâce au marketing social et à un renforcement national de l'approvisionnement et des mécanismes de distribution. Les programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont intégrés à un système de suivi des produits (voir Chapitre 3).

À ce stade, la mise en œuvre du programme consiste à renforcer les systèmes, lever les obstacles structurels et autonomiser les communautés, tout en assurant la prestation de services et leur évaluation. À mesure que les normes sociales relatives aux rapports sexuels protégés et au recours aux services médicaux se modifient et que des services respectueux se mettent en place, le rythme de certaines activités du programme peut être amené à ralentir.

D. Expansion et ajout de services

Une fois que l'infrastructure est en place, que la communauté est impliquée et couverte par des services de base et que le programme fonctionne bien, il est possible d'ajouter d'autres services nécessaires ou demandés par la communauté.

6.2.8 Mettre en place un système de supervision

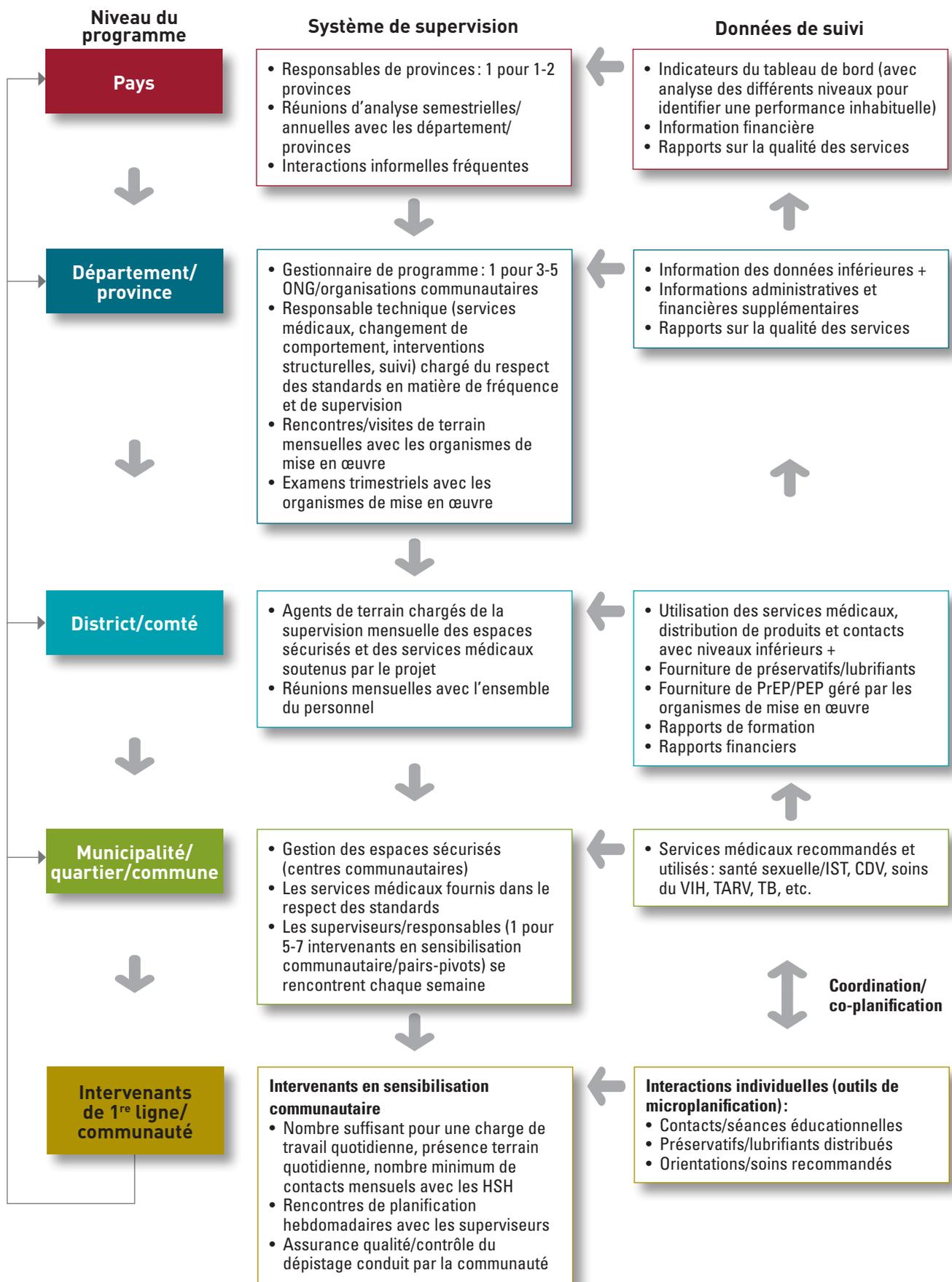
Lorsqu'elles sont organisées régulièrement, les réunions de supervision, aident à créer une « culture des données » qui favorise le perfectionnement continu et la prise de mesures correctives à tous les niveaux, ainsi que la résolution des problèmes en toute indépendance. Des réunions périodiques doivent être organisées pour analyser les données produites à tous les niveaux de mise en œuvre (intervenants en sensibilisation communautaire, personne des organismes de mise en œuvre, niveau des départements/provinces et gestion centrale). Les visites de terrain des superviseurs peuvent également fournir des informations sur la qualité de la mise en œuvre, qui aideront à interpréter les données et à trouver des solutions.

La Figure 6.6 représente par exemple un système de supervision et d'analyse de programme utilisé dans le cadre d'un grand projet mis en œuvre en Inde, ainsi que le niveau de mise en œuvre dont sont issues les données utilisées. Les réunions des comités communautaires et les réunions périodiques entre intervenants en sensibilisation communautaire et superviseurs/responsables sont toutes deux des occasions de collecter des données quantitatives et qualitatives. Il s'agit d'un aspect important du processus d'autonomisation de la communauté décrit au Chapitre 1.

Le soutien à la supervision (par ex. mentorat) peut également être assuré à travers :

- la motivation et la formation du personnel à la sensibilisation, au conseil et aux questions médicales ;
- le suivi qualitatif des cliniques soutenues par le programme ;
- le partage et l'explication des directives ;
- le suivi et l'évaluation des performances du personnel ;
- la gestion des difficultés quotidiennes ;
- la facilitation du soutien organisationnel.

Figure 6.6 Supervision et suivi d'un programme national de soins et de prévention du VIH destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



6.3 Renforcement des capacités et enseignements tirés du programme

Les ONG ont souvent peu d'expérience dans la mise en œuvre d'interventions auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les organisations communautaires proposant des services sont de taille limitée. Le système de renforcement des capacités doit répondre aux divers besoins des organismes de mise en œuvre pour parvenir à mettre en place des programmes complets de qualité aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les capacités du personnel peuvent être renforcées grâce à des formations ordinaires dispensées en classe, du travail de terrain, de la supervision/du mentorat et des séances interactives de résolution des problèmes. Dans l'idéal, les documents de formation doivent être adaptés ou créés au niveau central afin de garantir la qualité des formations et d'assurer leur conformité aux normes de base énoncées par le programme. Ils doivent se fonder sur une évaluation des besoins en matière de renforcement des capacités. Les évaluations effectuées avant et après la formation permettent de contrôler la qualité des formations.

Bien que le personnel HSH et non HSH puisse présenter des différences de type et de niveau d'expérience, la formation doit autant que possible les réunir de sorte que tous les participants apprennent les uns des autres et combrent leurs lacunes de manière collaborative.

Personnel n'appartenant pas à la communauté des **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**: Les objectifs des formations doivent prendre en compte les besoins de la communauté et peuvent consister à :

- familiariser le personnel avec les spécificités du projet (par ex. intervention, formulaires de rapport, suivi de la qualité) ;
- expliquer les directives et normes nationales en matière de prévention, de soins et de traitement du VIH ;
- renforcer les compétences techniques dans de nouveaux domaines couverts par l'organisme de mise en œuvre (par ex. examen des IST anales et orales, questions relatives au conseil et applicables aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme la violence, la consommation d'alcool et de drogue, l'estime de soi, la santé mentale, le dépistage communautaire du VIH, etc.) ;
- sensibiliser le personnel aux problèmes des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (par ex. criminalisation, violence, stigmatisation, discrimination, faible estime de soi). Certains employés devront également modifier leur attitude vis-à-vis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (par ex. en ce qui concerne la sexualité, la morale, etc.) ;
- sensibiliser le personnel au transfert de compétences et de responsabilités au profit de la communauté.

Personnel appartenant à la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: L'objectif du programme consiste à impliquer progressivement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la gestion du programme et renforcer leur capacité à affronter certaines des contraintes environnementales et structurelles qui les empêchent d'adopter un comportement préventif. Les objectifs de la formation consistent quant à eux à renforcer leur capacité à mener des activités de sensibilisation, gérer tous les aspects de la sensibilisation et accéder à d'autres postes du programme, notamment des postes de direction. Ce processus peut être décomposé en une phase de base et une phase avancée. Plus de détails sont disponibles au Chapitre 4, Section 4.4.2., Partie B.

Voici quelques approches permettant de tirer des enseignements du programme :

- visites de routine des gestionnaires du programme visant à découvrir les innovations locales et à en faire bénéficier les autres sites ;
- Analyses régulières du programme réunissant plusieurs organismes de mise en œuvre et offrant également l'occasion de partager des connaissances ;

- visites croisées des sites par les techniciens pour échanger des méthodes de travail ;
- visites croisées des sites par les intervenants en sensibilisation communautaire/pairs pivots pour échanger des méthodes de travail ;
- révision formelle des approches du programme, des standards minimaux, des procédures opérationnelles normales et des formulaires de rapport ;
- consultation avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

6.4 Développement du personnel

- Plusieurs bonnes pratiques ont été énoncées pour garantir la qualité du recrutement, la motivation et la satisfaction du personnel. Elles consistent notamment à :
- décrire clairement le rôle et les responsabilités de tous les postes du programme, y compris ceux occupés par des membres de la communauté ;
- mettre en place une hiérarchie claire indiquant à qui chacun doit rendre des comptes ;
- mener des activités visant à souder les équipes et à instaurer une culture du mentorat ;
- utiliser des critères clairs pour l'analyse des performances et procéder à une évaluation et des rétroactions régulières des performances ;
- créer une culture de travail où tous les employés ont une vision globale du programme et contribuent à sa bonne gestion dans une recherche d'excellence ;
- formuler des politiques claires sur les congés, le remboursement des frais de déplacement et la rémunération du travail. Les politiques doivent être équitables pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans l'idéal, ces politiques doivent être uniformisées au niveau national ;
- proposer au personnel d'être formé à différents postes de l'organisation (par ex. superviseur en sensibilisation, assistant médical, infirmier, conseiller, travailleur social, gestionnaire administratif, technicien, directeur du programme).

PARTIE II

6.5 Renforcer les capacités des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le renforcement des capacités organisationnelles constitue une approche complète visant à rendre une organisation capable de planifier, gérer et financer elle-même son fonctionnement pour être en mesure de mettre en œuvre sa vision et sa stratégie. Parallèlement, le renforcement de ses capacités l'aide à répondre aux exigences du gouvernement, des partenaires et des agences d'assistance techniques en matière d'indicateurs, lorsque ces institutions constituent une source de financement. Que les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes soient déjà en place ou qu'elles soient créées dans le cadre d'un programme de prévention du VIH, elles doivent comprendre les objectifs et les besoins des partenaires tout en apprenant à les façonner si nécessaire, de sorte qu'ils n'entrent pas en conflit avec leur propre stratégie.⁸

8 La communauté du développement dispose d'une longue expérience dans le renforcement des capacités. Les premiers efforts visaient généralement à aider les organisations à gérer les financements provenant d'un partenaire précis ou à mettre en œuvre des programmes techniques financés par des partenaires. À l'heure actuelle, l'objectif du renforcement des capacités consiste à renforcer les organisations dans leur ensemble, mais le renforcement des capacités dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet est généralement plus efficace que le renforcement des capacités organisationnelles pris isolément, puisqu'elle permet de mettre en application les enseignements théoriques. Si l'on parle ici de « renforcement des capacités », on pourrait tout aussi bien parler de « développement des capacités » ou de « développement organisationnel ».

Comme d'autres organisations, les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent confrontées à différents obstacles leur empêchant de se consolider et de se pérenniser. Elles peuvent adopter différentes approches pour surmonter ces difficultés. Une organisation déjà établie disposera peut-être d'une bonne compréhension des besoins de sa communauté et sera capable de conduire elle-même le processus de renforcement de ses capacités, tandis qu'une organisation plus récente aura sans doute besoin de conseils. Certains principes s'appliquent néanmoins au renforcement des capacités en général. Le soutien aux organisations doit être :

- **Complet** : Identifier l'ensemble des besoins de renforcement d'une organisation permet d'adopter une approche plus systématique et de répondre à tous les besoins essentiels ;
- **Adapté au contexte et personnalisé** : Le soutien accordé doit être adapté aux contextes culturel, politique et social et répondre aux besoins spécifiques des organisations renforcées ;
- **Pris en charge par la communauté locale** : Les groupes qui soutiennent le renforcement des capacités peuvent comprendre les processus et aider les organisations communautaires à identifier leurs besoins. Celles-ci doivent toutefois prendre leurs décisions en toute indépendance, sous peine de mettre en danger le processus de renforcement ;
- **Adapté au niveau de préparation** : Le type, le niveau et l'importance du renforcement des capacités doivent être fondés sur la capacité de l'organisation à intégrer le soutien et à s'en servir ;
- **Ouvert sur la communauté** : S'il est fondamental pour une organisation d'assurer la santé de son personnel et la solidité de ses structures internes, elle s'inscrit également dans une communauté plus large et doit savoir saisir les opportunités de partenariats qui s'offrent à elle pour en tirer profit ;
- **Axé sur la pérennité** : Le renforcement doit soutenir la capacité d'une organisation à conserver un minimum de ressources essentielles à son bon fonctionnement ;
- **Axé sur l'apprentissage** : Les organisations qui ne développent pas continuellement leurs connaissances sur leurs fonctions, leurs bénéficiaires, leur communauté, les domaines techniques, etc., finissent par stagner et devenir inutiles.

Encadré 6.4

Le rôle de l'autonomisation communautaire dans le renforcement des capacités

Le renforcement des capacités a pour but d'institutionnaliser le soutien aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à leur permettre de défendre eux-mêmes leurs intérêts. Ce rôle est important à deux égards :

- La création d'une structure organisationnelle assure une cohérence sur le long terme et met en place des processus permettant de remplacer les personnes clés en cas de départ, garantissant ainsi la poursuite de l'autonomisation communautaire ;
- Les organisations conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont moins soumises aux influences externes et sont donc plus autonomes.

Il importe de noter que tous les groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne deviendront pas des organisations indépendantes (et ne le doivent pas nécessairement). Il revient en effet à chaque communauté de décider de son avenir. Ces communautés peuvent décider de développer des OBC ou des ONG, mais certaines trouveront plus commode et plus adapté de continuer à travailler à travers d'autres organisations. Cela peut être le cas dans des pays où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se trouvent confrontés à une répression sociale ou juridique intense.

6.5.1 Fonder une organisation officielle

Le Chapitre 1, Section 1.2.3, décrit plusieurs méthodes de formation d'organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. À leurs débuts, ces organisations sont souvent des groupes communautaires informels qui créent par la suite des structures et des processus afin de progresser plus efficacement vers leurs objectifs.

Les organisations peuvent être établies de plusieurs façons. Les deux méthodes principales sont :

- le développement depuis une organisation existante ;
- une création indépendante.

L'avantage de la première méthode réside dans le soutien que l'organisation partenaire peut apporter : financement, mise à disposition de locaux, assistance dans les activités et plaidoyer pour lever les obstacles auxquels la nouvelle organisation sera confrontée. Ce soutien s'avère souvent nécessaire et bienvenu ; il doit consister en une mise en relation du groupe local avec des réseaux nationaux et régionaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette méthode peut aussi être utile dans des pays où l'environnement juridique et social rend impossible la formation d'un groupe communautaire indépendant.

Indépendamment de la méthode choisie, pour qu'une organisation d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jouisse d'une véritable responsabilité et crédibilité, la communauté doit s'y investir pleinement. Sa forme et sa fonction doivent être fondées sur les besoins et les priorités identifiés par ses membres, même si ces priorités peuvent être étrangères à la lutte contre le VIH. Il est essentiel que le partenaire comprenne que l'organisation est libre de choisir sa propre trajectoire organisationnelle.

Dans certains cas, des groupes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes engagent des consultants pour les guider tout au long du processus de création d'une organisation ou reçoivent le soutien d'un ou deux employés d'un ONG. D'autres collaborent avec de grandes ONG internationales leur offrant assistance technique et financement. Une organisation expérimentée en gestion de projet, gestion financière, suivi et évaluation, communication et collecte de fonds peut aider les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à renforcer leurs capacités en leur proposant des formations et des occasions d'exercer leurs compétences. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également renforcer leurs capacités avec l'aide d'un juriste travaillant pour une ONG partenaire ou en s'appuyant sur leurs réseaux régionaux ou nationaux, ou encore sur des organisations de services liés au SIDA (voir Encadré 6.5).

L'organisation doit définir clairement ses attentes en matière de taille, de portée géographique, de type d'activité, etc. La rédaction de documents détaillant sa vision, son approche et sa stratégie pourront l'aider à définir ces éléments.

Une organisation peut décider de se faire enregistrer officiellement en fonction de son type, sa taille, ses objectifs et le pays où elle est fondée. Ce processus d'enregistrement diffère d'un pays à l'autre. Les documents d'enregistrement nécessaires s'obtiennent auprès de l'agence gouvernementale chargée de ces questions. Les exigences en matière de documents à fournir sont fixées par le gouvernement. Voici quelques exemples de documents généralement demandés :

- l'un des documents suivants : mémorandum d'association, règlements administratifs, constitution, charte, etc. ;
- rapport des activités annuelles ;
- rapports financiers, rapports d'audit ;
- ressources de l'organisation ;
- organigramme/plan de dotation (et, le cas échéant, manuel des ressources humaines) ;
- Composition du conseil d'administration et règlements le régissant (il devra lui aussi approuver l'enregistrement) ;
- lettres de soutien rédigées par les partenaires clés.

Encadré 6.5

Réseaux régionaux et internationaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Dans la plupart des pays, des ONG coordonnent et conseillent les organisations tout au long de leur processus de création. Les organisations régionales et internationales d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également leur apporter soutien et conseils pour les aider à surmonter les obstacles rencontrés dans l'enregistrement de leurs organisations. Réseau d'organisations proposant des services liés au SIDA :

- Le Forum mondial sur les HSH et le VIH (*Global Forum on MSM and HIV*, MSMGF) — www.msmgf.org
- *Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations* (APCASO) — www.apcaso.org
- *African Council of AIDS Service Organizations* (AfrICASO) — www.africaso.net
- *Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en Latinoamérica y el Caribe* (ASICAL) — www.portalsida.org/Organisation_Details.aspx?orgid=1451
- *Asia Pacific Coalition on Male Health* (APCOM) — www.apcom.org
- *African Men for Sexual Health and Rights* (AMSHer) — www.amsher.org
- *East African Sexual Health and Rights Initiative* (UHAI) — www.uhai-eashri.org
- *Caribbean Vulnerable Communities Coalition* (CVC) — www.cvccoalition.org
- *Eurasian Coalition on Male Health* (ECOM) — www.msmeurasia.org
- M-Coalition — www.m-coalition.org
- *International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Association for Latin America and the Caribbean* (ILGA-LAC) — www.ilga-lac.org/en/international-lesbian-gay-bisexual-trans-and-intersex-association-for-latin-america-and-the-caribbean/

De plus en plus de partenaires apportent leur soutien au développement organisationnel et au renforcement des capacités. Parmi eux :

- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme — www.theglobalfund.org/fr
- *Funders Concerned about AIDS* — www.fcaaid.org
- *Robert Carr Fund for Civil Society Networks* — www.robertcarrfund.org

De nombreux outils d'évaluation, d'organisation et de financement sont disponibles à la Section 6.7.

Certaines organisations nouvellement créées ne disposent pas de tous ces documents et peuvent avoir à les élaborer à cet effet. Si une organisation juge ces exigences trop complexes ou difficiles à remplir, elle peut tenter de se faire enregistrer en tant que membre d'un réseau. Cette étape intermédiaire peut convenir aux organisations naissantes, car elle leur offre la protection et le soutien d'un réseau en attendant de se développer et de produire les documents nécessaires à leur enregistrement individuel. L'établissement et le renforcement d'organisations communautaires constituent un investissement complexe à long terme. Les partenaires doivent se montrer clairs et réalistes quant à l'ampleur de leur participation au processus afin de ne pas créer d'attentes impossibles à satisfaire. Tous les contextes ne se prêtent pas à la mise en place d'organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans certains pays, le cadre réglementaire ne permet pas leur enregistrement ou, lorsqu'il le permet, la création de tels groupes exposerait leurs membres à des abus, des violences ou des poursuites judiciaires.

Les groupes communautaires d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent eux aussi faire preuve de réalisme concernant l'établissement ou l'officialisation d'un groupe. Est-ce la solution la plus efficace pour atteindre les objectifs fixés par la communauté ? Les partenaires leur apporteront-ils des ressources suffisantes pendant la durée nécessaire ? Les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont-elles assez mobilisées pour créer un groupe ou un mouvement ? Quelles sont les autres possibilités ?

Lors des premières étapes de l'établissement d'un groupe ou d'une organisation, il peut être utile « d'accueillir » le groupe au sein d'une structure existante, par exemple une ONG ou un OBC ayant prouvé son ouverture et sa sympathie vis-à-vis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que sa volonté de leur apporter son soutien. Lorsque ce processus « d'incubation » est utilisé, il est capital que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres soient en mesure de déterminer la façon dont l'organisation émergente sera dirigée et quand elle sera dotée d'un statut autonome, le cas échéant.

Le développement d'une organisation peut également passer par la création d'une marque ou d'une identité visuelle. Cette création doit impliquer tous les membres du groupe. Il est utile de disposer d'une marque dans des contextes plus ou moins structurés, même si le groupe décide d'exister de façon informelle (sans devenir une entité juridique). Pour susciter un sentiment d'appartenance au sein des membres du groupe et refléter ses valeurs et sa personnalité, toutes les activités et communications doivent faire figurer la marque. Dans les environnements hostiles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une marque peut attirer une attention pas toujours souhaitable. Une marque bien conçue peut toutefois constituer un moyen discret mais efficace de communiquer avec le groupe et d'attirer de nouveaux membres.

6.5.2 Renforcement des capacités organisationnelles

Le renforcement des capacités des organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présente des difficultés spécifiques. Certaines organisations externalisent des fonctions afin de pallier leurs carences (par ex. en gestion financière). La perte de compétences liée au départ d'employés peut être évitée en impliquant plus de personnel dans les activités organisationnelles, favorisant ainsi la mémoire institutionnelle et favorisant des transitions en douceur.

Les organisations peuvent également renforcer leurs capacités dans des domaines particuliers. Il leur est conseillé d'entreprendre une évaluation de leurs capacités. De nombreux outils ont été développés à cet égard, y compris des outils d'auto-évaluation. Une évaluation externe bien menée peut toutefois mettre au jour des problèmes que l'organisation aurait négligés. Grâce à l'évaluation, l'organisation disposera d'un plan de renforcement des capacités axé sur les domaines identifiés. Le Chapitre 1, Section 1.2.4, décrit les problèmes de direction et de gestion financière. Le Chapitre 6, Sections 6.2.2 et 6.2.3, décrit quant à lui le suivi des données et l'évaluation du programme. Ci-dessous sont énumérés d'autres domaines généralement examinés dans le cadre d'une évaluation et particulièrement importants dans le renforcement des capacités.

6.5.3 Gouvernance

Une bonne gouvernance consiste à gérer de façon responsable la vision stratégique d'une organisation et ses ressources. La transparence, la redevabilité, l'efficacité de la gestion et l'État de droit constituent des éléments essentiels à une bonne gouvernance et à la capacité d'une organisation à remplir sa mission. L'évaluation aide les organisations à appliquer les bonnes pratiques de gouvernance suivantes :

- définir clairement une vision et une mission sur lesquelles s'appuie la planification stratégique de l'organisation ;
- faire correspondre la structure organisationnelle à la mission ;
- disposer d'une instance de gouvernance (conseil d'administration) solide et active qui contribue à orienter l'organisation et à mener des activités de plaidoyer ;
- disposer de processus participatifs de sélection des instances de gouvernance et de direction ;
- bien définir les processus décisionnels qui guident l'adhésion ;

- impliquer les membres de la communauté dans les comités de supervision des programmes ;
- mettre en place des processus pour gérer les changements et saisir de nouvelles opportunités.

Il importe qu'une organisation ait une idée claire de sa mission. Elle risque en effet de subir des pressions internes ou externes pour s'impliquer dans des problématiques qui ne relèvent pas de sa vocation. Sa vision lui permet ainsi de rester concentrée sur la mission essentielle qu'elle a choisie. Le conseil d'administration assure la direction stratégique, assure un soutien en matière de questions juridiques, de comptabilité, etc. Il veille en outre à la protection de l'organisation. Dans le cas d'une organisation d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le conseil peut par exemple inclure des membres possédant les contacts ou l'influence nécessaires pour contribuer à la collecte de fonds et mener des activités de plaidoyer visant à réduire la stigmatisation. La taille d'un conseil d'administration importe moins que l'engagement de ses membres en faveur de la cause, de la création et de la croissance de l'organisation. Il n'est pas nécessaire que tous les membres du conseil fassent partie de la communauté.

Les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont souvent lancées par un petit nombre de personnes très dynamiques. Pour durer, elles doivent toutefois se doter d'une direction et d'une gestion forte, et investir dans la formation des futurs dirigeants. Pour ce faire, elle doit disposer de ressources pour procéder au renforcement des capacités des dirigeants ainsi que des contacts avec des réseaux mondiaux, nationaux, régionaux et infra-régionaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De tels contacts permettront d'échanger connaissances, expérience et soutien.

Encadré 6.6

Exemple de cas : Le programme Multi-Country South Asia (MSA)

Ce programme du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme renforce la capacité des OBC et de leur personnel à fournir des services de lutte contre le VIH coordonnés et de qualité et à mener un plaidoyer en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transgenres vivant en Asie du Sud-Est à travers la formation, le mentorat par les pairs, la supervision et une assistance technique continue. Grâce à MSA, environ 61 OBC proposant des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux transgenres renforceront leur gouvernance organisationnelle ainsi que la gestion générale et financière de leur programme.

De plus, deux organismes subventionnés impliqués dans la prévention du VIH en Afghanistan et au Pakistan mèneront des activités de sensibilisation communautaire, de dépistage du VIH, de dépistage et de traitement des IST et de référencement des patients vers des centres de traitement nationaux. Dans le cadre du projet, *Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+)* mettra au point une offre de formation régionale consacrée au traitement et à la prévention dans le but de renforcer la capacité des OBC à comprendre les questions liées aux droits de l'homme et leur propre rôle dans le soutien aux traitements et programmes de dépistage nationaux, ainsi que leur capacité à intégrer ces concepts dans leurs programmes de sensibilisation de la communauté.

Le suivi de ces activités se fera à l'aide de deux indicateurs :

- **La capacité des ressources humaines à fournir des services liés au VIH :** Nombre d'intervenants communautaires travaillant actuellement auprès d'organismes de mise en œuvre ayant reçu une formation aux directives nationales (si applicable) ou aux standards internationaux relatifs à la prestation de services liés au VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres.
- **Les capacités de l'organisation :** Nombre d'organismes de mise en œuvre (disposant d'une capacité minimum) assurant la prestation de services liés au VIH auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de transgenres. La capacité minimum est définie au cours d'une courte évaluation. Elle comprend à la fois les capacités fonctionnelles (en matière de finances, de programmation, de gouvernance, de suivi et d'évaluation) et la capacité à fournir des services liés au VIH.

6.5.4 Gestion de projet

Une organisation atteint ses objectifs à travers des activités concrètes prenant souvent la forme de programmes et de projets. Elle est sur la bonne voie si :

- elle élabore et met en œuvre des plans de travail et des budgets réalistes qui correspondent à sa vision et à sa mission ;
- ses interventions techniques s'appuient sur des meilleures pratiques locales et internationales
- elle s'assure que ses programmes et ses projets répondent aux besoins de ses membres.

Des projets et programmes bien gérés et techniquement solides permettent non seulement d'atteindre les objectifs fixés par l'organisation, mais aussi de démontrer sa compétence et donc d'inspirer la confiance des partenaires et des parties prenantes clés.

Encadré 6.7

Exemple de cas: Opportunités et difficultés de développement des organisations en Fédération de Russie

La *menZDRAV Foundation* renforce la capacité des ONG et des organisations conduites par la communauté à élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer des programmes assurant la prestation directe de services aux HSH vivant avec le VIH dans six districts de Russie. *menZDRAV* renforce aussi les partenariats entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales en plaidant pour l'inclusion des besoins des HSH vivant avec le VIH et pour la mise au point de stratégies nationales de santé publique de riposte à l'épidémie de VIH.

En moins de deux ans, cinq nouvelles organisations conduites par la communauté ont été enregistrées. Celles-ci ont reçu de modestes subventions destinées à leur permettre de proposer directement des services aux HSH vivant avec le VIH. Environ 1 500 d'entre eux (dont 80 % âgés de moins de 25 ans) ont eu accès à une TARV ou à des traitements contre les IST, ont volontairement reçu un suivi médical régulier et gratuit et ont bénéficié d'un soutien et d'une formation pour les aider à vivre de manière positive avec le VIH.

menZDRAV a coordonné la formation de 20 médecins, travailleurs sociaux et psychologues travaillant dans des centres nationaux de lutte contre le SIDA dans six régions différentes. Leur formation portait sur les besoins spécifiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et sur la prévention de l'homophobie, de la stigmatisation et de la discrimination.

La mobilisation en faveur du programme s'est heurtée à de nombreux obstacles, notamment la stigmatisation, le harcèlement et la criminalisation. En plus d'être fragmentée, la communauté locale souffre d'une forte auto-stigmatisation et de l'absence de leaders. Les organisations conduites par la communauté n'ont pas pu participer sur un pied d'égalité à la lutte contre le VIH et la législation récente a eu un effet dissuasif sur le désir des HSH de s'organiser, ce qui a compliqué le renforcement de leurs capacités. De plus, le programme n'a pas l'autorisation de fournir officiellement des services aux hommes de moins de 18 ans.

6.5.5 Assistance technique et renforcement des capacités

L'assistance technique doit avoir pour but de renforcer la capacité des organisations à opérer efficacement et à servir les intérêts de leur communauté.

Elle prend plusieurs formes, notamment :

- la formation ;
- le mentorat et la supervision ;
- les rétroactions ;
- des échanges avec des organisations pairs ;
- des manuels et des instruments.

L'assistance technique doit non seulement porter sur le développement des organisations, mais aussi sur les aspects techniques et la programmation.

Parmi les aspects du développement des organisations, on peut citer :

- la gouvernance, la transparence et la redevabilité vis-à-vis de la communauté ;
- la gestion, la supervision et le recrutement du personnel et des bénévoles ;
- les partenariats et la coordination avec d'autres organisations et services ;
- les systèmes de gestion financière ;
- le suivi et l'adaptation au changement.

Parmi les aspects techniques et la programmation, on peut citer :

- les évaluations participatives et les autres formes d'implication de la communauté ;
- les compétences en matière de service (par ex., selon le rôle de l'organisation : sensibilisation, conseil, soutien aux services médicaux, dépistage communautaire du VIH) ;
- le plaidoyer.

Tout comme le soutien financier, l'assistance technique doit être planifiée et prévisible. Les nouvelles organisations disposent d'une expérience limitée et rencontrent de nombreux problèmes techniques, c'est pourquoi elles peuvent facilement se sentir dépassée par tous les outils et formations disponibles ; Un soutien réaliste doit ainsi se focaliser sur les activités spécifiques entreprises par une organisation afin de donner priorité à l'apprentissage par la pratique.⁹

Encadré 6.8

Exemple de cas : Renforcement des capacités des OBC en Inde

Avec le soutien du Fonds Mondial, *India HIV/AIDS Alliance* et six consortiums partenaires ont mis en œuvre le programme Pehchan (2010-2015) dans 18 États indiens. Ce programme renforce la capacité de 200 OBC à prévenir le VIH auprès de plus de 450 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transgenres et *hijras* (désignés collectivement sous l'acronyme HTH). Pehchan constitue un exemple rare de programme de renforcement communautaire exécuté à l'échelle nationale en collaboration avec le gouvernement dans le but d'améliorer la prévention du VIH auprès des minorités sexuelles marginalisées et vulnérables.

À partir d'une approche fondée sur les droits, Pehchan transforme les OBC en partenaires de mise en œuvre du Programme national de lutte contre le SIDA (*National AIDS Control Programme*), favorise l'ouverture des services de santé à la communauté et mène des efforts de plaidoyer pour améliorer la vie et le bien-être des HTH indiens. Le programme se consacre au développement des organisations et assure un soutien technique et de renforcement aux OBC actives auprès des communautés HTH. Ces organisations complètent la stratégie de lutte contre le VIH mise en place par le gouvernement ; elles dépassent la simple prévention du VIH en proposant aux HTH des services supplémentaires nécessaires à la mise en place d'environnements propices à des comportements sains. On peut citer : le conseil en santé mentale, le soutien familial, les consultations de couple, la gestion de crise, l'assistance juridique, le référencement vers des services de santé sexuelle et reproductive pour les partenaires féminins, le soutien aux HTH vivant avec le VIH.¹⁰

⁹ Pour plus d'informations et de ressources sur l'assistance technique, consultez la page Web du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2014. <http://www.theglobalfund.org/fr/fundingmodel/technicalcooperation/>

¹⁰ Le programme de formation de Pehchan est disponible à l'adresse suivante : <http://www.allianceindia.org/ourwork/pehchan-training-curriculum-msm-transgender-hijra-community-systems-strengthening-curriculum-guide-pdf-1-1-mb/>

6.5.6 Mobilisation des ressources et gestion financière

Le financement est un élément vital au bon fonctionnement des organisations conduites par la communauté. Ce financement doit être stable et prévisible, puisque les augmentations ou réductions rapides de budget compliquent la planification et peuvent entraîner des interruptions de service susceptibles de briser la confiance des HSH dans l'organisation et la capacité de l'organisation à les soutenir. Les organisations doivent continuellement mobiliser leurs ressources pour se financer sur le long terme. Elles doivent élaborer des stratégies et se projeter vers l'avenir, en particulier si elles bénéficient actuellement d'une subvention de quelques années. S'il n'existe aucun moyen de garantir la capacité d'une organisation à lever des fonds, certaines pratiques peuvent l'y aider. Questions importantes à prendre en compte pour la mobilisation des ressources :

- L'organisation obtient-elle de bons résultats avec son financement actuel ? Ses performances sont-elles consignées ?
- Sa stratégie de mobilisation des ressources est-elle conforme à sa vision et à sa mission ?
- L'organisation peut-elle lever des fonds auprès de ses membres, par le biais d'un abonnement mensuel ou annuel ? Si cette méthode permet de susciter un sentiment de d'appropriation, ce montant ne doit pas exclure des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- Peut-on s'appuyer sur des dispositifs gouvernementaux pour financer des activités ou des programmes précis ?
- Est-il possible d'établir un partenariat public-privé avec le programme national de lutte contre le SIDA ?
- L'organisation peut-elle lancer une entreprise sociale (une branche à but lucratif destinée à financer la prestation de services) ? Les entreprises sociales génèrent des bénéfices en vendant des biens et des services, puis les investissent dans leur propre entreprise ou dans la communauté locale. Si des entreprises sociales sont présentes dans la région ou le pays concerné, elles pourraient faire office de mentor.
- À travers le développement d'un réseau international, l'organisation peut-elle trouver un parrain (individu ou organisation) disposé à financer la prestation de services ? Peut-elle se lancer dans un financement participatif et philanthrope ?

La plupart des partenaires sont très exigeants en matière de gestion financière. Si l'on attend de toute organisation recevant des subventions qu'elle gère et tienne un registre des fonds reçus, il convient de tenir compte des circonstances particulières auxquelles sont confrontées les organisations émergentes qui représentent les populations stigmatisées. Leurs membres, même s'ils sont des dirigeants accomplis, sont souvent peu diplômés et disposent d'une expérience professionnelle limitée. Ils peuvent également trouver difficile d'exprimer leur embarras face aux politiques et aux procédures, notamment s'ils pensent qu'un tel geste pourrait menacer les financements perçus. Les capacités des organisations doivent donc être prises en compte dans les exigences d'élaboration de rapport. Les partenaires doivent pour leur part accepter les risques que comporte le soutien de nouveaux groupes.

La gestion financière constitue un autre aspect fondamental de la pérennité des organisations. Elle peut être assurée de plusieurs manières, selon les capacités, les ressources et la complexité des finances de l'organisation. Cette dernière peut les gérer en interne ou confier cette tâche à une autre organisation locale. Au fur et à mesure de la croissance de l'organisation, un système de gestion financière solide se dotera d'éléments tels que :

- des systèmes et contrôles financiers bien documentés ;
- des finances clairement documentées et prêtes à faire l'objet d'un audit ;
- des procédures de production de comptes rendus financiers bien connues et comprises par les membres ;
- un nombre suffisant d'employés compétents affectés aux finances (à déterminer selon la complexité et la taille de l'organisation).

6.5.7 Constitution de réseaux

Le développement d'une organisation solide et efficace dépend tout autant de ses relations que de ses dispositifs. Le développement de réseaux renvoie aux contacts noués avec des partenaires, des communautés, des instances gouvernementales nationales et locales, des prestataires de services et des réseaux d'ONG. Certaines de ses fonctions visent à assurer le respect des droits de l'homme, la prestation de services complets aux bénéficiaires et le développement de relations avec des partenaires (voir Encadré 6.9 et Chapitre 1, Section 1.2.8).

Les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficieront tout particulièrement de bonnes relations avec l'État (personnel politique, police, programmes sanitaires et sociaux) et avec des organisations et institutions non étatiques.

Relations avec l'État

Ces relations sont particulièrement importantes puisqu'elles permettent aux programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de plaider efficacement pour un meilleur accès aux services de santé, pour l'élimination de la discrimination et le harcèlement, pour la protection contre la violence et l'obtention de réparation en cas de violence et pour garantir leurs droits en tant que citoyens. Les organismes partenaires qui collaborent au renforcement des capacités des organisations communautaires peuvent disposer de contacts capables d'intégrer des membres de groupes conduits par la communauté dans des comités de supervision de programmes de santé, ou encore de les mettre en contact avec des personnalités politiques ou des représentants de l'État. Le renforcement des capacités permettra aux HSH qui connaissent mal le déroulement des rencontres formelles ou les protocoles de rencontre avec des fonctionnaires d'apprendre à participer et se mobiliser efficacement.

Relations avec des organisations et institutions non étatiques

Les organisations et institutions non étatiques comprennent :

- les OBC/ONG ou organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes conduites par la communauté ;
- les groupes religieux et communautaires ;
- les médias ;
- les organisations de jeunesse ;
- les OBC/ONG travaillant dans des domaines proches (droits, droits sociaux, violence, santé, etc.).

Le renforcement des capacités aide les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à analyser l'importance des groupes et institutions socialement influents, comme les groupes religieux et les médias, et à apprendre comment dialoguer avec eux pour les influencer. Par ex. : une église décide de ne plus condamner l'homosexualité mais de respecter les personnes vivant avec le VIH ou d'encourager les journaux à exposer de façon positive et exacte les efforts déployés par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la lutte contre le VIH.

PARTIE III

6.6 Administrer des programmes dans des conditions difficiles ou dangereuses

Les programmes mis en œuvre dans des conditions difficiles, hostiles ou dangereuses doivent viser à fournir des services au plus grand nombre sans mettre en danger les bénéficiaires ni les prestataires de services. Les responsables de la mise en œuvre doivent tenir compte du contexte politique et juridique dans lequel ils opèrent afin de décider comment assurer au mieux la sensibilisation et la prestation de services. Ils doivent notamment :

- Anticiper l'usage potentiel que les autorités peuvent faire du lien existant entre un individu et un programme pour cibler les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il peut s'agir d'archives contenant des noms, des adresses, des informations biométriques, des cartes du projet, des numéros d'identification utilisés à d'autres fins (dossiers médicaux, carte d'étudiant, permis de conduire, etc.), des numéros de téléphone et des pages Facebook. Selon le degré de danger, les programmes doivent assurer la protection des informations ou ne collecter aucune donnée. Dans ce dernier cas, la façon la plus sûre de diffuser les informations sur le programme, le VIH, les IST et la santé sexuelle reposera sur le bouche-à-oreille et sur l'orientation vers des sites Web disponibles dans le monde entier ou administrés par le programme.
- Il est possible de dé-stigmatiser le programme en l'intégrant par exemple à un programme de lutte contre le VIH destiné à l'ensemble de la population ou en s'associant à une organisation de santé féminine afin de lui donner une image plus équilibrée sur le plan du genre.
- Identifier les prestataires bienveillants prêts à offrir leurs services, les former puis les orienter les patients vers eux via le bouche-à-oreille.
- Distribuer des préservatifs et du lubrifiant à tous les usagers d'une clinique, d'un centre de lutte contre le VIH ou d'une clinique de santé féminine, afin de dé-stigmatiser l'utilisation du lubrifiant.
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne seront peut-être pas en mesure de divulguer leurs comportements sexuels dans des services de santé proposant des CDV ou des TARV. Dans ce cas, les informations et les conseils nécessaires pourront être fournis dans le cadre d'une action de sensibilisation indépendante ou sur un site géré par le programme.
- Établir des relations avec des groupes internationaux et régionaux d'HSH et de défense des droits de l'homme (voir Section 6.5.1).
- Conserver les coordonnées d'un avocat bienveillant en cas de problème juridique. Prévoir un budget suffisant pour le paiement des libérations sous caution et des frais juridiques.

Un grand nombre des activités recommandées décrites plus haut et relatives au suivi, à la couverture et à la tenue de registres devront être largement réduites par souci de sécurité. La couverture du programme pourra néanmoins être estimée au moyen d'enquêtes. Les partenaires doivent toutefois accepter ces contraintes de suivi et tout changement d'environnement juridique ou social affectant la capacité du programme à effectuer son travail devra leur être communiqué rapidement.

Dans les pays où il existe une hostilité sociale ou juridique à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'homophobie peut se manifester à l'intérieur comme à l'extérieur des organisations de services, et ainsi affecter la confiance que leur portent leurs bénéficiaires. L'Encadré 6.9 présente des mesures prises pour créer un environnement accueillant dans une organisation de prestation de services et dans la société en général.

Encadré 6.9

Exemple de cas : Favoriser les changements organisationnels et sociaux pour améliorer les services de santé sexuelle au Venezuela

Au Venezuela, les relations homosexuelles ne sont pas criminalisées et la discrimination professionnelle fondée sur l'orientation sexuelle est illégale. Le poids du machisme et de la tradition explique toutefois pourquoi l'homophobie y est répandue, y compris parmi les prestataires de services de santé sexuelle. *Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM)* s'est attaquée à ce problème de trois façons : en formant et en sensibilisant son propre personnel, en prenant contact avec des partenaires locaux compétents et bienveillants et en sensibilisant le public.

PLAFAM a évalué l'attitude de son personnel, de sa direction et de son conseil d'administration au moyen d'un sondage de référence. Des spécialistes ont apporté leur soutien technique et proposé des formations sur la diversité sexuelle et les droits sexuels axées sur la mise en œuvre de politiques non discriminatoires. Des directives institutionnelles ont été publiées afin de garantir une approche inclusive de la sexualité dans l'intégralité des programmes, politiques et pratiques. Ce projet a permis d'améliorer la qualité des soins proposés par les cliniques, où les prestataires de services entretiennent à présent des rapports non discriminatoires et confidentiels avec les minorités sexuelles, qui y bénéficient de soins adaptés à leurs besoins particuliers. Le temps et les efforts considérables investis par PLAFAM ont aidé à générer un changement durable et positif au sein de l'organisation.

PLAFAM a mis en place des partenariats avec des organisations locales travaillant auprès de minorités sexuelles et façonné ses propres programmes en s'appuyant sur leurs connaissances et leur savoir-faire. Des systèmes de référencement entre les organisations partenaires ont permis de tisser un réseau de prestation de nombreux services de santé sexuelle non discriminatoires. La mise en commun des ressources et des outils a en outre permis d'éviter la redondance des activités et a contribué à l'efficacité des programmes. Les organisations de la société civile se sont également associées pour plaider en faveur des droits sexuels.

PLAFAM s'est lancée dans des activités de sensibilisation propres visant à démontrer que les lois existantes et les droits sexuels constituent bel et bien des droits fondamentaux. Le théâtre et le débat ont été utilisés auprès des jeunes pour remettre en question les rôles traditionnels et les stéréotypes liés au sexe et promouvoir le respect de la diversité sexuelle.

6.7 Ressources et lectures complémentaires

Planification stratégique et gestion du programme

1. *Planning guide for the health sector response to HIV/AIDS*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502535_eng.pdf
2. *Manuel de planification et de gestion axée sur les résultats en matière de VIH/SIDA*. Washington (DC) : Équipe de suivi et d'évaluation du SIDA dans le monde, Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale ; 2007. <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/2007/09/9371669/planning-managing-hivaids-results-handbook-manuel-de-planification-de-gestion-axee-sur-les-resultats-en-matiere-de-vihsida>
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2007/09/9095764/planning-managing-hivaids-results-handbook>
3. *Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ; 1998. http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/introlo2_fr.pdf
4. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet ; 2009. http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf
5. *Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ExpandNet ; 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/fr/

6. *A commodity management planning guide for the scale-up of HIV counseling and testing services*. Arlington (VA) : Management Sciences for Health ; 2008.
http://www.msh.org/sites/msh.org/files/HIV-Testing-Commodity-Guide-VCT_final.pdf
7. *Outil de gestion et de viabilité organisationnelle (MOST) : guide pour les utilisateurs et les facilitateurs, deuxième édition*. Cambridge (MA) : Management Sciences for Health ; 2004.
https://www.msh.org/sites/msh.org/files/most_ii_french_complete_w_cover.pdf
8. *Combination approaches : enhancing the reach & effectiveness of MSM-targeted combination HIV prevention interventions*. HIV Prevention Knowledge Base, AIDSTAR-One.
http://www.aidstar-one.com/focus_areas/prevention/pkb/combination_approaches/msm_reach
9. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique*. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement, Global Forum on MSM and HIV, Programme des Nations Unies pour le développement ; 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/
10. *Breaking through barriers : Avahan's scale-up of HIV interventions among high-risk MSM and transgenders in India*. New Delhi : Fondation Bill & Melinda Gates ; 2009.
<https://docs.gatesfoundation.org/Documents/breaking-thru-barriers.pdf>
11. *Technical guidance on combination HIV prevention : Technical guidance on combination HIV prevention : as part of PEPFAR's overall prevention strategy, this guidance document addresses prevention programmes for Men Who Have Sex with Men*. The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ; 2011.
<http://www.pepfar.gov/documents/organization/164010.pdf>
12. *Services for gay men and other men who have sex with men : guidance note*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ; 2014.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_servicesforMSM_en.pdf
13. *Le Guide Essentiel des ONG pour Gérer leur Subvention de l'USAID*. FHI360 and Management Systems International ; 2010.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaea102.pdf

Définition du cadre logique du programme, des normes et des composants de la mise en œuvre

1. *Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH*. Genève : Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST ; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/estimating_populations_HIV_risk/fr/
2. *It all starts here : estimating the size of populations of men who have sex with men and transgender people*. Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health ; 2010 (Policy Brief No. 3).
<http://www.apcom.org/it-all-starts-here-estimating-size-populations-men-who-have-sex-men-and-transgender-people>
3. *PLACE—Priorities for Local AIDS Control Efforts : a manual for implementing the PLACE method*. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation ; 2005.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
4. *Using logic models to bring together planning, evaluation, and action : logic model development guide*. Battle Creek (MI) : W.K. Kellogg Foundation ; 2004.
<http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx>
5. *Proposals that work : a systematic guide to planning HIV projects*. Londres : International Planned Parenthood Federation ; 2006.
http://www.ippf.org/sites/default/files/hiv_proposals_that_work.pdf
6. *HIV in men who have sex with men. a technical brief (draft)*. Interagency Working Group on Key Populations ; 2015.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_msm_2014.pdf
7. *Clinical guidelines for sexual health care of men who have sex with men*. IUSTI Asia Pacific Branch ; 2006.
http://www.iusti.org/sti-information/pdf/iusti_ap_msm_nov_2006.pdf

6 Gestion des programmes

8. *Clinic operational guidelines & standards: Clinic operational guidelines & standards: comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India*. New Delhi: Family Health international [non daté].
<https://www.indiahiv.org/Documents/Avahan%20COGS.pdf>
9. *Engaging with men who have sex with men in the clinical setting: a primer for physicians, nurses and other health care providers*. Global Forum on MSM and HIV (MSMGF).
http://www.msmgf.org/files/msmgf/Publications/MSMGF_Healthcare_Primer.pdf
10. *Lessons from the front lines: effective community-led responses to HIV and AIDS among MSM and transgender populations*. The Foundation for AIDS Research et le Global Forum on MSM and HIV (non daté).
http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfarorg/Around_the_World/Lessons-Front-Lines.pdf
11. *Peer Driven Interventions*. Article disponible à l'adresse suivante:
<https://www.chip.uconn.edu/chipweb/pdfs/PDI%20Summary.pdf>

Évaluation qualitative des données

1. *Participatory Ethnographic Evaluation and Research (PEER)*.
<http://www.options.co.uk/peer>
2. *Explore toolkit for involving young people as researchers in sexual and reproductive health programmes*. Utrecht, Pays-Bas: Rutgers WPF et International Planned Parenthood Federation; 2013.
<http://www.rutgers.international/our-products/tools/explore>

Suivi et évaluation

1. *Tool for setting and monitoring targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
2. *Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people. Volume 1: national and sub-national levels*. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2013.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
3. *Programmes SIDA nationaux: guide de suivi et d'évaluation*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA); 2000.
http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/nap2000_fr.pdf?ua=1
4. *A guide to monitoring and evaluation of capacity-building interventions in the health sector in developing countries*. Chapel Hill (NC): Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2003 (MEASURE Evaluation Manual Series, No.7).
http://www.aidstar-two.org/Tools-Database.cfm?action=detail&id=86&language_id=
5. *Monitoring and evaluation systems strengthening tool*. Développé par le Fonds mondial, PEPFAR, USAID et autres. Publié via USAID Measure Evaluation Project, 2007.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-07-18>
6. *Operational guidelines for monitoring and evaluation of hiv programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people*. MEASURE Evaluation; 2013.
7. Volume I: National and Sub-National Levels.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
8. *Behavioral surveillance surveys: Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV*. Arlington (VA): Family Health International, 2000.
http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi2000.pdf
9. *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*. Genève: Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST; 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/most_at_risk/fr/
10. *Respect, protect, fulfill: best practices guidance in conducting HIV research with gay, bisexual and other men who have sex with men (MSM) in rights-constrained environments*. The Foundation for AIDS Research, International AIDS Vaccine Initiative, Johns Hopkins University Center for Public Health and Human Rights, Programme des Nations Unies pour le développement; 2011.
http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfar.org/In_The_Community/Publications/MSMguidance2011.pdf

Système de supervision

1. *Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems*. Washington (DC): Maximizing Access and Quality Initiative; 2002.
<http://www.k4health.org/sites/default/files/maqpaperonsupervision.pdf>
2. *Supportive supervision to improve integrated primary health care*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2006.
<http://www.poplinae.org/node/193349>

Autre

1. *Fundraising toolkit: a resource for hiv-related community-based projects serving gay, bisexual and other men who have sex with men (MSM) and transgender individuals in low- and middle-income countries*. Amfar, The Foundation for AIDS Research; 2012.
<http://www.amfar.org/gmt-lessons-front-lines/> http://www.amfar.org/uploadedfiles/_amfarorg/around_the_world/msmtoolkit.pdf
2. *Lessons from the Front Lines: Political Impact and System Change*. The Foundation for AIDS Research et Global Forum on MSM and HIV (non daté).
http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfarorg/In_The_Community/LessonsFrontlines2012.pdf
3. *Les clés du succès pour des services sensibles aux jeunes: Célébrer la diversité*. Londres: International Planned Parenthood Federation; 2011.
http://www.ippf.org/sites/default/files/diversity_fr_web.pdf

Renforcement des capacités organisationnelles

1. *Managers who lead: a handbook for improving health services*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2005.
<http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mwl-2008-edition.pdf>
2. *Health systems in action: an eHandbook for leaders and managers*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2010.
<http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ehandbook-for-leaders-and-managers>
3. *Systematic organizational capacity building: tackling planning and implementation challenges*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2011.
http://www.aidstar-two.org/upload/AS2_Tech-Brief3.pdf
4. *Organizational capacity building framework: a foundation for stronger, more sustainable HIV/AIDS programs, organizations & networks*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2011.
http://www.aidstar-two.org/upload/AS2_TechnicalBrief-2_4-Jan-2011.pdf
5. *Challenges encountered in capacity building: a review of literature and selected tools*. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2010.
http://www.aidstar-two.org/Focus-Areas/upload/AS2_TechnicalBrief_1.pdf
6. *Organizational capacity assessment for community-based organizations*. Boston (MA): NuPITA, John Snow, Inc.; 2012.
<http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/OCA%20Tool%20for%20Community%20Based%20Organizations.pdf>

Lectures complémentaires

1. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. *HIV in men who have sex with men*. *Lancet*. 2012; 380: 367-377.
2. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework*. *A J Pub Health*. 1999; 89: 1322-1327.
3. *Key Populations Action Plan 2014-2017*. Genève: Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2014.
4. Kirby T, Thormber-Dunwell M. *Phone apps could promote sexual health in MSM*. *Lancet* 2014; 384(9952):1415.

6 Gestion des programmes

5. Schnall R, Travers J, Rojas M, Carballo-Diequez A. *eHealth interventions for HIV prevention in high-risk men who have sex with men: a systematic review. a systematic review.* J Med Internet Res 2014; 16: e134.
6. Anderson SJ, Cherutich P, Kilonzo N, et al. Anderson SJ, Cherutich P, Kilonzo N, et al. *Maximising the effect of combination HIV prevention through prioritisation of the people and places in greatest need: a modelling study.* Lancet. 2014; 384: 249-256.
7. Vassall A, Pickles M, Chandrashekar S, et al. Vassall A, Pickles M, Chandrashekar S, et al. *Cost-effectiveness of HIV prevention for high-risk groups at scale: an economic evaluation of the Avahan programme in South India.* The Lancet Global Health. 2014; 2: e531–540.
8. Wolf RC, Surdo-Cheng A, Kapesa L, et al. *Building the evidence base for urgent action: HIV epidemiology and innovative programming for men who have sex with men in sub-Saharan Africa.* JIAS. 2013; 16(Supp 3): 18903.



Pour plus d'informations contactez:

United Nations Population Fund

605 Third Avenue

New York, NY 10158

USA

www.unfpa.org