

Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH

***UNE NOTE DE POLITIQUE**



Bhumesh Racherralai (à gauche), and G. Komaraiah (à droite), un couple de personnes de même sexe chez eux à Mancherial, dans l'Etat indien d'Andhra Pradesh.
Crédit photo : Amit Bhargava/Corbis

*Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : un Guide d'orientation*¹ est un rapport détaillé et global qui décrit les principaux domaines de changement de politique et de pratique nécessaires pour faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

Afin d'étudier les questions qui touchent les populations spécifiques, des notes de politique spécifiques aux populations clés ont été élaborées en vue de compléter le Guide d'orientation. Cinq populations clés affectées par le VIH ont été retenues : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers et les populations migrantes. La présente Note de politique porte sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) vivant avec le VIH et vise à offrir des conseils et un soutien aux personnes assurant le plaidoyer des droits humains et de santé sexuelle et reproductive (SRH) des HSH aux niveaux national et international.

POURQUOI METTRE L'ACCENT SUR LES HSH ?

Les HSH vivant avec le VIH connaissent une double stigmatisation à cause de :

1) la peur et l'ignorance qui entourent la transmission du VIH et, 2) les attitudes et les perceptions sociales négatives qui existent envers les HSH. Cette double stigmatisation peut amener les HSH – séropositifs et séronégatifs – à éviter les services de santé ou à avoir peur d'y accéder, notamment le conseil et dépistage, le traitement, la prévention et le soutien.

Les effets néfastes de cette stigmatisation et discrimination sur la santé sexuelle ont été bien documentés dans les pays du Nord, où les taux de l'infection à VIH chez les HSH dans les grands centres urbains sont élevés à un point intolérable et continuent à croître régulièrement dans certains endroits. Il y a également des épidémies qui progressent rapidement chez les HSH, même dans les pays où l'épidémie du VIH est d'ordinaire caractérisée comme généralisée. Par exemple, la prévalence du VIH chez les HSH a atteint 25 % au Ghana, 26 % au Mexique, 32 % en Jamaïque, 43 % dans la région côtière du Kenya et 25 % en Thaïlande. En fait, les HSH sont 19 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que la population générale dans les pays à faible et moyen revenus.² Le VIH touche de manière disproportionnée les hommes gays et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans toutes les régions du monde.

Au moment où les décideurs, les directeurs de programmes, les défenseurs de la santé sexuelle, les agents de soins du VIH et autres parties prenantes communautaires travaillent à améliorer les réponses aux besoins de santé sexuelle et reproductive des HSH vivant avec le VIH, il est important qu'il y ait une compréhension commune de la complexité héritée de l'utilisation des termes « gay et HSH ». Dans le monde entier, le terme HSH a été utilisé comme terme épidémiologique de convenance, mais il se peut qu'il ne reflète pas de manière adéquate la diversité de cette population en rapport avec le comportement sexuel individuel ou l'auto-identification au niveau de l'individu et de la communauté. En fait, les termes « gay » et « HSH » sont des termes culturellement déterminés, qui peuvent ne pas être utiles ou appropriés dans

certains contextes, étant donné la variété en termes de masculinité et de genre, de comportements sexuels, de choix de partenaires, de besoins et désirs sexuels perçus parmi les hommes.³ Une vaste gamme d'actes homosexuels et homo-sociaux, d'identités et de communautés constitue un continuum d'auto-expression sexuelle et dans le domaine du genre. Par exemple, pour certains hommes, le fait d'être pénétré ou de pénétrer pendant les rapports sexuels distingue l'identité sexuelle d'une personne en tant que masculine ou non masculine. Pour des raisons politiques et sociales, il peut être plus approprié d'utiliser une autre terminologie pour les HSH, par exemple des termes qui font référence aux hommes dans le contexte de leur comportement sexuel.⁴ Les HSH vivant avec le VIH peuvent s'identifier comme bisexuels, chava, gays, hétérosexuels, hijra, kothi, masti, homos, aimant le même genre, ou zenana. Ainsi donc, qui nous identifions, lorsque nous nous référons à gay ou HSH, doit rester une question ouverte et continuellement examinée de manière critique.

Le terme « hommes gays et autres HSH » utilisé dans le présent document n'entend pas réduire la riche diversité de la sexualité, des partenariats sexuels, de l'expression sexuelle ou des expressions liées au genre, de cette population. Les expériences communes d'exclusion, d'altérité sexuelle et de discrimination verbale ou physique constituent une base pour des alliances potentiellement utiles chez les hommes gays et autres HSH.

LES JEUNES ET LE VIH

En 2007, 16 % des 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH étaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans.⁵ Le premier mode de transmission chez les jeunes de cette tranche d'âge varie selon la région du monde dans les rapports officiels. Toutefois, la collecte de données sur la catégorie d'exposition comporte beaucoup de difficultés liées à la stigmatisation de l'homosexualité, ce qui rend la prévalence du VIH chez les jeunes HSH difficile à estimer. Les effets de la stigmatisation et de la discrimination, combinés aux barrières juridiques qui touchent les jeunes en particulier, entravent aussi leur accès au dépistage du VIH et aux services de soins de santé. Par exemple, les lois qui interdisent aux jeunes de moins de 18 ans l'accès aux services liés au VIH sans le consentement parental font qu'il est difficile de toucher ce groupe avec les programmes dont ils pourraient avoir besoin. En conséquence, dans leur grande majorité, les jeunes vivant avec le VIH ne savent pas qu'ils sont infectés ou ne sont pas liés au traitement, aux soins et soutien dont ils ont besoin. De même, la violation de confidentialité par les prestataires de soins de santé est chose courante en ce qui concerne les jeunes et, donc, une question essentielle pour les jeunes HSH vivant avec le VIH.

Il est important que les jeunes HSH vivant avec le VIH soient autorisés à accéder, en toute sécurité et confidentialité, aux services de santé sexuelle et reproductive, même s'ils n'ont pas l'âge du consentement pour des rapports sexuels. Ceci inclut l'accès à l'éducation globale à la sexualité.⁶ Ceci est particulièrement important vu le taux élevé de maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH chez les jeunes HSH.⁷ Il est également vital que les prestataires de soins de santé reçoivent une formation adéquate sur la sensibilité pour comprendre les besoins particuliers des jeunes HSH ainsi que leur obligation de protéger les jeunes contre la stigmatisation, la discrimination et la violation de la confidentialité.

COMMENT CETTE NOTE DE POLITIQUE A ÉTÉ ÉLABORÉE

La Note de politique commence par une revue des principes importants basés sur les droits, continue par un examen des questions liées à la santé sexuelle et reproductive des HSH et se termine par une série de recommandations adaptées à partir des recommandations originelles proposées dans le Guide d'orientation¹, présentées ici avec, en premier plan, les besoins et les priorités spécifiques des HSH vivant avec le VIH.

La présente note de politique a été produite en concertation étroite avec les HSH vivant avec le VIH, notamment le personnel et les membres du comité de pilotage du Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF). En outre, les auteurs de cette Note de politique ont consulté le personnel de AIDS Project Los Angeles et les personnes qui assurent le plaidoyer de la santé sexuelle des HSH à travers le monde, concernant les questions et les thèmes prioritaires. Les auteurs et leurs consultants ont la ferme conviction que les besoins des HSH vivant avec le VIH ne peuvent être satisfaits sans que l'on ne commence par comprendre et prendre en compte leurs problèmes et priorités en tant qu'hommes qui aiment d'autres hommes et ont/aiment avoir des rapports sexuels avec eux. À cet égard, la Note de politique sur les HSH devrait être considérée comme une ressource d'accompagnement, conçue pour compléter le Guide d'orientation.

DROITS ET BESOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES HSH VIVANT AVEC LE VIH

DROITS HUMAINS

Bien que la recherche épidémiologique et comportementale appuie indiscutablement la priorisation des HSH vivant avec le VIH aux niveaux national et mondial, les besoins des HSH sont souvent négligés dans les discussions concernant les programmes et les services, négligence exprimée par le silence, le déni ou une exclusion explicite. Au plan mondial, seulement 1,2 % de financement des services liés au VIH concerne les HSH. En outre, seul un sur vingt HSH a accès aux services de prévention, de soins et de traitement dont ils ont besoin au plan mondial.⁸

La représentation inadéquate des hommes gays et autres HSH vivant avec le VIH dans les processus de planification à tous les niveaux renforce la disparité croissante constatée dans les ressources consacrées aux programmes et aux services.⁹ Actuellement, moins d'un pays sur quatre dans le monde signale la pleine participation des HSH à la planification nationale concernant le VIH.¹⁰ Il est difficile de savoir de manière plus spécifique si les pays qui signalent la participation des HSH impliquent de manière active les HSH vivant avec le VIH.

Les atteintes aux droits humains et la discrimination rencontrées par les HSH au niveau mondial, qui sont courantes et permanentes, exacerbent une situation déjà catastrophique.¹¹ Le lien entre le VIH et l'oppression sociale des HSH est bien établi dans la documentation de la recherche et difficile à ignorer.^{12 13 14 15} La criminalisation et l'assujettissement économique des minorités sexuelles provoquent des perturbations sociales, influent sur la migration transnationale et entretiennent les atteintes aux droits humains, renforçant le risque de la transmission du VIH et éloignant les personnes qui en ont le plus besoin des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

En 2009, pas moins de 80 pays ont infligé des sanctions pénales pour des actes de même sexe entre adultes consentants.¹¹ Dans les pays d'Amérique centrale et

des Caraïbes, le harcèlement par la police et la violence dirigée contre les HSH sont chose courante. Deux tiers des pays africains interdisent les relations sexuelles entre hommes. Les sanctions vont de l'emprisonnement (cinq ans au Cameroun, au Sénégal et au Ghana, l'emprisonnement à vie en Ouganda) à la peine de mort (Mauritanie, Soudan et certaines parties du Nigeria). L'oppression sociale peut être particulièrement nuisible pour les HSH qui sont jeunes ou qui appartiennent aussi aux groupes autochtones, de migrants ou de minorités ethniques et qui rencontrent des difficultés financières énormes tant dans les pays en développement que dans les pays développés. Même dans les pays qui ne prononcent pas d'interdictions juridiques explicites contre les relations de même sexe, une stigmatisation répandue empêche souvent les individus appartenant aux communautés de minorités sexuelles de rechercher ou de bénéficier de programmes essentiels en matière de VIH. En conséquence, les taux de l'infection à VIH peuvent demeurer élevés de manière disproportionnée dans les minorités sexuelles aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement et l'accès des HSH vivant avec le VIH aux services de santé sexuelle rester incroyablement faible pendant les années à venir.

Du fait de la forte proportion de HSH vivant avec le VIH, l'extension de l'accès à des programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien du VIH sensibles aux HSH et efficaces doit être d'une priorité élevée dans la riposte mondiale au VIH. Cette priorité a été formulée et réitérée par des leaders clés de la lutte contre le VIH au plan mondial et à la Conférence internationale sur le sida 2008 à Mexico et, de nouveau, lors de consultations organisées en 2009 par l'ONUSIDA, le PNUD et le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Les pratiques contemporaines de santé publique et les tendances de la criminalisation du VIH continuent à souligner l'importance de principes basés sur le droit pour guider notre travail de promotion des droits de santé sexuelle et reproductive des HSH vivant avec le VIH. Ces pratiques incluent, mais sans s'y limiter :

- le dépistage du VIH rendu obligatoire par l'État
- l'accent sur le dépistage et la recherche de cas du VIH en l'absence de soins de santé adéquats ou de qualité

- l'accent sur la notification du partenaire sans ressources ou soutien communautaires adéquats
- la criminalisation de pratiques sexuelles consensuelles entre personnes du même sexe
- la criminalisation des toxicomanes
- la criminalisation des professionnel(le)s du sexe
- la criminalisation de la transmission du VIH
- la limitation des préservatifs et du matériel d'injection stérile
- les programmes prônant uniquement l'abstinence

Les HSH vivant avec le VIH ne sont pas en mesure d'exercer tous leurs droits dans de nombreuses régions dans le monde et les atteintes aux droits ne sont pas toujours signalées de manière régulière par crainte de représailles et, dans les rares cas où ces situations sont signalées, elles ne sont pas prises au sérieux. Les Principes de Yogyakarta affirment sans équivoque que l'application des droits est universelle et que les HSH vivant avec le VIH devraient bénéficier de droits humains universels, notamment le droit à :

- l'égalité et la non-discrimination
- la reconnaissance devant la loi
- la vie
- la sécurité de la personne
- la vie privée
- l'absence de privation arbitraire de liberté
- la santé¹⁶

Maintenant, plus que jamais, il est vital que les personnes qui assurent le plaidoyer de la santé sexuelle et reproductive et d'autres parties prenantes s'engagent fermement à créer une voie commune pour s'assurer que les tous les HSH, en particulier les HSH vivant avec le VIH ne soient pas victimes de politiques conservatrices ou d'agendas politiques qui résultent en des programmes et services de normes inférieures et rendent invisibles les HSH vivant avec le VIH. Ceci est particulièrement important, d'autant plus que les personnes vivant avec le VIH vivent plus longtemps, que la stigmatisation et la discrimination se développent sans entraves et que les institutions de santé publique traditionnelles et les décideurs continuent à succomber aux paradigmes draconiens de la lutte contre la maladie. La recherche n'a démontré aucun avantage pour la santé publique, dans l'adoption d'approches plus dogmatiques en matière de program-

mes et de politiques sur les IST ou le VIH par rapport à des stratégies plus libérales. Une santé publique efficace fait avancer l'intérêt public tout en préservant les libertés personnelles car les personnes sont plus enclines à suivre des comportements de promotion de la santé lorsqu'elles sont auto-motivées et qu'on leur donne la liberté et les ressources de le faire par elles-mêmes. À cet égard, nous proposons les quatre principes supplémentaires basés sur les droits pour aider à éclairer les programmes et les politiques de santé sexuelle et reproductive destinés aux hommes gays et autres HSH vivant avec le VIH :

- le besoin impératif de réduire les taux des IST et de l'infection à VIH ne devrait pas empiéter sur les libertés personnelles
- toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris les HSH, méritent le même niveau de soutien, de soins de santé, de services d'appui et de droits politiques que toute autre personne
- toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris les HSH, ont droit à une vie sexuelle épanouie et satisfaisante
- sauf préjudice aux autres, toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris les HSH, ont droit à l'auto-détermination

Une adoption plus large de ces principes fournira un fondement commun pour le développement et la promotion de services de santé sexuelle et reproductive efficaces répondant aux besoins spécifiques des HSH vivant avec le VIH.

DISCRIMINATION ET STIGMATISATION SOCIALES

Pour les besoins de la présente Note de politique, la discrimination sociale est définie comme un traitement malveillant, injuste ou inégal (notamment des actes de violence verbale ou physique) visant à marginaliser ou à subordonner des individus ou des communautés au motif de leur affiliation réelle ou perçue avec des attributs socialement construits stigmatisés. Les formes dominantes de discrimination sont basées sur la race/l'appartenance au groupe ethnique, le genre, l'orientation sexuelle, le handicap, l'âge, la situation financière de classe ou le statut sérologique. La discrimination sert à maintenir les inégalités entre différents groupes. Au plan culturel, la discrimination est justifiée dans l'idéologie et exprimée

dans le discours ou les échanges entre et parmi les individus et les institutions.¹⁷ Les conséquences de la discrimination peuvent être caractérisées par des différences dans la proximité aux ressources sociales et économiques qui entraînent souvent des différences au niveau de la santé – le bien-être physique et mental.¹⁸

Les corrélats psychosociaux, souvent inter-reliés, du comportement à risque des hommes gays et autres HSH par rapport au VIH, peuvent avoir une base commune dans la stigmatisation et la discrimination considérables que de nombreux HSH, notamment les HSH vivant avec le VIH, rencontrent et doivent gérer dans leur vie au quotidien.^{12 19} Par exemple, la pauvreté, le racisme et l'homophobie tendent à générer un risque renforcé d'infection et de réinfection par le VIH et les IST en accroissant l'isolement social, le découragement et le blâme personnel.¹³ Pour certains HSH vivant avec le VIH, les difficultés financières, le rejet par la famille, la stigmatisation et les disparités dans l'accès aux soins de santé et l'éducation à la prévention, créent des obstacles à des comportements de promotion de la santé – empêchant leur participation juste et totale à la vie communautaire.

Bien qu'un grand nombre de nos connaissances sur la stigmatisation liée au VIH proviennent d'études réalisées auprès de la population générale,²⁰ la stigmatisation est autant un problème chez les hommes gays que chez les autres. Par exemple, dans un échantillon aléatoire d'hommes gays latinos (n=912) constitué dans trois villes des États-Unis (New York, Miami et Los Angeles), la prévalence de la stigmatisation liée au VIH chez les hommes séropositifs était préoccupante. Plus de la moitié de l'échantillon (57 %) pensaient que les individus séropositifs étaient responsables de leur infection et près de la moitié (46 %) de l'échantillon pensaient que les personnes séropositives étaient à blâmer pour la propagation du VIH. En outre, 52 % de l'échantillon percevaient les hommes séropositifs comme pratiquant le vagabondage sexuel et 18 % pensaient qu'ils étaient des personnes qui n'inspiraient pas confiance. Dans le domaine des échanges et des relations sexuels, les résultats étaient tout aussi alarmants. L'écrasante majorité (82 %) des hommes séropositifs avaient le sentiment que les rapports sexuels avec des hommes séropositifs étaient dangereux tandis que 57 % déclaraient qu'ils n'étaient pas disposés à avoir des rapports avec une personne séropositive, même avec

des préservatifs. Près des deux tiers (57 %) des hommes séronégatifs indiquaient qu'ils n'étaient pas disposés à avoir une personne séropositive comme petit ami ou petite amie.

Une proportion relativement importante de personnes séropositives du même échantillon, indiquaient que le fait d'être séropositif avait eu un impact négatif sur leur vie sociale et leur vie sexuelle, au-delà des problèmes physiques/médicaux que posait leur infection à VIH. Par exemple, près de la moitié de l'échantillon avaient le sentiment qu'à cause du VIH, il leur était plus difficile de trouver des rapports sexuels (46 %) et une proportion encore plus grande (58 %) avaient le sentiment qu'avec le VIH, il leur était plus difficile de trouver des relations d'amoureux. Les deux tiers (66 %) de l'échantillon rapportaient qu'avec le VIH, il leur était devenu plus difficile d'apprécier le sexe. L'écrasante majorité (82 %) des hommes séropositifs pensaient que leurs partenaires sexuels pourraient les rejeter s'ils étaient informés de leur statut sérologique. Près de la moitié (46 %) de tous les participants séropositifs signalaient avoir été traités de manière injuste du fait de leur statut sérologique et 45 % pensaient qu'ils devaient cacher leur statut pour être acceptés par leurs familles et leurs amis. Une analyse plus poussée a démontré que, pour les hommes séropositifs, les expériences de racisme, d'homophobie et de pauvreté, lorsqu'elles étaient combinées avec la stigmatisation liée au VIH, annonçaient une solitude, une faible estime de soi et des symptômes psychologiques de détresse émotionnelle, beaucoup plus que ne le faisaient des expériences isolées de racisme, d'homophobie et de pauvreté.²¹

SANTÉ MENTALE ET CONSOMMATION DE DROGUES

La santé sexuelle et reproductive des HSH vivant avec le VIH doit être comprise dans le contexte des réalités interpersonnelles, sexuelles et sociales contemporaines que les hommes gays en général doivent traverser au jour le jour. Ces réalités impliquent la consommation de substances, la violence, les agressions sexuelles, l'absence de logement, l'isolement social et d'autres facteurs sociaux toujours en jeu dans les échanges sexuels entre hommes. En fait, la coexistence de maladies sexuellement transmissibles (notamment la syphilis et le VIH) avec la dépression, l'angoisse, la colère, le peu d'assurance et l'abus

de substances chez les hommes gays, notamment les HSH vivant avec le VIH, a été documentée à maintes reprises par les chercheurs sur près de deux décennies.^{22 23 24}

Le rôle des abus sexuels pendant l'enfance est également apparu comme un facteur important à prendre en compte dans la compréhension de la santé sexuelle et reproductive des hommes gays. Par exemple Lenderking et al. ont révélé que les hommes qui avaient été victimes d'abus signalaient plus de partenaires sexuels masculins pendant toute leur vie et étaient plus susceptibles d'avoir eu des rapports anaux réceptifs non protégés au cours des six derniers mois.²⁵ D'autres chercheurs ont rapporté des conclusions similaires.^{26 27 28} Pour les hommes gays et autres HSH vivant avec le VIH, la dépression représente un important corrélat de leur santé sexuelle.²⁹ La réduction des symptômes de dépression et autres problèmes de santé mentale est liée à la réduction de comportements à risque liés au VIH et à l'amélioration de la satisfaction sexuelle globale.³⁰ La recherche démontre essentiellement l'importance des interventions qui mettent l'accent sur la réduction de la dépression et de l'angoisse et qui prennent compte les aspects contextuels de la consommation de substances.²⁹

L'abus de substances, notamment l'abus d'alcool et du crystal meth chez les HSH, est associé au risque de transmission du VIH et continue à compliquer les efforts de transmission et de soins du VIH.^{31 32} Il est important de noter que la recherche et les efforts de prévention n'ont pas systématiquement été axés sur les populations de HSH-consommateurs de drogues injectables (CDI) ; bien au contraire, les HSH-CDI ont constamment été traités comme une sous-population.³³ Les études portant sur les hommes gays/bisexuels ne comportent généralement pas un nombre suffisant de HSH-CDI pour permettre toute généralisation sur le sous-groupe de population ; en outre, elles ne comportent généralement pas de questions conçues de manière rigoureuse concernant le risque lié à l'injection. De même, les études sur les CDI ne comportent généralement pas un nombre suffisant de HSH-CDI ni de questions axées sur la dynamique du comportement sexuel chez les HSH

Le commerce du sexe est plus courant chez les HSH-CDI que chez les autres HSH.^{34 35} La prévalence du commerce du sexe va de 26 % chez les HSH-CGI séropositifs à 72 %

chez les jeunes HSH-CDI.^{36 37} Les HSH-CDI impliqués dans le commerce du sexe sont plus susceptibles d'être séropositifs,³⁵ et plus susceptibles de signaler des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels et non commerciaux, aussi bien féminins que masculins.³⁸

RELATIONS

De multiples études de prévention du VIH indiquent que les hommes gays et autres HSH sont moins susceptibles de pratiquer le sexe sans risque avec des partenaires proches et réguliers qu'avec des partenaires sexuels perçus comme occasionnels.³⁹ Ceci pose un problème de santé sexuelle aux couples séro-discordants et aux couples qui ne connaissent pas leurs statuts sérologiques respectifs. Même pour les couples séro-concordants – séropositifs ou séronégatifs – la monogamie sans communication constante et étroite, sans soutien social ou sans accords de sécurité négociés représente une stratégie fragile de prévention des IST et du VIH.

La désinformation, l'absence de soutien social (au niveau des partenaires, des relations, des amis), les expériences de discrimination sociale (c'est-à-dire la stigmatisation liée au VIH et l'hétéro-sexisme) et les déficits d'aptitudes comportementales (aptitudes à la communication et à la négociation) spécifiques aux relations, peuvent créer des barrières singulières à des pratiques sexuelles à moindre risque pour des couples de même sexe masculin.^{40 41 42} Par exemple, lorsque la communication est affaiblie du fait de craintes non exprimées concernant la transmission du VIH, la maladie potentielle, l'instabilité de la relation, la perte, l'incertitude de l'avenir et le désir de se protéger mutuellement contre ces problèmes, de nombreux aspects de la relation qui sont importants pour le maintien de comportements de promotion de la santé sexuelle peuvent être négativement affectés. Par ailleurs, des problèmes émotionnels essentiels entre les couples gays, lorsqu'ils sont laissés sans solution, peuvent compromettre la capacité des couples à se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles.⁴³ Il est essentiel de traiter ces problèmes et légitimer les besoins émotionnels et d'intimité des deux membres d'une relation entre personnes de même sexe, pour garantir la santé sexuelle et reproductive de tous les hommes gays, indépendamment du statut sérologique.⁴⁴

Le « sérotriage » est une pratique qui a été souvent signalée chez les HSH vivant avec le VIH.⁴⁵ Le sérotriage est une stratégie de minimisation du risque du VIH dans laquelle les individus choisissent et limitent leurs partenaires sexuels aux personnes d'un statut sérologique particulier. Les HSH vivant avec le VIH sont plus susceptibles de s'engager dans des pratiques sexuelles à moindre risque si leurs partenaires sont séronégatifs.

La connaissance factuelle de son statut sérologique et de celui des partenaires sexuels est nécessaire, ce qui fait du dépistage et de la divulgation systématiques du VIH des éléments importants du sérotriage sur la base de la séoprévalence comme pratique de réduction du risque.⁴⁶

L'INTERNET

Les hommes gays et autres HSH ont toujours trouvé des moyens nouveaux et novateurs de se fréquenter et créer des espaces sexuels, en partie comme une stratégie pour éviter, défier ou faire face à la stigmatisation et à la discrimination. L'internet est un exemple contemporain important.

L'internet offre aux HSH des opportunités importantes de socialisation et d'accès anonyme à des ressources d'information et à un soutien. Dans la recherche concernant les HSH et l'internet, les HSH déclarent apprécier l'anonymat et le caractère pratique de la recherche de rapports sexuels par internet et beaucoup préfèrent l'internet aux bars ou aux clubs parce que : les négociations sexuelles sont directes et achevées pendant la première rencontre ; les émotions peuvent facilement être séparées du sexe ; il est plus facile de gérer le risque de rejet (en particulier en rapport avec la divulgation du statut sérologique) ; l'on peut éviter des étiquettes particulières de la politique des corps qui existent dans les bars et les clubs gays ; les chercheurs de relations peuvent incarner des rôles ou des personnages (subjectivités) multiples à travers des profils différents en ligne ; cela revient moins cher que de sortir et cela est sexuellement explicite et sexuel sans détours.

La recherche de rapports sexuels par internet qui aboutit à des liaisons sexuelles ou des « branchements » sexuels via des salons de chat en ligne ou des annonces personnelles, est associée à un comportement sexuel à haut risque chez certains hommes gays.^{47 48 49} Par exemple,

les études comportementales indiquent que les HSH qui recherchent des rapports sexuels sur internet sont beaucoup plus susceptibles de signaler l'utilisation de la méthamphétamine, avoir reçu de l'argent ou de la drogue contre des rapports sexuels et rencontré des partenaires dans les bains publics, les bars, les parcs et les « circuit party » que ceux qui recherchent des rapports sexuels ailleurs.^{50 51 52} En outre, les HSH qui naviguent sur le Net à la recherche de rapports sexuels sont plus susceptibles d'être plus jeunes et d'avoir une infection sexuellement transmissible (IST), plus de partenaires sexuels et de rapports sexuels anaux non protégés.^{53 54} Toutefois, des données plus récentes attribuent, en partie, la baisse des nouvelles infections à VIH chez les hommes gays de San Francisco à l'utilisation de l'internet par les hommes gays pour le sérotriage.⁵⁵ L'internet, comme espace social et sexuel, est un site important pour l'innovation en matière d'éducation et d'interventions en santé sexuelle et reproductive.

VISIBILITÉ DES MESSAGES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE POUR LES HSH VIVANT AVEC LE VIH

Aussi troublantes que puissent être les données épidémiologiques du VIH concernant les hommes gays, plutôt que d'assister à une prolifération de programmes et de messages de prévention en santé sexuelle et reproductive adaptés aux HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, l'on a assisté à une baisse des représentations publiques des hommes gays dans les campagnes de prévention du VIH dans certaines communautés. Les campagnes de marketing social soutenues ciblant les HSH ont été remplacées par des programmes normatifs, pré-conditionnés de modification de comportements au niveau individuel et au niveau des groupes ainsi que des messages génériques de santé publique, qui présument souvent que le principal public cible des services de prévention est constitué d'hommes gays séronégatifs.

Lorsque les hommes gays et autres HSH apparaissent dans les annonces publiques sur le VIH et le SIDA, ils ont souvent l'apparence d'hommes blancs ou d'Europe occidentale et sont présentés avec des corps minces, musclés et lisses. Par ailleurs, les HSH vivant avec le VIH sont parfois dépeints dans des annonces publicitaires qui utilisent « la honte et le blâme » ou la tactique de la peur comme stratégie pour convaincre les HSH séronégatifs

d'éviter des rapports sexuels « à risque ». La déconnexion subséquente que ressentent souvent les HSH vivant avec le VIH réduit sérieusement la portée des messages de santé sexuelle et reproductive.⁵⁶

En outre, l'absence relative de portraits réalistes de HSH séropositifs qui s'affirment dans les campagnes de marketing social pour la prévention du VIH répond au silence sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les communautés gays et hétérosexuelles ordinaires. Ceci peut amener les HSH vivant avec le VIH à se sentir isolés et sans soutien approprié. Et, parce que les hommes gays et autres HSH, en particulier les HSH vivant avec le VIH, sont tenus largement à l'écart des discours publics sur le VIH et le SIDA à travers les messages médiatiques et le marketing social, notre capacité à imaginer des approches inclusives et plus pertinentes de la santé sexuelle et reproductive est sérieusement handicapée. En fait, des messages de prévention obsolètes et trop simplistes pour les hommes gays et autres HSH peuvent expliquer ce que l'on appelle souvent la « fatigue de la prévention du VIH », la « complaisance » ou le « burnout du SIDA ».^{57 58}

FACTEURS DE PROTECTION : RÉSILIENCE

À travers le monde, les HSH, notamment les HSH vivant avec le VIH, ont réagi aux conséquences dévastatrices du VIH et du SIDA en faisant preuve de ressource, de créativité et d'initiative. Les approches d'interventions utilisées par le secteur de la prévention du VIH sont souvent axées sur les déficits et mobilisent rarement les connaissances, les aptitudes et les ressources dont disposent les hommes gays et autres HSH et que ceux-ci peuvent utiliser dans l'optimisation de leur santé sexuelle et reproductive. Ceci est particulièrement vrai pour les interventions qui impliquent les HSH vivant avec le VIH. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent trouver les moyens de résoudre les difficultés rencontrées par les HSH vivant avec le VIH tout en consolidant leurs forces et leur capacité de résilience. En outre, la nature complexe du risque d'IST et de VIH pour les hommes gays et autres HSH requiert des approches de santé sexuelle capables de : 1) faire face aux conséquences des forces d'oppression dans la vie des HSH et, 2) amener la communauté à mobiliser et valider les stratégies efficaces de réduction du risque, les réseaux d'amitié, les familles, les croyances spirituelles, les talents artistiques,

les capacités d'organisation, l'implication de la communauté et la cohésion sociale, qui sont tous autant d'éléments susceptibles d'avoir des effets de protection contre la transmission du VIH.^{59 60 61}



RECOMMANDATIONS POUR FAIRE PROGRESSER LES DROITS HUMAINS ET LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES HSH VIVANT AVEC LE VIH

Malgré une sensibilisation croissante au fait que la santé sexuelle et reproductive et le bien-être des HSH vivant avec le VIH sont essentiels pour garantir les droits humains et la santé publique, les réponses programmatiques et politiques ont été décevantes. L'amélioration de cette situation passe par la remise en question de la criminalisation, la discrimination et la stigmatisation envers tous les hommes gays et autres HSH, en particulier ceux vivant avec le VIH. Et ceci nécessitera une fourniture ouverte, efficace et sensible d'informations et de services adaptés aux besoins spécifiques et priorités des HSH vivant avec le VIH, même dans le cadre d'environnements politiques et culturels peu accueillants ou hostiles aux hommes gays et autres HSH.

La compréhension des facteurs susceptibles de miner la santé sexuelle et reproductive de tous les hommes gays et autres HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, constitue la base permettant de concevoir des réponses programmatiques et politiques solides qui soient respectueuses, appropriées, pertinentes, importantes et sensibles. Les cofacteurs qui minent la santé sexuelle et reproductive des HSH vivant avec le VIH peuvent varier d'une personne à une autre, d'une famille à une autre et d'un groupe à un autre. D'un point de vue de santé publique, les décideurs et prestataires de services doivent reconnaître que les personnes vivant avec le VIH développent des relations, ont des rapports sexuels et ont des enfants. Une évaluation minutieuse devrait donc précéder l'élaboration de programmes et de politiques. Et, au moins les principes basés sur les droits rappelés ci-dessus concernant l'engagement significatif des HSH vivant avec le VIH doivent être suivis.

Cette Note de politique apporte la focalisation nécessaire sur les hommes gays et autres HSH vivant avec le VIH. Les recommandations suivantes sont adaptées du Guide d'orientation et de directives publiées par l'ONUSIDA visant à intensifier la prévention du VIH et à développer l'accès universel.⁶² Elles se présentent comme suit :

POUR LES DIRECTEURS DE PROGRAMMES ET LES DÉCIDEURS

1. Des services volontaires et abordables de prévention, de soins, de traitement et de soutien des IST et du VIH doivent être élargis et adaptés pour répondre aux besoins spécifiques et aux priorités des HSH vivant avec le VIH – sur la base de la confidentialité, du consentement éclairé et du conseil.
2. Les systèmes de prévention, de soins et de soutien du VIH doivent être renforcés pour prendre en charge le nombre exagérément élevé de HSH vivant avec le VIH en même temps que le dépistage du VIH sera intensifié – une recherche de cas sans les services appropriés constitue une pratique de santé publique qui ne répond pas aux normes et est non éthique.
3. Les lois nationales criminalisant l'homosexualité et la transmission du VIH devraient être remplacées par des lois garantissant les droits des hommes gays et autres HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH.
4. Tous les HSH vivant avec le VIH, notamment les jeunes HSH et leurs partenaires sexuel(le)s (de sexe masculin, féminin ou transgenres) devraient avoir accès à une gamme complète et intégrée de services de santé sexuelle et reproductive incluant notamment le dépistage et le traitement des IST, la vaccination contre l'hépatite ainsi que les services de santé mentale et autres services de soutien psychosocial.
5. Les prestataires de services de santé et les personnes qui assurent le plaidoyer devraient recevoir une formation sur la sensibilité liée aux besoins spécifiques et aux priorités des HSH vivant avec le VIH, notamment la réduction de la stigmatisation, la confidentialité et les défis spécifiques rencontrés par les jeunes HSH.

POUR LES DÉFENSEURS DE LA SANTÉ SEXUELLE ET LES AGENTS DE SOINS DU VIH

- 6. Les prestataires et les défenseurs des services de santé devraient œuvrer à l'établissement de liens plus étroits entre la prévention, les soins et le traitement des IST et du VIH, la santé sexuelle et reproductive, l'abus de substances et les services de santé mentale et les initiatives de lutte contre la discrimination et contre la violence.
- 7. L'accès à une assistance juridique abordable devrait être rendu possible aux HSH (jeunes et adultes) qui rencontrent une contrainte ou une violence sexuelle.
- 8. Des informations spécifiques et ciblées sur la santé sexuelle et reproductive conçues pour attirer les HSH vivant avec le VIH devraient être disponibles, notamment les efforts de marketing social qui reflètent les expériences subjectives des HSH.
- 9. La disponibilité d'espaces sociaux virtuels ou physiques sécurisés pour les HSH vivant avec le VIH devrait être élargie et encouragée.

POUR LES ORGANISATIONS À BASE COMMUNAUTAIRE ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

- 10. L'autonomisation des HSH vivant avec le VIH devrait être intégrée dans tous les programmes et politiques de santé sexuelle et reproductive – notamment la mise en place de groupes d'entraide et de réseaux de HSH vivant avec le VIH.
- 11. Les campagnes pour la réduction de la stigmatisation, la discrimination et l'acceptabilité de l'homophobie devraient être soutenues et encouragées.
- 12. Les initiatives qui encouragent la participation accrue des HSH vivant avec le VIH doivent être soutenues.



RESSOURCES

Global Youth Coalition on HIV/AIDS (GYCA)

www.youthaidscoalition.org

HIV Law Project

www.hivlawproject.org/StayInformed/resources.html

The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF)

www.msmsgf.org

The Global Network of People living with HIV (GNP+)

www.gnpplus.net

ONUSIDA. (2008). Report on the Global AIDS Epidemic.

Genève: ONUSIDA.

www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

Campagne mondiale contre le sida

www.worldaidscampaign.org/en/Constituencies/People-Living-with-HIV-and-AIDS/Resources



RÉFÉRENCES

¹ GNP+, ICW, EngenderHealth, IPPF, UNAIDS. Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A Guidance Package. 2009. Amsterdam, GNP+.

www.gnpplus.net/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/16-srhr-guidance-package (consulté en septembre 2010).

² Baral S. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000-2006: A Systematic Review. Public Library of Science (PLOS) Medicine. 2007; 4(12): e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339.

³ Khan S. MSM contexts in Lahore. Extract from a social assessment report for the World Bank. April 2002. Naz Foundation International.

⁴ Khan S, OBE, Khan OA. The trouble with MSM. American Journal of Public Health. 2006; 96(5): 765-766.

⁵ ONUSIDA. Report on the Global AIDS Epidemic. 2008. Genève.

⁶ Global Network of People Living with HIV (GNP+). Considerations, challenges, and opportunities towards universal access to treatment, care and support. Briefing Paper: Young Positives: Living Their Rights! 2009.

⁷ Organisation mondiale de la santé. 2006

⁸ ONUSIDA. Policy Brief: HIV and Sex between Men. 2006. Genève.

⁹ Cáceres CF, Pecheny M, Frasca, T, Rios RR, Pocha F. Report to the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Review of Legal Frameworks and the Situation of Human Rights Related to Sexual Diversity in Low and Middle Income Countries. 2008. UNAIDS, Genève.

¹⁰ Saavedra J, Izazola-Licea JA, Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. Journal of the International AIDS Society. 2008; 11(9): 1-7.

- ¹¹ Ottosson D. State-sponsored Homophobia: A World Survey of Laws Prohibiting Same Sex Activity Between Consenting Adults. 2009. The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf.
- ¹² Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health Social Behavior*. 1995; 36: 35-56.
- ¹³ Diaz RM, Ayala G, Bein E. Sexual risk as an outcome of social oppression: Data from a probability sample of Latino gay men in three cities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2004; 10(3): 255-267.
- ¹⁴ Kreiger N. Embodying inequality: a review of Concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Sciences*. 1999; 29: 295-352.
- ¹⁵ Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*. 2003; 93: 200-208.
- ¹⁶ The Yogyakarta Principles. The application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity [site internet]. Disponible sur : www.yogyakartaprinciples.org [visité le 14 décembre 2009].
- ¹⁷ Krieger N. Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*. 1999; 29(2): 259-352.
- ¹⁸ Millett GA, Peterson JL, Wolitski RJ & Stall R. Greater risk for HIV infection of Black men who have sex with men: A critical literature review. *American Journal of Public Health*. 2006; 96: 1007-1019.
- ¹⁹ Diaz R & Ayala G. The impact of homophobia, poverty and racism on the mental health of Latino gay and bisexual men: Findings from a probability sample in three U.S. cities. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(6): 927-932.
- ²⁰ Herek GM. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7): 1106-1116.
- ²¹ Diaz RM. In our own back yard: HIV/AIDS Stigmatization in the Latino gay community. In T. Neunis (Ed.) *Sexual Inequalities*. Berkeley: U.C. Press; 2006.
- ²² Gold RS & Skinner MJ. Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men. *AIDS*. 1992; 6:1021-1030.
- ²³ Boulton M, McLean J, Fitzpatrick R & Hart G. Gay men's accounts of unsafe sex. *AIDS Care*. 1995; 7:619-630.
- ²⁴ Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, Pollack L, Binson D, Osmond D, & Catania JA. Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(6): 939-942.
- ²⁵ Lenderking WR, Wold C, Mayer KH, Goldstein R, Losina E & Seage GR. Childhood sexual abuse among homosexual men: prevalence and association with unsafe sex. *General Internal Medicine*. 1997; 12:250-253.
- ²⁶ Jinich S, Paul J, Ekstrand M, Kegeles S, Hoff C & Coates T. Childhood sexual abuse and HIV risk taking behavior among gay and bisexual men. *AIDS Behavior*. 1998; 2: 41-51.
- ²⁷ Strathdee SA, Hogg RS & Martindale SL. Determinants of sexual risk taking among young HIV-negative gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 1998; 19: 61-66.
- ²⁸ Arreola S. Childhood sexual abuse and HIV among Latino gay men: The price of sexual silence during the AIDS epidemic. In: Teunis N, Herdt G, editors. *Sexual Inequalities and Social Justice*: University of California Press; 2006.
- ²⁹ Parson JT. Correlates of sexual HIV transmission risk behaviors among HIV + men who have sex with men. National HIV Prevention Conference 1999, August 29-September 1; Abstract no.181; 1999.

- ³⁰ Stiffman AR, Dore P & Cunningham RM. Person and environment in HIV risk behavior change between adolescence and young adulthood. *Health Education Quarterly*. 1995; 22: 211-226.
- ³¹ Stall R, Paul JP, Greenwood G, et al. Alcohol use, drug use, and alcohol related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Addiction*. 2001; 96: 1589-1601.
- ³² Halkitis PN, Parsons JT & Stirrat MJ. A double epidemic: Crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *Journal of Homosexuality*. 2001; 41: 17-35.
- ³³ Bull, S. S., Piper, P., & Rietmeijer, C. (2002). Men who have sex with men and also inject drugs—profiles of risk related to the synergy of sex and drug injection behaviors. *Journal of Homosexuality*. 2002; 42(3): 51-55.
- ³⁴ Rietmeijer, C. A., Wolitski, R. J., Fishbein, M., Corby, N. H., & Cohn, D. L. (1998). Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men. Associations with high-risk sexual behaviors and condom use. *Sex Transm Dis*. 1998; 25(7): 353-360.
- ³⁵ Kuyper, L. M., Lampinen, T. M., Li, K., Spittal, P. M., Hogg, R. S., Schechter, M. T., et al. (2004). Factors associated with sex trade involvement among male participants in a prospective study of injection drug users. *Sex Transm Infect*. 2004; 80(6): 531-535.
- ³⁶ Bacon, O., Lum, P., Hahn, J., Evans, J., Davidson, P., Moss, A., et al. (2006). Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis*. 2006; 33(4): 228-234.
- ³⁷ O'Connell, J. M., Lampinen, T. M., Weber, A. E., Chan, K., Miller, M. L., Schechter, M. T., et al. (2004). Sexual risk profile of young men in Vancouver, British Columbia, who have sex with men and inject drugs. *AIDS Behav*. 2004; 8(1): 17-23.
- ³⁸ Newman, P. A., Rhodes, F., & Weiss, R. E. (2004). Correlates of sex trading among drug-using men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2004; 94(11): 1998-2003.
- ³⁹ Misovich SJ, Fisher JD & Fisher WA. Close relationships and elevated HIV risk behavior: evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*. 1997; 1(1): 72-107.
- ⁴⁰ Hays RB, Kegeles SM & Coates TJ. Unprotected sex and HIV risk taking among young gay men within boyfriend relationships. *AIDS Education and Prevention*. 1997; 9(4): 314, 329.
- ⁴¹ Haas SM. Social support as relationship maintenance in gay male couples coping with HIV or AIDS. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2002; 19(1): 87-111.
- ⁴² Powell-Cope GM. Heterosexism and gay couples with HIV infection. *Western Journal of Nursing Research*. 1998; 20(4): 478-496.
- ⁴³ Beckerman NL, Letteney S & Lorber K. Key emotional issues for couples of mixed HIV status. *Social Work in Health Care*. 2000; 31 (4): 25-42.
- ⁴⁴ Remien RH, Carballo-Dieguez A & Wagner G. Intimacy and sexual risk behavior in serodiscordant male couples. *AIDS Care*. 1995; 7(4): 429-439.
- ⁴⁵ Parsons JT, Schrimshaw EW, Wolitski RJ, Halkitis PN, Purcell DW, Hoff CC, et al. Sexual harm reduction practices of HIV-positive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS*. 2005; 19(Suppl 1): S13-S25.
- ⁴⁶ Xia Q, Molitor F, Osmond DH, Tholandi M, Pollack LM, Ruiz JD, et al. Knowledge of sexual partner's HIV serostatus and serosorting practices in a California population based sample of men who have sex with men. *AIDS*. 2006; 20, 2081-2089.
- ⁴⁷ Centers for Disease Control and Prevention. Internet use and early syphilis infection among men who have sex with men--San Francisco, California, 1999-2003. *MMWR*. 2003; 52(50): p. 1229-32.

- ⁴⁸ Halkitis PN & Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*. 2003; 15(3): p. 367-78.
- ⁴⁹ Bull SS & McFarlane M. Soliciting sex on the Internet: what are the risks for sexually transmitted diseases and HIV? *Sex Transm Dis*. 2000; 27(9): p. 545-50.
- ⁵⁰ Kim AA, Kent C & McFarland W. Cruising the internet highway. *JAIDS*. 2001; 28(1): 89-93.
- ⁵¹ Benotsch EG, Kalichman S & Cage M. Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention. *Arch Sex Behav*. 2002; 31(2): 177-83.
- ⁵² Mettey A, Crosby R, DiClemente RJ, et al. Associations between internet sex seeking and STI associated risk behaviors among men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*. 2003; 79(6): 466-8.
- ⁵³ McFarlane M, Bull SS & Rietmeijer CA. The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA*. 2000; 284(4): 443-446.
- ⁵⁴ Elford J, Bolding G & Sherr L. Seeking sex on the internet and sexual risk behavior among gay men using London gyms. *AIDS (England)*. 2001; 15(11): 1409-1415.
- ⁵⁵ Kaiser Family Foundation HIV positive MSM finding partners through 'sero-sorting' might be contributing to decline in HIV incidence in San Francisco. 2005. From www.kaisernetwork.org/daily-reports/rep-index.ctm?hint=1&dr-id=32074. Accessed 10/18/05
- ⁵⁶ Aral S. Elimination and reintroduction of sexually transmitted disease: lessons to be learned? *American Journal of Public Health*. 1999; 89: 995-997.
- ⁵⁷ Odets W. AIDS education and harm reduction approaches for the 21st century. *AIDS Public Policy Journal*. 1994; 9: 1-15.
- ⁵⁸ Gallagher J. Risky business. *Advocate*. 17 mars, 1998: 46-48.
- ⁵⁹ Yoshikawa H, Wilson PA, Chae HW & Cheng J. Do family and friendship networks protect against the effects of discrimination on mental health and HIV risk among Asian and Pacific Islander gay men? *AIDS Education and Prevention*. 2004; 16: 84-100.
- ⁶⁰ O'Donnell L, Agronick G, San Doval A, Duran R, Myint-U A & Stueve A. Ethnic and gay community attachments and sexual risk behaviors among urban Latino young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*. 2002; 14(6): 457-471.
- ⁶¹ Ramirez-Valles J & Brown AU. Latinos' Community Involvement in HIV/AIDS: Organizational and Individual Perspectives on Volunteering. *AIDS Education and Prevention*. 2003; 15 (Supplement A): 90-104.
- ⁶² ONUSIDA. Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. 2007. Genève.
-

REMERCIEMENTS

Cette Note de politique a été élaborée avec le soutien du Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

A propos du Global Forum on MSM and HIV [Forum mondial des HSH et du HIV] (MSMGF):

Le Global Forum on MSM and HIV (MSMGF).

Le MSMGF plaide pour un accès équitable à des services de prévention, de soins, de traitement et soutien du VIH adaptés aux besoins des gays et d'autres hommes ayant des rapports avec des hommes, notamment les HSH vivant avec le VIH tout en faisant la promotion de leurs droits de santé et leurs droits humains à travers le monde.

Coordonnées du MSMGF : Bureau exécutif,
436 14th Street, Suite 1500, Oakland, CA 94612, USA.
Site web: www.msmgf.org

A propos du Global Network of People living with HIV (GNP+):

GNP+ est le Réseau mondial pour et par les Personnes vivant avec le VIH. GNP+ plaide pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En tant que réseau des réseaux, GNP+ est guidé par les besoins des PVVIH à travers le monde et son travail est inspiré par l'Agenda du plaidoyer mondial, déterminé par et pour les PVVIH, à travers la mise en oeuvre des plateformes d'action de GNP+ : la Santé positive, Dignité et Prévention, les Droits humains, les Droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH et l'Autonomisation.

Publié par:

The Global Network of People Living with HIV (GNP+)
Van Diemenstraat 192
1013CP Amsterdam
The Netherlands
Site web: www.gnpplus.net
E-mail: infognp@gnpplus.net

Droits réservés:

Ce document peut être librement partagé, copié, traduit, revu et distribué, en partie ou en intégralité, mais pas à des fins commerciales pour la vente ou l'utilisation. Seules les traductions, adaptations et réimpressions autorisées pourront porter l'emblème de GNP+ et/ou de l'INPUD.

Les demandes devront être adressées à GNP+,
Van Diemenstraat 192, 1013CP Amsterdam,
The Netherlands, infognp@gnpplus.net.

© Mai 2010. The Global Network of People Living with HIV (GNP+)

Conception:

www.mankitlam.nl basée sur la conception originale de www.samgobin.nl

GNP+ et MSMGF. Faire progresser les droits de santé sexuelle et reproductive des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH : Une Note de politique. 2010. Amsterdam. GNP+.



Deux participants à une réunion sur la santé sexuelle,
au Sénégal. Crédit photo : UNAIDS/P. Virot

