



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE DE LA PRÉVENTION DU VIH LORS DES PRATIQUES SEXUELLES ENTRE HOMMES : QUELLES LEÇONS POUR LE MALI ?**

présenté par

**Djibril BORÉ**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 21 Avril 2011

Devant le jury composé de :

**Docteur Christian Mesenge** Président

Directeur du Département Santé - Université Senghor  
d'Alexandrie

**Docteur Marc Steben** Examineur

Professeur de clinique - Médecine sociale et préventive -  
Obstétrique gynécologie - Faculté de médecine - Université  
de Montréal.

**Docteur Sany Kozman** Examineur

Consultant international pour l'ONUSIDA et Directeur de  
l'ONG « Friends of life »



## Dédicaces et remerciements

Gloire à **ALLAH**, le Très haut, le Très grand, le Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout puissant, le Très miséricordieux, ainsi que son serviteur le **Prophète Mohamed** (Paix et salut sur lui), d'avoir permis l'aboutissement de ce travail.

*Je dédie ce modeste travail...*

**À ma mère Nana TOURÉ.** Avec toi je comprends aisément la portée de la pensée qui dit : « Dieu n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères ». Cette mère inlassable, cette force, ce réconfort que tu demeures pour nous. Ce modeste travail ne suffit certes pas pour récompenser tant d'années de sacrifices, puisse-t-Il cependant adoucir tes peines. Dieu seul pourra te récompenser et te garder encore longtemps avec nous. Amen ! Ce travail est tien.

*Je présente mes sincères remerciements...*

**À mon père Séyni BORÉ, à ma tante Bintou POUDIOUGOU et à mon oncle Alhousseyni GUIROU.** Je ne reste pas insensible à la douceur de cet océan d'affections et de bénédictions dont vous m'entourez tous les jours. Océan si grand que je pourrai m'y baigner toute ma vie durant. Ce travail est aussi vôtre; qu'il serve d'exemple aux plus jeunes. Je vous aime.

**À mes Frères : Dr Alhousseyni BOIRÉ et Boubacar BORÉ.** Vous êtes les grands frères mais aussi les amis ; c'est l'occasion de vous prouver que vos efforts n'ont pas été vains. Puisse Dieu consolider vos foyers et bénir vos enfants. Amen !

**À mes amis : Dr Mahamadou SALIOU et Dr Harouna KONDÉ.** En souvenir des rires, des pleurs et de tous ces événements qui ont contribué à modeler, façonner et forger notre amitié sur la colline du Point G. Puisse Dieu consolider nos liens de fraternité.

**À mes amies : Nathalie MAICHE et Myrlande SÉRAPHIN.** Un vrai ami est un trésor. Qui en a trouvé, a trouvé un abri sûr. Plusieurs personnes entrent et sortent de notre vie. Les vrais amis sont ceux qui y restent pour toujours ; que Dieu nous permette de rester un modèle pour nos amis. Amen !

**À mes amies : Aïssata TALL, Mariam KAMAGATÉ et Irène Nadia TELBAYE.** Nos chemins se sont croisés par le hasard de la vie ; quel heureux hasard ! N'est ce pas ? Sachez que je vous aime.

**À mes camarades et promotionnaires : Dr Aboubakar Dokan KONE, Mahamadou KEITA, El'hadj Mahamane SOUMAILA, Famorogué CAMARA, Ibrahim MARIKO, Daouda COULIBALY et Mamari DIARRA.** Le chemin est encore long et le combat ne fait que commencer. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Ce travail est vôtre.

**À mes cadets et promotionnaires comoriens : FAHAD et DJOUMOI.** Bon courage et surtout ne vous ne arrêtez pas avant de décrocher le Ph.D.

**À Mesdames Amélie Duguet et Alice Mounir.** L'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce mémoire a été incommensurable. L'occasion m'est donc donnée ici de vous réitérer ma profonde reconnaissance. Ce travail est vôtre.

**Au Pr Anne Marie MOULIN et au Dr Christophe BROQUA.** Vous m'avez beaucoup aidé pour réaliser ce mémoire. Je ne puis rester insensible à cette entière disponibilité. Que Dieu vous garde.

**À tout le personnel de l'Université Senghor.** Recevez ici mes sincères remerciements.

***Mes hommages aux membres du jury***

**À notre Maître et Président du jury : Docteur Christian MESENGE**

- Chevalier des ordres français des palmes académiques
- Directeur du Département Santé à l'Université Senghor d'Alexandrie

Cher Maître,

L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et votre humilité nous ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances. L'occasion nous est donnée en ce jour, de vous réitérer toute notre reconnaissance pour votre enseignement de qualité. Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

**À notre Maître et Juge : Docteur Sany KOZMAN**

- Consultant international pour l'ONUSIDA et Directeur de l'ONG « Friends of life »

Cher Maître,

Homme de principe et de rigueur, vos qualités de scientifique, associées à votre grande amabilité restent pour nous une source d'inspiration et d'admiration. En cet instant solennel, soyez assuré cher maître de notre indéfectible attachement et de notre profonde reconnaissance.

**À notre Maître et Directeur de mémoire : Docteur Marc STEBEN**

- Médecin conseil et Président du comité des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'Institut national de sante publique du Québec.
- Professeur de clinique en Médecine sociale et préventive et Obstétrique gynécologie (Faculté de médecine) l'Université de Montréal.

Cher Maître,

Homme de principe, votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation et vos méthodes de travail font de vous un maître exemplaire. En nous acceptant dans votre service, vous nous honorez pleinement. Nous gardons de vous l'image d'un grand maître dévoué, humble et serviable. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

## Résumé

L'Afrique subsaharienne, avec 68 % de la charge mondiale du VIH, demeure la région la plus touchée par l'épidémie. Les rapports sexuels non protégés entre hommes constituent un facteur important dans cette épidémie subsaharienne, bien que le moteur principal soit les rapports hétérosexuels. La stigmatisation, la discrimination et les méconnaissances de l'homosexualité rendent vulnérables ces hommes et les obligent à dissimuler leur orientation, d'où la difficulté de les atteindre par des programmes ciblés de prévention. Au Mali, l'émergence de la problématique des rapports sexuels entre hommes est assez récente dans le champ de la lutte contre le VIH. Ici, la honte constitue un puissant régulateur social. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), soucieux de contrer cette menace sociale, demeurent silencieux et discrets par des comportements susceptibles de préserver la réputation et le respect de la vie intime. Dans ce climat d'homophobie et de silence, quelles stratégies rendraient plus efficace la prévention du VIH lors des pratiques sexuelles entre hommes ? L'objectif de ce travail est d'analyser les stratégies québécoises de prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH et faire une proposition adaptable au contexte malien. La méthodologie utilisée repose sur une revue de littérature scientifique dans le domaine de la prévention du VIH lors des pratiques sexuelles entre hommes. Elle se propose d'identifier des stratégies novatrices de prévention et de formuler des recommandations adaptables à la spécificité malienne. En dépit de quelques faiblesses notées ces dernières années, le système québécois a révélé des innovations. Ces stratégies innovantes ont été celles fondées sur le respect des droits de la personne, élaborées avec les HARSAH, basées sur des messages faisant la promotion des comportements sains, sécuritaires et de réduction des méfaits et enfin celles utilisant des canaux multiples de diffusion dont l'internet. Une étude commanditée au Mali par l'ONUSIDA en 2004 avait révélé, au sein des HARSAH, une mauvaise perception des risques liés à la pratique, une utilisation non systématique des préservatifs, une fréquence élevée des IST et une séroprévalence au VIH comprise entre 17 et 23% contre 1,3% en population générale. Les stratégies de prévention, sur lesquelles se fondent les succès québécois dans la lutte contre le VIH auprès des HARSAH, sont connues. Au Mali, comme partout en Afrique subsaharienne les pratiques sexuelles entre hommes sont stigmatisées. Dans ce climat d'homophobie et souvent de criminalisation, les stratégies de prévention, pour être efficaces doivent éviter d'exposer ces hommes et surtout d'accentuer leur vulnérabilité face à une population qui ne les a pas encore totalement acceptés. Il faut rechercher la proximité culturelle, verbale et iconique reflétant la complexité du sujet tout en accompagnant les injonctions formulées par des explications et des solutions alternatives. L'enjeu principal est de renouveler le message de prévention pour contrer la banalisation du VIH/sida, de diversifier les stratégies afin de motiver les personnes vulnérables à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires, tout en se préoccupant de la population en général.

## Mots-clefs

VIH/sida, HARSAH, Prévention, Afrique subsaharienne, Québec, Mali, Discrimination, Réduction des méfaits, Orientation sexuelle, Homosexualité

## **Abstract**

Sub-Saharan Africa, with 68 % worldwide loads of the HIV, remains the region the most affected by the epidemic. Non protected sexual Intercourses between men constitute an important factor in this epidemic, although the main cause is the heterosexual sexual intercourses. Stigmatization, discrimination and ignorance of homosexuality make these men vulnerable and oblige them to hide their sexual orientation; this is why it is difficult to reach them by targeted prevention programs. In Mali, the emergence of the problems of men having sex with men is rather recent in the field of the struggle against HIV. Here, shame constitutes a powerful social regulator. Men having sex with men (MSM), anxious to counter this social threat, remain silent and discreet (behaviors likely to preserve reputation and respect for intimate life). In this context of homophobia and silence, what strategies would make more efficient the prevention of HIV during sexual practices between men? The objective of this work is to analyze Québécois strategies of prevention HIV infection by MSM and to make a proposal adaptable to the Malian context. The methodology is based on a review of scientific literature in the field of the prevention of HIV during sexual practices between men. It offers to identify innovative strategies of prevention and to formulate recommendations adaptable to the specificities of Mali. In spite of some weaknesses noted these last years, the system of Quebec revealed innovations. These innovative strategies were those founded on the respect of the person's rights, worked out with MSM, based on messages promoting safe and healthy behaviors and of reduction of risks and finally those using multiple distribution ways, including the Internet. A study financed in Mali by ONUSIDA in 2004 had revealed, within MSM, a bad perception of risks linked to the practice, an unsystematic use of condoms, a high frequency of STI and HIV seroprevalence between 17 and 23 % against 1.3 % in the general population. The strategies of prevention on which are based successes of Quebec, in the struggle against HIV for MSM are known. In Mali, as everywhere in Sub-Saharan Africa, sexual practices between men are stigmatized. In this climate of homophobia and often of criminalization, strategies of prevention, to be efficient, have to avoid exhibiting these men and especially accentuating their vulnerability to a population which has not still completely accepted them. It is necessary to search for cultural, verbal and iconic proximity reflecting the complexity of subject while accompanying formulated injunctions by explanations and alternative solutions. The main challenge is to renew the prevention message to counter the trivialization of HIV / AIDS, to diversify strategies to motivate vulnerable persons to adopt and to maintain safe behaviors, while worrying about the population in general.

## **Key-words**

HIV / AIDS, MSM, Prevention, Sub-Saharan Africa, Quebec, Mali, Discrimination, Harms reduction, Sexual orientation, homosexuality

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

AGR	Activités Génératrices de Revenus
ARCAD / SIDA	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/Sida (Mali)
ARV	Antirétroviraux
ASPC	Agence de la Santé Publique du Canada
CESAC	Centre de Soins, d'Animation et de Conseils (Mali)
CLSC	Centre Local de Services Communautaires (Québec)
COCQ_SIDA	Coalition des Organismes Communautaires Québécois de lutte contre le Sida
CRIPS	Centre de Recherche et d'Information sur la Prévention du Sida
CCLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA (Mali)
CSP	Coalition du Secteur Privé (Mali)
EDSM III	Enquête Démographique et de Santé du Mali 3 <sup>ème</sup> édition
EDSM IV	Enquête Démographique et de Santé du Mali 4 <sup>ème</sup> édition
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (Mali)
ICASA	Conférence internationale pour le Sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
ISBS	Etude Comportementale et de Séroprévalence du VIH
ISP	Intervenante de Santé Publique (Québec)
IST	Infection Sexuellement Transmissible (Mali)
ITSS	Infection Transmissible Sexuellement et par le Sang (Québec)
LSPQ	Laboratoire de Santé Publique du Québec
MS	Ministère de la Santé (Mali)
MSM	Men who have Sex with Men
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec)
NAM	Numéro d'Assurance Maladie (Québec)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unis sur le VIH / Sida
PNSP	Programme National de Santé Publique (Québec)
PS	Professionnel(le)s du Sexe
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RGPH 3	Recensement Général de la Population et de l'Habitation 3 <sup>ème</sup> édition
RSS	Région Socio-Sanitaire (Québec)
SE-HCNLS	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (Mali)
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIDEP	Services Intégrés de Dépistage et de Prévention des ITSS (Québec)
SLITSS	Service de Lutte contre les Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (Québec)
TS	Travailleur/euse du Sexe
UDI	Utilisateurs de Drogues Injectables
UITSS	Unité des Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (Québec)
USAC	Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (Mali)
VA	Vendeuses Ambulantes (Mali)
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise

## Table des matières

L'EXPERIENCE QUEBECOISE DE LA PREVENTION DU VIH LORS DES PRATIQUES SEXUELLES ENTRE HOMMES : QUELLES LEÇONS POUR LE MALI ?.....	i
Dédicaces et remerciements.....	ii
Résumé.....	iv
Mots-clefs.....	iv
Abstract.....	v
Key-words.....	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Table des matières.....	1
Chapitre I - Introduction générale.....	4
1. Introduction.....	4
2. Objectifs.....	5
1.1. Objectif général.....	5
1.2. Objectifs spécifiques.....	6
3. Hypothèses de travail.....	6
4. Méthodologie.....	6
4.1. Revue bibliographique.....	6
4.2. Stage de mise en situation professionnelle.....	7
4.3. Limites et contraintes du travail.....	7
5. Quelques notions utiles.....	8
6. Structure du document.....	9
Chapitre II - Situation épidémiologique de l'infection au VIH.....	10
1. L'épidémie dans le Monde.....	10
2. L'épidémie en Amérique du Nord et Europe occidentale.....	11
2.1. L'épidémie au Canada.....	11
2.2. L'épidémie au Québec.....	11
3. L'épidémie en Afrique subsaharienne.....	12
3.1. L'épidémie au Mali.....	13
Chapitre III - Contextes sociopolitiques.....	15
1. Contexte sociopolitique du Québec.....	15
1.1. Les grands axes de la politique provinciale de prévention.....	15
1.1.1. Programme National de Santé Publique 2003 - 2012 : [18].....	15

1.1.2.	Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le Sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement (Orientations 2003 - 2009) : [19] .....	18
1.2.	Les acteurs .....	22
1.3.	Les messages de prévention .....	24
1.4.	Les actions de prévention .....	24
1.4.1.	Activités à l'intention de la population en général : .....	24
1.4.2.	Activités à l'intention des personnes vulnérables : .....	24
1.4.3.	Activités à l'intention des personnes touchées : .....	25
1.5.	Les exemples d'interventions .....	25
1.5.1.	Collaboration multidisciplinaire et multisectorielle pour la lutte contre le VIH (Cas du projet SPOT) [29] .....	25
1.5.2.	Renforcement des capacités sur les stratégies d'interventions auprès des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle (Cas des programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'interventions auprès des populations vulnérables) [21] .....	26
1.5.3.	Place de l'Internet dans la prévention du VIH (Cas de RÉZOSANTE) [31] .....	27
2.	Contexte sociopolitique du Mali .....	28
2.1.	Les grands axes de la politique étatique de prévention .....	29
2.1.1.	Le Cadre Stratégique National 2006 - 2010 [13] .....	29
2.2.	Les acteurs [11] .....	31
2.3.	Les messages et les actions de prévention .....	32
2.4.	Les exemples d'interventions .....	32
2.4.1.	Le programme MSM d'ARCAD/Sida .....	32
CHAPITRE IV – ANALYSE CRITIQUE DES STRATEGIES DE PREVENTION .....		34
1.	Stratégies de prévention et spécificités socioculturelles des HARSAH .....	34
1.1.	L'épidémie de l'infection au VIH/Sida .....	34
1.2.	Le degré d'information des HARSAH sur l'infection au VIH/Sida .....	35
1.3.	Les besoins des HARSAH sont-ils pris en compte dans les programmes de prévention ? ..	35
2.	Stratégies de prévention et HARSAH vivant avec le VIH .....	36
2.1.	Les HARSAH vivant avec le VIH ont-ils un comportement de protection ? .....	36
2.2.	Quelle est la perception des HARSAH en matière de prévention ? .....	37
3.	Stratégies de prévention et inégalités sociales .....	38
4.	Traitement antirétroviral comme arme de prévention .....	38
5.	Raisons du succès des stratégies de prévention .....	39
5.1.	D'une stratégie basée sur le préservatif à l'acquisition d'une culture de santé globale .....	39
5.2.	A la nécessité de développer des stratégies de prévention en direction des HARSAH vivant avec le VIH .....	40
6.	Les limites des stratégies de prévention au Québec .....	40

7. Particularités des stratégies de prévention au Mali .....	41
CHAPITRE IV – RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION .....	43
1. Recommandations .....	43
2. Conclusion.....	46
Références bibliographiques.....	48
Liste des illustrations.....	52
Liste des tableaux .....	52

## Chapitre I - Introduction générale

### 1. Introduction

Depuis son apparition, il y a environ trois décennies, l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) continue son extension mondiale avec près de soixante millions de cas d'infection et environ trente millions de décès. En 2009, environ deux millions six cent mille personnes ont été infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et plus d'un million huit cent mille ont succombé à la maladie, principalement parce qu'elles n'ont pas eu accès aux services de prévention, de traitement ou de soins [24, 28].

Les dernières tendances épidémiologiques mondiales montrent que l'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH, et représente à elle seule 68% de la charge mondiale de cette pandémie. Les épidémies dans la région varient considérablement d'un pays à l'autre. La plupart semble stabilisée, bien que souvent à des niveaux très élevés, en particulier en Afrique australe [24].

Les rapports hétérosexuels restent le moteur principal de ces épidémies. Toutefois, des preuves épidémiologiques récentes ont révélé une plus grande diversité de populations affectées qu'on ne l'avait pensé. En effet, les rapports sexuels non protégés entre hommes seraient probablement un facteur plus important [27].

Le contexte socioculturel de déni et d'homophobie, renforcé par des législations criminalisant les relations sexuelles entre personnes de même sexe, stigmatise fortement les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et limite de manière drastique leur accès aux services de prévention de traitement et de soins du VIH. Les lois étant particulièrement muettes sur les questions de la protection des droits au libre choix de leur orientation sexuelle, cette discrimination contribue à rendre encore moins visible la problématique liée à la transmission du VIH entre personnes du même sexe [6].

Par ailleurs, l'absence des services de sensibilisation et de prévention auprès des HARSAH, renforcée par des campagnes mettant en scène des couples hétérosexuels, engendre une méconnaissance des modes de transmission associés à ces pratiques sexuelles. De même, le personnel médical souffre souvent d'une méconnaissance lorsqu'il s'agit de santé homosexuelle, et les systèmes de santé s'avèrent peu adaptés à la prise en charge des patients concernés.

La stigmatisation associée à l'homosexualité contribue à disséminer, ces groupes d' « hommes entre eux » et les rend parfois difficiles à atteindre par les programmes de prévention existants. Finalement, ces circonstances discriminantes poussent à la dissimulation de l'homosexualité. Et pour détourner les soupçons, de nombreux HARSAH, s'installent en couple hétérosexuelle et ainsi s'intègrent à la population générale [6].

En dépit des progrès réalisés dans l'extension de la riposte ces dernières années, la pandémie du VIH demeure la plus grave menace pour la santé publique mondiale. Des huit domaines abordés par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), six voient leurs progrès compromis par la poursuite de la transmission du VIH et son développement en sida. La prévention demeure essentielle pour changer la trajectoire de cette pandémie [25].

Au delà de ces constats, notre intérêt pour la prévention du VIH auprès des HARSAH se justifie par le fait qu'au Mali, l'émergence du phénomène des rapports sexuels entre hommes est assez récente dans le champ de la lutte contre le sida. Cette absence d'action est d'autant plus dramatique qu'elle concerne des personnes présentant de nombreux facteurs de vulnérabilité. En effet, une étude réalisée à Bamako en 2004 par l'Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida (ARCAD/sida) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) avait révélé une mauvaise perception des risques liés aux pratiques sexuelles entre hommes, une fréquence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et une forte séroprévalence au VIH parmi les HARSAH. Un des effets majeurs de cette étude a été la prise de conscience, par l'équipe du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Accompagnement et de Conseils (CESAC), de l'ampleur du problème et de la vulnérabilité des HARSAH [7].

Enfin, il faut noter le rôle capital de notre recrutement à l'Université Senghor d'Alexandrie. En effet, cette formation intègre un stage de mise en situation professionnelle. La philosophie du mémoire de fin d'études découlant de ce stage est fondée sur la proposition de solutions novatrices au service du développement africain à travers les expériences acquises. Médecin de formation ayant œuvré dans la lutte contre le VIH au Mali, il devenait impératif de travailler sur la question de la prévention du VIH au cours des pratiques sexuelles entre hommes dans ce pays. Toutefois nous devons chercher un stage auprès d'une institution francophone de référence. L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) était celui où il se faisait le plus de publications en la matière, son choix s'imposait pour accueillir le stage.

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes posés la question de savoir, dans le contexte d'homophobie et de silence au Mali, quelles stratégies rendraient plus efficace la prévention du VIH concernant les pratiques sexuelles entre hommes ? Dans la perspective de répondre à ce questionnement, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **2. Objectifs**

### **1.1. Objectif général**

- analyser le système québécois de prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH et tirer des leçons adaptables pour le Mali.

## **1.2. Objectifs spécifiques**

- identifier les secteurs intervenant dans la prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH au Québec ;
- analyser les politiques, les stratégies et les approches utilisées dans cette prévention ;
- déterminer l'adaptation des politiques, des stratégies et des approches dans le contexte du Mali.

## **3. Hypothèses de travail**

Nous nous proposons, pour répondre à cette question de formuler les hypothèses suivantes :

- Au Mali, l'augmentation de l'incidence de l'infection au VIH au sein des HARSAH est liée à la non prise en compte, dans les stratégies de prévention, des pratiques sexuelles entre hommes.
- Il existerait plusieurs épidémies de l'infection au VIH dans le monde. Mais, la plupart des stratégies et approches de prévention sont universelles et pourraient être transposables d'une région à l'autre. Ainsi, nous pensons qu'un certain nombre de stratégies seraient transposables du Québec vers le Mali.

## **4. Méthodologie**

La méthode utilisée, pour atteindre les objectifs, a d'abord consisté à exploiter l'état des connaissances à travers une revue bibliographique. Nous avons ensuite effectué le stage de mise en situation professionnelle à l'INSPQ. Cela nous a permis non seulement de voir et d'analyser les expériences sur le terrain mais également de compléter la recherche des données.

### **4.1. Revue bibliographique**

Cette revue a porté sur les stratégies de prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH ainsi que les thèmes connexes de cette problématique. Nous avons consulté diverses sources telles que la littérature scientifique (revues et articles) et les informations disponibles sur Internet (littérature grise). Les documents ont été obtenus par mots clés ou par noms d'auteurs à travers des moteurs de recherches tels que Google, Medline et Santécom. Cette recherche a débuté à l'Université Senghor et s'est poursuivie au Québec. Nous avons consulté les bases de données spécialisées (OMS, ONUSIDA, médiathèque du CRIPS et centres de documentation du réseau Santécom) portant sur la prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH.

## **4.2. Stage de mise en situation professionnelle**

Ce stage a eu lieu à l'INSPQ sur une période de trois mois, allant du 02 Mai au 31 Juillet 2010. Les objectifs assignés à ce stage ont été :

- faire une immersion dans le système québécois de prévention de l'infection au VIH ;
- analyser le modèle québécois de prévention de l'infection au VIH auprès des HARSAH ;
- envisager une adaptation de ce modèle au contexte malien.

Les premières actions sur le terrain ont consisté à prendre une série de contacts avec les acteurs de la lutte contre le VIH/sida. Il s'agit de :

- l'Unité des Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (UITSS) ;
- le Service de Lutte contre les Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (SLITSS) ;
- la Coalition des Organismes Communautaires Québécois de lutte contre le sida (COCQ\_SIDA).

Ces contacts nous ont permis d'avoir les documents de la stratégie de lutte contre le VIH au Québec ainsi que les adresses des organismes intervenants afin de planifier les visites sur le terrain. Le choix des organismes à visiter a été déterminé par leur intérêt pour la prévention de l'infection au VIH/sida auprès des HARSAH. La visite proprement dite a eu lieu dans les locaux de l'organisme et a consisté en un entretien de 20 à 30 minutes avec un responsable ou un intervenant, suivi d'un tour guidé des locaux.

## **4.3.Limites et contraintes du travail**

Au cours de ce travail, la contrainte majeure rencontrée a été d'ordre financière. En effet, par manque de moyens, nous n'avons pas pu faire le déplacement au Mali. Déplacement qui nous aurait permis de voir et de recueillir des informations auprès des acteurs de la prévention de l'épidémie. Par conséquent, le travail ciblera les grandes orientations inspirées de l'état de la situation et des expériences vécues au Québec.

Par ailleurs, notre travail se trouve limiter par le fait qu'il existe peu d'études sur la situation épidémiologique spécifique du Mali. Nous avons été obligés d'utiliser les données du programme MSM de l'ARCAD/sida pour rapprocher les réalités du pays.

## 5. Quelques notions utiles

L'homosexualité et la bisexualité demeurent des réalités méconnues aussi bien pour le grand public que pour les professionnels de la santé. Beaucoup de confusions subsistent autour de ces termes de même que certains concepts qui leur sont associés. Afin de nous y retrouver, nous allons commencer par apporter un bref éclaircissement sur ces notions. La littérature scientifique regorge de nombreuses définitions mais pour des raisons propres à notre contexte de travail, nous allons proposer celles ayant des caractéristiques moins moralisatrices. C'est le cas des définitions proposées par Michel Dorais [8].

- **Le rôle socio-sexuel** : provient des prescriptions et des attentes sociales à propos de ce qui est considéré comme masculin ou féminin. Le rôle socio-sexuel adopté est souvent confondu erronément, avec l'orientation ou l'identité sexuelle.

- **L'identité sexuelle ou l'identité de genre** : à tort confondue avec l'orientation sexuelle, est la reconnaissance par l'individu lui-même de la possession d'attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâles ou femelles. Autrement dit, c'est le sentiment d'appartenir au sexe masculin ou au sexe féminin. La très grande majorité des personnes d'orientation homosexuelle n'a aucun désir de changer de sexe, contrairement aux transsexuels par exemple qui veulent passer d'une identité à une autre.

- **L'orientation sexuelle** : se définit essentiellement à partir de l'attrait érotique ressenti envers des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Elle est hétérosexuelle lorsqu'elle est dirigée vers des personnes de l'autre sexe, homosexuelle lorsqu'elle est dirigée vers des personnes du même sexe. La bisexualité peut tout aussi bien signifier la coexistence d'attirances hétérosexuelles et homosexuelles que le passage, plus ou moins transitoire, d'une orientation à une autre.

- **L'homophobie** : désigne les attitudes négatives et tous les préjugés des individus envers les personnes homosexuelles. Ce terme indique clairement que le problème n'est pas l'homosexualité. Le problème, ce sont les préjugés négatifs irrationnels, la méconnaissance, les peurs des autres et les sentiments négatifs pouvant aller de la persécution à la haine et même jusqu'à la violence à l'égard des personnes homosexuelles. A titre d'exemple, il n'est pas rare qu'un médecin exige, de la part de son patient homosexuel, de passer le test de dépistage du VIH et ceci simplement parce que cet homme est homosexuel [15].

- **L'hétérosexisme** : Quand à l'hétérosexisme, Dorais cite la définition de Welzer-Lang qui propose une adaptation des définitions américaines de l'hétérosexisme « *une discrimination et une oppression sur une distinction faite à propos de l'orientation sexuelle* ». L'hétérosexisme pose ainsi la supériorité de l'hétérosexualité et de la subordination de l'homosexualité. L'hétérosexisme tient pour acquis que tout le monde est hétérosexuel, sauf avis contraire [35].

- **Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)** : Selon Dorais [8], c'est une expression générique fabriquée par les chercheurs que l'on retrouve de plus en plus dans les études portant sur les comportements sexuels parce qu'elle a le mérite de nommer des hommes qui,

tout en ayant des expériences homosexuelles ne se considèrent pas forcément d'orientation homosexuelle. Quand aux termes « gai » et « lesbienne », ils ont une connotation affirmative sinon militante, en se référant aux personnes qui s'identifient ouvertement et positivement comme homosexuelles.

## **6. Structure du document**

Le présent document se subdivise en cinq chapitres :

- le chapitre un introduit le sujet, dégage nos objectifs et met en évidence la méthodologie adoptée ;
- le deuxième chapitre présente la situation épidémiologique de l'infection au VIH dans le monde avant d'aborder les spécificités québécoises et maliennes ;
- le chapitre trois est consacré au contexte sociopolitique des deux pays cibles ;
- le chapitre quatre procède à une analyse critique des stratégies de prévention à travers la vérification de nos hypothèses. Et enfin ;
- le cinquième chapitre sera consacré aux recommandations et à la conclusion générale.

## Chapitre II - Situation épidémiologique de l'infection au VIH

### 1. L'épidémie dans le Monde

Depuis le début de l'épidémie mondiale du sida, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH et près de 30 millions de personnes sont décédées de causes liées au virus.

Tableau 1 : Statistiques mondiales de l'infection au VIH

	Personnes vivant avec le VIH	Nouvelles infections au VIH en 2009	Décès liés au Sida en 2009	Prévalence du VIH chez les adultes (%)
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>22,5 millions</b> [20,9-24,2 millions]	<b>1,8 millions</b> [1,6 - 2,0 millions]	<b>1,3 million</b> [1,1 – 1,5 million]	<b>5%</b> [4,7% – 5,2%]
<b>Asie du Sud et du Sud-est</b>	4,1 millions [3,7 - 4,6 millions]	270 000 [240 000 - 320 000]	260 000 [230 000 - 300 000]	0,3% [0,3% – 0,3%]
<b>Asie de l'Est</b>	770 000 [560 000 -1,0 millions]	82 000 [48 000 - 140 000]	36 000 [25 000 - 50 000]	<0,1% [0,1% – 0,1%]
<b>Amérique centrale et du Sud</b>	1,4 million [1,2 - 1,6 million]	92 000 [70 000 - 120 000]	58 000 [43 000 - 70 000]	0,8% [0,7% – 0,8%]
<b>Amérique du Nord</b>	<b>1,5 million</b> [1,2 - 2 millions]	<b>70 000</b> [44 000 - 130 000]	<b>26 000</b> [22 000 - 44 000]	<b>0,5%</b> [0,4% - 0,7%]
<b>Europe occidentale et centrale</b>	820 000 [720 000 - 910 000]	31 000 [23 000 - 40 000]	8 500 [6 800 - 19 000]	0,2% [0,2% - 0,2%]
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	1,4 million [1,3 - 1,6 million]	130 000 [110 000 - 160 000]	76 000 [60 000 - 95 000]	0,8% [0,7% – 0,9%]
<b>Caraïbes</b>	240 000 [220 000 - 270 000]	17 000 [13 000 - 21 000]	12 000 [8 500 - 15 000]	1,0% [0,9% - 1,1%]
<b>Moyen orient et Afrique du Nord</b>	460 000 [400 000 - 530 000]	75 000 [61 000 - 92 000]	24 000 [20 000 - 27 000]	0,2% [0,2% - 0,3%]
<b>Océanie</b>	57 000 [50 000 – 64 000]	4 500 [3 400 – 6 000]	1 400 [<1 000 – 2 400]	0,3% [0,2% – 0,3%]
<b>Total</b>	<b>33,3 millions</b> [31,4-35,3 millions]	<b>2,6 millions</b> [2,3 - 2,8 millions]	<b>1,8 million</b> [1,6 – 2,1 millions]	<b>0,8%</b> [0,7% – 0,8%]

Source : ONUSIDA 2010 Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida

En 2009, le nombre de nouvelles infections s'est établi à 2,6 millions, en recul par rapport aux 3,1 millions de 1999 (près de 20% de réduction sur les 10 ans). Au même moment, le nombre de décès liés au sida s'est établi à 1,8 million et on estimait à 33,3 millions environ le nombre de personnes vivant avec le VIH, contre 26,2 millions en 1999. Suite aux efforts de prévention par l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque, la prévalence du VIH a diminué de plus de 25% chez les jeunes dans quinze des pays les plus durement touchés [24].

Dans le domaine des droits humains, les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont toujours criminalisées dans 79 pays. Parmi ceux-ci, six appliquent la peine de mort. Plus de 90% des

gouvernements déclarent être dotés de programmes de riposte au VIH qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination, mais moins de 50% d'entre eux ont évalué le coût ou budgétisé de tels programmes [24].

## **2. L'épidémie en Amérique du Nord et Europe occidentale**

L'épidémie du VIH n'est pas terminée dans les pays à revenu élevé. En effet, le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe, occidentale et centrale, a augmenté. Estimé à 1,8 million en 2001, il atteignait 2,3 millions en 2009, soit une hausse de 30%. Dans ces régions, les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le schéma dominant de transmission du VIH. Actuellement, ces pays sont confrontés à une reprise de l'épidémie parmi les HARSAH [24].

### **2.1. L'épidémie au Canada**

Selon le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la Santé Publique du Canada à travers sa Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, le VIH/sida demeure un problème préoccupant au Canada [1]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida continue à augmenter, passant d'environ 57 000 en 2005 à 65 000 en 2008 (une augmentation de 14 %). Cette hausse du nombre de personnes vivant avec le VIH est due à deux facteurs : De nouveaux traitements ont amélioré la survie des personnes infectées par le VIH et il continue à y avoir de nouveaux cas d'infection.

En ce qui a trait aux catégories d'exposition, ce sont les HARSAH qui continuent de représenter la plus forte proportion de nouveaux cas d'infection (44 %). En 2008, la proportion des nouveaux cas d'infection parmi les personnes qui utilisent des drogues injectables (UDI) était de 17 %. Les proportions des nouveaux cas d'infection demeurent les mêmes qu'en 2005 pour les catégories d'exposition « Hétérosexuels venant de pays non endémiques » (20 %) et « Hétérosexuels venant de pays endémiques » (16 %). Les personnes venant d'un pays où le VIH est endémique ont un risque à environ 8,5 fois plus élevé que chez les autres Canadiens. Cependant, selon le recensement de 2006, seulement 2,2 % de la population canadienne est née dans un pays où le VIH est endémique.

### **2.2. L'épidémie au Québec**

En 2009, le Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ) [14] a confirmé la positivité au VIH pour 0,59 % des 304 211 spécimens prélevés et analysés par les laboratoires hospitaliers qui font partie du Programme québécois de diagnostic de l'infection par le VIH. Cette proportion se maintient à moins de 1 % depuis le début du programme en Avril 2002. Tout au long de cette période, le nombre de tests de dépistage a augmenté de 25,7 %, passant de 241 995 en 2003 à 304 211 en 2009.

Au total, 614 cas d'infection au VIH ont été enregistrés en 2009, dont 496 (80,8 %) de sexe masculin et 118 de sexe féminin. Ce nombre comprend 307 nouveaux diagnostics, 267 anciens cas et 40 personnes dont on ne peut dire avec les informations disponibles qu'elles ont reçues leur premier diagnostic du VIH en 2009 ou avant.

Les cas de 2009 portent à 5 825 le nombre de personnes infectées par le VIH cumulativement enregistrées au programme depuis Avril 2002, dont 2 973 nouveaux diagnostics. Ce nombre reste en deçà des estimations de la prévalence produites par l'ASPC pour le Québec, selon lesquelles environ 18 000 personnes vivaient avec le VIH dans la province en 2008.

Les cas de 2009 sont reliés aux principales catégories d'exposition ci-après :

Les HARSAH sont les plus touchés avec 58,5 % (359/614) des cas et 64,8 % (199/307) des nouveaux diagnostics. Chez les hommes, la transmission homosexuelle est attribuée à 72,4 % (359/496) des cas et à 77,7 % (199/256) des nouveaux diagnostics. Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et où la transmission hétérosexuelle du virus prédomine forment 14,2 % des cas. 8,5 % sont des utilisateurs et utilisatrices de drogues par injection (UDI). Les cas à la fois HARSAH et UDI représentent 2,9 %, proportion qui est demeurée relativement stable depuis le début du programme.

Parmi les personnes dont l'infection a été enregistrée depuis Avril 2002 et pour lesquelles on connaît les antécédents de prostitution, 3,8 % étaient ou avaient été des travailleurs ou travailleuses de sexe (TS). Cette proportion est plus élevée pour les femmes (9,7 %) et les UDI (12,1 %) comparativement aux hommes (2,1 %) et aux autres catégories d'exposition (2,3 %).

Montréal, qui abrite un quart de la population du Québec et la grande majorité des immigrants admis au Québec, est la région de résidence de la majorité des cas de 2009 (59,8%). Cette proportion varie selon la catégorie d'exposition. Depuis le début du programme, à elle seule la métropole enregistre 78,0 % des cas des immigrants de pays endémiques, 69,7 % des cas des HARSAH, 60,4 % des cas à la fois HARSAH et UDI, 57,1 % des cas de transmission verticale, la moitié des cas UDI (50,1 %) et des personnes non reliées aux pays endémiques qui attribuent leur infection à des rapports hétérosexuels (49,0 %).

De toute évidence, le virus se transmet encore activement au Québec, malgré les programmes de prévention de l'épidémie qui sont en place dans la province.

### **3. L'épidémie en Afrique subsaharienne**

Les épidémies du VIH dans la région sont stables ou reculent, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a chuté, passant de 2,2 millions en 2001 à 1,8 million en 2009 [46]. Dans 22 pays d'Afrique subsaharienne, le taux d'incidence du VIH a diminué de plus de 25% entre 2001 et 2009. La prévalence du VIH en Afrique occidentale et centrale demeurait relativement faible en 2009, à 2 % ou moins dans 12 pays.

Le nombre de décès liés au sida est en baisse dans la région. L'élargissement de l'accès au traitement sauve des vies. Le nombre de décès liés au Sida a diminué de 20 % entre 2004 et 2009.

L'Afrique subsaharienne supporte encore une part démesurée du poids de l'épidémie mondiale du VIH. On estime que la région comptait 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH en 2009, soit 68 % de la charge mondiale.

Dans presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, la majorité des personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin; il s'agit surtout de jeunes filles et de femmes de 15 à 24 ans. Près de 76% de l'ensemble des femmes séropositives au VIH dans le monde vivent dans cette région. Les données les plus récentes concernant la prévalence indiquent qu'en Afrique subsaharienne, les cas d'infection par le VIH touchent 13 femmes contre 10 hommes.

Les rapports hétérosexuels restent le mode de transmission le plus fréquent du VIH. La grande majorité de la population en Afrique subsaharienne contracte toujours le VIH lors de rapports hétérosexuels non protégés et par la transmission du virus aux nouveau-nés.

Les populations clés influent nettement sur l'épidémie de la région. Les rapports sexuels tarifés demeurent un facteur de transmission important dans de nombreuses épidémies du VIH en Afrique occidentale, centrale et orientale. On estime que près de 32 % des nouvelles infections au Ghana, 14 % au Kenya et 10 % en Ouganda sont liées au commerce du sexe.

Des études récentes révèlent des niveaux élevés de l'infection au VIH chez les HARSAS. Au Cap (Afrique du Sud) et à Mombasa (Kenya), plus de 40% des hommes adultes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont séropositifs au VIH. Des études menées au Botswana, au Malawi et en Namibie ont révélé que 34% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés à des femmes, et que 54% avaient eu des rapports sexuels avec des hommes et des femmes au cours des six derniers mois.

La consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH à Maurice et un facteur important de transmission dans plusieurs épidémies de la région, notamment au Kenya, en Tanzanie et à Zanzibar.

### **3.1. L'épidémie au Mali**

En 2009, selon le rapport d'activité de la Cellule Sectorielle de lutte contre le Sida du Ministère de la Santé (CSLS/MS), 203 615 personnes ont été dépistées. Parmi ceux-ci 169 021 connaissent leur statut sérologique (83%) et 15 105 sont séropositives [12].

La prévalence de l'infection au VIH (1,3 % en 2006 selon l'EDSM IV) dans la population générale reste faible au Mali. Cependant, les données relatives au niveau de connaissance des personnes sur le sida révèlent que le pourcentage de personnes ayant entendu parler du VIH a baissé entre l'EDSM III et l'EDSM IV, passant de 90,3 % à 86,2 % pour les femmes de 15 - 49 ans et de 98,1 % à 90,6 % chez les hommes de la même tranche d'âge [4]. Selon le rapport de prise en charge de la CSLS/MS, en fin

décembre 2009, la prise en charge antirétrovirale (ARV) des personnes déjà infectées se fait dans 68 sites de traitement contre 45 en 2006. Sur 29 260 personnes initiées aux ARV, 21 100 sont suivies régulièrement soit 72,1 %.

Au sein du sous groupe des jeunes de 15 - 24 ans, une personne sur cinq (20,7 %) a eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. S'agissant des comportements à risque, 9,3 % des personnes âgées de 15 - 49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Le risque a été plus important chez les hommes (25,3 %) tandis qu'il est plus faible chez les femmes (5,9 %). Parmi les personnes âgées de 15 - 49 ans et ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, 28,4 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Cette proportion a été faible pour les femmes (16,7 %), elle a été par contre plus élevée chez les hommes (38,8 %) [12].

Chez les personnes à haut risque, les résultats de l'enquête l'Etude Comportementale et de Séroprévalence du VIH (ISBS) indiquent que la séroprévalence au VIH est plus élevée parmi les professionnelles du sexe soit 35,3 %. Ce taux est de 5,9 % pour les vendeuses ambulantes, 2,5 % chez les routiers et enfin 2,2 % chez les coxeurs et les aides familiales [12].

Contrairement au Québec, les HARSAH ne figurent pas parmi les groupes à haut risque suivis au Mali. Cette situation est à la base d'une absence notoire de données nationales, par rapport à la transmission du VIH au cours des pratiques sexuelles entre hommes. Les seules données existantes sont celles de l'ARCAD/sida dans le cadre de son programme MSM dans la ville de Bamako. Au cours de la période allant du 01<sup>er</sup> Mai au 30 Septembre 2007, ce programme a pu toucher 344 MSM dont 39 leaders par son volet prévention (IEC et causeries éducatives). Parmi ceux-ci, 68 MSM furent dépistés dont 26 séropositifs soit une séroprévalence de 38,6 % [2].

## Chapitre III - Contextes sociopolitiques

### 1. Contexte sociopolitique du Québec

Au Québec, le Programme National de Santé Publique (PNSP) est l'outil d'harmonisation et de renforcement des actions de santé publique. Il définit les activités à mettre en œuvre par le réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention [18]. Dans ce cadre, la stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS apporte une vision d'ensemble du domaine, incluant le volet des soins et des services [19].

Cette nouvelle stratégie réunit l'action sur l'infection par le VIH, celle sur l'infection par le VHC et celle sur les ITS dans le but d'une offre de service moins fragmentée et d'une meilleure utilisation des ressources. L'association des actions sur l'ensemble de ces infections s'explique par le fait que :

- ces infections touchent de façon simultanée des groupes semblables ;
- l'intervention, qu'elle soit de promotion des comportements sécuritaires ou de dépistage, est commune et se fait dans des milieux similaires ;
- enfin, ce sont des ressources de même type qui sont demandées et les mêmes partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres réseaux (réseau de l'éducation, réseau communautaire) qui sont sollicités.

#### 1.1. Les grands axes de la politique provinciale de prévention

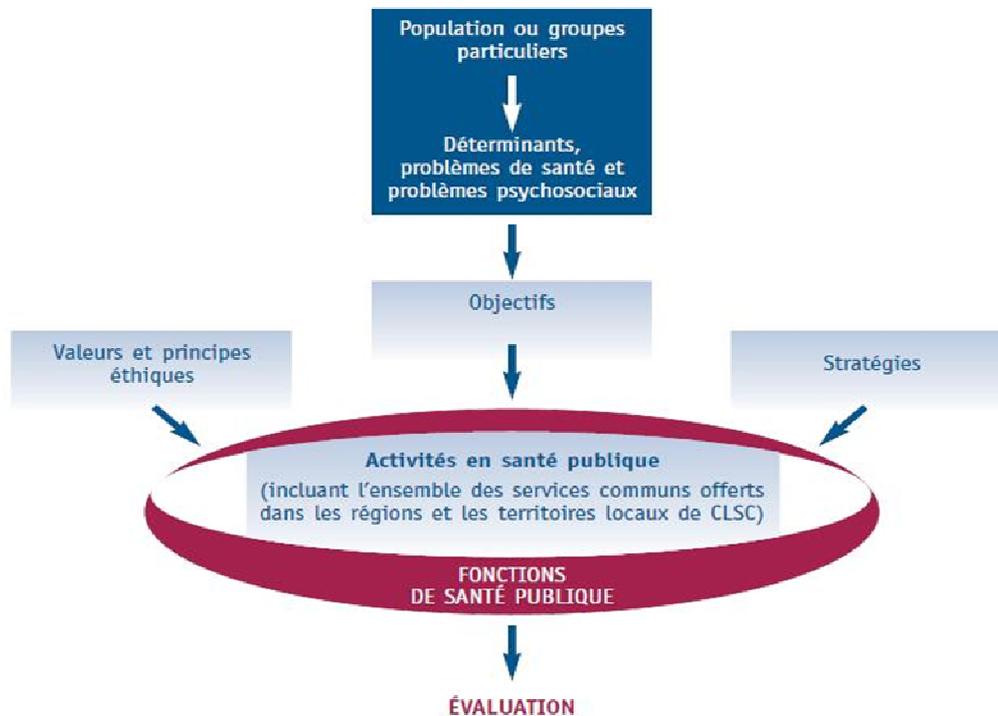
Pour décortiquer ce contexte sociopolitique québécois de lutte contre l'infection au VIH/sida, nous allons nous baser sur les deux documents principaux sus cités à savoir : le Programme National de Santé Publique 2003 - 2012 et la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement (Orientations 2003 - 2009).

##### 1.1.1. *Programme National de Santé Publique 2003 - 2012 : [18]*

A la lumière d'un diagnostic portant sur l'ensemble de la population ou sur des groupes ayant certains traits communs, le programme définit des objectifs et des activités qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être de la population ou de groupes particuliers. Ces activités, combinées selon diverses stratégies, rendent concret l'exercice de l'une ou l'autre fonction de santé publique, et ce, dans chacun des domaines d'intervention.

Ce programme, dans sa politique de lutte contre l'infection au VIH/sida se fonde sur la mise en place d'un ensemble de services communs avec une cohérence des actions. Il a comme défis : une pratique de santé publique s'inscrivant dans une perspective globale et concertée, une adaptation de ces services aux besoins et aux particularités des communautés et une assurance de la qualité des activités

en alliant la rigueur et le recours aux connaissances les plus récentes avec la créativité et l'innovation. Il privilégie la combinaison de divers moyens et stratégies en partenariats avec d'autres secteurs (éducation, communautaire, etc.), de façon à multiplier les actions intersectorielles.



Source : MSSS 2003 (PNSP 2003 - 2012)

**Figure 1 : Composantes du programme**

Alors que les fonctions de santé publique constituent l'assise principale du programme national, les valeurs et les principes éthiques ainsi que les stratégies représentent des jalons pour guider sa mise en œuvre. Ces **fonctions de santé publique** sont :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population ;
- la promotion de la santé et du bien-être ;
- la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ;
- la protection de la santé ;
- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé ;
- la recherche et l'innovation ;
- Le développement et le maintien des compétences.

Les **valeurs et les principes** qui sont proposés afin de permettre d'intégrer une dimension éthique à cette pratique en santé publique sont :

- le bien commun ;
- la bienfaisance ;
- la non-malfaisance ;
- l'autonomie ;
- le respect de la confidentialité et de la vie privée ;
- la responsabilité ;
- la solidarité ;
- la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables ;
- la justice.

Le programme a une structure matricielle (fonctions X stratégies X domaines X), comme l'illustre la figure 2 et comprend enfin un **cadre d'évaluation** qui permet d'assurer le suivi de l'exercice des fonctions, de la mise en œuvre des activités ainsi que des indicateurs socio-sanitaires.



Source : MSSS 2003 (PNSP 2003 - 2012)

**Figure 2 : Structure matricielle du programme**

En fonction des résultats attendus, le programme s'est assigné un certains nombre d'objectifs socio-sanitaires en matière du VIH/sida, du VHC et d'ITS. Ces objectifs définis se proposent :

### D'ici à 2006

- réduire à moins de cinq le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année ;
- réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* ;
- réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans ;
- maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes) ;
- réduire à zéro le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale ;
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

### D'ici à 2012

- réduire l'incidence de l'hépatite C ;
- réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie ;
- réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil de l'élimination ;
- réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique ;
- réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

1.1.2. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement (Orientations 2003 - 2009) : [19]*

La présente stratégie s'inscrit dans la continuité des précédentes, prend appui sur les acquis des nombreuses années de lutte contre le sida et les ITS et inclut la lutte contre l'hépatite C. Elle poursuit la voie de la promotion de la santé, prévoit un soutien plus grand à l'approche de réduction des méfaits et apporte des précisions sur l'action dans les différents secteurs. Elle vise à :

- réduire l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
- rendre accessible des soins et des services de qualité ;
- créer un environnement social favorable à la prévention des ITSS, dans le respect des droits de la personne.

Cette stratégie a permis de définir et de caractériser des groupes vulnérables. Qu'ils soient à risque d'être infectés ou en situation de vulnérabilité sociale, ces groupes se distinguent les uns des autres à plusieurs égards. Ce sont : Les HARSAH, les personnes UDI, les personnes originaires de pays où

l'infection par le VIH est endémique, les personnes incarcérées, les jeunes en difficulté, les femmes vulnérables et les Autochtones.

Les HARSAH constituent le groupe le plus touché par le VIH. Ils sont aussi vulnérables aux ITS, à l'hépatite B et à l'hépatite C. Parfois exposés à la discrimination et à l'homophobie, ils peuvent se trouver en situation de plus grande vulnérabilité. Plus organisés socialement comme groupe que bien d'autres groupes vulnérables, les HARSAH sont surtout concentrés dans les milieux urbains ou semi-urbains où se trouvent les principaux lieux de rencontre et de socialisation. Ils ne forment pas un tout homogène ; divers sous groupes le composent, notamment les jeunes, les bisexuels, les PVVIH et les hommes de communautés ethnoculturelles. Des problèmes d'isolement ou d'exclusion des hommes séropositifs se posent dans cette communauté. Une certaine indifférence face à l'infection par le VIH va croissante, dans un contexte où la maladie moins visible, est considérée comme moins menaçante et peut sembler, pour certains, plus supportable.

Tout comme le PNSP, la stratégie s'inscrit dans la politique de la santé et du bien-être et s'articule autour d'autres politiques ministérielles, selon que des orientations et des actions supposent la collaboration d'autres secteurs (toxicomanie, jeunes en difficulté etc.) afin d'accroître la concertation intersectorielle.

Complémentaire au PNSP, la nouvelle stratégie reprend, pour le domaine des ITSS, les objectifs de celui-ci, soit la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé et du bien-être, la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que les stratégies d'actions suivantes :

- *1<sup>ère</sup> orientation stratégique : Renforcer le potentiel des personnes*

Le changement de comportements repose sur la motivation, tant de la population en général que des groupes vulnérables et des personnes touchées par les ITSS. Il passe également par le développement de la capacité de ces personnes à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires. Les objectifs stratégiques sont :

- sensibiliser la population en matière d'infection par le VIH, d'infection par le VHC et d'ITS ainsi qu'en matière de comportements sécuritaires ;
- favoriser l'adoption d'attitudes favorables envers les groupes vulnérables et les PVVIH ;
- favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires auprès de la population, des groupes vulnérables et des personnes infectées.

- *2<sup>ème</sup> orientation stratégique : Soutenir les groupes vulnérables*

Il s'agira de soutenir les groupes vulnérables de diverses manières, en agissant sur les facteurs de vulnérabilité ou sur les moyens pour réduire les conséquences négatives de l'infection. Il a été jugé opportun de concentrer les efforts sur l'accès aux services offerts à ces groupes, étant donné qu'ils

fréquentent moins que la population en général les services sociaux et les services de santé pour des raisons de prévention. Les objectifs assignés à cette orientation sont les suivants :

- accroître le dépistage ciblé ;
- favoriser le traitement des infections ;
- rendre accessibles les services de première ligne aux groupes vulnérables.
- *3ème orientation stratégique : Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces*

L'objectif principal assigné à cette stratégie est d'accroître les pratiques cliniques préventives. Pour ce faire, trois manières sont privilégiées et se traduisent par les activités suivantes :

Généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse – et la contraception orale d'urgence ainsi que des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec. Ces services contribuent également à la réduction des infections transmissibles sexuellement.

Promotion et application des lignes directrices relatives aux ITSS pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Soutien des pratiques cliniques préventives par l'approche systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.

- *4ème orientation stratégique : Mettre sur pied des mesures particulières de prévention*

Eu égard à ces objectifs, cette stratégie se propose de :

- récupérer les seringues usagées ;
- assurer l'accessibilité à une prophylaxie post-exposition au VIH et au VHB.
- *5ème orientation stratégique : Soutenir le développement des communautés*

L'objectif est de favoriser l'empowerment des communautés pour une prise en charge de leur santé. Les activités à l'intention des communautés sont :

Activités de soutien aux communautés dans leur processus d'empowerment collectif, notamment soutien au regroupement des personnes vulnérables.

Soutien à l'implantation de la stratégie des premières nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida et création de liens avec les communautés et les organismes autochtones hors communautés afin de faciliter l'accès aux soins et aux services.

- *6ème orientation stratégique : Voir à une prise en charge adéquate des personnes infectées*

L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et aux services. Les activités à réaliser sont :

Mise en œuvre de plans régionaux d'organisation de soins et de services spécialisés pour les PVVIH afin de favoriser le développement de réseaux de services et l'utilisation optimale des ressources.

Adaptation de l'hébergement à l'évolution des besoins dans la prise en charge des PVVIH, dont plusieurs sont aussi infectées par le VHC.

Organisation des soins et des services afin de répondre à une demande accrue de la part des personnes infectées par le VHC.

- *7ème orientation stratégique : Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être*

Cette orientation stratégique a pour objectif d'élaborer des projets d'actions intersectorielles.

- *8ème orientation stratégique : Consolider la surveillance et la vigie ainsi que les fonctions de soutien*

Cette orientation a pour objectifs :

- informer la population et le réseau ;
- soutenir la prise de décision ;
- orienter les actions.

La prise de décision de même que la conception, la planification et la mise en œuvre d'activités pertinentes et efficaces reposent sur la surveillance des ITSS et des comportements, sur la recherche dans ce domaine, sur l'évaluation des actions ainsi que sur le maintien et le développement des compétences.

- *Surveillance et vigie*

Surveillance de l'infection par le VIH afin d'obtenir un meilleur portrait de la situation.

Surveillance du VHC et vigie sanitaire par la poursuite des enquêtes et des études sur les modes de transmission.

Surveillance des déterminants de la santé relatifs aux attitudes et aux comportements de la population en général et des populations vulnérables, au regard de la sexualité et de l'injection de drogues.

Surveillance des ITSS et vigie sanitaire par la poursuite de la surveillance et des enquêtes épidémiologiques.

- *Recherche et innovation*

Soutien à la recherche pour améliorer les connaissances sur l'épidémiologie du VIH, du VHC et des ITS, la prise en charge clinique des patients et les stratégies de prévention contre ces infections.

- *Évaluation*

Planification de l'évaluation de la stratégie et de la mise en œuvre des projets jugés prioritaires, conformément au plan global d'évaluation du PNSP.

- *Maintien et développement des compétences*

Activités de formation pour les médecins, les professionnels et les intervenants, notamment au sujet de l'application des lignes directrices pour les ITSS, de l'approche de réduction des méfaits, du traitement à la méthadone, des phénomènes en émergence, des caractéristiques des populations vulnérables, de la loi de l'immigration relative au test de dépistage du VIH ou de nouvelles activités en fonction des besoins.

## **1.2. Les acteurs**

La lutte contre le VIH, le VHC et les ITS se fait grâce aux multiples acteurs et partenaires sensibilisés à la cause. Au regard des orientations de la présente stratégie, la mise en œuvre est abordée sous l'angle de la dynamique de fonctionnement ainsi que sous celle du rôle et des responsabilités des acteurs. Ces acteurs sont considérés comme la force du réseau. Ce sont :

- **Le ministère** voit à l'élaboration des orientations en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le Sida, l'infection par le VHC et les ITS, sur la base de la lecture d'ensemble des problèmes, tout en considérant que les réalités régionales sont parfois différentes. En plus, du soutien aux régions dans la traduction opérationnelle de ces orientations, il travaille aussi sur les conditions nécessaires à la mise en œuvre de celles-ci. Enfin, il s'assure que les stratégies, les approches et les interventions soient évaluées et voit à la reddition de comptes.

- **Les instances régionales** de la santé et des services sociaux sont maîtres d'œuvre de la stratégie. À leur niveau, les dossiers en matière de protection, de promotion, de prévention, de recherche et de surveillance sont pris en charge par les Directions de Santé Publique (DSP).

- **Les CLSC et les cabinets privés** jouent un rôle de premier plan en soins de première ligne ainsi qu'en prévention primaire et secondaire, surtout auprès des jeunes et des groupes vulnérables. La mise en œuvre de leurs actions dans les milieux de vie est tributaire de la diversité de leur programme, de leur disponibilité à l'égard des personnes, de la souplesse de leur organisation, de leur ancrage dans la communauté et de leur intervention pour répondre aux besoins de celle-ci.

- **Les UHRESS, les CH et les cliniques privées spécialisées** dans le domaine des soins et des services au VIH, jouent un rôle important au niveau régional dans l'offre de soins et de services par des équipes multidisciplinaires et au niveau suprarégional dans le déploiement de l'expertise, notamment par le truchement du Programme national de mentorat et du service spécialisé de téléconsultation. Ils reçoivent des stagiaires et participent à des activités de recherche clinique.

- **Les organismes communautaires** occupent un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils sont dotés d'un statut singulier qui leur confère une certaine autonomie reconnue par l'État. Les organismes définissent leur mission selon leur volonté propre d'agir, à partir des besoins qu'ils ont eux-mêmes perçus dans leur communauté, ce qui rend possible dans ces circonstances une diversité d'organismes et d'interventions. Ils s'inscrivent dans une vision et une approche globale de la santé et du bien-être. Avec un autre univers, une autre philosophie, une autre façon d'agir et un statut singulier, les organismes communautaires ont un rapport plus différent avec le réseau de la santé et des services sociaux que ne l'ont les diverses instances.

Beaucoup d'organismes se sont formés, au début de l'épidémie du sida afin de venir en aide aux personnes atteintes et défendre leurs droits. La lutte contre le sida a été, et demeure leur raison d'être et de mobilisation. Selon les besoins et l'évolution du problème, certains organismes offrent des services d'aide et d'entraide, et d'autres des services d'hébergement pour les PVVIH. Ils réalisent aussi la majorité des projets de promotion des comportements sécuritaires auprès des groupes vulnérables. Par leur approche, la nature de leurs actions et leur statut, les organismes communautaires apportent ainsi une contribution originale et essentielle au regard des besoins sociaux et des besoins de santé de la population vulnérable au VIH, au VHC et aux ITS.

- **L'INSPQ**, institution où a lieu le stage de mise en situation professionnelle, a pour mission de soutenir le Ministère et les instances régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique. Ce soutien se traduit par de l'assistance sous forme de conseils, de formation, d'information, de recherche, d'évaluation, des services de laboratoire spécialisés et de la coopération internationale. Non seulement l'INSPQ tente de répondre aux besoins d'expertise du Ministère et des instances régionales, il permet aussi, d'une manière plus large, une meilleure accessibilité, une disponibilité accrue, une coordination efficace et un développement de l'expertise et des connaissances. Notamment, il planifie et coordonne des programmes nationaux de formation dans lesquels on tient compte de l'évolution du contexte épidémiologique et des défis de l'intervention.

- **Les milieux de la recherche** (universités, centres de recherche et secteur de la santé publique) contribuent à la mise en œuvre de la stratégie en soutenant les différents acteurs par des activités de recherche, d'évaluation et de transferts des connaissances. Leur apport est essentiel en matière de décisions et d'interventions pour la lutte contre les ITSS.

- **Les partenaires** sont non seulement les acteurs du domaine, mais aussi d'autres partenaires : Les autres directions du Ministère, les autres ministères (Ministère de l'Éducation du Québec, Ministère de la Sécurité Publique), les directions au sein des instances régionales, les municipalités, les organismes parapublics, les commissions scolaires, les écoles, les centres jeunesse, les centres d'accueil et de réadaptation, les milieux de travail ou de commerce, les centres de détention et de transition.

### **1.3. Les messages de prévention**

Ils permettent d'éviter que la population croie, à tort que les risques de contracter le VIH ou une ITSS sont minces et que les conséquences de ces infections ne sont plus graves. Tout en maintenant un dispositif de communication sur la prévention des infections et sur la promotion de la santé, ces messages visent à favoriser des attitudes et des comportements préventifs dans la population et le renforcement de normes préventives.

Ces messages sont basés sur la promotion de l'éducation à la sexualité et la prévention de la consommation de drogues en milieu scolaire. L'éducation à la sexualité permet de favoriser l'intégration harmonieuse de la dimension sexuelle de la personne tout en considérant les normes de la collectivité. Elle aborde la question d'une façon plus large sous l'angle notamment des relations amoureuses, du plaisir, de l'affirmation de soi, de l'identité, de l'orientation sexuelle, de la planification des naissances et des rapports de sexe. Elle tend à donner davantage de sens aux comportements sécuritaires. Quand à l'usage de drogues, il s'agit de mettre en place des conditions et des environnements favorisant chez les individus l'adoption d'habitudes de vie saines et sécuritaires ainsi que d'attitudes responsables face aux substances psychotropes.

### **1.4. Les actions de prévention**

En fonction des cibles, ces actions de prévention sont multiples et variées.

#### *1.4.1. Activités à l'intention de la population en général :*

- promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH et du sida, du VHC et des ITS ;
- promotion d'attitudes favorables à l'égard des groupes vulnérables ;
- élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale. La sexualité se trouve parmi les thèmes considérés.

#### *1.4.2. Activités à l'intention des personnes vulnérables :*

- conception de stratégies de communication visant la promotion des comportements sécuritaires et adaptées aux diverses sous-cultures et aux particularités de pratiques sexuelles ou de consommation de drogues ;
- interventions de sensibilisation et de distribution de brochures et de moyens de protection dans les milieux de vie : lieux de rencontre des communautés ethnoculturelles, centres de détention

ou de transition, saunas, bars, parcs, campings, agences d'escorte, hôtels, salons de massage, sites d'échange de seringues, rue, etc. ;

- interventions d'éducation à la sexualité et de prévention des toxicomanies adaptées aux groupes vulnérables, notamment réalisation d'ateliers sur la négociation du condom, l'estime de soi, les couples sérodiscordants, l'injection à risque réduit, etc.

#### 1.4.3. *Activités à l'intention des personnes touchées :*

- prévention auprès des PVVIH et des personnes infectées par le VHC ;
- services psychosociaux aux PVVIH ainsi qu'aux personnes atteintes d'hépatite C et, au besoin, aux personnes atteintes d'ITS chroniques ;
- pour les PVVIH et les personnes infectées par le VHC, accompagnement, encadrement, soutien individuel à la prévention et à l'observance des traitements ainsi que de l'aide à la réinsertion sociale.

### **1.5. Les exemples d'interventions**

Il ne s'agira pas d'être exhaustif, mais plutôt de mettre un accent particulier sur les interventions novatrices en lien avec les hypothèses formulées pour l'étude (adaptabilité des interventions au contexte malien).

#### 1.5.1. *Collaboration multidisciplinaire et multisectorielle pour la lutte contre le VIH (Cas du projet SPOT)* [29]

En 2007, les HARSAH représentaient 61,2 % des nouveaux cas de l'infection au VIH au Québec. De récentes études montréalaises [29] indiquent que :

- 12,5 % des HARSAH vivent avec le VIH ;
- De ce nombre, 23 % ne savent pas qu'ils vivent avec le VIH ;
- 50 % des nouvelles infections au VIH auraient été transmises par des personnes qui sont séropositives depuis moins de 6 mois.

En réponse à cette situation, des acteurs des milieux communautaire, médical et de la recherche ont uni leurs efforts afin de mettre en place un projet novateur dénommé SPOT.

SPOT est un projet de recherche visant le développement de nouveaux tests de dépistage et de nouvelles approches en counseling et prestation de soins qui permettent aux HARSAH de connaître leur statut, de rester en santé et possiblement de réduire leur risque de devenir infecté par le VIH. L'offre de dépistage s'adresse avec un choix de l'environnement (site communautaire ou clinique médicale) et du type de test (standard ou rapide).

L'équipe de recherche comprend une coalition de virologues, des scientifiques psychosociaux, des responsables de la santé publique, des membres de groupes communautaires et des cliniciens. Son rôle est d'assurer le leadership scientifique et organisationnel de la recherche. Elle encadre les activités scientifiques du projet, la supervision des assistants de recherche et le développement du projet dans les différents milieux impliqués.

L'étude est basée sur des preuves que les personnes qui connaissent leur séropositivité et conseillées vont modifier leurs comportements sexuels à risque afin de ne pas mettre les autres en danger. Elle vise à limiter la transmission du VIH parmi les HARSAH tout en identifiant de manière proactive les 25 - 30 % de ces hommes contaminés par des individus qui se sont récemment infectés et ignorant souvent leur statut face au VIH.

1.5.2. *Renforcement des capacités sur les stratégies d'interventions auprès des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle (Cas des programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'interventions auprès des populations vulnérables) [21]*

Les programmes nationaux de formation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang et sur les stratégies d'interventions auprès des populations vulnérables sont coordonnés par la Direction des Risques Biologiques, Environnementaux et Occupationnels (DRBEO) de l'Institut National de Santé Publique du Québec. Ce programme de formation est constitué de trois modules concernant les stratégies d'interventions auprès des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle. Ces modules s'intitulent :

- « Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles : Intervenir à tous les âges de la vie » qui s'adresse aux personnels des services de santé; des services sociaux et des organismes communautaires qui ont déjà suivi la formation « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité ». Ensuite ;
- « Approche clinique du patient d'orientation homosexuelle ou bisexuelle » qui s'adresse aux médecins cliniciens. Et enfin ;
- « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect des orientations sexuelles ».

En conformité avec les différentes orientations préconisées par le Programme National de Santé Publique et la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH, ce dernier module de formation permet d'agir sur les facteurs de vulnérabilité des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts. Il vise à permettre aux participants de :

- prendre conscience des principaux mythes véhiculés sur l'homosexualité et la bisexualité et de leur aspect limitatif ;
- accroître ses connaissances des principales écoles de pensée ayant cherché à identifier, une cause à l'homosexualité et prendre conscience des limites de ces théories ;

- améliorer ses connaissances des origines de la stigmatisation de l'homosexualité en Occident ;
- améliorer sa compréhension du processus de développement de l'orientation sexuelle chez les jeunes et les adultes et des principales difficultés rencontrées ;
- augmenter ses habiletés à intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles ;
- s'approprier une démarche d'intervention systémique visant à contrer l'homophobie dans son milieu.

Ce module s'adresse aux enseignants, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, médecins, éducateurs ou intervenants qui travaillent auprès des adolescents ou des adultes au sein du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et des organismes communautaires.

Ce module est enseigné dans le cadre d'une session intensive d'une journée. Elle repose sur des méthodes pédagogiques dynamiques et interactives qui requièrent l'implication volontaire des personnes participantes. L'approche retenue vise à améliorer les connaissances de ces personnes et à provoquer des changements en ce qui a trait à leurs attitudes et à leurs habiletés à intervenir auprès des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

### *1.5.3. Place de l'Internet dans la prévention du VIH (Cas de RÉZOSANTE) [31]*

RÉZO (anciennement Action Séro Zéro) est un organisme communautaire montréalais sans but lucratif créé en 1991. Sa mission est de développer et coordonner des activités d'éducation, de prévention et de promotion de la santé sexuelle, mentale, physique et sociale auprès des hommes gais et bisexuels, séronégatifs ou séropositifs.

RÉZO privilégie une approche globale de la santé et fournit aux hommes gais et bisexuels des connaissances et des moyens pour développer et maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale. Tous les services sont gratuits et sont offerts par des personnes-ressource selon une approche basée sur le mieux-être sexuel excluant tout jugement.

Dans le cadre de l'intensification de son volet de prévention des ITSS et de promotion de la santé sur le Web, RÉZO a mis en ligne un nouveau site [www.rezosante.org](http://www.rezosante.org). L'organisme ouvre ainsi les fenêtres à un portail moderne, qui permet une présence accrue des intervenants de l'organisme sur les réseaux sociaux. Il faut noter parmi eux, un site de rencontre pour hommes gais et bisexuels, une application de géo-localisation qui propose, en temps réel, de situer les intervenants disponibles pour une consultation, une séance de dépistage et de vaccination ou pour toutes autres activités spéciales. De plus, le nouveau portail Internet comprend une salle de clavardage en ligne (chat), pour tenir des discussions thématiques et maximiser l'accessibilité à l'information sur la santé.

Au total, on peut dire sans se tromper que ces trois exemples d'interventions sus citées sont très novateurs. Les premières évaluations prouvent qu'elles répondent aux besoins actuels des populations visées et contribuent de façon significative à la prévention du VIH.

## 2. Contexte sociopolitique du Mali

La République du Mali, située au cœur de l'Afrique de l'Ouest, couvre une superficie de 1 241 248 km<sup>2</sup>. Le pays est divisé en 8 régions administratives et un district (Bamako la capitale) qui a un rang de région. Le pays compte 49 préfectures, 289 sous-préfectures, 703 communes dont 19 urbaines. Sa population résidente est estimée à 14.517.176 habitants dont 49,6% d'hommes et 50,4% de femmes. La densité moyenne est de 11,7 habitants au km<sup>2</sup> (RGPH2009) [12].

L'unité sociale de base est la « *grande famille* » ce qui implique une influence substantielle de celle-ci sur le comportement des individus. Presque la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans et plus de 45% pour la tranche d'âge 15-49 ans. La religion dominante est l'Islam avec environ 90% de musulmans [12].

L'économie du Mali est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Contrairement au Québec, le Mali est classé comme pays à faible indice de développement humain et fortement dépendant de l'aide extérieure [12].



Source : United Nation 2004 (Map n° 4231)

Figure 3 : Carte administrative du Mali

## 2.1. Les grands axes de la politique étatique de prévention

Malgré les progrès réalisés en matière de développement sanitaire, ces dernières années, les indicateurs de santé de la population sont encore préoccupants.

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) deuxième génération est défini comme le Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (CSCR) et décrit les politiques et programmes que le Mali entend mettre en œuvre sur les plans macroéconomique, structurel et social afin de promouvoir la croissance et de réduire la pauvreté, au cours de la période 2007 - 2011. Les axes prioritaires retenus sont :

- le développement institutionnel et l'amélioration de la gouvernance et de la participation ;
- le développement humain et le renforcement de l'accès aux services sociaux ;
- le développement des infrastructures et l'appui aux principaux secteurs productifs.

Le renforcement du secteur social est l'une des orientations stratégiques qui met un accent sur une meilleure prestation des principaux services sociaux de base, particulièrement la santé et la lutte contre le VIH/sida, comme des domaines d'interventions prioritaires.

Le Mali est confronté à la problématique de l'infection au VIH depuis la notification du premier cas de Sida en 1985. Depuis 2001, la riposte à l'épidémie a pris une dimension multisectorielle et est coordonnée par le Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS), présidé par le Président de la République. Cette riposte a été marquée par l'engagement politique qui s'est traduit par :

- la déclaration de politique de lutte contre le VIH/sida en 2004 ;
- la fixation des règles relatives à la prévention, à la prise en charge, au contrôle du VIH/sida et à la protection des PVVIH contre la stigmatisation et la discrimination (Loi N° 06 - 028 du 29 Juin 2006) ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et procédures en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida ;
- la gratuité des ARV ;
- la décentralisation et l'implication des collectivités territoriales dans la lutte contre le VIH/sida ;
- l'implication des partenaires au développement dans la lutte contre le VIH/sida ;
- la création d'une commission sur la question à l'Assemblée Nationale.

### 2.1.1. Le Cadre Stratégique National 2006 - 2010 [13]

Le Mali a déjà mis en œuvre trois plans stratégiques à court et moyen terme et un premier plan stratégique national (CNS 2001 - 2005) en matière de lutte contre l'infection au VIH/sida. Le second Cadre Stratégique National (CSN 2006 - 2010) s'inspire des résultats des différentes expériences

enregistrées depuis le début de l'épidémie. Son objectif principal est de réduire la propagation du VIH/sida dans la population et minimiser les impacts sur le développement économique, social et culturel.

**Trois axes stratégiques** interdépendants, déclinés chacun en objectifs, résultats attendus et stratégies, sont retenus :

- promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte ;
- réduire les risques et les vulnérabilités liés à l'épidémie ;
- atténuer les impacts sociaux, économiques et culturels de l'épidémie.

La mise en œuvre de ces stratégies se fonde sur l'action préventive et respecte les grands principes directeurs définis lors de la 2<sup>ème</sup> Conférence Africaine sur le VIH/sida et les IST (ICASA 2) : « Une seule stratégie nationale, un seul organe de coordination et un seul mécanisme de suivi évaluation ». Une attention particulière est accordée aux catégories sociales vulnérables à l'infection. Il faut noter qu'au Mali, cette stratégie ne mentionne pas les HARSAH comme une catégorie à risque du VIH et donc vulnérables.

Les domaines prioritaires ciblés sont : la prévention, la surveillance épidémiologique, l'accès au traitement, aux soins et au soutien, l'éthique, le droit et l'infection au VIH, la formation, la recherche, la mobilisation des ressources, le suivi / évaluation et le partenariat.

Les méthodes d'interventions proposées dans ce cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida sont multifformes :

- elles associent la lutte contre le sida au développement démocratique et durable du Mali en instaurant une dynamique nationale imprégnée des approches créatives proches du terrain et sensibles aux réalités socioculturelles maliennes ;
- elles mettent un accent particulier sur une approche stratégique intégrée, liant des actions de prévention à la prise en charge des malades dans une optique d'accès gratuit au traitement antirétroviral pour toute personne dans le besoin ;
- elles placent le renforcement des compétences et capacités des acteurs de tous les niveaux au centre des stratégies.

**Les actions programmatiques** portent essentiellement sur :

- la prévention de la transmission du VIH par la voie sexuelle particulièrement auprès des populations les plus exposées à l'infection au VIH en promouvant l'utilisation du condom comme moyen efficace disponible ;
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, impliquant un ensemble de services afférents ;

- la sécurité de l'approvisionnement en sang, par le dépistage obligatoire et rigoureux du VIH dans les dons de sang ;
- la promotion d'un meilleur accès au conseil et au dépistage VIH et l'intégration de la prévention dans les services de traitements du sida ;
- la prévention du VIH chez les jeunes ;
- l'accès à l'information et l'enseignement concernant le VIH visant l'amélioration des connaissances des personnes sur la propagation du VIH, les moyens de l'éviter et l'acquisition des compétences essentielles à la prévention ;
- la réduction de la vulnérabilité des personnes frappées par l'épidémie (veufs, veuves, orphelins et enfants vulnérables du sida).

## 2.2. Les acteurs [11]

- **Le HCNLS** coordonne la riposte et s'appuie sur les structures décentralisées, les organisations de la société civile, le secteur privé, les associations des PVVIH et les partenaires techniques et financiers pour l'atteinte des objectifs :

- **Le secteur public** joue un rôle déterminant de leadership, d'orientation, de mobilisation, d'impulsion, de coordination, d'exécution, de contrôle et de suivi dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida.

- **Le secteur privé**, compte tenu de la spécificité de cette infection, joue un rôle dans la protection de son personnel et de sa famille immédiate, des utilisateurs de son service et des populations vivant dans son environnement. Il a la responsabilité dans la prévention, le dépistage/conseil et la prise en charge de son personnel infecté et affecté par le VIH/sida. Le secteur développe en son sein des activités de lutte contre le sida dans un environnement de partenariat publique - privé - société civile favorable.

- **La société civile** joue un rôle important dans la prévention, la mobilisation sociale, le soutien et l'assistance aux PVVIH, aux orphelins, aux familles, la prise en charge médicale et psychosociale, les soins à domicile, la formation, les études et la recherche. Les ONG et associations de la société civile sont les acteurs privilégiés de la réponse nationale et sont comptables des interventions au près des associations de PVVIH, des jeunes, des femmes et des groupes à haut risque.

- **Les partenaires techniques et financiers** contribuent à créer les conditions stratégiques adéquates de lutte à travers le renforcement des capacités des acteurs nationaux, l'appui en matériels et équipements, l'appui technique et financier dans la mobilisation des ressources et dans la mise en œuvre des plans, etc.

## 2.3. Les messages et les actions de prévention

L'accès à l'information et l'enseignement concernant le VIH visent l'amélioration des connaissances des personnes sur la propagation du VIH, les moyens de l'éviter et l'acquisition des compétences essentielles à sa prévention. La pratique de l'IEC/CCC est l'un des axes essentiels de la prévention du VIH/sida au Mali. Elle consiste en la promotion de plusieurs messages notamment : l'abstinence sexuelle, la fidélité, la limitation du nombre de partenaires sexuels, l'usage régulier du préservatif, l'adoption des comportements sexuels à moindre risque, etc. Elle prône également l'acceptation des PVVIH et leur participation au processus de sensibilisation.

Plusieurs sous-groupes en l'occurrence les plus vulnérables (Professionnelles du sexe et leurs clients, transporteurs routiers, populations migrantes, populations rurales, enfants et personnes incarcérées) sont ciblés par les activités de sensibilisation qui visent la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la promotion des préservatifs, le conseil et le test de dépistage du VIH.

Par ailleurs, la réponse met un accent sur la sécurité de l'approvisionnement en sang, par le dépistage obligatoire et rigoureux du VIH dans les dons de sang. Il faut noter aussi la promotion d'un meilleur accès au conseil et au dépistage VIH et l'intégration de la prévention du VIH dans les services de traitements du sida [12].

## 2.4. Les exemples d'interventions

### 2.4.1. Le programme MSM d'ARCAD/sida

L'ARCAD/sida est une association malienne à but non lucratif qui a été créée en 1994 dans l'objectif de développer la prise en charge globale de l'infection au VIH/sida par la recherche et la communication [2]. Le programme MSM, à l'origine commandité par l'ONUSIDA en 2004, était une étude sur l'analyse de la situation du groupe des HARSAH et de leur gestion des risques liés à l'infection au VIH/sida. La mise en œuvre était assurée par l'ARCAD/sida.

En 2005, suite à une demande de plus en plus croissante d'informations sur les risques liés aux pratiques sexuelles entre hommes, le CESAC a pris le relais de l'étude. A travers ces partenaires financiers et cela depuis 2007, l'ARCAD/sida a mis en place un projet de prévention et d'offres de services de santé pour les HARSAH. L'objectif étant l'amélioration de l'accès à la prévention et au traitement des IST/VIH/sida chez les HARSAH à Bamako. Enfin les résultats encourageant du projet laissent envisager une perspective d'extension de celui-ci vers d'autres régions du pays [7].

- **Axes stratégiques d'intervention : [2, 7]**

- **Prévention et mobilisation sociale** par une approche méthodologique particulière qui comporte 4 phases successives (Identification des sites MSM, identification des leaders et des pairs éducateurs MSM, formation des animateurs MSM, réalisation des activités d'IEC/CCC). Il faut noter

également la conception d'une boîte à images et des dépliants sur les pratiques à risques pour la réalisation des séances de causeries éducatives et enfin la distribution gratuite de préservatifs et de lubrifiants.

- **Renforcement des capacités** par la formation des prestataires de santé sur la question des HARSAH, la formation des animateurs et des pairs HARSAH sur la prévention des IST/VIH/sida, et celle des leaders HARSAH en leadership, prévention et lutte contre la stigmatisation.

- **Prise en charge médicale** par création d'un réseau de prestataires des services de santé, dépistage en stratégie mobile au niveau des sites, des grins<sup>1</sup> ou autre lieu de regroupement des HARSAH, et références des animateurs vers les sites de dépistage et de prise en charge (Dépistage, consultations médicales, traitement des IST et mise sous traitement ARV des HARSAH vivant avec le VIH).

- **Accompagnement et soutiens psychosociaux** par des visites à domicile (VAD) et des soutiens aux HARSAH vivant avec le VIH (Achat de médicaments de spécialités, Activités Génératrices de Revenu (AGR), soutien alimentaire, frais de transport et location d'appartement etc.).

---

<sup>1</sup> *la plupart des Bamakois appartiennent à des groupes de pairs, qui rassemblent généralement des individus noués par des liens biographiques, de même genre et de même classe d'âge, et dont l'une des manifestations la plus visible est le « grin », c'est un regroupement autour du thé pour « causer » à différents moments de la journée ou de la nuit (Broqua C. 2007).*

## **CHAPITRE IV – ANALYSE CRITIQUE DES STRATEGIES DE PREVENTION**

Dans le présent chapitre, nous allons procéder à la présentation des résultats de différents travaux consultés au cours de l'étude. Ainsi, nous allons vérifier si la stratégie québécoise de prévention du VIH :

- tient compte des spécificités socioculturelles des HARSAH ;
- cible les HARSAH vivant avec le VIH ;
- permet de maintenir les comportements de prévention à long terme.

Par la suite, nous ferons ressortir les points clés de la stratégie. Et enfin, nous procéderons à une analyse de la situation malienne, pour des fins de recommandations hiérarchisées.

### **1. Stratégies de prévention et spécificités socioculturelles des HARSAH**

Nous allons, dans un premier temps, présenter la situation de l'épidémie au sein de la population des HARSAH. Ensuite, nous essayerons d'évaluer leur degré d'information sur l'infection au VIH/sida et, enfin, voir s'il existe des stratégies de prévention qui tiennent compte de leur spécificité.

#### **1.1. L'épidémie de l'infection au VIH/sida**

Au Québec, les HARSAH constituent un groupe hétérogène et très diversifié eu égard à plusieurs caractéristiques sociodémographiques (âge, origine ethnoculturelle, lieu de socialisation, comportements sexuels, etc.). En dépit de ces différences notoires, les données épidémiologiques montrent clairement un risque accru de l'infection par le VIH au sein de ce groupe. En effet, parmi les principales catégories d'exposition identifiées en 2009, les HARSAH sont les plus touchés avec 58,5 % (359/614) des cas et 64,8 % (199/307) des nouveaux diagnostics. Chez ces hommes, la transmission homosexuelle est attribuée à 72,4 % (359/496) des cas et à 77,7 % (199/256) des nouveaux diagnostics [14]. Des tendances semblables ont été observées en Europe et ailleurs en Amérique du Nord [24, 27].

## 1.2. Le degré d'information des HARSAH sur l'infection au VIH/sida

**Tableau 2 : Connaissances au sujet des ITSS**

	Oui	Non	Je ne sais pas
La syphilis peut se transmettre lors d'une relation orale (pénis dans la bouche) non protégée	73,0	6,9	20,1
J'aurais nécessairement des symptômes si j'attrapais une maladie transmissible sexuellement	23,1	69,1	7,8
J'aurais nécessairement des symptômes si j'attrapais l'hépatite C	28,2	50,8	21,0
On peut se protéger du VIH en évitant les relations sexuelles anales	27,4	38,9	33,7
Il existe actuellement un traitement pour l'hépatite C	83,7	11,3	4,9
On peut se protéger du VIH en utilisant de façon adéquate un condom à chaque relation sexuelle anale	51,2	43,2	5,6

Source : Lambert G. et al. 2006 (ARGUS 2006)

Le tableau 2 est issu de l'enquête ARGUS 2006 [16] et présente la proportion des réponses relatives à des énoncés portant sur les connaissances sur les ITSS.

Environ deux tiers des répondants (68,1 %) ont dit « NON » à la question de savoir si l'affirmation suivante « J'aurais nécessairement des symptômes si j'attrapais une maladie transmissible sexuellement ». Une grande majorité (83,7 %) a répondu par l'affirmatif à la question de savoir si « On peut se protéger du VIH en utilisant de façon adéquate un condom à chaque relation sexuelle anale ». Enfin la moitié (51,2 %) des répondants était d'accord que l'« On peut se protéger du VIH en évitant les relations sexuelles anales ».

Ces différentes réponses semblent indiquer que ces HARSAH ont une bonne connaissance sur les ITSS en général et sur l'infection au VIH en particulier.

## 1.3. Les besoins des HARSAH sont-ils pris en compte dans les programmes de prévention ?

Depuis le début de l'épidémie, les différentes stratégies québécoises de prévention du VIH/sida ont affirmé que les HARSAH constituent un des groupes prioritaires relativement à l'action qui doit être entreprise. Conformément, le ministère a mis sur pieds des groupes de travail sur l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux pour cette communauté [5].

Les régions régionales de la santé et des services sociaux soutiennent de nombreux projets sur le terrain (Inventaire des besoins et des services existants, sensibilisation et formation des intervenants du réseau, soutien financier aux groupes communautaires, promotions des efforts conjoints entre le réseau public et les groupes communautaires, création des comités d'actualisation et de suivi des recommandations, principalement réalisés par des organismes communautaires).

Le ministère assure la promotion par la diffusion des dits travaux dans l'ensemble du réseau socio-sanitaire et auprès des organismes communautaires (Revue scientifique, colloques, lignes d'écoute gratuites et spécialisées) [5].

## 2. Stratégies de prévention et HARSAH vivant avec le VIH

### 2.1. Les HARSAH vivant avec le VIH ont-ils un comportement de protection ?

**Tableau 3 : Sexualité – Usage de condom**

<i>Au cours des six derniers mois :</i>			
<i>Au moins 1 relation anale réceptive ou « insertive » non protégée par un condom, avec un partenaire « à risque » :</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit un partenaire « d'un soir »</li> <li>- Soit un partenaire « occasionnel » ou « régulier » infecté par le VIH ou dont on ne connaît pas s'il est infecté ou non</li> </ul>			
<i>Parmi les hommes sexuellement actifs au cours des 6 derniers mois</i>			
		2005 (%)	2008 (%)
Relation anale insertive ou réceptive, non protégée, avec un partenaire « à risque »	18 – 29 ans	34,8	32,6
	30 – 49 ans	31,3	29,8
	50 + ans	23,3	18,0
	Tous âges	30,9	28,3

Source : Lambert G. et al. 2009 (ARGUS 2005 et 2008-9)

**Tableau 4 : Sexualité – Usage de condom**

<i>Parmi les hommes sexuellement actifs au cours des 6 derniers mois</i>		
	2005 (%)	2008 (%)
<i>Au cours des six derniers mois :</i>		
Relation anale réceptive ou « insertive » sans condom « intentionnellement » avec un partenaire « d'un soir » ("Bareback")	9,1	7,6

Source : Lambert G. et al. 2009 (ARGUS 2005 et 2008-9)

Parmi les répondants sexuellement actifs au cours des six derniers mois, près du tiers (28,3 %) a eu au moins une relation anale insertive ou réceptive non protégée par un condom avec un partenaire « à risque » (partenaire occasionnel ou partenaire régulier infecté par le VIH ou partenaire régulier dont on ne connaît pas s'il est infecté ou non). Ce comportement était plus fréquent chez les répondants jeunes de 18 à 29 ans (32,6 %) que chez les autres répondants. 7,6 % des répondants sexuellement actifs au cours des six derniers mois ont eu « intentionnellement » des relations anales non protégées « Barebacking » avec un partenaire sexuel masculin occasionnel au moins une fois. (Tableaux 3 et 4)

**Tableau 5 : Habitudes générales de consommation de drogues**

<i>Au moins 1 fois au cours des six derniers mois :</i>		
	2005 (%)	2008 (%)
Avoir sniffé de la cocaïne	20,4	20,4
Avoir fumé du crack ou de la cocaïne	3,7	4,4
Avoir sniffé ou fumé de l'héroïne	0,4	0,6
S'être injecté des drogues	1,0	1,5
S'être injecté des stéroïdes	0,9	1,3

Source : Lambert G. et al. 2009 (ARGUS 2005 et 2008-9)

**Tableau 6 : Sexualité – Consommation d'alcool et drogues**

<i>Avoir consommé au cours des six derniers mois lors des relations sexuelles :</i>		
<i>La moitié des fois ou plus</i>	<b>2005 (%)</b>	<b>2008 (%)</b>
Alcool ***	26,9	15,6
Marijuana ***	11,4	6,7
Poppers	8,2	6,9
Cocaïne	3,7	2,3
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001		

Source : Lambert G. et al. 2009 (ARGUS 2005 et 2008-9)

Les jeunes d'orientation homosexuelle sont plus susceptibles que les autres jeunes d'avoir des problèmes de consommation et d'abus de substances psycho-actives. L'enquête Argus a permis de mieux cerner ces comportements. 15,6 % des répondants avaient consommé de l'alcool, plus de la moitié de la marijuana et 2,3 % de la cocaïne, la moitié des fois ou plus lors des rapports sexuels au cours des six derniers mois. Or, on sait que l'utilisation de ces produits augmente les probabilités de relations sexuelles non protégées. Ce problème de consommation serait plus important chez les moins de 30 ans que chez les plus âgés. (Tableaux 5 et 6)

## 2.2. Quelle est la perception des HARSAH en matière de prévention ?

**Tableau 7 : Opinions sur le VIH**

<i>Etre Modérément d'accord / Très d'accord avec les énoncées :</i>		
	<b>2005 (%)</b>	<b>2008 (%)</b>
« Le VIH / sida est devenu une maladie contrôlable (comme le diabète) » ***	16,9	22,8
« Je me sens moins concerné par le fait d'être infecté par le VIH maintenant que de meilleurs médicaments anti-VIH sont disponibles » **	9,7	6,2
« Je suis fatigué de me faire dire de porter des condoms » **	14,6	10,1
« Un homme infecté par le VIH qui prend des médicaments anti-VIH diminue ses chances de transmettre le VIH » ***	7,6	18,8
Les médicaments anti-VIH contribuent à un relâchement au niveau des pratiques sécuritaires des personnes séropositives		42,7
Les nouvelles thérapies donnent l'impression aux personnes séropositives qu'elles ont besoin de mettre le condom		27,8
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001		

Source : Lambert G. et al. 2009 (ARGUS 2005 et 2008-9)

Le tableau 7 présente la proportion des répondants qui ont rapporté être « modérément d'accord » ou « très d'accord » avec des énoncés portant sur les attitudes par rapport à l'infection au VIH et les pratiques sexuelles.

Plus d'un répondant sur cinq (22,8 %) jugeait que l'infection au VIH était devenue une maladie contrôlable. Une proportion d'un répondant sur dix (10,1 %) mentionnait être fatigué de se faire dire de porter le condom.

Ensuite, un peu plus d'un répondant sur vingt (6,2 %) se sentait moins concerné par le fait d'être infecté par le VIH depuis que de meilleurs médicaments étaient disponibles. Un peu plus d'un répondant sur cinq considérait qu'un homme infecté prenant des médicaments anti VIH a moins de chance de transmettre le VIH.

Enfin ils étaient plus nombreux à juger que l'infection au VIH était devenue une maladie contrôlable et à croire qu'un homme infecté qui prend des médicaments a moins de chance de transmettre le VIH.

### **3. Stratégies de prévention et inégalités sociales**

Selon l'ONUSIDA, plusieurs scénarios épidémiologiques existent simultanément dans les pays. Ces épidémies peuvent évoluer dans le temps en fonction de la riposte et de la dynamique des moteurs sous-jacents de l'épidémie. L'inégalité entre les sexes et les violations des droits humains sont des exemples d'éléments moteurs d'une épidémie, qui entravent la participation des populations vulnérables à la planification en temps opportun d'une prévention solide du VIH et l'accès à l'information et aux services de prévention, déterminant ainsi le cours de l'épidémie [23].

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont globalement bien intégrés dans la société québécoise. La source de leur vulnérabilité tient surtout au rejet de leur orientation sexuelle par une partie de la société. Certes, les avancées ont été significatives au cours des dernières décennies : décriminalisation de l'homosexualité, reconnaissance légale des conjoints de même sexe, accès au mariage pour les personnes de même sexe [9]. Mais l'homophobie, la discrimination et la stigmatisation persistent [32]. De telles attitudes blessent, minent l'estime de soi et peuvent conduire celui qui en est la cible – peu importe son âge, et qu'il assume ou non son orientation sexuelle – à prendre davantage de risques notamment en matière de sexualité. Une telle situation peut être source de détresse psychologique et entraîner des comportements sexuels à risque [32].

### **4. Traitement antirétroviral comme arme de prévention**

Le rôle de la thérapie antirétrovirale pour la prévention du VIH est une question scientifique pressante. En effet, elle abaisse la concentration du VIH (Charge virale) dans le sang et dans les sécrétions génitales, diminuant, par le fait même, le risque de transmission du VIH [22].

Un modèle mathématique réalisé sous la commandite de l'OMS [10], et publié en novembre 2008 dans *The Lancet*, a montré que l'utilisation à grande échelle de la thérapie antirétrovirale (TARV) pourrait avoir des effets importants en matière de prévention du VIH au niveau de la population. Selon ce

modèle, qui a utilisé des données provenant de plusieurs pays d'Afrique australe, le dépistage volontaire universel du VIH pour tous les adultes, en moyenne une fois par an, suivi de l'administration d'une TARV immédiatement après le diagnostic, permettrait dans les 10 ans de réduire de 95 % l'incidence annuelle du VIH (Taux des nouveaux cas du VIH).

L'OMS a convoqué en novembre 2009 une consultation d'experts pour examiner ces données et étudier les implications opérationnelles et éthiques du recours à la TARV pour la prévention de l'infection au VIH. Les participants à cette réunion ont réaffirmé leur engagement en faveur de l'accès universel aux services de traitement et de prévention du VIH et sont tombés d'accord sur le fait que la TARV pouvait jouer un rôle important en matière de réduction de la transmission du VIH.

Les experts participants à cette consultation ont souligné la nécessité de baser les politiques et pratiques futures sur les droits de l'homme. Il a été convenu qu'il ne fallait mener aucune politique susceptible d'engendrer de la coercition ou d'exacerber la stigmatisation ou la discrimination.

## **5. Raisons du succès des stratégies de prévention**

### **5.1. D'une stratégie basée sur le préservatif à l'acquisition d'une culture de santé globale**

Compte tenu de la difficulté d'intervenir auprès des groupes vulnérables, la province de Québec a procédé à la combinaison de plusieurs stratégies pour combattre la transmission du VIH. Ce sont essentiellement le rappel à la population, à intervalle régulier, des risques de transmission du VIH, de son caractère asymptomatique et de ses conséquences ainsi que la promotion des moyens de protection. Il s'agit d'une condition pour donner forme aux représentations sociales sur le sujet et définir la norme souhaitée en prévention. Sans compter les retombées qui font en sorte que la plupart des personnes, sur la base d'une information adéquate, seront en mesure de mieux prendre en charge leur santé, d'adopter et de maintenir un comportement sécuritaire.

La prise de risque ne tenant pas seulement à une méconnaissance des modes de transmission, l'accès facilité aux moyens de prévention (Condoms, seringues stériles, matériel d'injection), surtout pour les personnes qui sont moins susceptibles de s'en procurer par elles-mêmes, et les offrir dans des lieux propices aux pratiques à risque ont été utilisées comme mesure de prévention principale ou auxiliaire.

Compte tenu des expériences d'exclusion vécues par ces groupes vulnérables, le travail se fait de concert avec les communautés afin de renforcer leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur autonomie. Sur un autre plan, des interventions se font dans l'environnement social sur le respect des droits de la personne, sur des questions d'égalité et de justice sociales. Sans vouloir lancer tous azimuts des interventions, les dossiers névralgiques et les alliances profitables pour accroître la portée de l'action visant à éviter la transmission de l'infection ont été déterminés.

Pour envisager des effets à long terme sur les comportements, des efforts ont été consacrés à la promotion de la santé en général et de la santé sexuelle en particulier. Les approches portent sur

l'efficacité personnelle, la norme comportementale ou l'élimination des obstacles à l'utilisation des moyens de protection. L'enjeu principal est de renouveler le message pour contrer la banalisation du Sida, de diversifier les stratégies afin de motiver les personnes très vulnérables à adopter et à maintenir des comportements sécuritaires, tout en se préoccupant de la population en général [37].

## **5.2. A la nécessité de développer des stratégies de prévention en direction des HARSAH vivant avec le VIH**

La province du Québec accorde une place de choix aux stratégies de contrôle des ITSS, comme le dépistage et le traitement précoce de la personne infectée et de ses partenaires, jugées efficaces pour briser la chaîne de transmission de ces infections. Quant au traitement des ITSS virales, il n'a pas démontré d'efficacité à limiter la propagation et vise essentiellement à prévenir les complications comme l'apparition du Sida pour l'infection par le VIH. Cependant, tout dépistage accompagné d'un counseling approprié constitue une mesure de prévention individuelle et contribue à l'adoption et au maintien de comportements sécuritaires [20].

Enfin, nous vous renvoyons à ce paragraphe de la conclusion du Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec [20] : *« Il ne s'agit évidemment pas de repartir à zéro. La santé publique, les services de santé en général et tous les acteurs concernés par ce problème, dont des dizaines d'organismes communautaires, ont acquis une solide expérience dans la lutte contre les ITSS. Il s'agit maintenant de relever la garde, soit de déployer les moyens connus éprouvés et de coordonner les efforts. Bref, de travailler ensemble efficacement. C'est là la première clé du succès. »*

## **6. Les limites des stratégies de prévention au Québec**

Selon l'ONUSIDA, plusieurs scénarios épidémiologiques existent simultanément dans les pays. Ces épidémies peuvent évoluer dans le temps en fonction de la riposte et de la dynamique des moteurs sous-jacents. Les violations des droits humains sont des exemples d'éléments moteurs d'une épidémie, qui entravent la participation des populations vulnérables à la planification en temps opportun d'une prévention du VIH solide et l'accès à l'information et aux services de prévention, déterminant ainsi le cours de l'épidémie [23].

Les HARSAH sont globalement bien intégrés à la société québécoise. Toutefois ils restent vulnérables compte tenu de la persistance de l'homophobie, la discrimination et la stigmatisation. De telles attitudes peuvent les conduire à prendre davantage de risques notamment en matière de sexualité [32].

L'utilisation du condom demeure l'un des meilleurs moyens de prévenir la transmission du VIH. Plusieurs initiatives permettent maintenant aux HARSAH d'avoir plus facilement accès au condom, mais la distribution est peu structurée. Cette distribution mérite d'être mieux structurée afin que les organismes de jeunesse et les écoles puissent rendre les condoms plus facilement accessibles aux jeunes et que l'accès au condom soit facilité dans d'autres contextes, notamment dans les lieux de

rencontres sexuelles. À l'heure actuelle, le Québec n'a pas de programme d'accès au condom organisé sur une base régionale comme on en trouve par exemple à Toronto [34] ou à New York [30]. Ces programmes ont donné des résultats probants et le Québec pourrait s'inspirer de telles expériences afin d'augmenter la proportion de personnes qui utilisent le condom et ainsi valoriser une norme sexuelle sécuritaire.

Comme l'ensemble de la population, les HARSAH ont accès aux services sociaux et de santé. En plus, ils ont une bonne connaissance des ITSS. Cependant, il ne suffit pas que les services soient gratuits ou géographiquement accessibles, ils doivent aussi être socialement et culturellement appropriés. La question de l'adaptation est cruciale pour les groupes marginalisés. Un autre problème non moins important est celui du financement des activités de prévention. En effet, il ressort de l'enquête réalisée au près des acteurs que les ressources s'amenuisent de jour en jour et cela s'expliquerait par la conjoncture financière au niveau mondiale.

## **7. Particularités des stratégies de prévention au Mali**

L'émergence de la problématique des rapports sexuels entre hommes est assez récente dans le champ de la lutte contre le VIH au Mali. Ici la religion dominante est l'Islam avec environ 90 % de musulmans et l'unité sociale de base est la « grande famille » ce qui implique une influence substantielle de celle-ci sur le comportement des individus [12].

Les stratégies maliennes de prévention ne tiennent pas compte de la spécificité des pratiques sexuelles entre hommes. En dehors du « Programme MSM » d'ARCAD/sida [2], aucune intervention d'envergure nationale, à notre connaissance, n'a documenté la prévention du VIH au sein de ce groupe.

Contrairement à plusieurs pays africains, l'homosexualité n'est pas criminalisée au Mali, mais fait face à des menaces sociales majeures comme la honte et l'exclusion. L'intégration et le respect des normes de la sexualité dictées par l'Islam renforcent chez certains HARSAH l'examen de conscience individuel, et nourrissent en cela un sentiment de culpabilité qui se superpose au sens de la honte. Par ailleurs cette honte – puissante régulatrice sociale – contraint ces hommes à demeurer dans le silence et la discrétion (comportements susceptibles de préserver la réputation et le respect de leur vie intime) [3]. Cette situation les rend vulnérables et limite leur accès aux services de prévention du VIH/sida.

Dans ce climat d'homophobie et de silence, quelles approches rendraient plus efficaces les stratégies de prévention du VIH lors des pratiques sexuelles entre hommes ? D'autant plus qu'il est reconnu que les outils utilisés dans les pays du Nord ne sont pas forcément adaptés à des contextes hostiles à l'homosexualité. La diffusion de matériels susceptibles d'identifier ces personnes en tant qu'HARSAH est, en toute logique, mal perçue et peut servir à les rendre plus vulnérables [3].

La prise en charge des besoins spécifiques de santé sexuelle des HARSAH est aujourd'hui une urgence ; pour être efficace, la lutte contre le Sida ne peut se permettre de discriminer les gens en fonction de leur orientation sexuelle, de leur genre, de leur métier, etc. Compte tenu de l'universalité des

méthodes préventives du VIH/sida et de cette spécificité du pays, les éléments probants de la stratégie québécoise pourraient nous permettre de proposer des approches socioculturellement acceptables dans le contexte malien.

## CHAPITRE V – RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

### 1. Recommandations

Les résultats de notre étude montrent que l'intensification de la prévention du VIH devrait considérer à la fois la portée des mesures de prévention (nombre d'éléments différents à fournir) et l'échelle (intensité et couverture) réalisables avec les ressources disponibles. Ces choix devraient être justifiés par des critères objectifs fondés sur l'égalité et les besoins et largement acceptés et soutenus par l'ensemble des acteurs (autorités, société civile et communautés touchées). Par ailleurs l'efficacité des mesures de prévention est un critère important qui devrait contribuer à orienter la hiérarchisation des priorités et la planification de la prévention du VIH.

En nous aidant des leçons tirées de l'expérience québécoise de prévention du VIH auprès des HARSAH et en tenant compte de la spécificité de la société malienne, nous nous proposons de fixer des priorités d'action et déduire des propositions pratiques pour le Mali. Pour ce faire, il est indispensable de réunir quelques conditions optimales (sensibilisation des acteurs impliqués, travail de communication continu et enfin discrétion et respect des engagements comme gage de confiance). La prévention et l'accès aux soins, la réduction de la vulnérabilité sociale et la recherche constitueront nos trois axes essentiels d'interventions.

**Tableau 8 : Recommandations en fonction des axes stratégiques et des acteurs concernés**

Axes stratégiques d'intervention	Acteurs concernés	Recommandations formulées
Recherche	<b>Autorités politico-sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- développer une charte d'éthique pour les travaux de recherche appliquée à la thématique HARSAH et prévention du VIH/sida ;</li> <li>- inclure des questions sur l'orientation sexuelle dans l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM) afin d'améliorer les connaissances sur la santé et le bien-être de la population homosexuelle ;</li> <li>- créer un site Internet qui regrouperait l'ensemble des informations disponibles. Ce site constituerait un outil de documentation idéal et facile d'accès et une interface utile de dialogue direct comme (chat et forum de discussion).</li> </ul>
	<b>Société civile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sensibiliser les universitaires et les bailleurs de fonds pour qu'ils encouragent ce type</li> </ul>

		de recherche.
	<b>Partenaires technique et financier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appuyer tout projet concret sur la recherche préliminaire afin d'identifier les mécanismes de socialisation des HARSAH et d'accroître les connaissances sur leurs facteurs de vulnérabilités dans le contexte malien.</li> </ul>
<b>Réduction de la vulnérabilité sociale</b>	<b>Autorités politico-sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organiser des ateliers de sensibilisation de la presse sur les questions du VIH et sexualités en intégrant la dimension HARSAH et en démontrant les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination sur ces personnes stigmatisées avec une explication des répercussions directes que cela a sur le cours de l'épidémie.</li> </ul>
	<b>Société civile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- former un lobbying et sensibiliser les principaux groupes décisionnels et discriminants pour réduire l'exclusion dont les HARSAH font l'objet ;</li> <li>- réunir les acteurs de santé publique et les HARSAH et encourager les échanges afin de susciter une dynamique nationale sur la prévention du VIH/sida et sur le phénomène des pratiques sexuelles entre hommes ;</li> <li>- favoriser l'intégration professionnelle des HARSAH en situation de précarité notamment dans le secteur du petit commerce (AGR) afin que la recherche de la santé puisse occuper une place prioritaire au profit de celle des moyens de subsistance.</li> </ul>
	<b>Partenaires technique et financier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- exiger le respect des droits humains dans les projets de financement.</li> </ul>
<b>Prévention et accès aux soins</b>	<b>Autorités politico-sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tenir compte des HARSAH dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida en les intégrant dans la surveillance des groupes vulnérables ;</li> <li>- intégrer des modules sur les ITSS et sur les stratégies d'interventions auprès des personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle dans le cursus de formation des agents socio-sanitaires ;</li> <li>- intégrer les HARSAH au niveau des instances de prise de décision en matière de prévention du VIH/sida ;</li> <li>- mettre en place un programme d'accès au matériel de prévention (préservatif et gel lubrifiant) sur une base régionale afin que la distribution soit mieux structurée ;</li> <li>- former les acteurs de santé publique, susceptibles d'être en contact avec les HARSAH, aux questions relatives à la sexualité et à l'homosexualité afin d'assurer la confidentialité et surtout d'éviter l'institution des mécanismes d'exclusion pour optimiser l'utilisation de leurs</li> </ul>

		<p>services ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apprendre au personnel socio-sanitaire à travailler avec les HARSAH et surtout de leur fournir la possibilité d'obtenir conseils et orientations afin de favoriser leur intégration ;</li> <li>- Adapter le counseling aux pratiques sexuelles entre hommes afin de faciliter et d'encourager le dépistage ;</li> <li>- favoriser une mise en place cohérente des activités plutôt qu'une intervention trop rapide afin d'envisager une intervention idéale et d'éviter tout risque de dérapage.</li> </ul>
	<p><b>Société civile</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identifier un groupe de représentants d'HARSAH désireux de s'investir et d'assurer la représentativité de leur groupe afin de les former sur les notions de prévention du VIH et santé globale ;</li> <li>- identifier les intervenants institutionnels dans le champ de la lutte contre le VIH/sida susceptibles de participer à des interventions à destination des HARSAH et sensibles à cette problématique ;</li> <li>- former les pairs éducateurs au travail sur le terrain afin d'élargir le cercle de personnes sensibilisées aux plus réticents ;</li> <li>- créer une forme de soutien psychologique, sous forme de groupes de parole ou d'entretiens individuels, permettant de mettre en confiance les HARSAH ;</li> <li>- intégrer la dimension homosexuelle au sein des campagnes généralistes (diffusion de brochures où tous les modes de contamination sont mentionnés, y compris les pratiques homosexuelles) afin d'adapter les outils de prévention aux contextes hostiles ;</li> <li>- tenir compte de la communication visuelle dans les contextes d'illettrisme ;</li> <li>- réunir les HARSAH au cours de séances de sensibilisation spécifiques.</li> </ul>
	<p><b>Partenaires technique et financier</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre disponible et accessible le matériel de prévention (préservatif et gel lubrifiant) de façon constante.</li> </ul>

## 2. Conclusion

En dépit des progrès réalisés dans l'extension de la riposte ces dernières années, la pandémie du VIH demeure la plus grande menace pour la santé publique mondiale. L'Afrique subsaharienne, avec 68 % de la charge mondiale du VIH, demeure la région la plus touchée par l'épidémie. Les rapports sexuels non protégés entre hommes constituent un facteur important dans cette épidémie, bien que le moteur principal soit les rapports hétérosexuels. La stigmatisation, la discrimination et les méconnaissances de l'homosexualité rendent vulnérables ces hommes et les obligent à dissimuler leur orientation, d'où la difficulté de les atteindre par des programmes ciblés. La prévention auprès de ces populations vulnérables demeure essentielle pour changer la trajectoire de l'épidémie du sida.

L'analyse des stratégies de prévention du VIH/sida au Québec, a prouvé que les facteurs de vulnérabilité tels que l'insuffisance d'accès aux services et l'exclusion sociale sont à la base de la propagation de l'épidémie. Les HARSAH étant globalement bien intégrés dans la société québécoise, la source de leur vulnérabilité tient surtout au rejet de leur orientation sexuelle par une partie de la société. Certes, les avancées ont été significatives au cours des dernières années. Mais l'homophobie, la discrimination, la stigmatisation persistent. De telles attitudes blessent, minent l'estime de soi et peuvent conduire celui qui en est la cible à prendre davantage de risques notamment en matière de sexualité. Une telle situation peut être source de détresse psychologique et entraîner des comportements sexuels à risque.

Par ailleurs, la banalisation de l'infection et l'abandon des mesures de prévention sont en train de mettre en péril une véritable victoire arrachée de haute lutte. En effet, les nouveaux traitements ont installé dans l'esprit d'une très grande partie de la population, la perception que le sida est devenu une simple maladie chronique qu'on peut facilement traiter. Cette situation est à l'origine de conséquences désastreuses comme la recrudescence actuelle des ITSS révélée par le dernier rapport du Directeur national de santé publique du Québec « L'épidémie silencieuse ». A cet effet, l'identification des contextes d'abandon de l'attitude préventive, des situations de relâchement des pratiques habituelles de protection et la mise à disposition du public des moyens de prévention sont autant de préoccupations qui doivent guider l'action des acteurs sanitaires et sociaux.

Enfin, il faut une nouvelle organisation qui crée une interdépendance accrue entre les acteurs. Ce faisant, elle offre l'occasion de mieux intégrer la prévention des ITSS dans l'ensemble des secteurs de services et dans des partenariats intersectoriels. De cette manière, il sera possible de faire évoluer les pratiques et d'obtenir des gains supplémentaires.

Au terme de cette étude, il apparaît effectivement, que la prévention de l'infection au VIH au cours des pratiques sexuelles entre hommes constitue un enjeu majeur de la lutte contre l'épidémie en général. Paradoxalement, la situation malienne se caractérise, à l'instar d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, par une mauvaise perception des risques liés aux pratiques sexuelles entre hommes,

une fréquence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et une forte séroprévalence au VIH parmi les HARSAH. A ces constats s'ajoute le contexte socioculturel de déni et d'homophobie qui limite de manière drastique l'accès de ces hommes aux services de prévention. Il faut noter également l'absence d'intervention en dehors de celle de l'ARCAD/sida à travers son programme MSM.

Face à cela, un plan stratégique national bien structuré s'avère nécessaire pour le Mali. Ce plan stratégique à l'endroit des HARSAH doit mettre un accent particulier sur la sensibilisation, l'amélioration de l'accès au service de prévention et le dépistage précoce. Il serait donc important de mener les activités à réaliser au sein d'interventions et de campagnes généralistes, pour permettre à ces hommes d'accéder au service de prévention sans accroître leur visibilité et leur vulnérabilité. Ces actions doivent reposer sur la complémentarité entre des actions incitatives par la modification des comportements individuels et collectifs et sur des mesures administratives. L'expérience de la prise en charge de l'infection par le VIH a montré que le dialogue et le respect des droits individuels sont les conditions d'efficacité des actions de prévention. Les individus adoptent d'autant plus des comportements de prévention qu'ils se sentent concernés et responsables.

La prise en charge des besoins spécifiques de santé sexuelle des HARSAH est aujourd'hui une urgence et la lutte contre le sida ne peut se permettre de discriminer les gens en fonction de leur orientation sexuelle. Pour des activités de prévention efficaces, on doit tenir compte non seulement des infections comme telles, mais aussi des facteurs de vulnérabilité des personnes et des milieux dans lesquels elles évoluent.

La réussite d'un tel programme dans le domaine de la prévention de l'infection au VIH/sida au cours des pratiques sexuelles entre hommes nécessite un changement profond de comportement, d'habitude et de mentalité. Une telle entreprise dans ce domaine psychosociologique et culturel ne peut être que de longue haleine et alors les résultats pourraient être lents voire difficiles à obtenir sur le terrain. Enfin, une facilitation de la recherche dans ce domaine permettrait de mieux cerner tous les autres facteurs socioculturels et organisationnels qui influencent sur la prévention.

Cette étude est axée uniquement sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. L'intégration et l'exploration de la situation des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, dans une étude ultérieure, serait d'un apport très appréciable pour la riposte à l'épidémie du VIH/sida au Mali.

## Références bibliographiques

- [1] Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC) - *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada 2008 – Sommaire*. - Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. [En ligne] <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-frs.php>, Consulté le 4 Février 2010. 4 Pages.
- [2] ARCAD/sida - *Rapport annuel ARCAD/sida 2007*- Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile de Personnes Vivant avec le VIH/sida (ARCAD/sida). Bamako, Mali. Janvier 2008. 56 pages.
- [3] Broqua C., *La socialisation du désir homosexuel masculin à Bamako*. Civilisations, Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines « Sexualités : apprentissage et performance » Vol. 59, n° 1. Juin 2010. pp 37 – 57.
- [4] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Economie de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) Mali, Macro international Inc. - *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. - CPS/DNSI et Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA. (EDSM IV 2006). 2007. 497 pages.
- [5] Clermont M., Sioui - Durand G. - *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Orientations ministérielles. - Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. 1997. 33 pages.
- [6] Cutler F., Togo A., Bourrelly M. - *Pratiques homosexuelles et prévention du VIH/Sida en Afrique* - Actes de l'atelier de « Africagay » Ouagadougou, 1 - 5 Octobre 2007 [En ligne] <http://www.africagay.org/docs/1eratelierOuagadougou.oct07.pdf>, Document consulté le 07 Novembre 2010. 2007. 37 pages.
- [7] Dembélé B. - « *Homosexuels africains et VIH : urgence !* » - Présentation ARCAD/sida Mali au Sidaction 2008 (4<sup>ème</sup> Convention nationale de la lutte contre le sida du 20 et 21 juin 2008 à l'hôtel de ville de Paris) [En ligne] : [http://www.sidaction.org/fichiers\\_support/elements/02-3.htm](http://www.sidaction.org/fichiers_support/elements/02-3.htm), Consulté le 13 Octobre 2010. 20 Juin 2008.
- [8] Dorais M. - *l'homosexualité, revue et corrigé* - Le médecin du Québec, Vol. 28, n° 9. 1993. pp 27 - 34.
- [9] Émond G., - *Renouveler l'intervention en prévention du VIH à Montréal : une représentation du complexe d'interventions* - Revue internationale Communication sociale et publique, n° 1. 2009. pp 59 - 77.
- [10] Granich R. M., Gilks C. F., Dye C., De Cock K. M., Williams, B G. - *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*. - The Lancet, 26 Novembre 2008.

- [11] Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida (HCNLS) - *Déclaration de politique de lutte contre le VIH/sida au Mali* - Secrétariat exécutif, HCNLS, Présidence de la République du Mali. Avril 2004. 21 pages.
- [12] Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida (HCNLS) - *Rapport national UNGASS 2010, Période : Janvier 2008 - Décembre 2009*. - Secrétariat exécutif, HCNLS, Présidence de la République du Mali. Mars 2010. 92 pages.
- [13] Haut Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida (HCNLS) Mali - *Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte Contre le VIH/sida 2006 – 2010*. - Secrétariat exécutif, HCNLS, Présidence de la République du Mali. Vol 1.2., Annexes CSN 2006 – 2010. Juillet 2006. 51 pages.
- [14] Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). - *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Cas cumulatifs 2002-2009 – Rapport annuel*, INSPQ. 2010. 123 pages.
- [15] Lafond J. et Steben M. - *Concepts d'homophobie et d'hétérosexisme* - Le médecin du Québec, Vol. 28, no 9. 1993. pp 43 - 50.
- [16] Lambert G., Cox J., Tremblay F., Frigault L. R., Tremblay C., Alary M., Otis J., Lavoie R., Remis R., Vincelette J., Archibald C., Sandstrom P., Kim J., Paquette D. - *ARGUS : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes*. Présentation aux 10<sup>èmes</sup> Journées Annuelles de Santé Publique (JASP). Direction de Santé Publique de Montréal, Institut National de Santé Publique du Québec et Agence de la Santé Publique du Canada. Montréal, Octobre 2006. 59 pages.
- [17] Lambert G., Cox J., Tremblay F., Gadoury M. A., Frigault L. R., Tremblay C., Alary M., Otis J., Lavoie R., Remis R., Vincelette J., Archibald C., Sandstrom P. - *Tendances des comportements associés aux ITSS chez les hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes ARGUS 2005 et 2008-9*. Journées québécoises du VIH. Agence de la Santé et des Services Sociaux, Direction la Santé Publique de Montréal, Institut National de Santé Publique du Québec 2009. 47 pages.
- [18] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) - *Programme National de Santé Publique 2003 -2012*. - Direction Générale de la Santé Publique, MSSS. 2003.133 pages.
- [19] Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) - *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. - Document complémentaire du Programme National de Santé Publique 2003-2012. Directions des communications (MSSS). 2004. 54 pages.
- [20] Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS), Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). - *l'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et*

*par le sang*. - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Direction des communications (MSSS). 2010. 73 pages.

[21] Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS), Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). - *Programmes nationaux de formations sur les infections transmissibles sexuellement et pas le sang et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables*. - Répertoire 2010 - 2011. INSPQ. 2010. 37 pages.

[22] OMS - *Programme VIH/Sida : faits marquants 2008 - 09* – Rapport du Département du VIH/sida, Organisation Mondiale de la Santé. Genève, Suisse, 2010. 35 pages.

[23] ONUSIDA - *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel* - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Genève, Suisse. 2007. 68 pages.

[24] ONUSIDA - *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2010* - Aide mémoire du rapport sur l'épidémie mondiale de sida. ONUSIDA Genève, Suisse. 2010. 15 pages.

[25] ONUSIDA - *Une action conjointe en vue de résultats : Cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009 - 2011* - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Genève, Suisse. 2009. 16 pages.

[26] ONUSIDA - *VIH et sexualité entre hommes : politique générale*. - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Genève, Suisse. Aout 2006. 4 pages.

[27] ONUSIDA, OMS - *Le point sur l'épidémie de Sida 2009* - Rapport annuel, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation Mondiale de la Santé(OMS). Genève, Suisse. 2009. 99 pages.

[28] Piot P., *L'épidémie du Sida. Mondialisation des risques, transformations de la santé publique et développement*. Les leçons inaugurales du Collège de France [En ligne] <http://lecons-cdf.revues.org/174>, Document 210, Consulté le 13 Octobre 2010. Leçon prononcée le 7 Janvier 2010. 16 pages.

[29] Projet SPOT, <http://www.spottestmontreal.com/Page/default.aspx>, [en ligne] consulté le 20 décembre 2010.

[30] Renaud T. C., Bocour A., Irvine M. K., Bernstein K. T., Begier E. M., Sepkowitz K. A., Kelleman S. E., Weglein D. - *The Free Condom Initiative : Promoting Condom Availability and Use in New York City* - Public Health Reports, 124, 2009, pp. 481-9.

[31] RÉZOSANTE, <http://www.rezosante.org/>, [en ligne] consulté le 20 Décembre 2010.

[32] Ryan B. et Frappier Y. - *Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes* - Le médecin du Québec, Vol. 28, no 9, 1993, pp 71 – 76.

[33] Sappe R. - *Le Sida et les rapports sexuels entre hommes en Afrique noire*. - Rapport de mission du Projet « Réduire l'écart : Sexualités minoritaires et accès égal à la prévention et aux soins en Afrique », Observatoire socio-épidémiologique du Sida et des Sexualités, Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Belgique. 2003. 30 pages.

[34] Toronto Public Health - *Evaluability Assessment-Condom Distribution Programm* - Health Promotion Consulting Group, 2007, 14 p.

[35] Welzer-Lang D. - *L'homophobie : la face cachée du masculin dans Welzer-Lang, D. et al. La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie* - Montréal, VLB Éditeur, 1994, pp. 13-91.

## Liste des illustrations

Figure 1 : Composantes du programme .....	16
Figure 2 : Structure matricielle du programme.....	17
Figure 3 : Carte administrative du Mali .....	28

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Statistiques mondiales de l'infection à VIH .....	10
Tableau 2 : Connaissances au sujet des ITSS .....	35
Tableau 3 : Sexualité – Usage de condom .....	36
Tableau 4 : Sexualité – Usage de condom .....	36
Tableau 5 : Habitudes générales de consommation de drogues.....	36
Tableau 6 : Sexualité – Consommation d'alcool et drogues .....	37
Tableau 7 : Opinions sur le VIH .....	37
Tableau 8 : Recommandations en fonction des axes stratégiques et des acteurs concernés .....	43