



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Regard sur les liens entre pratiques homosexuelles et lutte contre les IST/VIH/sida en Côte d'Ivoire

Présenté par

Amara BAMBA

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

Département : Santé

Spécialité : Santé internationale

Le 16 mars 2010

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE

Président

Directeur du département santé Université Senghor
Alexandrie

Dr Jérôme PALAZZOLO

Examinateur

Chercheur associé au LASMIC, Université de Nice

Dr Sani KOZMAN

Examinateur

Consultant international de VIH, Président ONG PVVIH

Remerciements

Je voudrais au terme de ces deux années passées en Égypte remercier :

Dr Christian MESENGE et son Assistante Alice MOUNIR qui n'ont ménagé aucun effort pour rendre les études moins pénibles.

Les étudiants de la XIIe promotion du département santé de l'université Senghor

La communauté ivoirienne de l'université Senghor

Mrs Charles GUEBOGUO et Christophe BROQUA ; Mme Anne-Marie MOULIN pour les commentaires avisés dans le cadre de l'amélioration de ce travail

Dr Jérôme PALAZZOLO pour le suivi et les perspectives de ce mémoire ainsi que sa participation au jury de mémoire

Toute la délégation départementale AIDES Hérault à Montpellier avec à sa tête sa directrice Melle Stéphane Giganon, et aussi particulièrement Christine Rouvier-Boudlali

Tout le personnel du bureau Family Health International Côte d'Ivoire avec sa Directrice Pays Dr Semdé-Abla Gisèle

Toutes les personnes rencontrées au cours de ce travail

Amara BAMBA

Dédicace

Je dédie ce travail à :

La mémoire de toutes les victimes du conflit post électoral suite au scrutin présidentiel du 28 novembre 2010 en Côte d'Ivoire.

Toute la population ivoirienne qui paye actuellement un lourd tribut pour des querelles politiciennes.

Mon épouse EDOUMOU Ehoumankoua Liliane Stéphanie

Mes filles BAMBA Mangnanman Samira, BAMBA Teya Malika.

Toute ma famille en Côte d'Ivoire

Que Dieu veuille sur la Côte d'Ivoire et sur tous les ivoiriens

Résumé

La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire au sein de la population générale est estimée à 3,4%. Celle-ci peut cacher un taux trois à dix fois plus élevé au sein de populations spécifiques comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes. La mise en place d'actions ciblées aura un impact sur la réduction de cette prévalence. Ce travail donne des axes pour développer un programme de santé en direction des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes en Côte d'Ivoire.

L'objectif de la présente étude était de proposer des pistes pour la mise en place de programmes de lutte contre les IST/VIH/sida en identifiant les caractéristiques, les perceptions des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités en leur direction.

Méthodologie: Etude qualitative basée sur des entretiens individuels et de groupe avec des informateurs clés, d'observations directes et d'analyse de documents.

Résultats: La communauté des hommes qui ont des rapports sexuelles avec des hommes est désignée sous les termes de « milieu » et de « branchés » dispose d'un argot particulier dénommé « le woubikan ». Elle est fortement hétérogène suivant différents critères comme l'âge, le réseau social et le positionnement sexuel. Le positionnement sexuel individualise les « yossi » et les « woubi ». Les « yossi » ayant le rôle actif et les « woubi », le rôle passif pendant les rapports sexuels. Les liens sociaux se tissent à travers des rencontres festives s'aidant du téléphone portable et de l'internet. Ils utilisent des stratégies de camouflage comme la bisexualité et les sites de rencontres. L'utilisation des préservatifs et de gels lubrifiants, le recours au test de dépistage du VIH/sida sont faibles. L'itinéraire thérapeutique en cas d'infections sexuellement transmissibles est long dominé par l'automédication du fait de la forte stigmatisation au sein des structures de santé. Ignorés par les messages de communication de masse dans le cadre de la lutte contre le VIH, les activités en leur direction se résument principalement à l'éducation par les pairs.

Conclusion: La mise en place de programmes de santé efficaces passe d'abord par le recueil de données fiables. Les données recueillies par cette étude ont permis de proposer des interventions en direction des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes. Les trois actions prioritaires sont : le plaidoyer en direction des acteurs politiques, le renforcement de l'éducation par les pairs; la formation du personnel de santé.

Mot-clefs

Côte d'Ivoire, Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Mobilisation communautaire, Prévention, VIH/sida,

Abstract

Introduction: The prevalence of HIV in Cote d'Ivoire in the general population is estimated at 3.4%. This may hide a rate three to ten times higher in specific populations such as men who have sex with men. The implementation of targeted actions towards them may have an impact on controlling this prevalence. The collection of reliable data on this community can help establish an appropriate program of HIV / AIDS's prevention and care.

The objective of this study was to propose ways of implementing programs against HIV by identifying the characteristics, perceptions of men who have sex with men and the difficulties encountered in implementing activities against HIV / AIDS in their direction.

Methodology: Qualitative study based on individual interviews, focus groups with key informants, direct observation and document analysis was carried out.

Results: The community of men who have sex with men, is designated under the terms of "milieu" and "branchés." It has a particular slang called "the woubikan. It is highly heterogeneous according to various criteria such as age, social network and sexual positioning. The sexual positioning categorises "yossi" and "woubi". The "yossi" with the active role and "woubi" the passive role during sex. Social connections are forged through festive meetings, using mobile phone and internet to communicate. They use camouflage's strategies such as bisexuality and dating sites. The use of condoms and lubes, and the use of testing for HIV / AIDS are low. The low condom use is mainly due to a lack of awareness about HIV, while the cost of lubricating gel limits its use. The multi-partner sex and the sex trade in shown or hidden forms are widespread. The treatment in case of sexually transmitted infections is long. This treatment is dominated by self-medication because of the strong stigma in health facilities. Ignored by the messages of mass communication in the fight against HIV activities in their direction can be summarized mainly in peer education.

Conclusion: The establishment of effective health programs begins with the collection of reliable data. Data collected by this study allowed to propose interventions directed at men who have sex with men. The three priority actions are: advocacy towards political actors, the strengthening of peer education, the training of health personnel.

Key-words

Côte d'Ivoire, Men who have sex with men, Community mobilization, HIV/AIDS, Prevention

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AmfAR: American Foundation for AIDS Re-search

FHI : Family Health International

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes

OBC : Organisation à Base Communautaire

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAPO-HV : Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables

PEPFAR : Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la Lutte Contre le SIDA

PHV : Populations Hautement Vulnérables

PS : Professionnels de Sexe

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciements	vi
Dédicace.....	vii
Résumé	viii
Mot-clefs.....	viii
Abstract.....	ix
Key-words	ix
Liste des acronymes et abréviations utilisés	x
Table des matières	xi
INTRODUCTION.....	1
I- GENERALITES.....	3
1- <i>Présentation générale de la Côte d'Ivoire</i>	<i>3</i>
2- <i>Prévalence du VIH/sida</i>	<i>3</i>
4- <i>Déterminants de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire</i>	<i>4</i>
5- <i>Réponses nationales face à l'épidémie.....</i>	<i>6</i>
6- <i>Définition des termes opérationnels</i>	<i>7</i>
II- ENONCE DU PROBLEME.....	9
1- <i>Hypothèse de recherche.....</i>	<i>9</i>
2- <i>La mise en place d'un programme de santé ciblé en direction des HSH peut elle contrôler la prévalence des IST/VIH/sida au sein de cette communauté ?</i>	<i>10</i>
III- OBJECTIFS	11
1- <i>Objectif général</i>	<i>11</i>
2- <i>Objectifs spécifiques</i>	<i>11</i>
IV- METHODOLOGIE	11
1- <i>Type d'étude</i>	<i>11</i>
2- <i>Cadre de l'étude</i>	<i>11</i>
3- <i>Techniques de collecte.....</i>	<i>12</i>
3-1- <i>Revue documentaire.....</i>	<i>12</i>
3-2- <i>Entretiens individuels.....</i>	<i>13</i>
3-3- <i>Discussion de groupe (focus group)</i>	<i>13</i>
3-4- <i>Observation directe</i>	<i>14</i>
4- <i>Considérations éthiques</i>	<i>14</i>
5- <i>Limites.....</i>	<i>14</i>
V- RESULTATS	15
1- <i>Contexte</i>	<i>15</i>
2- <i>Argot des HSH.....</i>	<i>16</i>
3- <i>Devenir HSH</i>	<i>16</i>
4- <i>Réseau social.....</i>	<i>17</i>

5-	<i>Identités et rôles sociaux</i>	18
5-1-	Yossi.....	18
5-2-	Woubi	18
5-3-	Yossi-Woubi	19
6-	<i>Stigmatisation et discrimination</i>	19
6-1-	Rejet de la société.....	19
6-2-	Stigmatisation au sein de la communauté HSH	20
6-3-	Agressions physiques.....	20
6-4-	Problèmes de prise en charge médicale	21
6-5-	Conséquences.....	21
7-	<i>Perceptions</i>	22
7-1-	Région anale	22
7-2-	Pratiques sexuelles	22
7-3-	Préservatifs et gels lubrifiants	23
7-4-	Sexe transactionnel.....	24
7-5-	Recours en cas d'IST	25
7-6-	VIH/sida	25
7-7-	Dépistage du VIH	26
7-8-	Internet.....	27
7-9-	Personnes vivant avec le VIH	27
7-10-	Pairs éducateurs.....	28
8-	<i>Obstacles à la mobilisation des HSH</i>	29
8-1-	Environnement.....	29
8-2-	Blocages institutionnels.....	29
8-3-	Mauvais fonctionnement des OBC de HSH	30
8-4-	Communication en direction des HSH	32
8-5-	Décideurs politiques	32
8-6-	Paradigme des organisations internationales intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/sida	32
8-7-	Campagnes de sensibilisation sur les ST/VIH/sida en direction de la population générale	33
VI-	RECOMMANDATIONS	34
1-	<i>Organisations à Base Communautaire (OBC) de HSH</i>	34
1-1-	Nécessité de l'existence d'OBC de HSH	34
1-2-	Renforcement des capacités des OBC de HSH	35
2-	<i>Activités à développer</i>	36
2-1-	Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	36
2-2-	Renforcement de l'éducation par les pairs.....	36
2-3-	Sensibilisation à travers internet	37
2-4-	Promotion du dépistage du VIH	38
2-5-	Formation du personnel médical et paramédical	38
2-6-	Création de centre communautaire d'information et d'écoute	39
2-	<i>Priorisation des actions</i>	39
	CONCLUSION	42
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXES	47

« A cause de cette incapacité à réagir efficacement, la prévalence du VIH a pu atteindre des niveaux critiques dans de nombreuses populations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de personnes transsexuelles. Les actions visant à inverser cette tendance doivent s'appuyer sur les droits de l'homme et la décriminalisation de l'homosexualité ...Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons travailler ensemble pour mettre fin à l'homophobie et veiller à ce que les obstacles qui s'opposent à l'accès aux services liés au VIH soient éliminés ».

– Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA¹

¹ Déclaration de Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, à l'occasion de la Journée internationale de lutte contre l'homophobie, le 17 mai. Site Web de l'ONUSIDA. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090515_IDAHOstatement_En.asp. Consulté le 10 mai 2010.

INTRODUCTION

Avec 22,5 millions [1] de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'Afrique est aujourd'hui le continent le plus touché par cette pandémie. Les premiers cas de cette infection à VIH ont été découverts aux États-Unis chez les homosexuels. Si bien qu'en occident elle a été au début appelée entre autre, "gay syndrome", Gay Related Immune Deficiency (GRID) avec une transmission principalement homosexuelle.

Contrairement à l'occident, la transmission du VIH en Afrique a surtout été évoquée comme une « *épidémie hétérosexuelle* ». [2]. Huit communications orales et une vingtaine de posters présenté au cours de la 17ème conférence internationale sur le VIH/Sida (Mexico - 3 au 8 août 2008) ont permis de révéler le lien qui existe entre les pratiques homosexuelles et le VIH/sida en Afrique [3,4].

Des études dans différents pays africains ont montré que la prévalence au sein de cette population est presque toujours plus élevée de trois à dix fois que dans l'ensemble de la population générale : 21,5% au Sénégal [5] ; 21% au Malawi [6] ; 13,9% en Afrique du sud [7] ; 13,4% au Nigeria [8], 12,3% à Zanzibar en Tanzanie [9].

Selon le rapport spécial amfAR 2008 [10] seulement 6 % des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) en Afrique ont une connaissance correcte de la transmission et de la prévention du virus ; 12 % seulement sont touchés par les programmes de prévention et 21 % ont utilisé des préservatifs au cours de leurs derniers rapports homosexuels un an avant les enquêtes.

La Côte d'Ivoire est l'un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie du VIH/sida, avec une prévalence de 3,4% [1] dans la population générale. Ce taux pourrait masquer un taux considérablement plus élevé dans des catégories de populations à haut risque comme les professionnels du sexe (PS) et les HSH. La prévalence du VIH au sein de cette dernière population à Abidjan était estimée en 2006 à 18,5% [11]. Malgré ces chiffres, la stigmatisation et la discrimination, la difficulté de les joindre, une information épidémiologique insuffisante sur la transmission du VIH à travers les rapports sexuels entre hommes, des services sanitaires inadaptés ou insuffisants, ainsi que le manque de financement constituent des barrières cruciales à la recherche et à la prestation des services².

Les activités pour les populations hautement vulnérables (PHV), ont démarré depuis 1992 avec les PS comme cible. Avec la volonté politique et l'appui des partenaires au développement, ces interventions ont évoluées pour aboutir en 2004, à la mise en place du projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables (PAPO-HV) sous le leadership de Family Health International

² ONUSIDA 2000

(FHI). En 2007 un partenariat entre Alliance Côte d'Ivoire (organisation de liaison de l'International HIV/AIDS Alliance basé en Angleterre) et Arc-en-ciel Plus (organisation à base communautaire de HSH) a permis l'installation dans le district d'Abidjan, de dix cellules de base. Ces cellules de base ont contribué aux premières activités de sensibilisation en direction des HSH. La principale stratégie utilisée pour les toucher se limitait principalement à l'éducation par les pairs. L'insuffisance des activités peut s'expliquer « *par le manque de données épidémiologiques et socio anthropologiques sur l'homosexualité(s) en Côte d'Ivoire et aussi, par le manque d'intérêt des pouvoirs publics dans la plupart des pays africains pour les questions concernant les rapports sexuels entre les hommes* » [12]. Cela s'explique principalement du fait de la stigmatisation des pratiques homosexuelles. Si bien que les personnes qui s'intéressent au sujet sont souvent accusées de faire la promotion de l'homosexualité. La lutte contre les IST/VIH/sida dans le pays s'est alors appuyée sur les populations dont les attitudes, les comportements et les pratiques ont fait l'objet d'études, à savoir les PS femmes, les routiers, les jeunes.

Vu les baisses successives de la prévalence du VIH au sein de la population générale [13], la lutte contre les IST/VIH/sida au sein des HSH doit devenir une priorité de santé publique. Car les HSH ont une probabilité deux à vingt fois plus élevée d'être infectés et la majorité ont des rapports sexuels avec des femmes [14,15,16]. Pour encourager la prise en compte des relations sexuelles entre hommes dans la transmission du VIH en Côte d'Ivoire, le fonds mondial a introduit comme conditionnalité à l'obtention des fonds, une meilleure prise en compte des PHV dans les programmes de prévention du VIH.

Avec l'appui du projet RETROCI, de l'UNFPA à travers son soutien au programme de prise en charge des femmes libres et leurs partenaires (PPP) ainsi que du projet sida 3 de la coopération canadienne de nombreux progrès et succès ont été obtenus dans la prévention des IST/VIH/sida chez les PS. Une étude menée à la « Clinique de confiance » à Abidjan a montré une augmentation du taux d'utilisation des préservatifs par les PS avec les clients passant de 20 % en 1992 à 85 % en 1998 et la prévalence du VIH chez les PS qui fréquentaient pour la première fois la clinique du projet, a baissé de 89 % à 32 % [17]. Ces acquis persistent à ce jour avec 97% des PS qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors des rapports sexuels avec le dernier client [1].

L'homosexualité n'étant pas condamnée pénalement dans le pays [18], c'est une opportunité à saisir afin de mener des activités en leur direction. Peu de recherches au sein de la communauté HSH ont été jusqu'à présent effectuées. Ce travail est réalisé pour contribuer à apporter des pistes pour le développement d'activités de lutte contre les IST/VIH/sida parmi les HSH en Côte d'Ivoire.

I- GENERALITES

1- Présentation générale de la Côte d'Ivoire

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322.462 km² avec une densité démographique estimée à 43 habitants par km². Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'Océan Atlantique³.

La population ivoirienne est passée de 15.446.231 habitants dont 26% d'étrangers, essentiellement des burkinabés et des maliens (RGPH 1998) à 19.096.988 habitants en 2005 (projection INS, 2005) avec un taux de croissance démographique de 3,5% (Rapport sur le Développement Humain 2005). 55% de cette population vit en zones rurales. La structure de cette population révèle que 42,4% de celle-ci est âgée de 0-14 ans, 51,6% de 15-64 ans et 2,4% de 65 ans et plus. Le rapport homme-femme est estimé à 1/1 dans tous les groupes d'âges (RGPH 1998). L'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans en 1998 à 45,9 en 2003 (Rapport sur le Développement Humain 2005). Le taux brut de natalité est de l'ordre de 45 pour 1000 avec un taux de croissance annuelle de 3,3%, et l'indice synthétique de fécondité de l'ordre de 5,2 enfants (EDS 1998) et de 4,6 (EIS 2005). Le taux de mortalité maternelle est de 960 pour 100 000 naissances vivantes (PNSR/PF 2005). La mortalité néonatale est passée de 62 pour 1000 en 1998 à 41 pour 1000 en 2005 (EIS 2005) et la mortalité infantile est passée de 112 pour 1000 en 1998-1999 (EDS-CI 1998) à 84 pour 1000 en 2005 (EIS 2005).

Le système de santé est essentiellement soutenu par le budget de l'Etat et dans une moindre mesure, depuis 1992, par le recouvrement des coûts auprès des usagers du système de soins. Ces deux sources sont enrichies de quelques appuis extérieurs directs. Avec le contexte de crise que traverse le pays, le budget alloué à la santé est resté faible réduisant ainsi les capacités d'investissement.

2- Prévalence du VIH/sida

Le taux de prévalence chez les femmes (6,4 %) est nettement supérieur au taux observé chez les hommes du même groupe d'âges (2,9 %). Différents facteurs expliquent ces résultats. Sur le plan biologique, l'appareil génital féminin avec une surface plus grande que celle de l'homme, se présente sous forme d'un réservoir avec une muqueuse génitale plus fragile que celle de l'homme. La quantité de virus est aussi plus grande dans le sperme que dans les sécrétions vaginales. Sur le plan social, les femmes disposent de peu de moyens, sont dépendantes de leur homme. Elles

³ Voir carte en annexe 1

sont peu scolarisées, pas toujours droit à la parole avec des droits souvent inférieurs à ceux des hommes. La vulnérabilité biologique, économique et sociale des femmes face au VIH est plus grande que celle des hommes.

L'EIS-CI montre de façon générale que, quel que soit le sexe, la prévalence du VIH reste légèrement plus élevée en milieu urbain (5,4 %) qu'en milieu rural (4,1 %). Cet écart entre les milieux de résidence s'observe pour les deux sexes : 7,4 % (urbain) et 5,5 % (rural) pour les femmes, contre 3,2 % (urbain) et 2,5 % (rural) pour les hommes. Quelle que soit la résidence, les femmes sont plus de deux fois plus infectées que les hommes.

Tableau I : Prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-59 ans

Age	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	0,4	0,2	0,3
20-24	4,5	0,3	2,5
25-29	7,5	3,1	5,4
30-34	14,9	5,6	10,4
25-39	8,4	5,0	6,7
40-44	8,6	7,0	7,8
45-49	10,2	4,7	7,3
Total	6,4	2,9	4,7

Source : Enquête sur les Indicateurs du sida (EIS) 2005

4- Déterminants de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire

La prostitution : Avec la pauvreté grandissante au sein de la population, de nombreuses jeunes filles se sont lancées dans cette activité. Elles se recrutent parmi les jeunes filles pratiquant des petits métiers (coiffeuses, couturière, vendeuses ambulantes...) et aussi les élèves et les étudiantes. La prostitution s'est développée au cours des dernières années en rapport avec une baisse de la croissance économique. La crise consécutive à la tentative de coup d'état de 2002, a vu une augmentation de la pauvreté faisant de nombreux déplacés internes. De nombreuses personnes se sont alors adonnées à la prostitution pour subvenir aux besoins quotidiens.

La précocité des rapports sexuels chez les jeunes filles : l'âge des premiers rapports sexuels se situe autour de 16 ans (prévalence 0,4%) selon l'enquête sur les indicateurs du sida de 2005. Ces rapports sexuels sont le plus souvent non protégés et ont lieu avec des personnes plus âgées que celles-ci. Ces rapports non protégés avec des personnes dont l'âge est supérieur ou égale à 30 ans (prévalence supérieur à 5%) augmentent les chances de rencontrer un homme qui a déjà été en contact avec le VIH.

La paupérisation accrue des populations : le conflit armé qui a abouti à une partition du pays a appauvri les populations. De nombreuses entreprises ont fermées entraînant une élévation du taux de chômage. La pauvreté a augmentée dans le pays avec la baisse des activités économiques. Le secteur agricole premier employeur du pays a été touché de plein fouet. Il a entraîné de fortes pertes de revenus dans les zones rurales productrices de café-cacao. Le binôme café-cacao étant la principale source de revenu du pays.

L'utilisation non systématique des préservatifs : les préservatifs ont montré leur efficacité comme outil de prévention contre les IST/VIH/sida. La vulgarisation de l'outil a débuté avec la pandémie et mise en œuvre par l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS). Le marketing social du préservatif a permis la mise à la disposition du grand public d'un préservatif de marque « *Prudence* » à moindre coût. Des campagnes accrues de sensibilisation ont été effectuées (téléfilm sida dans la cité, des animations de stands, des campagnes de communication à travers des panneaux d'affichages, des spots télévisés et radiodiffusés). Elles ont entraîné une augmentation de l'utilisation de préservatifs (augmentation des quantités vendues, augmentation du nombre de personnes déclarant avoir utilisés un préservatif lors du dernier rapport à haut risque). Mais cette augmentation reste encore faible par rapport au nombre potentiel de personnes pouvant utiliser le préservatif. Le processus de changement de comportement étant complexe, le préservatif ne doit pas être le seul outil à promouvoir pour lutter contre les IST/VIH/sida.

L'accès limité à l'information sur le VIH/sida, particulièrement en zone rurale : 60% de la population vit en zone rurale. Cette population est peu alphabétisée et tout le pays n'est pas couvert en centre de santé. Les zones rurales sont peu couvertes par les organisations menant les activités de sensibilisation dans la lutte contre le VIH. Les seules campagnes faites par l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER) sont ponctuelles et touchent principalement deux régions (centre et le sud-ouest). Les campagnes nationales de sensibilisation utilisent les supports de communication comme la télévision, la radio et l'affichage. Tous les villages ne disposent pas de l'électricité et peu de foyers en zone rurale dispose d'un poste de télévision ou de radio. Si bien que les informations n'atteignent pas les zones rurales.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH : La stigmatisation qui entoure le VIH encore très forte dans le pays empêche une bonne vulgarisation

du dépistage. Si bien que les personnes qui acceptent de faire le dépistage et déclarer séropositif lors du test sont rejetées. Ce rejet par l'entourage (les membres de la famille, les voisins) a un impact sur une prise en charge antirétrovirale adéquate. Cela est à l'origine de nombreuses dissimulations du résultat du test de dépistage à la famille. La prise des médicaments se fait en cachette à l'insu souvent même du conjoint. Cette stigmatisation agit sur une bonne observance du traitement et sur la qualité de vie des PVVIH.

Cette épidémiologie ne prend pas en compte les rapports sexuels entre hommes. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données fiables sur la communauté HSH en Côte d'Ivoire. Les chiffres disponibles sont parcellaires et issus des activités de prise en charge de la Clinique de Confiance. Cette absence de données épidémiologiques, les réticences et la stigmatisation des HSH n'ont pas permis la mise en place de programmes spécifiques dirigés vers cette population.

5- Réponses nationales face à l'épidémie

La réponse à l'épidémie s'est organisée depuis 1987 avec la mise en place de comités nationaux puis d'un programme national de lutte contre le sida (PNLS). En 2001, le pays s'est doté d'un ministère de la lutte contre le sida. En 2008, ce ministère a créé un programme de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV), en charge de la coordination de la lutte contre le VIH au sein des populations clé à haut risque d'infection⁴. Les missions assignées au PLS-PHV sont de :

- ✓ Coordonner toutes les activités de lutte contre le sida chez les PHV;
- ✓ Harmoniser les interventions de lutte contre le sida menées en direction des PHV ;
- ✓ Veiller à la prise en compte des PHV dans les programmes de lutte contre le sida ;
- ✓ Suivre et évaluer les activités à l'endroit de ces cibles ;
- ✓ Initier et conduire des actions de recherche sur les PHV.

Avec l'avènement du Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la Lutte Contre le SIDA (PEPFAR), FHI a reçu en 2006 un financement de cinq ans. Celui-ci a permis l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme élargi de lutte contre le VIH/sida en direction des Populations Hautement Vulnérables vivant en Côte d'Ivoire (PAPO –HV).

FHI et son partenaire, l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) à Abidjan travaillent avec les organisations nationales pour s'assurer que les objectifs du projet seront atteints. Ces objectifs

⁴ Créé le 15 mai 2008 par arrêté N° 10/MLS/CAB portant création, attribution et fonctionnement du Programme de Lutte contre les IST/VIH/sida chez les Populations Hautement Vulnérables

sont l'extension de l'accès et l'amélioration de la qualité des services de prévention et de prise en charge du VIH pour les PHV.

En 2007, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Alliance Nationale contre le sida en Côte d'Ivoire, a débuté des activités avec l'Organisation à Base Communautaire (OBC) de HSH dénommée Arc-en-ciel Plus. Ces activités ont porté principalement sur l'organisation de l'association. Cette association était engluée dans des conflits de leadership qui empêchaient son fonctionnement. Les activités avec Alliance Côte d'Ivoire ont permis l'installation dans la ville d'Abidjan de dix comités de base HSH. Au cours de l'année 2010, FHI a lancé des activités de prévention en direction des HSH avec un partenariat avec l'association Arc-en-ciel Plus. Il a permis de mener des activités de sensibilisation avec la distribution de préservatifs. Selon le rapport du projet PAPO-HV 2010, les activités d'Arc-en-ciel Plus ont permis de toucher 585 personnes. Le plan d'action des activités pour l'année 2011 prévoit l'extension des activités de prise en charge des IST des HSH à tous les partenaires de mise en œuvre du projet PAPO-HV avec des sensibilisations de proximité plus accrues.

Pour atteindre ces buts, il faut pouvoir comprendre les aspects socio anthropologiques de l'homosexualité(s) en Côte d'Ivoire, les habitudes, les comportements de la communauté HSH, afin de mieux la mobiliser. Depuis le mois de mai 2010 une étude dirigée par le ministère de la lutte contre le VIH renforcé par une équipe multidisciplinaire issue de Centre de Contrôle des Maladies (CDC) d'Atlanta (financement du programme PEPFAR logé au projet RETROCI) et des ministères de la santé et de la lutte contre le VIH, est en cours pour déterminer la prévalence au sein de cette communauté. Cette étude doit être complétée par plusieurs autres afin de comprendre cette communauté, comme l'a fait le programme de lutte contre le sida au Sénégal [19], malgré la forte prévalence des violences et des discriminations en direction des HSH.

6- Définition des termes opérationnels

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 sexe différents, homosexuelle lorsqu'elle est dirigée vers des personnes de même sexe et bisexuelle lorsqu'elle est mixte⁵.

Homosexualité : Par homosexualité [23], nous entendons toute relation sexuelle entre des individus de même sexe entraînant une prise de position identitaire : l'identité homosexuelle. Elle

⁵ Michel Clermont: Santé, bien être et homosexualité : Éléments de problématique et pistes d'intervention. Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Février 1996

exclut donc toutes les relations de personnes de même sexe qui n'induisent aucune considération identitaire.

Homosexualités : Par homosexualités [23], nous désignons les pratiques sexuelles elles-mêmes et pas les individus. Ainsi, les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes de même sexe, mais qui ne se considèrent pas comme homosexuelles, seront considérées, du moins leur pratique sera associée aux homosexualités.

La pratique des relations homosexuelles est complexe en Côte d'Ivoire. Elle est le plus souvent clandestine, et marqué par le secret. De nombreuses personnes ayant des rapports sexuels avec les hommes ne se considèrent pas comme homosexuelles. La notion de coming out (déclarer publiquement son orientation sexuelle) n'est pas très répandue. Le contexte social dans lequel évoluent ces personnes influence fortement leur relation avec cette orientation sexuelle. Certaines personnes ont des expériences sexuelles avec des hommes qu'ils n'assimilent pas toujours à une orientation sexuelle.

Hommes qui ont des rapports sexuels avec les Hommes : Version française du sigle MSM (Men having Sex with Men), terme utilisé depuis 1994 par l'Organisation Mondiale de la Santé pour désigner des individus à partir de leurs pratiques et non en fonction de leur identité sociale ou culturelle.

Communauté : L'ONUSIDA définit la «communauté» dans son sens le plus large et le plus global : une communauté est un groupe de personnes qui ont quelque chose en commun et qui agissent ensemble dans un intérêt commun.

Mobilisation communautaire : Le fait de reconnaître et de respecter les capacités des communautés à prendre en charge leurs propres problèmes de santé peut constituer un moyen efficace destiné à les encourager à participer activement à l'amélioration de leurs conditions de santé. Agir en partenariat avec une organisation peut apporter à une communauté les conseils et l'appui technique nécessaires pour apprendre régulièrement à identifier ses propres problèmes de santé, à leur à faire face et à les gérer.

Stigmatisation⁶ : Processus dynamique de dévalorisation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres.

Discrimination sociale⁷ : Moyen ou traitement injuste ou inégal (y compris actes de violence verbale ou physique) visant à marginaliser ou à subordonner des personnes ou des communautés d'après leurs liens réels ou perçus avec des attributs stigmatisés développés socialement.

⁶ Goffman E. *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. Nueva York, NY: Prentice-Hall; 1963.

II- ENONCE DU PROBLEME

La discrimination sociale et la stigmatisation que subissent les HSH sont présents dans tous les pays du monde. Celle-ci est plus répandue dans les pays africains et prend différents visages.

La pénalisation du comportement homosexuel : elle entrave les efforts de prévention en direction des HSH. La pénalisation est à l'origine de répressions, les HSH ne peuvent divulguer leur homosexualité à un prestataire de services sans risquer de sanctions pénales. Cela peut entraver la diffusion d'informations de prévention vitales propres aux HSH, ainsi que les services de dépistage, de traitement, de prise en charge et d'accompagnement. En outre, les travailleurs de proximité fournissant des informations et des services spécifiques aux HSH en matière de prévention du VIH peuvent être accusés de soutenir des activités illégales, telles que la « promotion de l'homosexualité », et être ainsi exposés à des amendes, des peines d'emprisonnement, des actes de harcèlement ou de violence.

La discrimination sociale se traduit par des comportements à hauts risques parmi les HSH : Des études révèlent que les HSH qui subissent une plus forte discrimination sociale ont également tendance à s'engager davantage dans des comportements sexuels à risques, ce qui se traduit par une vulnérabilité accrue face au VIH. La violence et les menaces exercées par les proches, les partenaires et par de tierces personnes sont associées à des comportements plus risqués, tels que les rapports sexuels non protégés par voie anale [20]

L'homophobie écarte les HSH du système de santé : Les ressources relatives au VIH étant souvent disponibles dans des lieux proposant d'autres services de santé, l'homophobie dans le cadre des soins de santé peut rendre particulièrement difficile l'accès des HSH à des services de santé et de soutien indispensables. De nombreux prestataires de services de santé primaires ne disposent pas encore de connaissances spécialisées quant aux soins à apporter aux homosexuels et autres HSH et cernent mal les besoins spécifiques de cette population. Les professionnels de santé peuvent exprimer de la désapprobation ou afficher des préjugés, de manière intentionnelle ou non, écartant du même coup les HSH du système de soins de santé.

1- Hypothèse de recherche

Arc-en-ciel créé en 2003, est l'une des premières associations de HSH créée en Afrique francophone. Cette association travaille librement dans la lutte contre le VIH, avec différents partenaires nationaux et internationaux. Elle met en œuvre des activités en direction des HSH, représentée principalement par des sensibilisations de proximité faite par des pairs éducateurs.

⁷ Ayala G. MSM guide to the guidance package (dans la presse). Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV. GNP+ and MSMGF. 2010

Cette insuffisance d'actions peut expliquer que seul 42% des personnes ayant des pratiques homosexuelles déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel par voie anale [1]. L'année 2010 a vu la création de l'organisation à base communautaire Alter-Nativ.

Malgré ce potentiel associatif et la liberté relative dont bénéficient les HSH dans le pays, la participation des différentes composantes de la communauté aux activités de lutte contre le VIH/sida est faible. La lutte contre les IST/VIH/sida parmi les HSH ne pourra réellement être efficace que si l'on arrive à toucher et à faire participer les diverses couches aux activités. Pour surmonter ces obstacles, il faut les comprendre en vue de mettre en place des stratégies pour les surmonter. Pour cela les HSH doivent être observés dans leur milieu pour déceler leurs caractéristiques, leurs perceptions, ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent dans l'environnement social de la ville d'Abidjan et de la Côte d'Ivoire.

Cette étude se fonde sur l'hypothèse que si l'on effectue un diagnostic correct des caractéristiques, des pratiques, des perceptions des HSH ainsi que des obstacles à leur mobilisation dans la société ivoirienne, l'on pourra développer des stratégies idoines afin de toucher toutes les composantes de la communauté HSH dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/sida.

2- La mise en place d'un programme de santé ciblé en direction des HSH peut elle contrôler la prévalence des IST/VIH/sida au sein de cette communauté ?

Les chiffres de prévalence du VIH parmi les HSH sont ceux disponibles par le projet PAPO-HV. Il donne un taux de prévalence de 21% chez les HSH fréquentant la Clinique de Confiance dans le cadre des activités de prise en charge des IST. Comme de nombreuses études l'ont démontré, la prévalence au sein de cette population est trois à dix fois plus élevée que dans la population générale. Un programme ciblé de prévention en direction des HSH au Sénégal dans un contexte de stigmatisation plus élevé que celui de la Côte d'Ivoire a vu l'utilisation systématique du préservatif pour les rapports anaux sur le dernier mois passer de 42 % à plus de 75 % [21].

Des actions visant les HSH constituant l'une des clés pour lutter contre l'épidémie [22] de VIH dans le monde, la mise en place d'un tel programme pourrait-elle permettre le contrôle de la prévalence au sein de cette communauté ?

III- OBJECTIFS

1- Objectif général

Recueillir les caractéristiques, les perceptions et les pratiques de la communauté HSH afin de mettre en œuvre des programmes de lutte contre les IST/VIH/sida tenant compte de leurs spécificités et des difficultés qu'ils rencontrent dans la société ivoirienne.

2- Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire le contexte de l'homosexualité ;
- ✓ identifier les obstacles à la mobilisation des HSH ;
- ✓ proposer des stratégies pour les atteindre.

IV- METHODOLOGIE

1- Type d'étude

Cette étude, est une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels et de groupe avec des informateurs clés, d'observations directes et d'analyse de documents.

Ces informateurs sont issus de la communauté HSH de la ville d'Abidjan et ainsi que des structures mettant en œuvre des activités dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/sida en direction des HSH.

2- Cadre de l'étude

Cette recherche s'est déroulée dans le cadre de mes fonctions de chargé de programme prévention à Alliance Côte d'Ivoire et d'assistant technique sur le projet PAPO-HV de FHI. Cette étape m'a permis de rencontrer les personnes clés intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/sida parmi les PHV. Cette étape a aussi permis de recueillir des compléments d'informations quant aux obstacles à la mise en œuvre de programme pour les HSH.

Un stage de trois mois de mise en situation professionnelle au sein de l'association française AIDES (délégation départementale de l'Hérault à Montpellier) a permis de recueillir des informations sur l'homosexualité en France.

Alliance Côte d'Ivoire

Organisation de liaison d'International HIV AIDS Alliance ayant son siège en Angleterre. Elle a été créée en 2005 pour accompagner la lutte contre le VIH/sida dans le milieu associatif. Elle a obtenu un financement du PEPFAR pour renforcer les organisations communautaires ivoiriennes intervenant dans la lutte contre le VIH/sida. Au sein de cette organisation notre poste de chargé de programme prévention auprès des PHV m'a permis de côtoyer l'association Arc-en-ciel plus, ainsi que les acteurs de la lutte contre le sida parmi ces populations.

Family Health International

ONG américaine qui met en place des programmes de santé publique dans plus de 25 pays dans le monde. Sa représentation à Abidjan avec le soutien du PEPFAR en partenariat avec l'institut de médecine tropicale d'Anvers implémente le projet PAPO-HV. C'est un projet d'intervention en direction des PS et des HSH implémenté avec une dizaine d'ONG nationales qui mènent sur le terrain les activités de prévention et de prise en charge. Mon poste d'assistant technique sur ce projet m'a permis de côtoyer toutes les associations intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/sida chez les populations vulnérables, ainsi que de nombreuses personnes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

AIDES

Première association française de lutte contre le sida et les hépatites virales, elle mène de nombreuses activités en direction des HSH. Ce stage a permis de compléter ma compréhension des pratiques homosexuelles en dehors du contexte africain. Ce stage m'a permis de voir les lieux de convivialité gays (bars, saunas, boîtes de nuits, plages, gay pride) les activités menées afin de les toucher. La participation au parcours des sexualités m'a permis de découvrir un outil de plaidoyer et de sensibilisation aux problématiques homosexuelles.

3- Techniques de collecte

3-1- Revue documentaire

Comprendre l'évolution historique et les résultats d'un projet en se référant à sa documentation, qu'elle soit présentée sous forme écrite, électronique, photographique ou vidéo. Les différents rapports, correspondance, réunions du projet et des différentes associations, les sites internet susceptibles de fournir l'information ont été passés en revue.

Les rapports d'activités de l'association Arc-en-ciel Plus, d'Alliance Côte d'Ivoire, de FHI Côte d'Ivoire et d'Espace Confiance ont pu être consultés tout au long de notre travail.

3-2- Entretiens individuels

Obtenir des renseignements face à face avec les informateurs clés (personnes détenant des renseignements particuliers, bénéficiant d'un statut spécial ou ayant eu un accès privilégié à des sujets ou à des milieux difficiles à atteindre et acceptant de partager leurs connaissances et leurs compétences) de chaque projet, individuellement ou en petits groupes, en recourant à une série de questions générales pour guider les conversations mais en laissant la possibilité d'ajouter d'autres questions qui pourraient surgir de la discussion.

Six entretiens individuels ont été effectués au cours de la période de l'enquête à Abidjan avec des informateurs clés issus de diverses structures étatiques comme associatives et des membres des organisations internationales intervenant dans la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire.

D'autres entretiens individuels ont été effectués de façon non structurée lors de causeries, de manifestations de HSH. Cette méthodologie d'entretiens individuels non structurés a été choisie pour rassurer les personnes interrogées.

3-3- Discussion de groupe (focus group)

La discussion de groupe a consisté à réunir entre huit et dix personnes avec des profils différents pour discuter de sujets en rapport avec l'homosexualité. Deux focus group ont été organisés, l'un avec des HSH majoritairement jeunes et l'autre avec les professionnels de la lutte intervenant dans les programmes en direction des HSH. Ces discussions ont été menées en binôme avec quelqu'un pour prendre les notes.

Avec les HSH, les discussions ont portées sur les difficultés qu'ils rencontrent au sein de la société ivoirienne et aussi de leurs comportements, leurs perceptions et leurs pratiques. Avec les professionnels, elles ont portées sur les activités développées en direction des HSH et des difficultés rencontrées au cours de cette mise en œuvre.

Cette méthode a été utilisée pour recueillir des renseignements de nature générale, préciser des détails ou recueillir des opinions sur des points précis et aussi servi à dégager un consensus. Elle a permis de fournir des informations bien ciblées et à moindre coût.

3-4- Observation directe

Une vingtaine de sorties sur les lieux de rencontre des HSH, lieux de rencontre extérieurs (plages, jardins...) lieux commerciaux (saunas, bars, boîtes de nuit...) ont été faites. Elles ont permis de rencontrer les gays dans leurs lieux de sociabilité.

4- Considérations éthiques

L'investigateur de l'étude a été responsable du respect de la confidentialité des données des différentes structures de prise en charge. Aucune donnée permettant l'identification des personnes interrogées n'a été prise. Les entretiens individuels et de groupe ont été effectués après avoir obtenu un consentement éclairé verbal de toutes les personnes interrogées. Ce consentement a été facilité par une reconnaissance préalable du milieu par des contacts répétés avec les personnes interrogées. Les entretiens individuels effectués dans les locaux des différentes associations rencontrées ont pu être enregistrés avec leur accord. Des entretiens qui se sont tenu dans les lieux de sociabilité des HSH ne pas pu être enregistrés pour des raisons de confidentialité.

5- Limites

Les HSH rencontrés au cours de ce travail, étaient pour la plupart des jeunes avec un âge variant entre 18 et 35 ans, travaillant dans le secteur informel, élève, étudiant ou sans emploi. L'étude n'a pas pu décrire les caractéristiques sociodémographiques de la communauté HSH. Ce groupe ne peut être représentatif de toute la communauté HSH de la ville d'Abidjan. Les informations recueillies ici, même si elles sont largement partagées dans le milieu, ne peuvent avoir la prétention d'avoir présentées toutes les caractéristiques de la communauté HSH. Ce travail n'a pas permis d'avoir d'informations suffisantes sur la bisexualité, les rapports avec les femmes au sein de la population du district d'Abidjan, et sur les connexions entre les différents réseaux de HSH, qu'ils soient nationaux ou internationaux.

V- RESULTATS

1- Contexte

Dès les années 1980, l'homosexualité était déjà visible en Côte d'Ivoire. Pour illustration, le passage à la télévision d'Oscar, un jeune homme qui s'était investi et imitait à la perfection la star ivoirienne Aïcha Koné. Les journaux « Ivoire Dimanche » et ensuite « Fraternité Matin » emboîtèrent le pas à la télévision à travers des reportages sur ce dernier. Tout cela, semble-t-il, avait reçu un écho favorable du public [24].

Contrairement aux observations faites dans les années 1980, le sentiment homophobe est aujourd'hui perceptible au sein de la population ivoirienne. Nous en voulons pour preuve l'émotion qu'a suscitée les confessions de Lino Versace (un des créateurs du coupé-décalé, danse et musique urbaine ivoirienne) dans le journal Top visage. Ce chanteur s'est déclaré « *homosexuel et fier de l'être* » [25]. Cette déclaration publique n'a pas eu auprès de la population, une réaction favorable comme celle de 1982. Signe de l'évolution de la perception populaire de l'homosexualité. Même si cette homosexualité est acceptée dans la sphère privée, sa projection dans la sphère publique n'est pas encore la bienvenue.

Les HSH utilisent les termes de « *milieu* » et de « *branchés* » pour désigner leur communauté. Les observations faites dans à Abidjan en 1984 [24] avaient retrouvé le terme de « *milieu* ». Aujourd'hui à ce terme de « *milieu* », il s'est ajouté le terme de « *branchés* ». « *Branchés* » car cette communauté se perçoit comme ayant une longueur d'avance sur le reste de la population générale sur la connaissance des choses de la vie en générale et sexuelle en particulier. Les autres ne sont pas, comme ils le disent, « *yèrè* » ce qui signifie ne sont pas informés des bonnes choses qui se passent dans la ville. Ces termes de « *branché* » et de « *milieu* » se retrouvent aussi au Mali [26,27].

Quant au terme de « *pédé* », il est communément utilisé par la population générale pour désigner les personnes ayant une orientation homosexuelle. Mais ce terme est rarement utilisé par les homosexuels eux-mêmes car pour eux il est stigmatisant et effrayant ; Quand « *tu entends pédé autour de toi, tu es effrayé car tu pense que tu es démasqué et que les gens veulent t'agresser* ». Cette peur est aussi retrouvée dans le terme de « *sa* » au Mali qui signifie « *serpent* ». Le serpent étant craint et le plus souvent tué pour la peur qu'il déclenche. Les HSH sont donc assimilés à des serpents pour pouvoir plus facilement subir l'hostilité de la population.

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat, la population est partagée en proportion égale entre la religion chrétienne et musulmane. La montée du phénomène religieux étant de plus en plus perceptible avec le foisonnement de nombreuses églises et de mosquées,

l'homosexualité est de moins en moins tolérée dans la société en rapport aussi avec la montée de la ferveur religieuse.

Le vécu des HSH dans la ville d'Abidjan est variable selon le lieu d'habitation. La commune de Marcory située au Sud de la ville est considérée par les « branchés » comme la commune la plus homophile. Ce quartier permet une des manifestations de notoriété publique de l'homosexualité avec la fréquentation de la rue des serpents par les PS HSH. Les personnes qui fréquentent cette rue ne subissent pas d'agressions de la part des habitants. Les agressions subies au sein de ce quartier sont le plus souvent du fait de la police qui y effectue des rafles fréquentes. La commune la plus homophobe est la commune d'Abobo. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la commune d'Abobo est la commune la plus peuplée de la ville d'Abidjan et majoritairement par des populations de religion musulmane.

2- Argot des HSH

La langue officielle est le français cohabitant avec une soixantaine de langues locales. Le « *nouchi* » est un savant mixage du français et de langues locales employés par les jeunes. C'est le langage de la « débrouille », qui se distingue néanmoins du langage familier. Le « *nouchi* », utilise un langage imagé pour traduire son quotidien. Le « *woubikan* », argot utilisé par les branchés, est calqué sur le « *nouchi* ». Mais ce langage diffère du « *nouchi* » classique, en ceci qu'il utilise des termes plus ou moins différents avec des significations différentes. Cela pour camoufler, non seulement à la population générale mais aussi à ceux qui pratiquent régulièrement le « *nouchi* », les codes langagiers de la communauté. Nous nous trouvons devant un double camouflage. Camouflage par rapport à la langue française comprise par la majorité de la population et aussi camouflage par rapport au « *nouchi* » classique utilisé par la jeunesse ivoirienne. Le « *woubikan* » construit sur le modèle du « *nouchi* » utilise des termes qui lui sont propre. Cela pour qu'on puisse le pratiquer pour que les personnes qui comprennent le « *nouchi* » ne sachent pas, en utilisant des termes qui leur échappent, ce qui se dit. Le terme « kata » qui signifie en « *woubikan* » un prétendant, signifie en « *nouchi* » une affaire⁸.

3- Devenir HSH

L'adolescence est la période à laquelle remontent les premières expériences de relations sexuelles avec les hommes. On peut naître avec ce penchant, l'individu sent cette pulsion depuis son enfance. Le témoignage suivant a été recueilli au cours des entretiens : « *moi je me sens comme ça depuis mon enfance* ». Certains ont adopté ce type de sexualité par la fréquentation de jeunes qui étaient déjà « *branchés* », par curiosité, en vivant dans les internats d'écoles réservés aux

⁸ Voir lexique en annexe 2

garçons. Un des participants âgé de vingt-un ans étudiant a déclaré « *j'ai été initié à l'internat du lycée garçons de Bingerville par un de mes copains* ». Et « *sous la pression des copains, qui savent ton secret tu continue en ayant des rapports avec des personnes plus âgées* ». Ceux qui ont continué comme HSH évoquent comme principale raison, le manque de moyens financiers. Car cette orientation leur a permis d'avoir de l'argent, avec les adultes qui sollicitent leurs services. Certaines personnes sont devenues gays à la suite de dragues persuasives fait par leurs amis. Ce processus est appelé dans le milieu « *castoriser* ». La « *castorisation* » consiste donc à convaincre un hétérosexuel à devenir HSH. Cette notion de drague comme entrée dans l'homosexualité a été retrouvée au Togo [28].

Des enquêtes réalisées au Sénégal [29] et au Mali [30] indiquent que la première expérience avec un homme se produit souvent dans l'adolescence avec un adulte connu ou récemment rencontré, rarement à l'âge adulte.

4- Réseau social

La fréquentation des « maquis » (dancing en plein air où l'on trouve de l'alcool et souvent à manger) et des bars a une place importante dans l'établissement du réseau social parmi les « branchés » de la ville d'Abidjan. Le plus connu est le « *Lexus bar* » dans la commune de Marcory zone 4. Il a été ouvert par des « branchés » pour recevoir principalement des « branchés ». Il a une clientèle diversifiée avec de nombreux expatriés. La fréquentation de ce lieu permet de rencontrer des personnes à la recherche de rencontres sexuelles discrètes. Ces bars, restaurants et maquis servent périodiquement de lieux où l'on organise des manifestations comme la soirée de l'élection « *miss-garçon* », terme utilisé pour désigner le plus bel homme gay de la ville d'Abidjan. Ces manifestations servent de prétexte pour se faire de nouvelles connaissances et avoir des rapports sexuels rapidement dans les toilettes. Il existe aussi des lieux comme des salons de coiffure, de couture, tenus et fréquentés principalement par des personnes issues des « branchés ».

Le téléphone portable joue un rôle important dans l'établissement du réseau social. Si bien qu'il est inconcevable pour un « branché » de ne pas avoir de téléphone portable. Il sert à élargir son cercle d'amis par l'échange entre copains de contact. La recommandation faisant alors office de ticket d'entrée dans le cercle d'amis. L'Internet est aussi l'un des outils privilégié pour faire des rencontres au-delà de son cercle habituel.

La plage de Grand-Bassam (station balnéaire fréquentée par de nombreux touristes et les populations abidjanaises) non loin de la ville d'Abidjan est aussi un lieu pour faire des rencontres. Ces rencontres sont organisées une fois par mois sur la plage.

5- Identités et rôles sociaux

Les rôles au cours des rapports sexuels sont divisés entre HSH actifs et HSH passifs.

5-1- Yossi

Les « *yossi* » ont le rôle sexuel actif c'est-à-dire qu'ils sont les personnes qui pénètrent lors des rapports sexuels. Ils sont aussi appelés « *coq* » ou « *garçon de chez garçon* » parce qu'ils sont qu'ils ne possèdent pas les signes de l'homosexualité qu'ont donné les participants « *démarche ondulante, tresses, tenues moulantes, dépigmentation de la peau, gesticulations* ». Au Sénégal, ils sont appelés « *Yoos* ». Ces deux termes désignent les mêmes entités c'est-à-dire des personnes ayant des rapports avec des hommes mais ne se considérant pas comme homosexuels. Cela peut être une stratégie de camouflage.

5-2- Woubi

Les « *woubi* » sont les branchés passifs. Ils se font pénétrer lors des rapports sexuels. Les « *woubi* » sont aussi appelées « *poule* », « *folle* », « *femme moderne* », « *femme actuelle* ». « *Elles* » font des métiers où l'on retrouve beaucoup de femmes comme la coiffure, la couture, le mannequinat. Toutes les personnes se désignant comme « *woubi* » s'appelaient entre elles par le terme « *les filles* » et avaient chacune un surnom féminin.

Parmi les « *woubi* », on retrouve les « *déclarées* » et les « *garées* ». La « *déclaration* » étant l'action d'avoir les signes extérieurs de son orientation sexuelle. Cette « *déclaration* » a été stigmatisée par les participants car elle est une source d'agression dans la rue. Pour éviter d'être agressée dans la rue, ils ont préconisé d'être « *garées* ».

Parmi les « *woubi déclarées* », il y a une sous-catégorie constituée par les travestis. La personne travestie qui était présente au cours des entretiens nous a dit : « *mon rêve à moi est de pouvoir subir une opération pour devenir une femme* ». La question des personnes travesties n'a pas pu être cernée à travers ce cas. Des études à faire pourraient approfondir la question des personnes travesties dans le pays. Cette étude serait intéressante car elle permettrait de comprendre pourquoi ces personnes sont l'objet de stigmatisation au sein de la communauté HSH. Un des participants a déclaré « *moi je n'aime pas trop les travestis, ils font toujours la bagarre et ont des couteaux sur eux* ». Les entretiens effectués n'ont pas permis d'approfondir ce sujet.

Les termes « *ibbi* » au Sénégal, « *qualité* » au Mali sont utilisés pour désigner ce groupe de branchés. Au Sénégal, les « *ibbi* » entretiennent des relations étroites avec des femmes dotées de pouvoir économique et pour lesquelles ils accomplissent d'importantes cérémonies et fonctions

sociales (veiller aux toilettes, préparer le henné, le maquillage, faire les tresses, confident...). Ce rôle social auprès de femmes dotées de pouvoir n'a pas été retrouvé dans nos entretiens.

Sur le plan social, les « *woubi* » se rencontrent le plus souvent dans les métiers exercés principalement par les femmes comme la couture, la coiffure. Pendant que les « *yossi* » sont dans tous les corps de métiers. Certains « *yossi* » disposent de moyens financiers importants et sont le plus souvent eux qui déboursent prioritairement de l'argent au cours des rencontres organisées au sein de la communauté, et des rapports sexuels.

5-3- Yossi-Woubi

Entre ces deux catégories (« *yossi* » et « *woubi* »), se trouve une catégorie intermédiaire qui n'est pas bien aimée dans le milieu. C'est la catégorie des branchés à la fois actifs et passifs. Il n'existe pas de terme spécifique pour désigner cette catégorie. Leur appellation est issue d'une contraction entre les termes faisant référence aux actifs et aux passifs. On les accuse dans le milieu de ne pas assumer leurs responsabilités et de vouloir goûter à tous les plaisirs. Ils sont pour cela appelés « *poule-coq* », « *recto-verso* », « *Cassette* », « *Poisson Braisé* », « *DVD* », « *Wonmi* ». Cette catégorie de « branchés » n'a pas de signes extérieurs pouvant faire deviner son orientation sexuelle. Ces « *poule-coq* » sont aussi le plus souvent bisexuels. Cette catégorie a aussi été décrite au Togo, où on les appelle les versatiles [28].

6- Stigmatisation et discrimination

6-1- Rejet de la société

Les HSH sont l'objet de rejet et de moqueries au sein de la communauté. Les difficultés sont d'abord connues au sein de la famille. La plupart ont des difficultés d'abord avec les parents biologiques (père et mère). C'est souvent la mère qui est compréhensive. Concernant les relations avec les parents l'un des participants a déclaré « *dans ma famille seule ma mère sait que je suis comme ça et elle m'a compris. Pour mon père, je pense que je ne pourrais jamais le lui dire* ». Cette attitude de la famille et des voisins provoque chez les personnes rencontrées une tristesse. Ce manque de soutien au sein de la famille est compensé par la constitution d'un réseau social d'amis. Ce rejet n'entraîne pas de suicide contrairement en occident. Cela peut s'expliquer par le fait que toutes les cultures africaines condamnent fortement suicide.

Dans le cadre de la recherche d'un emploi dans le privé, des signes extérieurs de « *déclaration* » de son orientation sexuelle est une cause de non embauche. Elle est aussi source de renvoi dans certaines entreprises.

6-2- Stigmatisation au sein de la communauté HSH

La communauté branchée est aussi caractérisée par le manque de solidarité, l'hypocrisie et la stigmatisation qui règnent en son sein. Les travestis ne sont pas bien acceptés dans le « milieu » et sont l'objet de stigmatisation. Si bien que les travestis constitue un groupe à part parmi les « woubi » créant un repli. On les accuse d'être à l'origine de nombreuses bagarres. Cela vient du fait que les travestis sont mal connus. Cette stigmatisation touche aussi les HSH vivant avec le VIH. Cette stigmatisation se traduit par des dénonciations, de nombreuses rumeurs circulant dans la communauté, l'abandon de personnes vivant avec le VIH.

Ils subissent aussi des extorsions de fonds, surtout pour les « yossi ». Ce chantage auprès des « yossi » est fait par les « woubi », pour avoir plus d'argent sinon elles feront passer le message dans le quartier qu'un tel qui est une personnalité respectée est en fait un HSH. Au cours des entretiens l'un des participants qui s'est présenté comme « yossi » a raconté cette anecdote : *« un jour j'avais emmené un jeune woubi chez moi à domicile. Après avoir fini les rapports sexuels, je lui ai remis une somme d'argent. Voyant cette somme le jeune s'est emparé de mon portable et m'a exigé plus d'argent sinon il se mettrait à crier pour dire que je suis pédé. Comme dans le quartier personne ne sait que j'ai cette orientation sexuelle. J'ai dû céder à son chantage. »*

6-3- Agressions physiques

Les HSH sont souvent victimes d'agressions physiques dans la rue, de viols et de rafles des « filles de bureau » par la police. Parmi les jeunes interrogés au cours de nos différents focus group, la majorité des participants a déclaré subir des agressions et des menaces du fait de leur orientation sexuelle. Ces agressions sont issues le plus souvent de l'entourage (voisins, collègues, etc.) mais aussi des inconnus pour les branchés qui déclarent leur orientation sexuelle dans la rue. Un participant se disant « woubi déclaré » raconte que ; *« Moi dans mon quartier (Marcory) les gens sont tolérants, et je marche souvent dans la rue. Un jour je me suis rendu à Yopougon où je me suis mis aussi à marcher dans la rue. J'ai vu des gens me regarder bizarrement et un groupe à commencé à se diriger vers moi me proférant des injures. J'ai arrêté le premier taxi compteur qui passait qui m'a sorti de là. Depuis ce jour je me promène uniquement en taxi. »*

Pour se préserver de ces agressions physiques et verbales que sont les insultes, les coups, les « branchés » s'emploient à dissimuler leur orientation sexuelle. Ils appellent cela trouver des stratégies pour ne pas « déclarer » son orientation c'est-à-dire être « garé ».

Au Mali et au Sénégal, des sociétés fortement islamisées, les HSH développent des stratégies afin de maintenir le secret sur leurs pratiques parce que leur révélation conduit à l'ostracisme, la stigmatisation et les abus physiques ou verbaux. Au Sénégal, presque la moitié des deux-cent-

cinquante hommes interrogés avaient connu des abus verbaux, notamment insultes et menaces, de leurs familles.

6-4- Problèmes de prise en charge médicale

La communauté est souvent confrontée au manque de structures médicales d'accueil pour une prise en charge médicale spécialisée. Seule la Clinique de Confiance délivre des soins spécifiques pour les HSH. Ce centre fonctionne grâce au soutien financier du PEPFAR à travers FHI. Ils sont réticents à se rendre dans les hôpitaux publics du fait de la stigmatisation à leur endroit. Aucun centre de santé public ne fournit des soins spécifiques pour les maladies de la sphère anale pour les HSH. De plus, le personnel exerçant dans les centres de santé publique n'a aucune formation pour la prise en charge spécifique des HSH. Cela a un impact sur la prise en charge médicale des IST. Ils ne savent pas reconnaître les signes des IST, et pour ceux qui le savent, ils ont recours à l'automédication ou aux guérisseurs traditionnels. Cela a pour effet d'entraîner des retards dans la prise en charge correcte des cas des IST.

Contrairement à la Côte d'Ivoire, les autorités sanitaires du Sénégal ont mis en place depuis 2004, en collaboration avec des ONG malgré un environnement défavorable, des programmes spécifiquement orientés vers les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes : prise en charge des IST et du VIH, avec des professionnels de la santé formés à l'accueil et à la prise en charge ; des activités de sensibilisation aux risques sexuels ; un plaidoyer auprès de l'ensemble des acteurs politiques sur la nécessité de prendre en compte les risques spécifiques des HSH [31].

6-5- Conséquences

Tous ces actes en direction des HSH ont comme résultat un repli de la communauté. Il devient difficile d'y pénétrer pour mener des campagnes de sensibilisation aux IST/VIH/sida. On arrive de ce fait principalement à toucher les jeunes branchés. Les adultes sont inaccessibles du fait de la peur de la réaction de la société.

Le repli sur soi, le manque d'information, la non fréquentation des centres de santé augmentent leur vulnérabilité aux IST/VIH/sida. De nombreux branchés sont abandonnés après avoir contracté le virus du VIH.

Cette stigmatisation a aussi comme conséquence, la création de signes de reconnaissances, des codes de communication non verbale (vestimentaires, gestuels) et un langage approprié. Le port de pantalon de taille basse est souvent utilisé à Abidjan. Ces différents codes langagiers et vestimentaires de dissimulation se retrouvent aussi au Sénégal, au Mali, et au Togo.

Cette dissimulation se traduit aussi par l'adoption de pseudonymes pour cacher sa véritable identité et aussi une hausse de l'utilisation de l'internet pour faire des rencontres discrètes et rapides.

7- Perceptions

7-1- Région anale

La région anale ou « tchapa » est perçue comme la zone du plaisir. Elle doit donc être entretenue pour rester propre. Avant la pénétration, une toilette locale est indispensable, il est donc conseillé avant chaque rapport sexuel d'évacuer d'abord les matières fécales afin d'avoir le maximum de plaisir. Pendant le rapport sexuel, l'anus doit être bien lubrifié pour éviter les lésions et les douleurs. Le lubrifiant conseillé est le gel à base d'eau. Par manque de lubrifiants, la salive, le beurre de karité, la vaseline sont fréquemment utilisés. L'utilisation de ces produits entraîne de nombreuses irritations anales. Ces irritations rendent l'anus fragile qui devient le lieu de nombreuses infections. Après le coït, une toilette s'impose aussi pour nettoyer toute présence extérieure. La toilette est faite le plus souvent avec une poire et de l'eau savonneuse. *« J'utilise l'eau savonneuse pour faire ma toilette car le savon va nettoyer tout le sperme, parce que si le sperme reste dedans c'est pas bon et ça peut te donner des démangeaisons ».*

7-2- Pratiques sexuelles

L'hétérosexualité est considérée par les participants aux entretiens comme une bonne pratique car elle est naturelle, permettant d'avoir des enfants. Cette hétérosexualité leur permet aussi d'avoir de nouveaux branchés dans le cadre de la « castorisation ».

L'homosexualité est perçue comme une bonne pratique qui procure beaucoup de plaisir pendant les rapports sexuels. *« Ceux qui critiquent les adeptes de l'homosexualité, le font parce qu'ils n'ont pas encore découvert les délices de cette pratique. Quand ils seront initiés, ils ne pourront plus s'en passer. Cette pratique permet de se sentir épanoui »*

La bisexualité est quant à elle, perçue comme une mauvaise pratique. Parce que les personnes qui s'y adonnent sont perçues comme étant hypocrites, lâches, complexées, envieuses. Il faut *« savoir choisir son camp, soit on est hétérosexuel, soit on est homosexuel, pas les deux à la fois »*. Elle permet surtout à ceux qui s'y adonnent de cacher leur identité sexuelle du fait du rejet de la société, afin d'avoir une vie sociale et familiale normales. On s'affiche de jour avec les femmes et la nuit on est attiré par les hommes. Cette bisexualité est fortement répandue dans la communauté, surtout chez les HSH adultes. Dans l'enquête sur l'homosexualité et la bisexualité au Sénégal, 87% des personnes interrogées se sont présentées comme bisexuelles. L'union

hétérosexuelle serait « *une couverture sociale* ». Notre travail ne se portant pas sur la bisexualité, les aspects spécifiques la concernant n'ont pu être recueillis. Il serait intéressant de mener une étude sur ce vaste champ en vue de comprendre les aspects sociologiques de sa manifestation. Il est ressorti au cours des discussions que « *beaucoup de personnes dans le milieu qui sont des personnalités publiques sont bisexuelles* ».

La fidélité sexuelle, est perçue comme une bonne pratique sexuelle. Cette pratique permet d'éviter beaucoup de maladies, en particulier les IST/VIH/sida. Elle permet aussi de mener une vie saine, épanouie et agréable. Mais elle relève de l'utopie et est difficilement applicable.

Le multi partenariat sexuel est perçu comme une mauvaise chose avec un risque accru de contracter des maladies. Cela peut aussi ternir sa réputation et relève de la prostitution et du vagabondage sexuel. Mais paradoxalement, elle est la plus répandue dans la communauté branchée. Les couples se font et se défont en fonction des circonstances du moment. Cela peut être dû aux rumeurs qui circulent dans la population générale que « *les branchés* » ont beaucoup d'argent. L'argent se gagnerait facilement dans le milieu au prix de rapports sexuels tarifés.

7-3- Préservatifs et gels lubrifiants

Tous les participants aux entretiens ont reconnu que le préservatif masculin est disponible, accessible et adapté aux HSH. Il est le seul moyen de se prémunir des IST et du VIH. Mais le taux d'utilisation des préservatifs demeure très faible au sein de la communauté. Les jeunes qui sont le plus souvent des « woubi » en quête de moyens financiers sont vulnérables face aux « yossi » adultes à qui ils offrent leurs services. Devant une proposition alléchante de gains financiers, la grande majorité des « woubi » n'exige pas le préservatif au partenaire. Quant aux « yossi », l'utilisation du préservatif au cours du rapport sexuel est fonction de son éducation et de sa sensibilisation au risque de contracter le VIH/sida.

Les discussions ont alors porté sur les avantages de l'utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels et aussi sur les moyens de négociation du préservatif.

Les avantages de l'utilisation du préservatif

- ✓ protège contre les IST/VIH ;
- ✓ permet d'éviter les grossesses non désirées ;

Pour les « woubi », quelques éléments de négociation du port du préservatif ont été énumérés.

- ✓ en utilisant systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels, "tu te protèges toi et ta famille des IST" ;
- ✓ "connais-tu mon statut sérologique?" ;

- ✓ il faut aider son partenaire sexuel à essayer le préservatif, par exemple en lui expliquant comment on l'utilise, lui proposer de le lui mettre avant le rapport sexuel.

Des principes d'utilisation du préservatif ont aussi été discutés

- ✓ doit être de bonne qualité (date de péremption, présence de lubrifiant) ;
- ✓ ne doit être utilisé qu'une fois ;
- ✓ il est important de l'avoir tout le temps sur soi.

Concernant les gels lubrifiants, le prix est élevé. Le tube est vendu à 1 000 francs CFA à la Clinique de la Confiance et à 2 500 francs CFA dans les pharmacies privées. Ce prix est un frein à l'accessibilité. Et le gel n'est pas disponible partout (dans toutes les pharmacies de la ville). Pour s'en procurer il faut se rendre absolument à la clinique et cela augmente le coût car il faut payer au moins 1 000 F CFA de transport, et il y a de fréquentes ruptures de stock. Tout le monde ne peut se rendre à la pharmacie pour acheter le lubrifiant. La présentation en tube n'est pas aussi adéquate pour la pratique des HSH, car le transport est difficile. Cette présentation est plus indiquée pour les femmes. En fait ces gels ont été acquis à l'origine pour les professionnelles de sexe féminin prises en charge par le projet PAPO-HV. Selon les personnes interrogées la meilleure présentation serait celle en sachets dosettes distribués dans le même emballage que le préservatif. Ainsi le gel passerait inaperçu et deviendrait facilement transportable et utilisable.

7-4- Sexe transactionnel

Les rapports sexuels au sein de la communauté HSH sont fortement tributaires des moyens financiers. Ils se traduisent sous forme de prostitution mais aussi sous des formes moins affichées comme le choix des partenaires sexuels réguliers ou occasionnels en fonction de leurs moyens financiers. La forte rétribution des rapports sexuels entre hommes est retrouvée également au Mali [30].

Les HSH comme toute la société ivoirienne sont confrontés au fléau du chômage des jeunes dans le pays. Les rapports dans la communauté sont nécessairement basés sur des considérations financières pour le grand public. Car selon le grand public, seules les sommes d'argent récoltées peuvent expliquer l'engagement dans l'homosexualité. Les « woubi » recherchent donc des personnes qui peuvent donner beaucoup d'argent en échange des rapports sexuels dans le but de subvenir aux besoins quotidiens. Cela suppose comme le dit Broqua que : « *la dimension inégalitaire des relations sexuelles diminue la capacité des plus faibles à se protéger face au VIH ou aux IST* » [31].

La communauté se caractérise aussi du fait de sa structuration par une forte prévalence du travail sexuel. Ils disent puisque les « woubi » ne peuvent pas avoir de grossesse et qu'il règne une forte stigmatisation à leur endroit, ils ne peuvent donc prendre tous ces risques juste pour le plaisir. Chaque rapport sexuel avec un « yossi » doit rapporter quelque chose. Les travestis sont souvent désignés sous le vocable de « *filles du bureau* ». « *Aller au bureau* » signifiant aller se prostituer. Le bureau est situé dans la commune de Marcory en zone 4 (rue des serpents).

7-5- Recours en cas d'IST

Les signes des IST sont reconnus tardivement surtout les lésions non ulcéraives. Lorsqu'un signe d'appel intervient, l'absence de centres de soins appropriés et la forte stigmatisation dans les centres de santé publics, entraînent un énorme retard dans la prise en charge. Ils ont d'abord recours à l'automédication en sollicitant les services des vendeuses ambulantes de médicaments. En cas d'échec, la seconde étape se situe à la pharmacie du quartier où les médicaments sont délivrés souvent sans ordonnance et sans examen clinique. Le dernier recours dans cet itinéraire thérapeutique est pour beaucoup, la Clinique de Confiance située en zone 4 dans la commune de Marcory. Cette clinique réserve un jour de consultation aux HSH (mardi matin). Les comportements visant à rechercher des soins pour les symptômes d'IST s'entourent souvent de retard et de dissimulation comme au Sénégal et au Togo.

Concernant les informations sur les IST, ils sont relativement bien informés car les discussions ont permis de relever les bonnes pratiques devant une IST que sont :

- ✓ aller consulter lorsqu'il y a un signe de maladies ;
- ✓ décourager le recours aux guérisseurs traditionnels ;
- ✓ décourager l'automédication ;
- ✓ conseiller, accompagner ou référer les membres qui présentent des signes d'IST et qui s'ouvrent à vous.

7-6- VIH/sida

« *La grande dame* » nom donné au VIH/sida dans le « *milieu* » est perçue comme une maladie sexuellement transmissible. Elle peut aussi être transmise de la mère à l'enfant, par le sang lors des transfusions sanguines et l'utilisation d'objets souillés par le sang. Les modes de « non transmission » du VIH sont connus comme : par exemple, que le VIH ne peut être transmis par les moustiques ni par les contacts de la vie quotidienne. En général, les personnes rencontrées avaient des informations sur le VIH/sida. Cela dénote le bon niveau de connaissance du VIH/sida au sein de la communauté ivoirienne urbaine, selon l'enquête sur les indicateurs du sida de 2005.

Il est ressortit au cours des discussions sur le VIH/sida qu'on ne peut pas savoir à quel moment on a attrapé la maladie. Il est possible de vivre longtemps avec le virus sans être malade. Mais actuellement aucun vaccin n'est disponible, et on ne peut pas en guérir. Celui qui contracte la maladie va droit vers la mort et peut entraîner avec elle les personnes avec qui elle a des rapports sexuels. Même si les rapports sexuels sont protégés on ne peut pas être sûr à 100% d'éviter la maladie si on a des rapports avec une PVVIH. Il est donc préférable d'éviter d'avoir des rapports sexuels avec les PVVIH. Le traitement existe et il ne permet de guérir de la maladie. De plus ce traitement n'est pas disponible partout.

Le VIH ou « la grande dame » représente le mal absolu dans le milieu. Etre atteint du VIH/sida signifie systématiquement le rejet par la communauté. La personne vivant avec le VIH devient infréquentable car tous ceux qui la fréquentent seront taxés de personnes porteuses du virus.

7-7- Dépistage du VIH

Selon l'enquête sur les indicateurs du sida de 2005, seulement 8% de la population ivoirienne connaît son statut sérologique. Cela est principalement dû à la discrimination et la stigmatisation qui entoure encore fortement le VIH/sida. Le « milieu » n'est pas épargné par ce faible taux de dépistage. Le tabou du dépistage y est encore plus fort que dans la population générale. La stigmatisation de la maladie étant encore fort au sein de la communauté, il y a beaucoup de réticences à pratiquer le test. Car dans le milieu les rumeurs se propagent vite et il n'y a pas suffisamment de confidentialité dans les centres de dépistage autour des tests de dépistage.

Le manque de confidentialité dans les centres de dépistage a été cité comme une des raisons de la faiblesse du recours au test de dépistage du VIH. Le personnel de ces différents centres doit être formé à une meilleure prise en charge et au respect de la confidentialité dans leurs pratiques.

Pourtant les personnes interrogées connaissaient les avantages à faire le dépistage du VIH. Ces avantages allant de la connaissance de son statut sérologique à la protection de sa communauté.

Presque tous les participants avaient au moins une fois fait leur test de dépistage. Mais ils ont tous reconnu que le taux de dépistage du VIH est très faible dans leur communauté. Les jeunes sont plus réceptifs au dépistage du VIH.

Les « woubi » pratiquent souvent le dépistage. Les « yossi » pratiquent moins le dépistage comparativement aux premiers. Quant aux bisexuels, ils sont très réticents à faire le dépistage et le taux de dépistage est très faible.

La question du dépistage ne se pose pas dans les mêmes termes chez les jeunes et chez les adultes. Ces derniers ne voient pas la nécessité de faire le dépistage du VIH. Pour les personnes adultes, principalement bisexuelles, le dépistage du VIH/sida ne se fait pas dans le cadre de la

relation homosexuelle. En tant que personne ayant des rapports sexuels avec les hommes, le dépistage pour cette raison est totalement exclu. Le dépistage ne se fait que dans le cadre de la relation hétérosexuelle.

7-8- Internet

Internet comme outil de communication est mis à profit par la communauté « branchée ». La ville d'Abidjan dispose de nombreux cyber café où l'on peut avoir accès à internet à un coût relativement abordable. Même si le coût de l'installation de l'internet à domicile reste encore élevé pour la majorité des ménages, l'utilisation à domicile de l'internet se développe de plus en plus. La communauté utilise internet pour nouer de nouveaux contacts et pour la recherche de partenaires sexuels. Différents sites de rencontres sont mis à profit pour faire des rencontres de façon anonyme. Comme à Abidjan, le développement de l'utilisation de l'internet est aussi perceptible à Bamako, et il est utilisé pour être en contact avec d'autres hommes ayant des pratiques homosexuelles qui ne veulent pas fréquenter les « maquis ». Cet outil est utilisé par toutes les couches de la communauté HSH pour faire des rencontres [32]. Nous avons recueilli ce témoignage au cours de nos entretiens, « *Aujourd'hui, il est tellement facile d'avoir des partenaires par internet. Tu entre sur le site et tu mets cherche quelqu'un pour ce soir, tu trouveras des contacts pour le soir* ». L'internet occupe une place de plus en plus grande dans la recherche de rencontres sexuelles parmi les populations homosexuelles [33].

Cet outil est aussi utilisé pour se faire un réseau à travers le monde. Il permet de rentrer en contact avec des personnes à l'extérieur du pays. Il représente une possibilité de quitter le pays pour se rendre en Europe, en Amérique. Des jeunes Ivoiriens ont déjà utilisés cette voie pour s'y rendre.

Le rapport entre la recherche de partenaire par internet et la prise de risque, n'a pas pu être démontré. Mais il est ressortit que cet outil est utilisé pour avoir de façon rapide et discrète de « *la viande fraîche* », comme ils le disent eux même.

7-9- Personnes vivant avec le VIH

Les PVVIH sont l'objet de stigmatisation au sein de la communauté. Cette stigmatisation est supérieure à la stigmatisation des PVVIH au sein de la population générale.

Les rumeurs ayant une place importante au sein du « milieu », la plus petite maladie entraînant une perte de poids est très redoutée. La personne qui maigrit est rapidement perçue comme porteuse de « la grande dame » même si c'est une maladie qui n'a rien à voir avec une immunodépression. Elle est traitée de cadavre ambulante avec qui il ne faut plus avoir de contacts. Cela provenant du fait que les rumeurs circulent rapidement au sein du « milieu » et que les

connaissances sur le VIH ne sont pas bonnes connaissances sur le VIH (avoir une bonne connaissance du VIH : connaître les modes de transmission du VIH et les moyens de protection, et ne pas avoir d'idées erronées sur le VIH). Il y a aussi une méconnaissance de l'utilité des antirétroviraux.

Les rapports sexuels étant le plus souvent non protégés au sein des branchés, une PVVIH va « disséminer » le VIH au sein de la communauté. Elle est donc mise au banc de la communauté et plus personne ne cherche à la rencontrer.

L'annonce de la séropositivité à la famille et à l'entourage devient aussi difficile car l'orientation sexuelle n'ayant pas été acceptée, venir déclarer sa séropositivité est difficile. La révélation de la séropositivité sera vue comme le résultat d'une vie de débauche.

Cette stigmatisation a des retentissements sur la prise en charge antirétrovirale. Car les PVVIH issues du milieu sont réticentes à se rendre non seulement dans les centres de santé publique, mais aussi, plus grave, à la Clinique de Confiance. Cela à cause du manque de confidentialité qui y règne. Peu de personnes sont donc mises sous antirétroviraux. Il faut d'ailleurs saluer l'initiative des PVVIH de la ville de Dabou située dans la banlieue de la ville d'Abidjan, qui ont mis sur pied un groupe d'auto support de PVVIH issues du milieu et vivant dans cette localité. Cette initiative unique est à encourager fortement pour impulser la prise en charge antirétrovirale parmi les HSH. Les animateurs de ce groupe de soutien pourront être organisés en association et ainsi intervenir dans des projets de prise en charge comme les visites à domicile des personnes sous antirétroviraux.

7-10- Pairs éducateurs

Les pairs éducateurs doivent être des personnes issues de la communauté. Elles seront choisies par les associations sur la base de leur participation aux différentes activités associatives. Ces pairs éducateurs doivent avoir des qualités comme ; la disponibilité, la crédibilité, une aisance dans la communication et la discrétion. Ces qualités sont indispensables en vue de se faire accepter par des personnes qui veulent rester anonymes. Ces pairs doivent être formés pour maîtriser leur sujet. Si *« les pairs éducateurs ne sont pas des personnes connues comme issu du milieu, leur travail sera difficile, car on voit des gens qui veulent intervenir dans le milieu sans nous associer »*.

Les personnes qui ont ces capacités pourront mener des activités qui seront bien suivies au sein de la communauté et toucher les vrais HSH. *« Il existe des ONG sur la place qui disent faire des activités en direction des HSH mais qui n'ont aucun membre du milieu dans leur rang. Et ce sont ces associations qui sont appelées pour représenter les HSH au cours des différentes réunions »*

dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. Ce sont ces associations qui reçoivent des financements et utilisent certains parmi nous pour mener leurs activités ».

A ces personnes l'on pourra confier certaines responsabilités comme :

- ✓ animer les séances de Communication pour le Changement de Comportement;
- ✓ orienter ou accompagner les HSH au niveau des services de santé pour le suivi, le dépistage et la prise en charge médicale;
- ✓ tisser une bonne collaboration avec les structures de santé.

Ces responsabilités justifient le fait que le pair éducateur devrait bénéficier d'indemnités pour son travail de proximité. Et ces indemnités ne doivent pas se limiter seulement aux frais de transport. Pour certains, elles représentent la seule source de revenus.

8- Obstacles à la mobilisation des HSH

8-1- Environnement

La société ivoirienne est encore fortement marquée par le rejet de l'homosexualité. Les communautés ethniques, religieuses, rurales sont foncièrement contre la pratique homosexuelle. Ce rejet est à l'origine d'une forte stigmatisation des HSH. Devant ce rejet et cette stigmatisation, de nombreux HSH, surtout les personnes adultes, n'assument pas leur orientation sexuelle. Elles ne se reconnaissent pas HSH publiquement mais ont recours aux jeunes pour avoir des rapports homosexuels. Il s'avère difficile de mener une action en direction d'une personne qui ne reconnaît avoir pas avoir des pratiques homosexuelles.

Il est reconnu que la criminalisation de l'orientation sexuelle, la stigmatisation, la discrimination et l'homophobie constituent des facteurs de risque et une source de vulnérabilité face au VIH. Ils agissent comme frein à une prévention efficace. Les agressions homophobes multiplient par cinq les risques d'être infectés par le VIH [22].

Une lutte efficace du VIH/sida parmi les HSH n'est possible que si l'on met fin aux discriminations qui les affectent.

8-2- Blocages institutionnels

Certains animateurs des structures qui interviennent dans la lutte contre le VIH/sida parmi les HSH, ne sont pas suffisamment sensibilisés à la problématique de la prise en compte des homosexualités. Si elles ne sont pas homophobes, elles ont des difficultés à participer à des manifestations organisées par cette communauté. La participation aux activités du « milieu » est

souvent indispensable pour comprendre d'abord la communauté et ses pratiques de prévention. Cela permet de savoir quelles sont les activités pertinentes à mettre en place en fonction de leurs comportements. Les activités sont mises en place sans évaluation préalable, avec un défaut dans le suivi. Si bien que les activités sont quelquefois approximatives et ne donnent pas toujours le résultat escompté.

Les blocages se situent aussi au niveau de la sphère politique, car les textes progressistes en faveur d'une meilleure prise en compte des HSH dans les programmes de santé publique ont du mal à être défendus et acceptés au niveau des instances de décisions. Le discours officiel selon lequel l'homosexualité étant importée, s'engager dans la défense de cette pratique dans les sphères politiques de prise de décisions comme le parlement, les réunions ministérielles équivaut à une assimilation aux homosexuels. Pour éviter de se faire « griller », le discours doit donc rester politiquement et socialement correct. La reconnaissance de l'existence de l'homosexualité et ses liens avec la lutte avec le VIH/sida reviendrait en quelque sorte à la légaliser [35].

8-3- Mauvais fonctionnement des OBC de HSH

Depuis 2003 a été créée l'association Arc-en-ciel Plus pour mener la lutte contre l'homophobie et la lutte contre les IST/VIH/sida au sein de la communauté HSH. Elle a été la seule organisation à base communautaire de HSH jusqu'en mars 2010 où une seconde association a vu le jour. Cette seconde association dénommée Alter-Nativ a la même mission que Arc-en-ciel plus.

8-3-1- Arc-en-ciel plus

Arc-en-ciel est dominé depuis sa création par de nombreux conflits de leadership qui entravent son bon fonctionnement. Depuis 2003, les différents dirigeants ont connu des fortunes diverses. Le premier est resté au Canada à la suite de la conférence internationale sur les IST/VIH/sida de Toronto. S'en est suivie une période d'incertitude et de démobilisation car les adhérents ont cru qu'il était parti grâce aux moyens de la structure. Elle disposerait donc de moyens financiers importants pour assurer le départ de son président au Canada, mais ces moyens ne leur ont pas profité, selon les rumeurs qui ont circulées. Une direction collégiale composée des principaux membres fondateurs a été mise en place pour la gestion de la structure. Mais ce fonctionnement n'étant pas conforme aux règles de bonne gestion pour les partenaires financiers de l'OBC, une assemblée générale tenue avec le soutien technique et financier d'Alliance Côte d'Ivoire, a permis l'élection d'un nouveau président.

Au sortir de cette assemblée générale, un comité exécutif a été mis en place et a fonctionné pendant une année jusqu'au départ en Europe du nouveau président élu. Devant ce départ, certains membres fondateurs qui officiellement n'étaient plus membres actifs de la structure ont

commencé à la diriger en sous main. Cela a entraîné des conflits qui ont abouti à l'éviction du coordonateur du projet de sensibilisation soutenu par Alliance Côte d'Ivoire. Devant tous ces malentendus, les partenaires financiers ont relogé tous les fonds destinés à la structure à Espace Confiance afin de faire le coaching d'Arc-en-ciel Plus. C'est ainsi que les projets de Alliance Côte d'Ivoire, amfAR, Sidaction ont été mis en œuvre par espace confiance au « profit » d'Arc-en-ciel plus. Des équipements prévus dans différents projets au profit de cette association, ont ainsi servi à mener d'autres activités. Ce matériel aurait pu servir à équiper le siège de cette association.

A la fin du mandat du bureau exécutif sortant, une assemblée générale a élu de nouveaux dirigeants qui n'ont pas pu travailler suite à un conflit né de l'interprétation des textes. Ce conflit a abouti à un changement des statuts et à la scission de l'organisation. Les amendements apportés au statut ont été déposés à la préfecture d'Abidjan. Celle-ci au vu des nombreux changements intervenus a considéré que ce statut correspondait à celui d'une nouvelle organisation. Ce changement de statut et ce conflit entre les dirigeants a fait perdre à la structure un financement de Sidaction de l'ordre de dix mille euros. Une autre assemblée générale intervenue à la suite de médiations a vu l'élection d'un nouveau président qui gère tant bien que mal aujourd'hui l'association.

8-3-2- Alter-Nativ

Seconde OBC de personnes issue du milieu des HSH de la ville d'Abidjan. Elle est présidée par la personne qui avait été élue par l'assemblée générale de Arc-en-ciel plus et qui en raison des conflits n'a pas pu la diriger. C'est cette même personne qui avait été démise de ses fonctions de coordonateur du projet de sensibilisation avec Alliance Côte d'Ivoire sous l'impulsion d'un des membres fondateurs d'Arc-en-ciel Plus. Cette scission provient aussi des mauvaises relations entre ce membre fondateur et la personne qui dirige actuellement cette association.

La création d'Alter-Nativ est une bonne chose car la présence de plusieurs associations issue de cette communauté est à encourager. Cette OBC doit capitaliser les échecs et les difficultés de son association sœur. Elle devrait avoir un champ d'activité plus large pour ne pas donner raison à ceux qui croient qu'elle a été principalement créée pour bénéficier de subventions dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/sida parmi les HSH.

Ces deux associations doivent travailler en synergie afin de développer des actions complémentaires dans la prévention et la prise en charge des IST/VIH/sida.

8-4- Communication en direction des HSH

Au cours des différentes discussions, il est ressorti qu'il n'existe pas dans les médias des émissions au sujet de l'homosexualité. Aucun media (presse écrite, télévisions, radio...) n'a pu faire une émission ou un article pour parler de la lutte contre le sida dans la communauté homosexuelle. Les seuls articles écrits sur l'homosexualité, le sont toujours dans un contexte de stigmatisation et non d'éducation. Les sujets dans la presse, portent presque toujours sur les conflits et les aspects de la stigmatisation du grand public.

Les campagnes de communication en direction du grand public, elles ont été toujours « *hétéro-centrées* » [23]. Aucune campagne n'a prise en compte l'existence des homosexualités et leur rôle dans la prévalence du VIH/sida. Dans les campagnes pour la lutte contre le VIH/sida, « *c'est la réalité hétérosexuelle comme modèle social qui est traduite* » [23]. L'homosexualité, qu'elle soit identitaire ou non, tend à devenir une réalité nettement visible dans plusieurs pays d'Afrique, cependant, ces publicités ne font pas cas de cette réalité. Or il a été démontré aux États-Unis [35] que la couverture médiatique sur le sida a permis de promouvoir une compréhension représentative de la maladie et de ses implications possibles permettant de mieux informer la communauté gay avec pour corollaire une meilleure prévention.

8-5- Décideurs politiques

La prise en compte des homosexualités dans les programmes de lutte contre les IST/VIH/sida passent d'abord par l'implication des acteurs politiques, des bailleurs de fonds et des décideurs. Cette action de plaidoyer doit permettre aux politiques de permettre la prise de mesures réglementaires pour permettre l'intégration des homosexualités.

La création du PLS-HV est déjà un pas dans la bonne direction, maintenant l'état et les bailleurs de fonds devront permettre à ce programme de jouer pleinement son rôle de coordination de la lutte contre le VIH parmi les populations vulnérables. Ce programme doit être renforcé temps au niveau technique, financier, matériel qu'humain.

Ce plaidoyer doit aussi permettre de toucher les structures internationales de lutte contre le VIH intervenant dans le pays pour que plus de moyens (financiers, matériels, humains) soit affectés pour la lutte contre les IST/VIH/sida dans le « *milieu* ».

8-6- Paradigme des organisations internationales intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/sida

Les campagnes de prévention et de communication dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/sida ont été principalement axées sur les rapports hétérosexuels. Les principaux

organismes qui financent des recherches et des actions dirigées vers les catégories homosexuelles en temps de sida en Afrique, sont « *l'Agence Nationale française de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS), l'American Foundation for AIDS Research (amfAR), SIDACTION, AIDES* » [23].

La catégorie HSH, de par ses pratiques sexuelles, reste un groupe vulnérable pour les IST et à un taux très élevé de prévalence au VIH dans toute l'Afrique [36]. Des études doivent être financées afin de mieux comprendre les dynamiques de l'épidémie au sein de la communauté afin de mieux cibler les campagnes de sensibilisation indispensables. Cette communauté reste l'un des groupes épidémiologiques majeurs dans la dynamique de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire peu desservis par des campagnes de communication et d'activités de lutte contre le VIH/sida. L'initiative de la brochure en direction des HSH éditée par John Hopkins center of communication program bureau Côte d'Ivoire et FHI Côte d'Ivoire est à encourager⁹.

8-7- Campagnes de sensibilisation sur les ST/VIH/sida en direction de la population générale

Les campagnes de communication dans le cadre de la lutte contre le VIH en direction de la population générale débutée dans les années 90 ont jusqu'à présent omis l'existence des homosexualités [23]. Ces campagnes en direction de la population générale doivent donc commencer par faire un « *clin d'œil en direction des homosexuels* », en confectionnant des spots dans lesquels le grand public ne verra pas qu'il s'agit de pratiques homosexuelles [41]. Elles doivent aborder le sujet sans le présenter de façon explicite, permettant ainsi de cibler ces pratiques sans pour autant que la population générale ne soit choquée par ces campagnes. Cela pour éviter l'assimilation à une incitation à l'homosexualité.

Les messages de prévention devront être axés sur les comportements, les pratiques et non sur les groupes de population. Parler transmission sexuelle (par voie vaginale, anale ou orale) et non de transmission homosexuelle ou hétérosexuelle et informer le public des risques liés aux différentes pratiques sexuelles.

En fonction de l'évolution du contexte, des campagnes grand public en direction des HSH pourront être envisagé à travers des supports de communication touchant préférentiellement cette cible.

⁹ Voir annexe 2

VI- RECOMMANDATIONS

Notre propos n'est pas de porter un jugement de valeur sur la pratique des rapports sexuels entre hommes. Que l'on aime ou non cette pratique, la réalité est qu'elle est de plus en plus répandue dans le pays. Cela est corroboré par des faits divers liés à l'homosexualité. Ne pas en tenir compte dans la sociologie des relations sexuelles serait faire la politique de l'autruche. Dans un pays de droit, il faut laisser la liberté de l'orientation sexuelle aux personnes adultes. Cette neutralité par rapport à l'orientation sexuelle est primordiale pour comprendre les HSH. La neutralité permet d'être acceptée dans le « milieu » afin d'y mener des activités. Des activités comme la recherche action, la lutte contre les IST/VIH/sida, la stigmatisation et la discrimination sont indispensables.

La mise en place de programmes de prévention spécifiques peut permettre de limiter la propagation du VIH/sida dans la communauté des HSH. Ces programmes doivent être soigneusement planifiés, fait par des HSH pour des HSH pour qu'ils aient un maximum de chances de réussite. Selon une étude du John Hopkins Hospital et de la Banque mondiale, mener des actions de prévention et de soins en direction des gays peut avoir un impact sur l'épidémie dans la population générale.

1- Organisations à Base Communautaire (OBC) de HSH

1-1- Nécessité de l'existence d'OBC de HSH

Les associations Arc-en-ciel plus et Alter-Nativ ne disposent pas pour le moment de leur agrément définitif. L'administration devrait les délivrer rapidement pour permettre le bon fonctionnement de ces deux associations. Cela afin de leur permettre de se mettre en conformité avec les exigences des organisations internationales susceptibles de leur apporter un soutien matériel et financier.

L'existence d'organisations de HSH est nécessaire afin « de diffuser l'information, réduire la stigmatisation, procurer un espace social sécurisant et lutter contre les violences » [34].

Les organisations de HSH doivent se refonder, développer d'autres activités et ne pas se focaliser seulement sur la lutte contre les IST/VIH/sida car il y a dans ce domaine des fonds disponibles. Les activités devront couvrir un champ plus large.

Ce champ pourra concerner l'assistance aux HSH professionnels de sexe et aux travestis afin de les assister en cas de difficultés avec la police et la justice. Les associations pourront aider les jeunes qui découvrent leur orientation sexuelle à l'accepter. De même faire un accompagnement dans l'annonce de celle-ci à des personnes proches (père, mère, confident). Cette annonce les

aidera à diminuer leur vulnérabilité face aux propositions de rapports sexuels sans protection faite par des personnes adultes qui recherche de contacts sexuels occasionnels.

Ces associations doivent aussi s'engager dans des partenariats avec d'autres organisations à travers le monde. La mise en place du réseau Africagay [37] par l'association AIDES est une initiative à encourager. Les différentes associations ivoiriennes doivent diversifier leurs partenariats au delà de la France. Des partenariats peuvent aussi se faire avec d'autres associations africaines, québécoises et américaines.

Cette orientation nouvelle des activités des associations permettra d'amener de plus en plus de HSH à participer aux activités. Permettant ainsi une plus grande prise en compte des problèmes des HSH par les pouvoirs publics.

Ces associations devront « *dissocier les stratégies de prévention du VIH/sida en direction des HSH, des questions relatives aux droits de l'homme et des gays* » [38]. Cela évitera d'arriver aux problèmes qu'ont connus la communauté gay sénégalaise à la suite de la conférence africaine sur les IST/VIH/sida de Dakar en décembre 2008. La participation communautaire, permettant l'engagement, est une des clés de réussite de programme en direction des HSH [39,40].

1-2- Renforcement des capacités des OBC de HSH

Les organisations de HSH existant dans le pays sont dirigées par des personnes de bonnes volontés. Mais cette volonté de s'engager dans le mouvement associatif, se heurte à l'absence de formation et d'outils pour mener à bien leur travail. Concernant l'association Arc-en-ciel plus agissant dans le milieu depuis 2004, elle ne dispose pas de personnes qualifiées en nombre suffisant. Beaucoup sont peu scolarisés et ne disposent pas de formation pour la gestion d'une association et pour le suivi des activités d'un projet. Ils ont besoin d'un renforcement technique dans le cadre de la gestion d'OBC, de gestion et de suivi de projet de prévention et de prise en charge. Ce renforcement des capacités portera sur les domaines suivants :

- ✓ renforcement organisationnel : gestion des OBC, gouvernance, équipements ;
- ✓ renforcement technique : prévention (communication interpersonnelle, et pour le changement de comportement, le dépistage communautaire du VIH par les tests rapides.) ; prise en charge (suivi à domicile, soins palliatif), droits des HSH, écoute.

2- Activités à développer

2-1- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Cette lutte doit s'intégrer dans la lutte contre les IST/VIH/sida. Les HSH seront impliqués dans les prises de décisions les concernant. Des dispositions légales favorables aux HSH doivent être prises. Les esprits n'étant pas encore prêts à accepter l'homosexualité, il faut procéder par étapes, en commençant d'abord par considérer l'homosexualité comme une orientation sexuelle et non comme un acte contre nature. Puis en fonction de l'évolution du contexte social, la loi pourra évoluer.

Les HSH doivent s'engager dans leurs associations afin de les renforcer et les rendre plus crédibles. Ils mettront en place des réseaux d'entraides pour bénéficier des appuis et des ressources disponibles au sein de la communauté, pour lutter contre la stigmatisation en leur sein. Prioritairement cette lutte contre la stigmatisation et la discrimination devra se faire au niveau des centres de santé afin de favoriser une meilleure prise en charge des IST (portes d'entrée du VIH).

2-2- Renforcement de l'éducation par les pairs

La nécessité d'intervention des pairs éducateurs a été montrée par De Jones et ses collaborateurs [42]. Ils ont évalué une intervention qui comportait des groupes de parole où les participants discutaient collectivement des déclarations sur le VIH avec des démonstrations d'utilisation des outils de prévention. Un mode d'évaluation « avant/après » a permis de démontrer une réduction des rapports anaux non protégés de 42 % avant l'intervention à 28% après un an.

Ces pairs éducateurs volontaires, seront formés sur les IST/VIH/sida et les techniques de communication pour le changement de comportement. Ils animeront des séances communautaires de sensibilisation individuelle et de groupe. Au cours de ces séances, ils donneront des informations sur les IST et le VIH, feront la promotion des préservatifs, des gels lubrifiants, du dépistage et des centres de prise en charge médicale. Les séances se termineront par la distribution de préservatifs, de gels et de brochures de sensibilisation.

La promotion des préservatifs se fera aussi par des affiches dans les lieux de rencontre et de prise en charge des HSH. Des messages et des spots, faisant la promotion des préservatifs, du gel lubrifiant et des pratiques sexuelles responsables seront élaborés. Les spots seront utilisés lors des sensibilisations de groupe. Les lieux de convivialité gays seront aussi utilisés pour les sensibilisations sur la négociation du préservatif en vue de donner des armes aux jeunes afin d'exiger le préservatif lors des rapports sexuels avec les adultes.

L'on veillera à rendre disponible les préservatifs dans tous les endroits fréquentés par les HSH. Les bars et les boîtes de nuit fréquentés majoritairement par les HSH devront disposer de présentoirs avec des brochures faisant la promotion des préservatifs, des gels lubrifiants et des pratiques sexuelles à moindre risque. Les toilettes de ces lieux sont fréquemment utilisées pour avoir des rapports sexuels. Les toilettes doivent donc être utilisées pour faire la promotion des bonnes pratiques.

Une étude menée au Sénégal [43] a montrée, le rôle déterminant des pairs éducateurs dans l'acquisition de comportement protecteur. Elle a mis évidence que la participation des bisexuels aux actions de prévention en direction des HSH, boostait l'utilisation du préservatif avec les hommes mais aussi avec les femmes.

Ces exemples montrent la place incontournable des pairs éducateurs HSH dans la réussite de programmes de santé. Les pairs éducateurs doivent être rigoureusement sélectionnés pour qu'ils soient effectivement issus de la communauté et aussi être représentatif des différentes composantes du « milieu ».

2-3- Sensibilisation à travers internet

L'accès public à internet se développe de plus en plus dans la ville d'Abidjan et dans tout le pays. De nombreux cyber café offre une heure de connexion à 200 francs CFA (trente centimes d'euro). L'accès privé de même que l'accès public se développe aussi de plus en plus avec des connexions fixes et mobiles.

L'internet est fréquemment utilisé pour avoir des partenaires occasionnels, aussi bien par les jeunes à la recherche de rapports sexuels rémunérés que par les adultes issue de milieu favorisé vivant en couple à la recherche « *de viande fraîche* ». Internet devient ainsi un support possible de prévention, qui deviendra de plus en plus accessible [32].

Les OBC animeront des forums de discussions où l'on fera de la sensibilisation en ligne à travers différents sujets de discussion qui seront choisis en fonction de la personne connectée. Ils mettront en ligne aussi des informations sur les forums de discussion. Pour être efficace, « *les initiatives de prévention sur Internet doivent aussi prendre en compte les comportements à risque avec des partenaires occasionnels rencontrés par d'autres moyens* ». [45]

Un site internet animé par le PLS-HV et les différentes structures intervenant dans les activités de prévention et de prise en charge de HSH pourra aussi être en ligne.

Pour l'acceptabilité des programmes de prévention sur internet, Rebchook [46] signale que la plupart des HSH fréquentant les sites de rencontre peuvent accepter des programmes de

prévention sur Internet. Mais ces programmes doivent tenir compte des spécificités de cet outil de communication.

2-4- Promotion du dépistage du VIH

De nombreux « branchés » ne connaissent pas leur statut sérologique. Cela démontre la nécessité de continuer la sensibilisation pour un plus grand recours au dépistage. La promotion du dépistage du VIH dans le « milieu » doit être menée par les HSH à travers leurs associations. Le dépistage sera fait avec le nouvel algorithme avec l'avantage de pouvoir être proposé au cours de leurs manifestations avec une protection rigoureuse de la confidentialité. Les pairs éducateurs mèneront ces sensibilisations et pourront au fur et à mesure de la confiance que l'on leur accordera dans la communauté réaliser les tests de dépistage rapide.

Une initiative espagnole de dépistage en direction des HSH avec un counseling pré-test et le test réalisés sur site, avec les résultats rendus le lendemain dans les locaux de l'Agence publique de santé de Barcelone a montré des résultats encourageants. Selon l'évaluation, l'ensemble des personnes séropositives sont venues chercher le résultat du test. L'équipe a notée qu'un cinquième des participants ne s'étaient jamais fait dépister auparavant [47].

2-5- Formation du personnel médical et paramédical

Des praticiens amis des personnes ayant des pratiques homosexuelles seront identifiés par ceux-ci dans les différentes communes du district d'Abidjan afin qu'ils soient formés à l'acceptation de la communauté. Cette formation portera sur la prise en charge spécifique des affections de la marge anale. Les formateurs seront d'abord mis à disposition par les structures internationales. Ces formateurs internationaux assureront la formation ces médecins pour en faire des formateurs nationaux. Ces formateurs nationaux assureront la formation du personnel des centres de santé identifiés par les HSH pour faire la prise en charge des IST. La formation se généralisera en fonction du besoin aux autres centres de santé publics et communautaires.

Des curricula de formation à destination des médecins et des agents de santé seront élaboré et introduit dans les écoles de formation des médecins, des agents de santé et du personnel social.

Ce personnel formé assurera la prise en charge des IST et anti rétrovirale. La prise en charge psycho sociale pourra se faire avec la constitution de groupe de soutien pour les PVVIH. La mise en place de cadres de rencontre permettra la constitution d'un réseau d'entraide sociale.

2-6- Création de centre communautaire d'information et d'écoute

Le centre communautaire servira de lieu de rencontres et de retrouvailles de la communauté. Ils pourront y trouver des préservatifs, de gels lubrifiants à moindre coût. Il disposera d'informations (affiches, dépliants, brochures, films de sensibilisation). Mais il devra être géré comme un lieu de convivialité où l'on pourra si possible se restaurer et se désaltérer. Ce lieu disposera de conseillers communautaires qui pourront écouter les difficultés des HSH et les orienter. Ce centre sera renforcé en vue de faire de l'assistance juridique aux personnes confrontées à la police et à la justice et aussi ayant des difficultés sur leur lieu de travail du fait de leur orientation sexuelle. Il devra disposer d'ordinateurs connectés à internet qui proposera de la prévention.

Pour ne pas être stigmatisé, le centre devra être anonyme.

2- Priorisation des actions

Les activités prioritaires à développer pour atteindre les HSH peuvent se résumer en trois principaux axes : Le renforcement de l'éducation des pairs ; La formation du personnel de santé pour une prise en charge optimale ; Le plaidoyer en direction des politiques pour une plus grande prise en compte des homosexualités dans les programmes de prévention des IST/VIH/sida.

Objectif 1		Renforcer les activités d'éducation des pairs		
Activités	Acteurs	Indicateurs	Besoins	
1) renforcer les capacités d'Arc en Ciel Plus et d'Alter-Nativ	ONG, Ministères, pouvoirs publics, organismes internationaux	Les OBC de HSH sont assez renforcer pour mener des activités de prévention et de prise en charge	Formation (gestion, IST/VIH, suivi évaluation, plaidoyer...), ordinateurs,	
2) recruter et former les pairs éducateurs	OBC, ONG, Ministères	Les pairs éducateurs sont formés et capables de mener des activités de sensibilisation en direction de leurs pairs	Formateurs, outils de formation	
3) assurer l'approvisionnement en préservatifs et en gels	ONG, Ministères	Les préservatifs et les gels lubrifiants sont disponibles et mis à la disposition des HSH	Fournisseurs, magasins de stockage,...	

lubrifiants			
4) élaborer des messages de prévention à faire passer auprès des pairs	OBC, ONG, Ministères	Des messages simples compréhensifs et adaptés sont mis à disposition des pairs éducateurs	
5) organiser des séances de sensibilisation	Pairs éducateurs	Les pairs éducateurs HSH organisent régulièrement des séances de sensibilisation	Outils de sensibilisation
Objectif 2	Former les professionnels de la santé à la prise en charge adéquate des HSH		
Activités	Acteurs	Indicateurs	Besoins
1) élaborer un curriculum de formation à la prise en charge des IST/VIH/sida chez les HSH	ONG, Ministères, professionnels de la santé	Un curriculum de formation est disponible et utilisé pour la formation des personnels de santé intervenant dans la prise en charge des HSH	Consultants
2) identifier les professionnels et les structures de prise en charge à former	ONG, Ministères, structures de santé	Les personnels de santé à former sont connus	Néant
3) identifier les formateurs	ONG, Ministères, structures de santé	Les formateurs sont identifiés	Consultants formateurs
4) assurer la formation	Formateurs, personnels de santé	Le personnel de santé est formé et capable d'assurer une prise en charge optimale des HSH	Consultants formateurs, logistique pour la formation
5) appuyer la mise en œuvre des activités de prise en charge conformément au module de formation	ONG, Ministères, structures de santé	Les activités de prise en charge sont codifiées et correspondent aux standards	Outils de suivi
Objectif 3	Plaidoyer en direction des acteurs politiques pour une meilleure prise en compte des homosexualités dans les programmes de lutte contre les		

IST/VIH/sida			
Activités	Acteurs	Indicateurs	Besoins
1) confectionner des outils de plaidoyer en direction des ministères, des députés et des acteurs institutionnels	Ministères, députés, ONG	Les outils de plaidoyer sont élaborés et disponibles	Consultants
2) rencontrer les ministères, les députés et les organisations	OBC, ONG, consultants formateurs	Des rencontres sont organisées avec tous les acteurs impliqués	Consultants, personnel qualifié
3) organiser des activités régulières de sensibilisation des acteurs politiques	OBC, ONG	Les personnalités publiques sont sensibilisées à la prise en compte des HSH	Matériel de dépistage

Toutes ces activités seront évaluées par les organisations internationales et les structures de coordination nationale intervenant dans les activités en direction des HSH.

Le renforcement de l'éducation des pairs ; la formation des professionnels de la santé et le plaidoyer en direction des acteurs publics sont réalisables dans un bref délai. Les moyens pour la mise en œuvre peuvent être inclus dans les activités en cours en direction des HSH. Les organisations de HSH mèneront directement ces activités avec une évaluation faite par les organisations partenaires. Il est primordial que les associations de HSH s'approprient ces actions et qu'elles ne soient plus simplement utilisées pour mettre à disposition des pairs éducateurs. Elles doivent participer à tout le processus de mise en œuvre du programme.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des HSH doit être incluses dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH. Cela surtout pour éviter aux HSH de subir la réaction extrême et violente des populations au Sénégal à la suite de la conférence africaine sur les IST/VIH/sida (ICASA 2008) qui s'est tenue à Dakar. Neufs homosexuels activistes dans la lutte contre le VIH parmi les HSH au Sénégal ont été arrêtés et condamnés à des peines de prison. Ce fait a entraîné une désorganisation du programme en direction des HSH. D'où l'importance de dissocier lutte contre l'homophobie et lutte contre le VIH parmi les HSH.

CONCLUSION

La communauté homosexuelle dénommée sous les vocables le « milieu » ou les « branchés », en Côte d'Ivoire est fortement diversifiée. Elle présente des différences dont les caractéristiques principales s'appuient sur l'âge, le réseau social, et l'orientation sexuelle. L'orientation sexuelle, la plus répandue étant la bisexualité pour servir de « *couverture sociale* ».

La lutte contre le VIH/sida parmi les HSH est confrontée à plusieurs obstacles. Ceux-ci se résument principalement à l'homophobie grandissante au sein de la société ivoirienne qui dissuade les acteurs de la lutte contre le VIH/sida à développer des stratégies efficaces pour toucher cette cible prioritaire. Il est primordial de mettre en place des activités de prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida en leur direction. Les messages de prévention en direction de cette communauté doivent s'appuyer sur les caractéristiques suivantes : les rapports sexuels sont pratiqués principalement sans préservatifs et sans gels lubrifiants avec une forte prévalence du sexe transactionnel ; la forte stigmatisation (subie et au sein de la communauté) entrave la pratique du dépistage du VIH, la prise en charge médicale et la prise en compte des HSH vivant avec le VIH. Ces messages doivent être portés par des associations de HSH avec des pairs éducateurs issues des différentes couches à travers les réseaux sociaux. Les réseaux sociaux utilisent comme outils le téléphone portable et l'internet et comme espace de rencontres des « maquis », des bars et des plages.

Les actions en direction de la population générale ne doivent plus être « hétéro-centrées ». Elles doivent tenir compte des homosexualités de plus en plus fréquentes au sein du corps social. Les axes prioritaires de prévention en direction des HSH sont la communication pour le changement de comportement à travers le renforcement de l'éducation par les pairs en dissociant la lutte contre les IST/VIH/sida au sein de la communauté et la lutte contre l'homophobie ; la formation des professionnels de la santé pour une meilleure prise en charge de la problématique HSH ; le plaidoyer en direction des principaux intervenants dans la lutte contre les IST/VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Nous espérons que ce travail permettra de comprendre quelques caractéristiques de la communauté HSH en vue de leur prise en compte par des programmes mieux ciblés. Il reste un énorme travail d'approfondissement de recherche à faire en vue de comprendre toutes les caractéristiques des HSH. Le complément idéal serait de mener une étude sur la bisexualité et ses représentations dans le pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport Onusida 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm
2. Bélec L., La transmission sexuelle du sida, Paris, PUF, Coll. "Que sais-je ?", 2001, (2e édition), p. 13
3. BROQUA C, « Africains homosexuels et sida : le silence enfin rompu ». ANRS information / Transcriptases (« 17e conférence internationale sur le sida »), automne 2008, p. 63-66.
4. Saavedra J, « Sex between men », TUPL0103
5. Wade AS et al., HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal, *aids*, 2005, 19,18, 2133-40
6. Umar E et al., « A cross-sectional evaluation of the HIV prevalence and HIV-related risk factors of men who have sex with men (HSH) in Malawi » MOPE0412
7. Sandfort T et al., « Race-related differences in rates of HIV testing and infection in South african HSH », TUPE0729
8. Adebajo S et al., « HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (HSH) in Nigeria », MOPE0411
9. Holman A et al, « HIV risk factors and injection drug use among men who have sex with men in Zanzibar (Unguja), Tanzania », THAC0206.
10. Rapport 2008, American Foundation for AIDS Re-search (amfAR) : « HSH, HIV, and the Road to Universal Access ¿ How Far Have We Come? »,
11. Smith A D et al , « Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa » *Lancet* 2009; 374: 416–22 Published Online July 20, 2009 DOI:10.1016/S0140-6736(09)61118-1
12. Broqua C, « Une découverte scientifique récente : l'homosexualité en Afrique », in Cazier J.-P. (dir.), *L'objet homosexuel : études, constructions, critiques*. Mons : Sils Maria, 2009, p. 87-97.
13. Country Progress Reports 2010 [[web site]]. Geneva, UNAIDS, 2010 [<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>, accessed 17 October 2010].
14. Ndiaye HD et al. Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:249–252.

15. Beyrer C et al. Sexual concurrency, bisexual practices, and HIV among Southern African men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:323–327.
16. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med*. 2007;4(12):e339. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040339>. Consulté le 30 avril 2010.
17. Ghys P et al, Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS* 2002; 16:251-258.
18. Gueboguo C. Mobilisations transnationales des communautés homosexuelles en Afrique: une affaire à suivre. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 32, n° hors série, 2008: 86-94
19. Niang C. I. et al, 2002, Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal, H. F. Report (ed.), Washington DC, Population Council. www.popcouncil.org/pdfs/horizons/HSHsenegalfr.pdf
20. Konlin BA, Torian L, Xu G et al. Violence and HIV-related risk among young men who have sex with men. *AIDS Care* 2006;18(8):961-7
21. Wade A et al., « Reduction of risk behaviour among MSM in Senegal after targeted prevention interventions - ELIHoS project ANRS 12139 », THPE0349
22. Larmarange J, CEPED, IRD Homo-bisexuels masculins au Sud : il est temps d'agir ! Vienne / numéro spécial ANRS – Transcriptases / automne 2010
23. Gueboguo C. Sida et homosexualité(s) en Afrique, Paris : L'Harmattan, Coll. « Etudes Africaines », 2009.
24. Le Pape M, Vidal C, « Libéralisme et vécu sexuel à Abidjan » in *Cahiers Internationaux de la sociologie*, volume LXXVI, 1984.
25. <http://webcache.googleusercontent.com/custom?q=cache:Ox7T3S4fxHcJ:www.topvisages.net/affaire/01-09-07.php+lino+versace+homosexuel&cd=1&hl=fr&ct=clnk>, consulté le 25/01/2011
26. Broqua C, « La socialisation du désir homosexuel masculin à Bamako ». *Civilisations : revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines* (« Sexualités : apprentissage et performance »), 2010, vol. 59, n° 1, p. 37-57.

27. Broqua C, « Compositions silencieuses avec les normes sexuelles à Bamako ». *Terroirs : revue africaine de sciences sociales et de philosophie* (« L'homosexualité est bonne à penser »), janvier-juin 2007, n° 1-2, p. 33-47.
28. Université de Lomé Unité de Recherche Démographique, septembre 2006: Santé sexuelle des gays VIH/sida et au Togo, rapport de recherche, Population Service International (PSI)
29. . Larmarange J, et al. Homosexualité et bisexualité au Sénégal : une réalité multiforme *Population-F*, 64 (4), 2009, 723-756
30. Broqua C, « Sur les rétributions des pratiques homosexuelles à Bamako ». *Canadian Journal of African Studies / Revue canadienne des études africaines* (« New perspectives on sexualities in Africa / Les sexualités africaines dans leurs nouvelles perspectives »), 2009, vol. 43, n° 1, p. 60-82.
31. Broqua C, « Vulnérabilité des hommes ayant des pratiques homosexuelles à Dakar ». *Transcriptases*, août-septembre 2004, n° 117, p. 11-14.
32. Velter A, Broqua C, Gestion des risques et sexe via Internet : quelle prévention auprès des homosexuels masculins ? Bangkok • numéro spécial ANRS information – *Transcriptases* • automne 2004, n° 118, p 51-54
33. Bolding G., Davis M., Sherr L. et al., « Sex with casual partners among London MSM :is the Internet more risky ? », *WePeC6053*
34. Gueboguo, C., 2010, « 'Ce qui est fait pour nous, sans nous, est fait contre nous !' De l'internationalisation des recherches auprès des MSM en Afrique: Un état des lieux. » *Outliers. Vol 3* : 36-50.
35. Feldman D. A, "Gay Youth and AIDS," *Journal of Homosexuality*, 17, 1/2, 1989, pp. 185-193.
36. Beyrer C., Trapence G., Motimedi F. et al., "Sexual Concurrency, Bisexual Practices and HIV among men who have sex with men: Malawi, Namibia and Botswana. Paper presented at CROI, 2009.
37. Cutler F et al., « Evidence of the mobilization of the "men having sex with men" (MSM) community in Africa », *WEPDE203*
38. Anyamele C., « Sexual orientation, violence and AIDS in Sub-Saharan Africa : policy and program recommendations », *ThSy279*
39. Nwando O., « HIV/AIDS transgender support group : improving care delivery and creating a community », *CDB1130*

40. Berdougou F, Act up-Paris Trans' : les oublié-e-s Toronto • numéro spécial ANRS information – Transcriptases • automne 2006
41. Broqua C., 2003. « La communication publique sur le sida en direction des homosexuels et bisexuels masculins en France 1989-2002 ». In : Broqua, C., Lert, F., Souteyrand, Y., éd(s), Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris, ANRS, Coll. "Sciences sociales et sida", pp. 245-256.
42. Jones K. et al., « Evaluation at a community level peer-based HIV prevention intervention adapted for young black men who have sex with men [HSH] », MOAC0103
43. Larmarange J et al., « Men who have sex with men [MSM] and risk factors associated with last sexual intercourse with a man and a woman in Senegal - ELIHoS Project, ANRS 12139
44. Bolding G., Davis M., Sherr L. et al., « Sex with casual partners among London MSM :is the Internet more risky ? », WePeC6053
45. Rebchook G.M., Curotto A., Kegeles S.M., « Attitudes towards and recommendations about online HIV prevention programs for men who have sex with men [MSM] who use Internet chatrooms », WePeC6093
46. Garcia de Olalla P, « HIV testing at 4 bathhouses in Barcelona City, Spain », MOPE0446

ANNEXES

Annexe 1 : Carte des régions administratives de la côte d'ivoire



Annexe 2 : Langage utilisé dans le milieu des branchés : **woubikan**

Terme	Terme HSH
Le sida	La Grande Dame
Gay	Branché / Gros Mot / Chélé / Modèle / PV / Piri-IN
Gay actif	Yôssi / Le Coq / Garçon de chez garçon
Gay passif	Woubi/Folle/Poule/Femme moderne/ Femme actuelle
Gay passif discret	Woubi garé
Gay passif affiché	Woubi déclaré
Actif et passif	Poule – Coq / Recto-Verso / Casette ou poisson Braisé/ DVD/ Wonmi
Bisexuel	Controu Castorisé
Woubi ayant les moyens	Dacha / Grande Diva / Gnara
Yosssi ayant les moyens	Yossi Capable
Montrer son orientation	Déclarer
Amener quelqu'un à être gay	Castoriser
Anus	Tchapa
Anus artificiel	Tchapa Secret
Femme	Troussou
Vagin	Troussou Bara
Prostituée (femme)	Troussou djabayara
Lesbienne	Troussou-Bakary / Léa / Bakus
Lesbienne active	Bakary Yôssi
Homophobe	Controu (contre nous)
Homophobie	Controuya
Comprendre les gays	Famou (fan de nous)
Personnes qui acceptent les branchés	Controu Famou
Pénis	Gblali

Capote	Tour Eiffel / Baya / Tampon
Gel	Passeport / Cube Maggi
Jouir	Srou
Sperme	Sroudji/ Gblali Dji
Etre en érection	Tchaler / texter
Masturber	Moutcha
Préliminaires	MlanMlanli
Masturbation chez les lesbiennes	Bouda
Mentir	Bôgô
Mensonge	Boogôwilli
Voler	Yapou
Joli garçon	Yossi frais
Faire la pipe	Chanter / Tailler / Interview /Karacké
Personnes agressives	Djaraman
Fille de bureau	Travesti
Aller au bureau	Se prostituer
Faire l'amour	Gnasry
Honnir	Lebou
Joli	Jatikè
Trouver un partenaire pour quelqu'un	Bizi
Prétendant	Kata
Partouze	Assemblée Nationale/ Tchep
Homosexuel	Branché
Mon copain	Mon biscuit

Annexe 3 : Premier outil de communication édité en 2010 en direction des HSH en Côte d'Ivoire

Où aller en Côte d'Ivoire pour votre santé ?

Lieu	Nom du site	Nom de l'ONG	Téléphone
Abidjan - Sud	Centre de Confection	Espace Confiance	21 35 26 62
Abidjan - Yopougon	CAMES	Côte d'Ivoire Prospérité (CIP)	23 46 27 78
Abidjan - Abobo	Centre Médico-Social d'Ankoba 3	Association pour le Soutien à l'Auto Promotion Sanitaire Urbaine (ASAPSU)	24 49 01 96 24 49 30 33
Abidjan - Yopougon	Centre plus	Rouge Rouge	23 50 49 27 23 49 35 10
San-Pedro	Centre Espérance	Association pour la Promotion de la Santé de la Femme, de la Mère, de l'Enfant et de la Famille (APROFAM)	34 71 25 66
Gagnoa	CAMES	Côte d'Ivoire Prospérité (CIP)	32 77 30 92
Yamoussoukro	Centre Médico-social	ASAPSU	30 64 46 30
Gulgile	CAMES	Côte d'Ivoire Prospérité (CIP)	33 70 90 20
Bouaké (RSB)	CS Escombo Joseph	Renaissance Santé Bouaké	31 63 03 90
Korogho	Centre IDEAL	Initiative Développement Environnement Afrique Libre (IDEAL)	36 86 94 37
Man	CAMES	Côte d'Ivoire Prospérité (CIP)	07 71 33 65
Bonoukou	CAMES	Côte d'Ivoire Prospérité (CIP)	35 93 61 49
Daloa	SAPHARM	Service d'Assistance Pharmaceutique et Médical (SAPHARM)	32 70 14 00 (Inter) 32 70 09 23 (Inter) 32 70 38 72
Abengourou	Bethesda	Groupe Réseau des Hôpitaux de Côte d'Ivoire (GRHO)	38 90 38 79

TOUT CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR POUR VOUS PROTEGER DU VIH/Sida

A l'intention des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH/MSM)