

Prévention du VIH chez les HSH

Trouver l'équilibre entre les principes de pratique fondés sur le droit et les principes éclairés par des données probantes

Résumé sur
notre politique

Juin 2010

Le problème du VIH doit être compris dans ses dimensions interpersonnelle, sociale et culturelle pour que nos réactions aient une chance de réussir. La prévention du VIH demande des approches variées sur plusieurs niveaux, avec des ressources suffisantes et soutenues pendant des années.

INTRODUCTION

Pendant des années, l'impact disproportionné du VIH/Sida sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) n'a rencontré que le silence au niveau mondial. Ce silence a mené à des épidémies tenaces et à des programmes de prévention du VIH particulièrement faibles au niveau national pour les HSH partout dans le monde. Le manque de surveillance éthique et méthodologique ainsi que le faible niveau de recherches épidémiologiques et sociologiques qui pourraient informer avec sensibilité les réponses de prévention et de plaidoyer dans le monde, ne font qu'entretenir ce silence.

Le peu de ressources dédié aux services liés au VIH complique encore la situation. C'est particulièrement vrai pour les programmes de prévention du VIH à l'intention des HSH. De nombreuses autorités ont fait des remarques au sujet des écarts de financement de la prévention dans le monde, indiquant que les services de prévention ne touchent que 1 HSH sur 10.¹ Une diminution importante des ressources disponibles a conduit au financement plat des programmes de prévention, à l'utilisation inefficace de ressources limitées, et donc à l'échec général de la réduction des nouvelles infections.^{2,3} En outre, les politiques draconiennes de santé publique et/ou la négligence des besoins de santé des HSH, peuvent s'épanouir, justifiées par des allégations d'absence de données. Des recherches fiables, conduites avec sensibilité sont nécessaires pour établir le financement substantiel et l'investissement politique dans la prévention globale du VIH et les programmes de santé sexuelle pour les HSH. Les approches de prévention du VIH et d'orientation établies pour une adoption large ne valent toutefois pas plus que les principes sous-jacents à leur mise en œuvre. La recherche et les conseils de santé publique doivent être équilibrés par des principes de pratique fondés sur les droits si l'on souhaite qu'ils aient un impact réel sur la lutte contre le Sida parmi les HSH.

DÉFIS CLÉS DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES HSH

Les HSH continuent à supporter une charge disproportionnée pour ce qui est de l'épidémie du VIH dans toutes les régions du monde. Sa prévalence parmi les HSH est plus élevée que dans la population générale dans presque tous les pays qui collectent avec crédibilité et rapportent avec honnêteté les données de surveillance du VIH/Sida.⁴ La disponibilité réduite de données fiables de surveillance du VIH et un manque de recherches sociologiques mises en œuvre avec sensibilité axées sur les HSH, sont des défis immenses, plus spécialement dans les pays répressifs qui criminalisent l'homosexualité ou nient simplement l'existence sur leur sol de personnes lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres (LBGT) et autres personnes qui aiment celles du même sexe.

Les violations généralisées et continues des droits de la personne et la discrimination sont aussi des défis considérables au niveau mondial.⁵ Le lien entre le VIH et l'oppression sociale des HSH est bien établi dans la littérature spécialisée et peut être difficilement ignoré.^{6,7,8,9} L'oppression sociale peut être particulièrement nuisible aux jeunes HSH ou aux HSH qui appartiennent à des groupes d'indigènes, d'immigrants ou de minorité ethnique et qui ont de graves problèmes financiers dans les pays à revenus faibles, moyens ou élevés. En outre, les HSH vivant avec le VIH sont souvent victimes d'une double stigmatisation associée à leur sexualité et leur statut séropositif.

En mars 2010, 78 pays sanctionnaient pénalement les rapports sexuels entre personnes adultes consentantes du même sexe.⁵ Actuellement, deux tiers des pays africains interdisent les rapports sexuels entre hommes. Les sanctions vont de l'emprisonnement (5 ans au Cameroun, au Sénégal et au Ghana, à vie en Ouganda) à la peine capitale en Mauritanie, au Soudan et dans certaines régions du Nigeria. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, la police pratique le harcèlement généralisé et la violence contre les HSH. La criminalisation et la violence dirigée contre les minorités sexuelles provoquent la dislocation sociale, influencent la migration transnationale et alimentent les violations des droits de la personne. Cela augmente le risque de transmission du VIH et éloigne des services de prévention, de prise en charge, de traitement et d'accompagnement ceux qui en ont le plus besoin.

La pénétration médiocre des services de prévention du VIH et autres services clés qui y sont liés, résultat potentiel de la criminalisation, de la discrimination et de la violence, est attestée par une étude récente commissionnée par l'ONUSIDA dans les pays en développement qui signale que moins de 31 % des HSH avaient été testés pour le VIH dans les 12 mois précédents et connaissaient leur statut. Seuls 33 % des participants à l'enquête avaient accès aux informations relatives au VIH, moins de la moitié (44 %) avaient une connaissance exacte du VIH et seulement 54 % avaient utilisé des préservatifs la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels anaux avec un autre homme.¹⁰ Voilà le contexte socioculturel dans lequel la prévention du VIH doit continuer à innover et agir avec résolution.

Les services de prévention n'atteignent que 1 HSH sur 10.

APPROCHES ACTUELLES DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES HSH

Les chercheurs comportementalistes et les praticiens dans le domaine du VIH s'accordent désormais pour dire que des approches combinées de prévention soutenues dans le temps et adaptées aux besoins locaux spécifiques des HSH doivent être adoptées pour répondre efficacement à la prévalence et à l'incidence du VIH chez les HSH. Les approches combinées sont celles qui unissent et intègrent des stratégies biomédicales et comportementales à des approches structurelles au niveau de la communauté.^{11,12,13,14} Des exemples d'approches coordonnées comprennent entre autres, l'association d'interventions comportementales (par ex. développement d'aptitudes axées sur la bonne utilisation du préservatif et la négociation pour des relations sexuelles sans danger) avec le traitement du VIH (par ex. assurer que toutes les personnes vivant avec le VIH ont accès aux services de traitement, de prise en charge et d'accompagnement) tout en abordant les obstacles à l'accès (par ex. programmes de sensibilisation visant les fournisseurs de soins de santé). Le tableau I ci-dessous récapitule ces approches interdépendantes à la prévention du VIH.

Les approches combinées sont celles qui unissent et intègrent des stratégies biomédicales et comportementales à des approches structurelles au niveau de la communauté.

Tableau I : approches actuelles de la prévention du VIH chez les HSH

Exemples	
Biomédicales	Identification et traitement rapide du VIH ; prophylaxie pré-exposition (PrEP) ; prophylaxie post-exposition (PEP)
Comportementales	
• Individu	Réduction des risques, abus d'alcool ou de drogues, accompagnement psychologique
• Groupe	Ateliers de développement d'aptitudes (par ex. utilisation du préservatif, communications) ; groupe de soutien
• Partenaire et couple	Services de conseil pour les couples ; divulgation ; tri de séropositivité
• Famille	Conseil pour la famille
• Réseaux	Éducation par contacts avec pairs ; diffusion de l'innovation ; stratégies de réseau
Institutionnelles	Formation sur le lieu de travail ; sensibilisation des prestataires de services ; éducation sexuelle exhaustive
Communauté	Médias ; marketing social ; mobilisation de la communauté
Structurelles	Législation anti-discrimination et protections légales ; meilleure disponibilité de préservatifs et de lubrifiants aqueux

Il est important de combiner les approches de prévention car porter une attention unique sur les facteurs individuels, de groupe, communautaires ou structurels qui contribuent au risque accru de transmission du VIH ne suffira pas pour réagir à l'incidence du VIH au niveau de la population. De même, bien que les stratégies biomédicales comme la prophylaxie pré-exposition¹⁵ fassent l'objet d'une attention et d'un enthousiasme renouvelés les approches surmédicalisées seules n'apporteront vraisemblablement pas des

gains significatifs à long terme dans la prévention du VIH, car de graves inégalités persistent dans l'accès aux soins de santé élémentaires. Par exemple, les HSH ne peuvent pas bénéficier d'interventions biomédicales si leur accès à ces ressources est affaibli par leurs coûts ou l'isolement social causé par la stigmatisation, la discrimination ou la criminalisation. Le tableau 2 présente des approches émergentes de prévention du VIH qui ont à la fois un potentiel prometteur et des limites considérables.

Tableau 2 : nouvelles stratégies de prévention du VIH et problèmes clés

Stratégies	Description	Problèmes et défis clés
Circoncision	Retrait chirurgical du prépuce du pénis.	• Trois études ont examiné l'association entre la circoncision et l'infection à VIH parmi les HSH : deux aux États-Unis ont montré un effet protecteur associé à la circoncision. • Une étude plus récente n'a pas trouvé aucune donnée probante significative sur l'effet protecteur associé à la circoncision parmi les HSH appartenant à des minorités ethniques. • Il est peu probable que les résultats des essais de circoncision en Afrique s'appliquent aux HSH.
Vaccins	Le succès des vaccins qui empêchent les maladies causées par des agents pathogènes, comme le virus de la polio, de la varicelle, de la rougeole ou de la fièvre jaune, a engendré l'opinion que l'outil le plus puissant pour enrayer l'épidémie de Sida serait un vaccin capable de prévenir l'infection.	• Les vaccins possibles contre le Sida ont eu pour but de contenir ou de réduire la charge virale après l'infection dans l'espoir de retarder la nécessité du traitement des maladies liées au VIH. • La modification du cours de la maladie en tant que but dans la recherche de vaccin se base sur la recherche qui identifie les éléments du profil immunitaire qui sont associés au contrôle virologique : se concentrer sur ceux-ci peut apporter des cibles spécifiques pour la conception du vaccin. • On ne sait pas si les mécanismes de contrôle virologique sont les mêmes que ceux sous-jacents à la prévention.
Microbicides	Médicaments antirétroviraux (ARV) utilisés en gels, films ou autres produits qui seraient insérés dans le rectum pour réduire la possibilité d'infection par le VIH de l'utilisateur pendant les rapports sexuels.	• Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour ce qui est de l'utilisation intermittente par opposition à l'utilisation journalière, l'utilisation rectale, la toxicité à long terme et la pharmacorésistance, l'adhérence et l'utilisation par des adolescents. • Une planification soignée pour la mise en œuvre ciblée sera nécessaire. • En cas de succès, il faudra des dépistages étendus et fréquents du VIH, et aussi optimiser les méthodes de libération rectale pour maximiser l'acceptabilité parmi les HSH.
PrEP	Stratégie dans laquelle les personnes séronégatives prennent des antirétroviraux prescrits (ténofovir [TDF], ou ténofovir et emtricitabine combinés [FTC]) oralement de façon régulière pour réduire le risque de contracter le VIH.	• Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour ce qui est de l'utilisation intermittente par opposition à l'utilisation journalière, la toxicité à long terme et la pharmacorésistance, l'adhérence et l'utilisation par des adolescents. • Une planification pour une mise en œuvre ciblée est nécessaire. • La mise en œuvre est peu probable dans les milieux qui manquent d'une capacité élémentaire de prévention du VIH, ou ont un accès limité aux traitements et à la prise en charge du VIH. • Des dépistages étendus et fréquents du VIH seront nécessaires. • Seule une efficacité partielle est probable, si elle existe. • La compensation du risque ou la désinhibition comportementale est une inquiétude. • La disponibilité sera probablement offerte à ceux qui présentent le risque le plus élevé. • Les coûts et le financement sont d'autres facteurs à considérer.

RECOMMANDATIONS DES INSTITUTIONS MONDIALES

Ces dernières années, l'ONUSIDA a recommandé des approches combinées à la prévention du VIH, reconnaissant l'importance d'apporter avec sensibilité des interventions de prévention du VIH adaptées aux besoins spécifiques des HSH, tout en adressant plus largement leurs droits en tant que personne. En fait, les recommandations de l'ONUSIDA pour un ensemble minimum standard de services de prévention pour la planification et la mise en œuvre par les gouvernements de programmes de prévention pour les HSH commencent par affirmer l'importance des droits de l'Homme et le retrait des obstacles légaux qui nuisent à l'accès aux services liés au VIH, comme les lois qui pénalisent

les rapports sexuels entre hommes consentants.^{16,17,18} Les directives de l'ONUSIDA pour la prévention du VIH continuent de recommander la promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants aqueux ; l'habilitation des communautés de LGBT à participer également à la vie sociale et politique ; la disponibilité d'espaces physiques ou virtuels sûrs où les HSH pourront trouver des informations et des orientations pour les soins et le soutien ; et l'accès à une assistance médicale et légale pour les garçons et les hommes qui sont victimes de coercition ou de violence sexuelle. La liste complète des recommandations de l'ONUSIDA se trouve ci-dessous.

Éléments recommandés par l'ONUSIDA pour des programmes globaux de prévention du VIH chez les HSH

1. Promotion et garantie des droits de la personne ; retrait des obstacles légaux qui nuisent à l'accès aux services liés au VIH comme les lois qui pénalisent les rapports sexuels entre hommes consentants ;
2. Accès aux préservatifs et lubrifiants aqueux et promotion de leur utilisation régulière ;
3. Détection et traitement des infections transmises sexuellement ;
4. Services de dépistage du VIH, de prise en charge, de traitement et d'accompagnement, confidentiels et volontaires ;
5. Matériel d'utilisation de drogues plus sûr et services de traitement ;
6. Habilitation des communautés de personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres à participer de manière égale à la vie sociale et politique ;
7. Espaces physiques ou virtuels sûrs où les HSH pourront trouver des informations et des orientations pour les prise en charge et l'accompagnement ;
8. Formation et sensibilisation des prestataires de soins pour éviter la discrimination contre les HSH ;
9. Assistance médicale et légale pour les garçons et les hommes qui sont victimes de coercition ou de violence sexuelles ;
10. Informations spécifiques et ciblées sur les stratégies de prévention et de réduction des risques conçues pour attirer les HSH et répondre à leurs besoins ;
11. Services d'information, de prévention et de prise en charge pour les partenaires féminines et transgenres des HSH ;
12. Prévention et traitement de l'hépatite ;
13. Disponibilité d'informations de prévention du VIH, des services de prise en charge et d'accompagnement pour les transgenres qui ne s'identifient pas comme HSH

Un ensemble global similaire de services de prévention du VIH chez les HSH et transgenres a été récemment avalisé lors d'une consultation de développement d'accord régional réunissant chercheurs, prestataires et défenseurs en Asie.¹⁹ Une caractéristique frappante du protocole d'accord est la suggestion explicite de placer le VIH parmi les besoins plus larges de santé sexuelle des HSH et transgenres, d'intégrer les médias, y compris l'Internet comme élément de communication des messages de prévention, de promotion de la santé et des services d'accompagnement social. Ceci est d'importance étant donné le silence relatif et problématique dans le secteur du Sida sur les questions de sexe et sexualité. Ce silence est problématique, car le mode principal de transmission du VIH est sexuel. Le protocole d'accord souligne aussi que la diffusion ciblée menée par des pairs, les groupes de soutien,

les centres d'accueil, les mécanismes d'orientation et autres programmes communautaires conçus et dirigés par des HSH vivant avec le VIH, sont des stratégies importantes pour l'optimisation de l'utilisation et la couverture des services, de l'accès au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et des services de dépistage du VIH et de conseil.

La Banque mondiale, en collaboration avec le Johns Hopkins Center for Public Health et Human Rights et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), élabore des recommandations et directives similaires axées sur les HSH et les transgenres. Ces efforts ont pour but de résoudre plusieurs problèmes critiques à une réponse mondiale renforcée à l'épidémie du VIH parmi les HSH dans les pays à revenus faibles et moyens. La publication de ces documents est prévue pour 2010.

IMPLIQUER LES HSH

Tandis que nous sommes témoins de la prolifération de directives importantes et bien informées de prévention du VIH de la part des institutions mondiales et des chercheurs, il est vital que les défenseurs du VIH et des HSH s'engagent plus loin dans la création d'un message commun pour assurer que les directives soient mises en œuvre au niveau national. Les HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, doivent mener la riposte au VIH au niveau des programmes, de la recherche et des politiques dans leurs communautés. En outre, les HSH ne doivent pas se subordonner aux politiques gouvernementales répressives ou lignes d'action qui provoquent une déviation des directives basées sur les données publiées par les autorités de santé internationales. Des événements récents impliquant l'intimidation non provoquée, la torture, les arrestations et le meurtre de HSH signalent une tendance actuelle dérangeante de retour en arrière dans le domaine des droits de l'Homme. Ces incidents ne doivent pas rester sans riposte. Ils sont simplement injustifiables et vont à l'encontre d'une santé publique sérieuse.

Il ne faut pas non plus que les chercheurs, les agents de la santé publique ou les décideurs politiques succombent aux paradigmes de contrôle de la maladie draconiens, surmédicalisés ou individualistes, car ces paradigmes conduisent généralement à des programmes et services diminués ou inférieurs. Les recherches n'ont démontré aucun bénéfice de santé publique à l'adoption de programmes et de politiques plus normatifs des IST ou du VIH. L'impact des stratégies de santé publique est le plus grand quand : a) elles sont co-écrites et mises en œuvre par les membres de la communauté auxquelles elles sont destinées ; et b) les individus et les communautés sont autonomes et ont la liberté et les ressources qui leur permettent de participer aux comportements bénéfiques pour la santé qu'ils ont mis au point.

Des réponses et directives de prévention du VIH éclairées par des données probantes sont essentielles au vu de l'impact disproportionné de l'épidémie du Sida parmi les HSH. La manière dont ces directives et services subséquents sont mis en œuvre est tout aussi importante. Les données probantes issues de la recherche doivent être équilibrées par des principes de pratique axés sur le client et basés sur les droits de l'Homme. Cela signifie que les défenseurs des HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, doivent jouer un rôle central dans l'identification de leurs besoins spécifiques en fonction de leurs contextes politiques, sociaux, économiques et épidémiologiques respectifs. Les HSH doivent mener les efforts qui déterminent les priorités en matière de recherche, de politiques et de programmes. Cela signifie aussi que les chercheurs, les décideurs politiques et les praticiens doivent tous s'efforcer de combattre la stigmatisation, la discrimination sociale et la criminalisation envers les HSH en tant qu'extension de leurs efforts de prévention du VIH.

*Les HSH doivent mener les efforts
qui déterminent les priorités
en matière de recherche, de politiques
et de programmes.*

PROGRESSION : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE PRATIQUE

Les principes de pratique ont fait l'objet depuis longtemps de délibérations, de publications et de sensibilisations par les prestataires et les défenseurs de services dans le contexte du Sida, mais ils sont souvent négligés dans les discussions de politique en raison d'un intérêt trop étroit porté sur des données probantes ou la science qui documentent les interventions liées au VIH et les stratégies de programme.^{20,21} Voici quelques principes de pratique essentiels qui peuvent servir de directives pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prévention du VIH et de paradigmes ciblés dans les communautés de HSH dans le monde :

- La nécessité de réduire les taux d'infection par ITS et VIH ne doit pas empiéter sur les libertés personnelles.
- Toutes les personnes, y compris les HSH et les HSH vivant avec le VIH, méritent le même niveau d'accompagnement, de soins de santé, de services de soutien et de droits politiques que quiconque.
- Toutes les personnes, y compris les HSH et les HSH vivant avec le VIH, ont le droit à une vie sexuelle épanouie et satisfaisante.
- Toutes les personnes, y compris les HSH et les HSH vivant avec le VIH, ont le droit à l'autodétermination.
- Les HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, doivent être engagés activement et significativement à tous les niveaux et étapes de la recherche, du développement de programmes et politiques, de la mise en œuvre et évaluation ; des processus de participation doivent être suivis partout.
- Les programmes et services de prévention du VIH ne doivent pas être orientés par les risques ou déficits. Au contraire, les efforts de prévention réussis du VIH doivent miser sur les forces, les ressources, les compétences, les connexions sociales, les capacités et la résilience que manifestent déjà les individus et les communautés de HSH et s'en inspirer.
- Le plaisir, le genre, la satisfaction, l'intimité, l'amour et le désir sont des concepts clés pour une meilleure compréhension des rapports sexuels et de la sexualité parmi les HSH et donc aussi dans la formulation de recherches, de programmes et de réponses politiques plus significatives.
- Les chercheurs, les praticiens de prévention et les décideurs politiques doivent envisager les facteurs structurels, situationnels et contextuels pour comprendre le risque du VIH et pour développer des interventions de santé sexuelle adaptées aux besoins des HSH.

Une adoption plus large de ces principes donnera une base commune pour le développement continu et la promotion de services de prévention et de santé sexuelle du VIH éclairés par les preuves, qui abordent les besoins spécifiques des HSH. Les principes de pratique peuvent aussi apporter l'équilibre aux discussions sur la prévention du VIH avec les HSH et pour ceux-ci, qui ont lieu trop souvent sans eux.

RÉFÉRENCES

- ¹ Page de publications. MSM, HIV and the road to universal access - how far have we come? amfAR Web site. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf. Consulté le 30 avril 2010.
- ² UNDP. Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges. Thematic MDG report. http://www.un.or.th/pdf/HIV_AIDS_Report_ENG.pdf. Consulté le 3 mai 2010.
- ³ CDC. Trends in primary and secondary syphilis and hiv infections in men who have sex with men: San Francisco and Los Angeles, California, 1998-2002, *MMWR* 2004;53:575-8. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5326a1.htm>. Consulté le 3 mai 2010.
- ⁴ 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.
- ⁵ Ottosson D. State sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same-sex activity between consenting adults. International Lesbian and Gay Association Web site. http://ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf. Consulté le 6 mars 2010.
- ⁶ Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):38-56.
- ⁷ Díaz RM, Ayala G, Bein E. Sexual risk as an outcome of social oppression: data from a probability sample of Latino gay men in three U.S. cities. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2004;10(3):255-67.
- ⁸ Kreiger N. Embodying inequality: a review of Concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Sci.* 1999; 29:295-352.
- ⁹ Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *Am J Public Health.* 2003; 93: 200-208.
- ¹⁰ Adam PCG, de Wit JBF, Toskin I et al. Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52(S2):S143-51.
- ¹¹ Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them better. *Lancet.* 2008;372(9639):669-84..
- ¹² Bingenheimer JB & Geronimus AT. Behavioral mechanisms in HIV epidemiology and prevention: Past, present, and future roles. *Studies in Family Planning.* 2009; 40(3): 187-204.
- ¹³ Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, Malow R & McClellan WM. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008; Issue 3. Art. No.: CD001230. DOI: 10.1002/14651858.CD001230.pub2.
- ¹⁴ Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, and Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet.* 2008; 372: 764-775.
- ¹⁵ AIDS Vaccine Advocacy Coalition. Piecing Together the HIV Prevention Puzzle: AVAC Report 2009.
- ¹⁶ UNAIDS. HIV prevention tool kit. <http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/>. Consulté le 3 mai 2010.
- ¹⁷ UNAIDS. Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf. Consulté le 3 mai 2010.
- ¹⁸ ONUSIDA. Cadre d'action : Accès universel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2009
- ¹⁹ PNUD, ASEAN, OMS, UNESCO, ONUSIDA & APCOM. Consensus Statement on the Comprehensive Package of HIV Interventions and Sexual Health Services for Men who have Sex with Men (MSM) and Transgender People in Asia and the Pacific. Bangkok, 29 juin – 1er juillet 2009.
- ²⁰ Ayala G, Husted C, Spieldenner A. Holding Open Space: Re-tooling and Re-imagining HIV prevention for Gay and Bisexual Men of Color. http://www.apla.org/publications/holding_open_space/HOS.pdf. Consulté le 3 mai 2010.
- ²¹ Site web des Principes de Jogjakarta. Application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. http://www.yogyakartapriniples.org/principles_fr.htm. Consulté le 3 mai 2010.

Les données probantes issues de la recherche doivent être équilibrées par des principes de pratique axés sur le client et basés sur les droits de l'Homme.

Cela signifie que les défenseurs des HSH, y compris les HSH vivant avec le VIH, doivent jouer un rôle central dans l'identification de leurs besoins spécifiques en fonction de leurs contextes politiques, sociaux, économiques et épidémiologiques respectifs.



Le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF) est un réseau en expansion regroupant des organisations de lutte contre le Sida, des réseaux de HSH et des militants engagés pour garantir la couverture et un accès équitable à des services efficaces de prévention du VIH, de prise en charge, de traitement et d'accompagnement adaptés aux besoins des homosexuels et autres HSH. Dirigé par un comité directeur de 20 membres provenant de 17 pays situés principalement dans l'hémisphère sud, et jouissant d'un soutien administratif et fiscal de la part du AIDS Project Los Angeles (APLA), le Forum mondial sur les HSH et le VIH vise à promouvoir la santé et les droits des HSH dans le monde à travers le plaidoyer, l'échange d'informations, le développement des connaissances, la création de réseaux et le développement des capacités..

Forum mondial sur les HSH et le VIH

Bureau exécutif
436 14th Street, Suite 1500
Oakland, CA 94612
États-Unis

www.msmsgf.org

Pour obtenir de plus amples informations, appelez le +1.510.271.1950 ou écrivez à l'adresse contact@msmsgf.org.

Prévention du VIH chez les HSH

Trouver l'équilibre entre les principes de pratique fondés sur le droit et les principes éclairés par des données probantes

Juin 2010

Auteurs

George Ayala, Psy.D., cadre exécutif
Pato Hebert, M.F.A., cadre supérieur chargé de l'éducation
Krista Lauer, M.Sc., chargée de la politique
Mohan Sundararaj, M.B.B.S., M.P.H., chargé de la politique

Remerciement

Jack Beck, chargé de la communication
Lily Catanes, M.B.A., chargée du fonctionnement

Ce résumé sur la politique du Forum mondial sur les HSH et le VIH est soutenu par le Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID).

Copyright © 2010, Forum mondial sur les HSH et le VIH