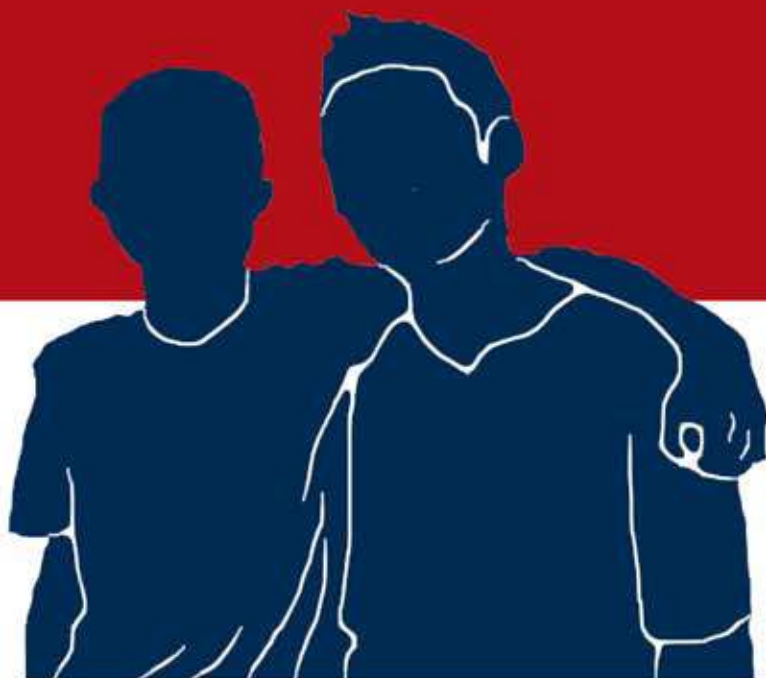


Accès aux services de prévention du VIH et attitudes envers les stratégies émergentes :

Une enquête mondiale concernant les hommes ayant
des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et
leurs prestataires de soins de santé



juillet 2011



Accès aux services de prévention du VIH et attitudes envers les stratégies émergentes :

Une enquête mondiale concernant les
hommes ayant des relations sexuelles
avec des hommes (HSH) et leurs
prestataires de soins de santé

Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF)

Patrick Wilson, Ph.D.
Glenn-Milo Santos, M.P.H.
Pato Hebert, M.F.A.
George Ayala, Psy.D.

juillet 2011

Sommaire

Section	Page
Résumé exécutif.....	3
Introduction	8
Mesures	14
Caractéristiques de l'échantillon	15
Résultats.....	18
Conclusion et recommandations	35
Annexe : Méthodes	43
Références	55

Résumé exécutif

Les taux d'infection à VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) continuant d'augmenter dans le monde, les organisations de santé publique et de sensibilisation ont demandé une combinaison de prévention du VIH et d'ensemble de traitements destinés plus particulièrement aux HSH. Cette approche combinée pour la prévention du VIH intègre l'augmentation des interventions de comportement, des interventions biomédicales prometteuses et des approches structurelles et à l'échelle des communautés. Le potentiel des nouvelles stratégies biomédicales de prévention du VIH se retrouve au centre de ce dialogue, y compris la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et les gels microbicides rectaux.

La PrEP est la première intervention de prévention biomédicale du VIH qui s'est avérée efficace pour réduire le risque de transmission du VIH chez les HSH. Elle a donc été accueillie avec enthousiasme et intérêt. Avec la mise en œuvre d'essais sur l'efficacité de la PrEP dans plusieurs parties du monde, il est important d'examiner les attitudes envers les technologies de prévention émergentes chez les HSH dans le contexte actuel de manque d'accès aux services élémentaires et éprouvés de prévention du VIH. Nous devons veiller à ce que les HSH aient une place significative dans le dialogue concernant la définition de la prévention future du VIH afin de réaliser pleinement le potentiel des interventions émergentes aussi bien que de celles qui existent.

Étant conscient de cela, le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF) a cherché à amplifier la voix des HSH à travers le monde et à souligner les lacunes principales dans les efforts internationaux pour apporter aux HSH des services de prévention éclairés par les preuves. Nous avons aussi voulu donner aux HSH et à leurs prestataires de soins de santé les informations et outils dont ils ont besoin pour rester en bonne santé. Dans ce but, le MSMGF a établi une enquête mondiale en ligne des HSH et de leurs prestataires de soins de santé via nos nombreux réseaux internationaux. L'enquête s'est portée principalement sur l'obtention d'informations sur l'accès et la participation aux services de prévention du VIH, sur la connaissance de la PrEP et des autres interventions de prévention émergentes et des attitudes envers celles-ci, et sur les perceptions en matière d'homophobie externe et internalisée.

L'enquête a été menée du 24 juin au 17 août 2010. Au total, 5 066 HSH et prestataires de soins de santé y ont accédé et ont répondu à l'enquête en ligne, en anglais, espagnol, français, russe ou chinois. La majorité des enquêtes ont été remplies en anglais (46 %) ou en chinois (40 %). Une grande proportion (56 %) des personnes répondants ont indiqué être de la région Asie-Pacifique (c.-à-d., Asie centrale, de l'Est, du Sud et du Sud-Est ainsi que les îles du Pacifique), 14 % de l'Amérique du Nord, 11 % de l'Amérique centrale / du Sud et des Caraïbes, 7 % d'Australie / de Nouvelle-Zélande, 6 % d'Europe (Europe occidentale et de l'Est), 4 % d'Afrique (Afrique du Nord, de l'Ouest, de l'Est et australe) et 1 % du Moyen-Orient. L'âge moyen des participants était de 34,3 ans (plage : 14-86 ans). La majorité des participants étaient des hommes (96 %). Plus de 1 000 participants (21 % de l'échantillon) étaient des prestataires de soins de santé. La plupart des participants (71 %) ont indiqué être séronégatifs, tandis que 22 % ont signalé être séropositifs.

Les mesures utilisées dans l'enquête représentaient les douze sujets clés suivants : 1) stigmatisation perçue / homophobie externe, 2) homophobie internalisée, 3) estime de soi, 4) accès aux services de prévention de base du VIH, 5) accès aux technologies émergentes de prévention du VIH, 6) connaissance des stratégies émergentes de prévention, 7) désir d'en savoir plus sur les stratégies émergentes de prévention, 8) connaissance de la PrEP, 9) attitudes envers la PrEP, 10) participation aux activités de prévention du VIH, 11) exposition aux messages de prévention du VIH et 12) endroits dans lesquels la documentation sur la prévention du VIH était obtenue.

Nous avons analysé les données récoltées en plusieurs étapes : création de variables sommaires (à l'aide des résultats moyens et totaux) pour les douze mesures clés ; examen des différences de groupe (c.-à-d., région et âge) pour chacun des douze concepts clés mesurés dans l'enquête à l'aide d'analyse de variance ; et la conduite d'analyse multidimensionnelle pour examiner les facteurs prédictifs indépendants de l'accès et de la participation aux services de prévention du VIH.

Dans cette enquête mondiale, nous avons observé que l'accès aux services de base de prévention du VIH, y compris les préservatifs gratuits, les lubrifiants compatibles aux préservatifs, et les interventions de comportement et d'éducation au sujet du VIH, n'était pas généralisé chez les HSH. Il existe des variations régionales considérables dans l'accès et la participation à la prévention du VIH, avec les taux les plus bas dans la région Asie-Pacifique, au Moyen-Orient, en Afrique et en Amérique centrale / du Sud ou les Caraïbes (c.-à-d. les régions qui n'ont pas de revenus élevés, en dehors de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Australie / de la Nouvelle-Zélande).

En outre, nos données suggèrent que les jeunes HSH manquent d'accès aux services de prévention du VIH et ont une connaissance plus faible des stratégies de prévention que les populations plus âgées. Cela présente un réel problème, surtout à cause de l'augmentation de la prévalence et de l'incidence du VIH chez les jeunes HSH dans le monde.

Nos données ont aussi montré que les HSH et leurs prestataires de services de santé n'ont pas d'idée claire et éprouvent de l'appréhension envers les stratégies de prévention émergentes du VIH, comme la PrEP. Dans toutes les régions, la connaissance de la PrEP et des autres stratégies émergentes était faible. En moyenne, les participants n'ont répondu correctement qu'à deux éléments de connaissance de la PrEP sur six. Ces résultats sont assez compréhensibles puisque cette enquête, ayant eu lieu de juin à août 2010, précédait la communication publique en décembre 2010 des conclusions de la première étude d'efficacité chez les HSH de la PrEP, iPrEx. Le fait le plus important est que ces sentiments d'appréhension et de manque de connaissance étaient tempérés par un fort désir d'en savoir plus au sujet des stratégies émergentes. Il sera critique de se pencher sur ces lacunes de connaissance chez les HSH pendant le déploiement de la PrEP et des autres interventions biomédicales à l'extérieur du cadre de recherche.

En plus, les HSH dans notre échantillon ont indiqué des taux disparates de stigmatisation et d'homophobie entre les régions, ce qui était associé de manière significative avec le faible accès aux stratégies élémentaires de prévention du VIH dans notre analyse. Des participants de nombreuses régions ont signalé des niveaux alarmants d'homophobie externe, les participants venant d'Afrique indiquant les niveaux les plus hauts, suivis par les Caraïbes et l'Amérique centrale / du Sud, la région Asie-Pacifique et le Moyen-Orient. L'Amérique du Nord, l'Europe et l'Australie / la Nouvelle-Zélande ont les taux les plus faibles d'homophobie externe, en ordre descendant. Dans les régions où l'homophobie externe est élevée, des efforts pour combattre la stigmatisation sociale et la discrimination sont nécessaires pour éliminer les barrières aux services critiques de prévention du VIH.

Les résultats de l'enquête suggèrent quatre recommandations principales pour les systèmes de santé publique, défenseurs et prestataires de soins en matière de VIH, et les chercheurs.

- I. Vu l'efficacité documentée des stratégies élémentaires de prévention du VIH, il faut faire davantage pour générer un accès universel à la prévention de base du VIH chez les HSH partout dans le monde, plus particulièrement au Moyen-Orient et dans la région Asie/Pacifique. Pour contenir avec succès la transmission du VIH, il faut faire preuve de vigilance et fournir des

efforts soutenus pour assurer que les HSH aient accès à un ensemble global de stratégies de prévention.

2. Il faut organiser des campagnes d'informations ciblées pour promouvoir la conscience de la PrEP et autres stratégies émergentes chez les HSH et leurs prestataires de soins avant de mettre ces stratégies en œuvre. Cela augmentera probablement l'acceptabilité de la PrEP et en fera une intervention de santé publique plus faisable.
3. Il faut aborder la stigmatisation dont sont victimes les homosexuels et qui empêche les comportements favorables et l'accès aux services de santé. Il faut lutter contre les conditions structurelles, comme l'homophobie externe et la stigmatisation, afin de promouvoir un accès sans entraves aux services de prévention du VIH qui peuvent améliorer la santé des communautés de HSH dans le monde entier.
4. Il est essentiel de se concentrer sur les besoins de prévention du VIH chez les jeunes HSH. Partout dans le monde, les jeunes HSH indiquent un accès moindre aux stratégies élémentaires et émergentes de prévention, et ont une connaissance plus faible de ces stratégies, par rapport aux HSH plus âgés. Étant donné l'augmentation du taux de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes HSH, il est impératif de réduire cette disparité dans l'accès aux soins de santé.

I. Introduction

Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont touchés de manière disproportionnée par le VIH dans le monde entier. On estime que les HSH ont un risque 19,3 fois plus grand d'être infectés par le VIH que la population générale dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.¹ L'augmentation des infections à VIH chez les HSH a aussi été documentée dans les régions à revenus élevés comme l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et l'Australie, où les HSH constituent la plupart des nouvelles infections.² Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime que les relations sexuelles entre hommes représentent jusqu'à 10 % de toutes les infections par le VIH dans le monde.³

En outre, les HSH doivent faire face à un grand nombre d'autres défis qui compromettent leur santé, y compris la stigmatisation sociale et la discrimination. Les activités sexuelles entre deux adultes consentants de même sexe sont actuellement criminalisées dans plus de 80 pays. De nombreux HSH font face à l'hostilité, au harcèlement et à la violence de la part de leur famille et de leurs pairs, ce qui a été lié à un risque plus élevé d'actes autodestructeurs, de comportements sexuels à risque, de pensées suicidaires et de consommation de drogues.⁴ L'homophobie, la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation empêchent et fragilisent l'accès aux services en matière de VIH, alimentant la pandémie de VIH chez les HSH.⁵

Étant donné la myriade de problèmes qui confrontent les HSH, il est de plus en plus évident que des approches combinées qui mettent en œuvre à la fois les stratégies biomédicales et de comportement, et les interventions structurelles et à l'échelle de la communauté sont nécessaires.^{6, 7, 8} La combinaison d'approches de prévention est importante, car se concentrer uniquement sur un individu, un groupe, une communauté ou un facteur structurel qui augmente la transmission du VIH n'apportera pas de gains significatifs à long terme dans la prévention du VIH. Par exemple, les HSH n'obtiendront pas les bénéfices maximum des interventions biomédicales ou de comportement si des inégalités graves dans l'accès élémentaire aux soins de santé persistent ou si les ressources sont sous-utilisées à cause d'isolation sociale engendrée par la stigmatisation, la discrimination ou la criminalisation.⁶

Disponibilité des services de prévention au VIH

Malgré le lourd fardeau d'infection à VIH porté par les HSH dans le monde, seulement 1,2 % (estimation) des fonds de prévention du VIH leur sont destinés.⁹ Les services de prévention du VIH n'atteignent qu'un HSH sur dix dans le monde, et ce qui est plus inquiétant, la mauvaise pénétration des services de base éprouvés de la prévention du VIH et services liés pour les HSH est la plus apparente dans les pays à revenu bas et intermédiaires.^{10, 11} Dans ces régions à services limités, les estimations montrent que seulement 31 % des HSH avaient été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois ; 33 % avaient accès à des informations au sujet du VIH ; 44 % avaient des connaissances exactes à propos du VIH ; et seulement 54 % avaient utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports anaux avec un autre homme.¹² Dans certaines régions, les messages de prévention du VIH traitaient exclusivement de la transmission hétérosexuelle, conduisant à l'idée fausse que les relations sexuelles entre hommes présentaient peu ou pas de risque de transmission du VIH.^{13, 14} À ce jour, trois décennies après le début de la pandémie du VIH, l'augmentation et l'apport des stratégies élémentaires et des interventions éprouvées pour réduire la transmission du VIH restent piètres pour les HSH, particulièrement en dehors des pays à revenus élevés.

Ces dernières années, de nouvelles interventions biomédicales se sont avérées réduire efficacement la transmission du VIH ; un ensemble croissant de preuves illustre l'utilité prometteuse des antirétroviraux, des gels microbicides et de la circoncision dans la prévention des infections à VIH. La distribution et la mise en œuvre de ces interventions biomédicales conjointement aux autres méthodes élémentaires de prévention du VIH avec une base solide de preuves (par ex., les préservatifs, les lubrifiants compatibles aux préservatifs, les interventions de comportement et d'éducation à propos du VIH) renforceront encore les efforts de contrôle de la transmission des infections par le VIH.

L'utilisation des antirétroviraux comme stratégie de prévention du VIH a été évaluée dans plusieurs populations différentes. Les chercheurs et prestataires de soins de santé qui traitent les femmes vivant avec le VIH et leurs nouveau-nés aux antirétroviraux ont réduit nettement le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de plus de 90 %.¹⁵ Smith et coll.¹⁶ ont montré que les antirétroviraux réduisent le risque d'infection à VIH s'ils sont donnés dans un délai de 72 heures comme prophylaxie postexposition (PEP) aux personnes exposées au sang ou aux fluides corporels d'une personne vivant avec le VIH. Quand des hétérosexuels séropositifs sont traités par antirétroviraux, la probabilité de transmission sexuelle du VIH à leur partenaire séronégatif est nettement réduite selon les preuves épidémiologiques et expérimentales de l'essai clinique HPTN 052,¹⁷ Abdool Karim et coll.¹⁸ ont montré

qu'un gel vaginal microbicide contenant l'antirétroviral tenofovir diminuait le risque d'infection à VIH chez les femmes. Enfin, des recherches sont en cours pour étudier si les gels microbicides rectaux contenant des antirétroviraux pourraient être efficaces dans la prévention du VIH. L'étude du Microbicide Trials Network (Réseau d'essais de microbicides) MTN 017 commencera à tester les microbicides rectaux en 2012 avec des sites d'étude au Pérou, en Thaïlande, en Afrique australe et aux États-Unis.¹⁹

Récemment, des antirétroviraux donnés à des individus séronégatifs avant l'exposition (PrEP) ont montré réduire le risque d'infection à VIH chez les HSH et les femmes transgenres dans un essai aléatoire contrôlé, iPrEx. Cette étude a été conduite chez environ 2 500 HSH et femmes transgenres au Brésil, en Équateur, au Pérou, en Afrique australe, en Thaïlande et aux États-Unis. L'étude iPrEx a découvert que l'utilisation de la PrEP était associée à une réduction de 44 % de l'infection à VIH quand elle était administrée avec un ensemble de stratégies globales de prévention du VIH, y compris les préservatifs, le dépistage du VIH et d'IST, et les conseils de réduction des risques.²⁰ Un autre essai sur l'efficacité de la PrEP chez les femmes a été arrêté, car il est devenu évident qu'on ne pouvait démontrer que la PrEP réduisait les nouvelles infections par le VIH chez les femmes qui participaient à l'essai.²¹ D'autres essais d'efficacité et de faisabilité de la PrEP sont actuellement en cours dans plusieurs populations dans le monde, y compris l'essai Partners PrEP au Kenya et en Ouganda et l'essai CDC 4370 en Thaïlande.

Le résultat de l'étude PrEP IPrEx est la toute première intervention biomédicale qui a été évaluée et qui s'est avérée efficace chez les HSH, un groupe qui porte un fardeau disproportionné du VIH depuis le début de la pandémie. L'utilisation de la PrEP comme stratégie de prévention a été donc reçue avec attention et enthousiasme par les systèmes de santé publique, les groupes communautaires et de sensibilisation au VIH / sida, et par les médias. De nombreuses parties prenantes admettent que la PrEP pourrait être recommandée pour les individus les plus exposés au VIH, ce qui peut englober les HSH, les consommateurs de drogues injectables, les populations ethniques minoritaires et d'autres groupes vulnérables. Le fort intérêt de la PrEP a conduit de nombreuses organisations de santé publique à faire des observations sur les résultats d'iPrEx et à apporter leur soutien pour ce qui est de leurs implications.**Error! Bookmark not defined.** Pour comprendre si la PrEP est une stratégie d'intervention faisable et acceptable par les HSH, il est nécessaire de conduire une recherche globale pour évaluer la connaissance, les attitudes et les croyances en ce qui concerne l'utilisation de la PrEP chez les HSH et leurs prestataires de soins de santé. En plus, il est important de mesurer le degré de couverture et d'évaluer les lacunes dans les services de prévention de VIH éprouvés existants, car la

PrEP et les autres stratégies biomédicales seront probablement mises en œuvre dans un cadre d'ensemble comprenant ces stratégies existantes.

Objectifs du rapport

Le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF) cherchait à explorer les perceptions que les HSH et leurs prestataires de soins de santé avaient envers les stratégies de prévention émergentes du VIH et à décrire les facteurs liés à l'accès aux stratégies élémentaires éprouvées de prévention. Tandis que l'on considère les stratégies biomédicales, il est aussi important d'évaluer l'étendue de la dissémination des stratégies éprouvées de prévention du VIH et de leur accès par les HSH à travers le monde.

Les objectifs de ce rapport sont : 1) proposer une plateforme pour que les HSH dans le monde puissent se faire entendre, permettant ainsi d'assurer leur inclusion dans les discussions au sujet de la prévention du HIV pour leurs propres communautés ; 2) souligner les lacunes principales dans les efforts pour apporter aux HSH les services de prévention de base du VIH ; 3) évaluer les facteurs prédictifs d'accès et de participation à ces services ; et 4) identifier les défis et problèmes potentiels qui demandent une plus grande attention lors du déploiement des stratégies émergentes de prévention. Ce faisant, le MSMGF s'efforce de promouvoir la santé et le bien-être des HSH et de leurs communautés partout dans le monde.

2. Mesures de l'enquête

Les mesures utilisées dans l'enquête représentaient douze sujets clés : 1) stigmatisation perçue / homophobie externe, 2) homophobie internalisée, 3) estime de soi, 4) accès aux services de prévention de base du VIH, 5) accès aux technologies émergentes de prévention du VIH, 6) connaissance des technologies émergentes, 7) désir d'en savoir plus sur les technologies émergentes, 8) connaissance de la PrEP, 9) attitudes envers la PrEP, 10) participation aux activités de prévention du VIH, 11) exposition aux messages de prévention du VIH et 12) endroits dans lesquels la documentation sur la prévention du VIH était obtenue. La méthode utilisée pour élaborer ces mesures, leurs composants et leur cohérence interne est décrite dans la section annexe de ce rapport. Les données sur les caractéristiques démographiques, l'historique du dépistage du VIH, le sérologie VIH autodéclarée et les comportements sexuels ont aussi été collectées.

3. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon utilisé pour ce projet est composé d'un groupe varié d'homosexuels, d'autres HSH et de prestataires de soins de santé qui travaillent avec les HSH. Les HSH et les prestataires qui ont participé à l'enquête ont été recrutés via les réseaux étendus du MSMGF et liens aux organisations des communautés, de sensibilisation, de santé et de service social. Des messages électroniques furent envoyés par ces réseaux, avec un lien vers l'adresse du site Web SurveyMonkey.com qui hébergeait l'enquête. Au total, 5 066 personnes ont accédé à l'enquête et répondu aux questions du 24 juin au 17 août 2010.

La majorité (70 %) des participants avaient été informés de l'enquête par message électronique. Un nombre moindre a indiqué en avoir été averti par une liste de diffusion (9 %), le site Web de MSMGF (5 %), une publicité (5 %), une organisation où le participant travaillait / était bénévole (4 %) ou par bouche-à-oreille / référence d'une tierce personne (3 %).

La majorité des enquêtes ont été remplies en anglais (46 %) ou en chinois (40 %). Environ 10 % des enquêtes ont été remplies en espagnol, 2 % en français et 1 % en russe. Bien qu'il y ait eu une diversité régionale dans l'échantillon, une grande partie (56 % ou 2 822 participants) a indiqué vivre dans la région Asie-Pacifique (c.-à-d. Asie centrale, de l'Est, du Sud ou du Sud-Est et les îles du Pacifique). Quatorze pour cent (708) vivaient en Amérique du Nord, 11 % (528) en Amérique centrale / du Sud ou des Caraïbes, 7 % (374) en Australie / Nouvelle-Zélande, 6 % (304) en Europe (Europe occidentale et de l'Est), 4 % (214) en Afrique (Afrique du Nord, australe, de l'Est et de l'Ouest) et 1 % (52) au Moyen-Orient. Ces catégories régionales ont été regroupées à partir de catégories sous-régionales supplémentaires. Quand l'enquête a été réalisée, on a demandé aux participants de sélectionner leur région dans la liste suivante : Amérique du Nord, Amérique centrale, Amérique de Sud, Caraïbes, Europe occidentale, Europe de l'Est, Moyen-Orient, Asie centrale, Asie du Sud, Asie du Sud-est, îles du Pacifique, Australie, Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique de l'Est et Afrique australe. Aux fins de cette analyse, ces sous-régions ont été regroupées dans sept plus grandes régions qui apparaissent dans ce rapport : Amérique du Nord, Amérique centrale / de Sud ou Caraïbes, région Asie-Pacifique (Asie centrale, du Sud, du Sud-est, îles du Pacifique), Afrique (Afrique du Nord, de l'Ouest, de l'Est et australe) Europe (Europe occidentale et de l'Est), Moyen-Orient et Australie / Nouvelle-Zélande).

L'âge moyen des participants était de 34,3 ans (plage : 14-86 ans), 21 % étaient âgés de 14 à 24 ans, 52 % de 25 à 40 ans, et 28 % de 41 à 86 ans. La majorité (96 %) des participants étaient des hommes, tandis que 3 % étaient des femmes, 0,7 % des transsexuels et 0,3 % étaient intersexuels. La plupart (79 % ou 3 933) des participants se sont identifiés comme HSH, le reste étant des HSH qui étaient aussi prestataires (14 % ou 718) ou prestataires qui n'étaient pas HSH (7 % ou 337). Plus de 1 055 participants (21 % de l'échantillon) étaient des prestataires de services liés au VIH. Les participants se sont décrits comme « homosexuel » (58 %), « bisexuel » (7 %), « hétérosexuel » (2 %), et « autre » (33 %). La plupart (71 %) des participants ont indiqué être séronégatifs ; 22 % ont indiqué être séropositifs, 4 % ne connaissaient pas leur sérologie VIH et 3 % ont refusé de répondre. De ceux qui étaient séropositifs, 12 % avaient été diagnostiqués moins d'un an avant l'enquête, 26 % savaient être séropositifs depuis 1 à 5 ans, 19 % depuis 6 à 10 ans, 14 % depuis 11 à 15 ans et 12 % depuis 16 à 20 ans. Seize pour cent des participants séropositifs ont indiqué avoir été diagnostiqués 20 ans auparavant ou plus. Soixante-dix-neuf pour cent des participants séropositifs ont indiqué prendre des médicaments (c.-à-d. des antirétroviraux) pour traiter leur infection à VIH.

L'échantillon était diversifié pour ce qui est des revenus et du logement, et un peu moins pour ce qui est de la scolarité. Dix-sept pour cent des participants à l'enquête ont indiqué n'avoir aucun revenu ou des revenus très faibles, être pauvres. Un grand nombre de participants ont dit faire partie de la classe ouvrière à revenus faibles / moyens (35 %) ou de la classe moyenne à revenus moyens. Seulement 6 % des participants ont signalé faire partie de la bourgeoisie avec des revenus élevés. L'échantillon avait un haut niveau d'études, avec environ 99 % indiquant au moins un niveau d'éducation secondaire, 61 % un niveau d'études du deuxième cycle / universitaire et 24 % un niveau d'études de troisième cycle / doctorat. Pour ce qui est du logement, 76 % des participants ont indiqué avoir un endroit stable où vivre, tandis que 22 % n'avaient pas d'endroit stable et 2 % ont indiqué ne pas avoir d'endroit où vivre.

La plupart des participants à l'enquête ont indiqué être sexuellement actifs. Soixante-sept pour cent ont indiqué avoir des relations sexuelles avec au moins 2 partenaires les 12 derniers mois, tandis que 26 % ont indiqué n'avoir eu qu'un seul partenaire pendant les 12 derniers mois. Huit pour cent ont indiqué ne pas avoir eu de relations sexuelles dans les 12 derniers mois. Une majorité (35 %) des participants se sont identifiés comme « célibataire » et 32 % ont indiqué avoir un partenaire de sexe masculin. Sept pour cent ont indiqué être mariés à un homme et 5 % à une femme. Enfin, la plupart (87 %) des participants ont indiqué avoir des relations sexuelles seulement avec des hommes, 9 % avec des hommes et des femmes, 2 % seulement avec des femmes et 2 % ont dit ne pas voir de relations sexuelles du tout.

4. Résultats

FRÉQUENCES POUR LES POINTS D'ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH ÉLÉMENTAIRES ET ÉMERGENTS

Les fréquences pour les points d'accès aux services de prévention du VIH élémentaires et émergents ont révélé de grandes disparités dans les types de services auxquels les participants ont indiqué avoir accès. Il faut remarquer qu'il n'y avait pas un seul service auquel une grande majorité de participants avait un accès facile. Toutefois, certains services étaient plus « facilement accessibles » que d'autres.

Les services de prévention de base du VIH qui sont recommandés par l'ONUSIDA et la Banque mondiale, comme le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), les conseils en matière de VIH et le traitement des IST ont été notés comme étant facilement accessibles par 53 %, 51 % et 47 % des participants, respectivement. L'accès au traitement contre le VIH était toutefois assez faible, avec seulement 36 % indiquant qu'il était facilement accessible, tandis que 27 % ont indiqué qu'il était « disponible, mais quasiment impossible d'accès » ou qu'ils « n'en avaient jamais entendu parler ». D'autres services de base comme les préservatifs gratuits et les lubrifiants étaient d'accès facile pour seulement 44 % et 29 % des participants, respectivement. Seulement 30 % des participants ont indiqué avoir un accès facile à chacun des services de prévention de base du VIH suivants : interventions en matière de VIH / SIDA réduisant les comportements à risques, documents éducatifs sur le VIH, services de santé mentale, soins médicaux gratuits ou très abordables, campagne médiatique axée sur la réduction des infections à VIH, et des lois et politiques garantissant l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH.

Près de la moitié (48 %) des participants ont indiqué voir un accès facile au dépistage du VIH. Les programmes d'éducation sexuelle n'étaient toutefois pas facilement accessibles, seulement un quart des participants indiquant qu'ils l'étaient. Les campagnes médiatiques pour lutter contre l'homophobie n'étaient pas généralisées, la moitié des participants indiquant qu'il n'y en avait pas (30 %) ou qu'ils n'en avaient jamais entendu parler (20 %). De même, les établissements de santé pour les HSH n'étaient pas d'accès facile, avec plus de la moitié (52 %) indiquant qu'il n'y en avait pas (27 %) ou qu'ils n'en avaient pas entendu parler (25 %). L'accès aux services de toxicomanie était aussi faible, seulement 16 % des

participants indiquant un accès facile et moins de la moitié (43 %) indiquant un accès *quelconque* à des programmes d'échange de seringues. Enfin, seulement un quart (24 %) des participants ont indiqué que les programmes de traitement de la toxicomanie étaient facilement accessibles.

Pour ce qui est de la connaissance et de l'accès aux **stratégies émergentes de prévention du VIH**, dans tous les cas, excepté pour la circoncision, il y avait peu de mentions d'accès facile. Par exemple, la PEP était décrite comme facilement accessible par seulement 18 % des participants. Trente-cinq pour cent ont indiqué n'avoir jamais entendu parler de la PEP. De même, 39 % ont indiqué n'avoir jamais entendu parler de la PrEP et 44 % des HSH n'avait jamais entendu parler des microbicides topiques pour la prévention du VIH. La circoncision représentait la seule stratégie de prévention biomédicale à laquelle de nombreux participants pouvaient avoir accès. 50 % ont indiqué qu'elle était facilement accessible et seulement 10 % des participants n'avait jamais entendu parler de la circoncision comme stratégie biomédicale.

FRÉQUENCES POUR LES POINTS D'ATTITUDES ENVERS LA PrEP

Les points concernant les attitudes envers la PrEP ont évalué les vues positives et négatives des participants au sujet de l'utilisation de la PrEP dans plusieurs domaines. Ces domaines comprenaient le risque financier, sanitaire et sexuel, entre autres. Pour tous les points, la découverte principale a été le manque d'opinion et d'informations des participants au sujet de la PrEP. À la plupart des points, la plus grande proportion (37 à 64 %) des réponses était « Je ne sais pas ». Cette découverte est révélatrice, car elle souligne que les participants manquent d'informations sur la PrEP qui leur permettraient de se forger une opinion à son sujet. En dehors de l'importance de la réponse « Je ne sais pas », d'autres découvertes étaient propres à certains points. Par exemple, 35 % des participants étaient d'accord (c.-à-d. soit « tout à fait d'accord » soit « plutôt d'accord ») que la PrEP devrait être utilisée par les HSH pour prévenir l'infection. Toutefois, 30 % des participants étaient d'accord que la PrEP allait être trop chère. Pour ce qui est de la sécurité, il est clair que les participants étaient ambivalents au sujet de la PrEP. La majorité d'entre eux (64 %) a indiqué qu'ils ne savaient pas si la PrEP était sans danger tandis que 20 % ne pensaient pas qu'elle était sûre. Cinquante-huit pour cent pensaient que l'argent devrait être utilisé pour financer la recherche afin de mieux comprendre la prophylaxie pré-exposition comme stratégie de prévention du VIH pour les HSH. Environ quatre participants sur dix (38 %) pensaient que la PrEP aurait pour conséquence une moindre utilisation des préservatifs par les HSH ; très peu d'entre eux (16 %) pensaient qu'elle avait le potentiel d'être une stratégie plus efficace pour que le préservatif pour la prévention du VIH.

COMPARAISONS ENTRE GROUPES PRINCIPAUX

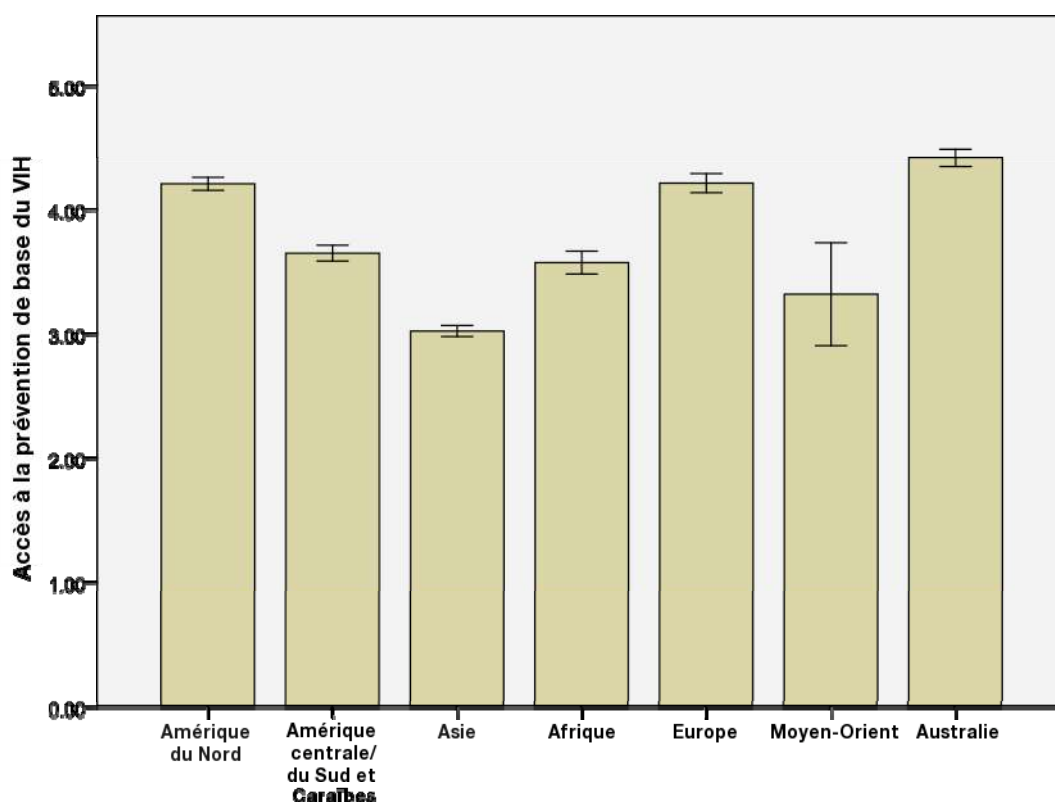
RÉGION

Comme illustré dans le tableau I ci-dessous, des différences importantes ont été révélées pour chacun des concepts de base. Les valeurs F de chaque concept peuvent être interprétées en termes de magnitude des différences de groupe (c.-à-d. à une plus grande valeur F correspondent les plus grandes différences moyennes entre les régions). L'analyse de la variance a révélé que les participants d'Afrique indiquaient les niveaux les plus élevés de stigmatisation et d'homophobie externe de toutes les régions. Après l'Afrique, les deuxièmes niveaux les plus élevés de stigmatisation et d'homophobie externe étaient signalés au Moyen-Orient, dans la région Asie-Pacifique, en Amérique centrale / du Sud et Caraïbes, avec des niveaux relativement égaux de ces indicateurs. Ces régions étaient suivies par l'Europe et l'Amérique du Nord et enfin par l'Australie / la Nouvelle-Zélande avec les niveaux les plus faibles de stigmatisation et d'homophobie de toutes les régions. Pour ce qui est de l'homophobie internalisée, les hommes d'Afrique et de la région Asie-Pacifique ont indiqué les niveaux les plus élevés d'homophobie internalisée, les nombres étant dans la même plage. L'Afrique et l'Asie étaient suivies par un groupe de régions dans la plage moyenne de résultats, y compris le Moyen-Orient et l'Amérique centrale / du Sud et les Caraïbes. Les niveaux les plus faibles d'homophobie internalisée se trouvaient en Europe, en Amérique du Nord et en Australie / Nouvelle-Zélande. Enfin, les hommes d'Asie, du Moyen-Orient et d'Afrique avaient des niveaux plus bas d'estime de soi que les hommes d'Europe, d'Australie / de Nouvelle-Zélande, d'Amérique du Nord et d'Amérique centrale / du Sud et des Caraïbes.

Tableau I : COMPARAISONS DES CONCEPTS CLÉS PAR RÉGION

Concept	Amérique du Nord		Amérique centrale / du Sud et Caraïbes		Asie-Pacifique		Afrique		Europe		Moyen-Orient		Australie / Nouvelle-Zélande		Valeur F	p
	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS		
<i>Homophobie perçue (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)</i>	2,07	0,68	2,59	0,70	2,57	0,71	2,86	0,87	1,99	0,73	2,52	0,80	1,72	0,58	115,16	0,000
<i>Homophobie internalisée (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)</i>	1,38	0,45	1,54	0,60	1,97	0,68	1,82	0,66	1,33	0,37	1,69	0,60	1,42	0,50	112,46	0,000
<i>Estime de soi (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)</i>	3,79	0,37	3,81	0,33	3,53	0,49	3,68	0,40	3,72	0,45	3,59	0,55	3,75	0,41	40,37	0,000
<i>Accès à la prévention émergente (1-5 ; du plus bas au plus haut)</i>	3,27	1,04	2,48	1,01	2,32	1,08	2,82	0,83	3,04	0,94	2,69	0,92	3,13	1,16	81,53	0,000
<i>Connaissance de la prévention émergente (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)</i>	2,90	0,78	2,48	0,79	2,05	0,68	2,64	0,73	2,91	0,77	2,61	0,85	2,49	0,79	138,54	0,000
<i>Désir d'en savoir plus sur les tech. émergentes (1-4 ; du plus faible au plus élevé)</i>	3,08	0,78	3,74	0,46	3,70	0,50	3,58	0,64	2,76	0,80	3,39	0,77	2,92	0,73	193,56	0,000
<i>Points corrects de connaissance de la PrEP (0-6 ; du minimum au maximum)</i>	2,99	1,76	2,07	1,81	1,36	1,56	2,37	1,99	3,48	1,83	1,64	1,50	2,33	1,69	99,19	0,000
<i>Attitudes envers la PrEP (1-4 ; de la moins favorable à la plus favorable)</i>	2,43	0,72	2,57	0,75	2,74	0,70	2,67	0,62	2,26	0,63	2,42	0,64	2,43	0,69	23,30	0,000
<i>Messages de prévention du VIH. (0-5 ; de l'exposition la plus faible à la plus élevée)</i>	3,97	1,31	4,09	1,32	3,34	1,70	4,23	1,30	4,09	1,20	2,45	1,99	3,27	1,41	29,67	0,000
<i>Prévention du VIH dans des endroits (0-5 ; nombre d'endroits du plus bas au plus haut)</i>	2,34	0,98	2,18	0,94	1,23	1,25	2,02	1,16	2,21	0,90	1,25	1,25	2,21	0,99	103,58	0,000

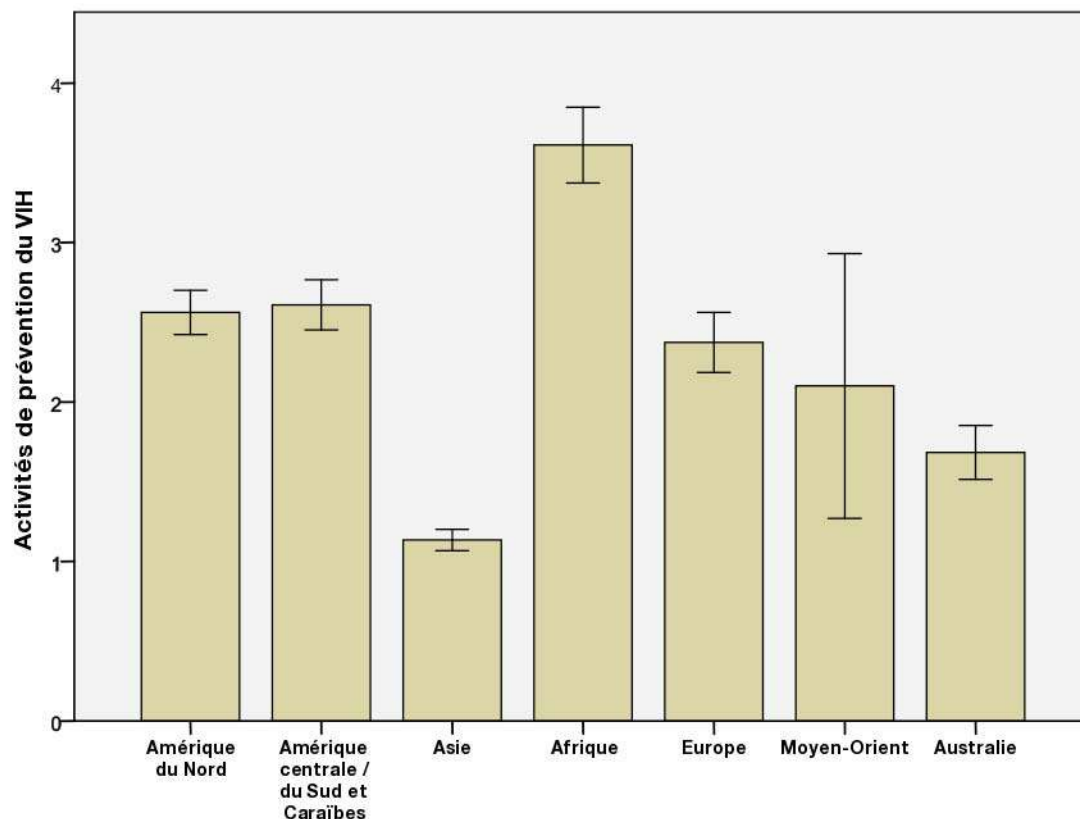
Les niveaux de connaissance au sujet des stratégies émergentes de préventions du VIH différaient aussi par région, comme le désir d'en savoir plus à propos de ces stratégies et les attitudes envers la PrEP. Les participants dans la région Asie-Pacifique ont indiqué les niveaux les plus faibles de connaissance des technologies émergentes de prévention du VIH, suivis par les participants de l'Amérique centrale / du Sud et des Caraïbes, de l'Australie / de Nouvelle-Zélande, du Moyen-Orient et d'Afrique. Les participants d'Amérique du Nord et d'Europe ont indiqué un niveau nettement plus élevé de connaissance de la prévention émergente que les participants de toutes les autres régions. Tandis que les participants en Afrique, dans la région Asie-Pacifique et en Amérique centrale / du Sud et Caraïbes avaient une connaissance moindre des technologies émergentes que ceux d'Amérique du Nord et d'Europe, ils ont montré des niveaux nettement supérieurs de désir d'en savoir plus au sujet de la prévention émergente que les participants de toutes les autres régions. Des résultats semblables ont été observés pour la connaissance des technologies émergentes de prévention du VIH pour les points de PrEP : les participants de la région Asie-Pacifique et du Moyen-Orient ont répondu correctement à nettement moins de points de connaissance de la PrEP que les participants de toutes les autres régions. Les participants en Amérique centrale / du Sud et Caraïbes, en Australie / Nouvelle-Zélande et en Afrique ont répondu correctement à nettement plus de points que les participants de la région Asie-Pacifique et du Moyen-Orient, mais à beaucoup moins de points que les participants en Amérique du Nord et en Europe qui avaient les niveaux de connaissance les plus élevés. Enfin, les participants en Europe avaient les attitudes les moins favorables envers la PrEP comparés aux participants des autres régions, suivis par le Moyen-Orient, l'Australie / la Nouvelle-Zélande et l'Amérique du Nord.

FIGURE I : ACCÈS AUX STRATÉGIES DE BASE DE PRÉVENTION DU VIH PAR RÉGION

Remarque : les barres reflètent la note pour la mesure de 18 points estimant l'accès aux services de base de prévention du VIH (mesuré sur une échelle de Likert à 5 points) pour chaque région. Un « 5 » indiquait une haute accessibilité (« c'est facilement accessible là où je vis ») et « 1 » indiquait une accessibilité faible (« je n'en ai jamais entendu parler »). Les fourchettes révèlent un intervalle de confiance de 95 % pour les notes moyennes. Les scores moyens entre les régions sont significativement différents dans l'analyse de variance ($p < 0,001$). Une liste exhaustive de ces services de base de prévention du VIH se trouve dans la section Méthodes de l'annexe.

Comme illustré à la figure I, il existe une variation importante dans l'accès aux stratégies élémentaires de prévention du VIH entre les régions. Les participants en Australie / Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord avaient les niveaux les plus élevés d'accès aux technologies de base de prévention du VIH. Les participants en Afrique ou Amérique centrale / du Sud et Caraïbes avaient des niveaux nettement plus faibles d'accès aux stratégies de prévention de base du VIH que les participants en Australie / Nouvelle-Zélande, Europe et Amérique du Nord. Les participants de la région Asie-Pacifique et du Moyen-Orient avaient un accès nettement plus faible que les participants de toutes les autres régions.

En outre, on a constaté d'importantes variations régionales dans la participation aux activités de prévention du VIH. Comme illustré à la figure 2, les participants en Afrique indiquaient avoir le niveau le plus élevé de participation dans les activités de prévention du VIH. Ils étaient suivis par les participants au Moyen-Orient, en Europe, en Amérique du Nord, et en Amérique centrale / du Sud et aux Caraïbes qui avaient des niveaux égaux de participation. Les participants de la région Asie-Pacifique et de l'Australie / la Nouvelle-Zélande ont indiqué les niveaux les plus faibles de participation dans la prévention du VIH. Aussi, les personnes répondant au Moyen-Orient, en Australie / Nouvelle-Zélande et dans la région Asie-Pacifique ont indiqué une exposition nettement plus faible aux messages de prévention acquis dans divers endroits par rapport à ceux en Afrique, en Amérique centrale / du Sud et aux Caraïbes, en Europe et en Amérique du Nord (tableau I, ligne 9). De même, les participants de la région Asie-Pacifique, du Moyen-Orient et d'Afrique ont indiqué obtenir la documentation sur la prévention du VIH dans bien moins d'endroits que les participants des autres régions (tableau I, ligne 10).

FIGURE 2 : PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU VIH PAR RÉGION

Remarque : les barres reflètent une note totale de la mesure à 5 points estimant la participation dans les diverses activités de prévention du VIH pour différents groupes d'âge. Les options de réponse comprenaient « oui, j'y ai participé » et « non, je n'ai pas participé ». Les scores les plus élevés indiquent une plus grande participation aux activités de prévention du VIH. Les fourchettes révèlent un intervalle de confiance de 95 % pour les notes. Les scores moyens entre les régions sont significativement différents dans l'analyse de variance ($p < 0,001$).

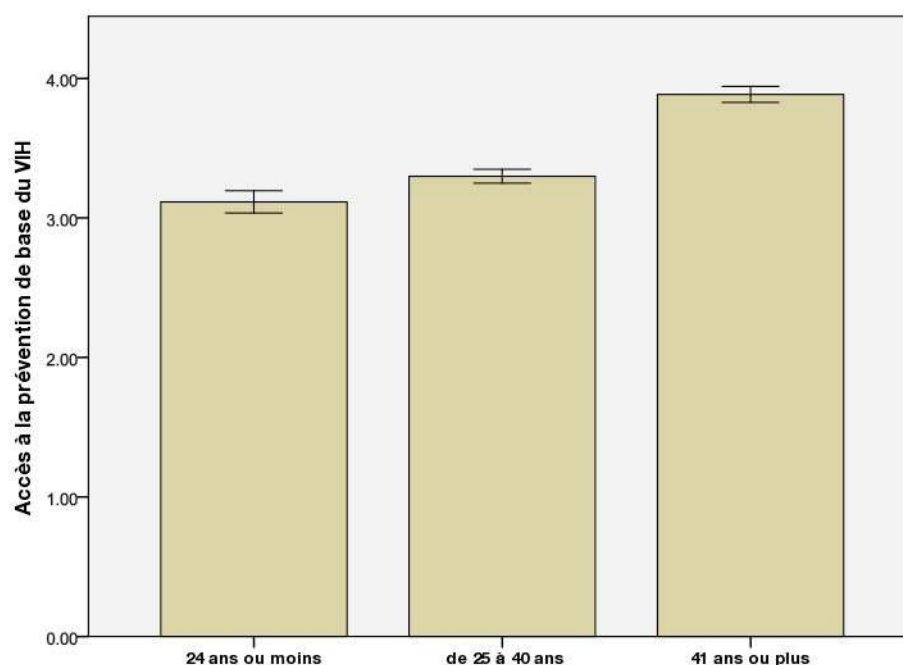
GROUPE D'ÂGE

Comme le montre le tableau 2 ci-dessous, des différences importantes ont été révélées dans les groupes d'âge pour chacun des concepts de base. Les valeurs F indiquent qu'il y avait de grandes différences parmi les groupes d'âge (par ex., accès à la prévention de base, connaissance de la prévention émergente). En général, les groupes les plus jeunes semblaient être dans une situation plus défavorable pour ce qui est de facteurs psychosociaux, d'accès à la prévention du VIH (figure 3) et d'engagement à la prévention du VIH comparés au groupe plus âgé. Par exemple, les participants qui avaient 41 ans ou plus ont indiqué une stigmatisation perçue moindre, une homophobie internalisée plus faible et une meilleure estime de soi que les participants qui avaient 24 ans ou moins, et ceux de 25 à 40 ans. Les participants les plus jeunes (24 ans et moins) ont indiqué nettement plus d'homophobie internalisée et une estime de soi plus faible que les deux groupes plus âgés. Les participants qui étaient plus âgés (41 ans et plus) avaient aussi la connaissance la plus élevée des stratégies émergentes et le plus grand nombre de réponses correctes aux points de connaissance de la PrEP par rapport aux autres groupes d'âge. Les participants les plus jeunes (24 ans et moins) ont montré le niveau le plus bas de connaissance des stratégies émergentes et ont eu le moins de réponses correctes aux points de PrEP. Toutefois, les participants plus jeunes (40 ans et moins) ont indiqué un niveau plus élevé de désir d'en savoir plus au sujet des stratégies émergentes de prévention et ont exprimé des attitudes plus favorables envers la PrEP comparés aux participants qui avaient 41 ans et plus.

Tableau 2 : COMPARAISONS DES CONCEPTS CLÉS PAR ÂGE

Concept (plage)	24 ans ou moins		25-40 ans		41 ans ou plus		Valeur F	p
	Moy.	DS	Moy.	DS	Moy.	DS		
<i>Homophobie perçue</i> (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)	2,50	0,73	2,47	0,76	2,27	0,76	23,24	0,000
<i>Homophobie internalisée</i> (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)	1,95	0,67	1,80	0,65	1,55	0,62	61,15	0,000
<i>Estime de soi</i> (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)	3,51	0,49	3,61	0,47	3,75	0,39	49,26	0,000
<i>Accès à la prévention émergente</i> (1-5 ; du faible au plus élevé)	2,23	1,03	2,50	1,08	2,90	1,15	74,55	0,000
<i>Connaissance de la prévention émergente</i> (1-4 ; de la plus faible à la plus élevée)	2,00	0,67	2,20	0,73	2,61	0,83	141,61	0,000
<i>Désir d'en savoir plus sur les tech. émergentes</i> (1-4 ; du plus faible au plus élevé)	3,69	0,49	3,60	0,60	3,24	0,078	120,07	0,000
<i>Points corrects de connaissance de la PrEP</i> (0-6 ; du minimum au maximum)	1,41	1,61	1,89	1,87	2,71	1,90	85,51	0,000
<i>Attitudes envers la PrEP</i> (1-4 ; de la moins favorable à la plus favorable)	2,70	0,71	2,63	0,71	2,51	0,72	11,51	0,000
<i>Messages de prévention du VIH.</i> (0-5 ; de l'exposition la plus faible à la plus élevée)	3,36	1,65	3,51	1,60	3,85	1,46	20,73	0,000
<i>Prévention du VIH dans des endroits</i> (0-5 ; nombre d'endroits du plus bas au plus haut)	1,32	1,28	1,60	1,24	1,97	1,14	54,91	0,000

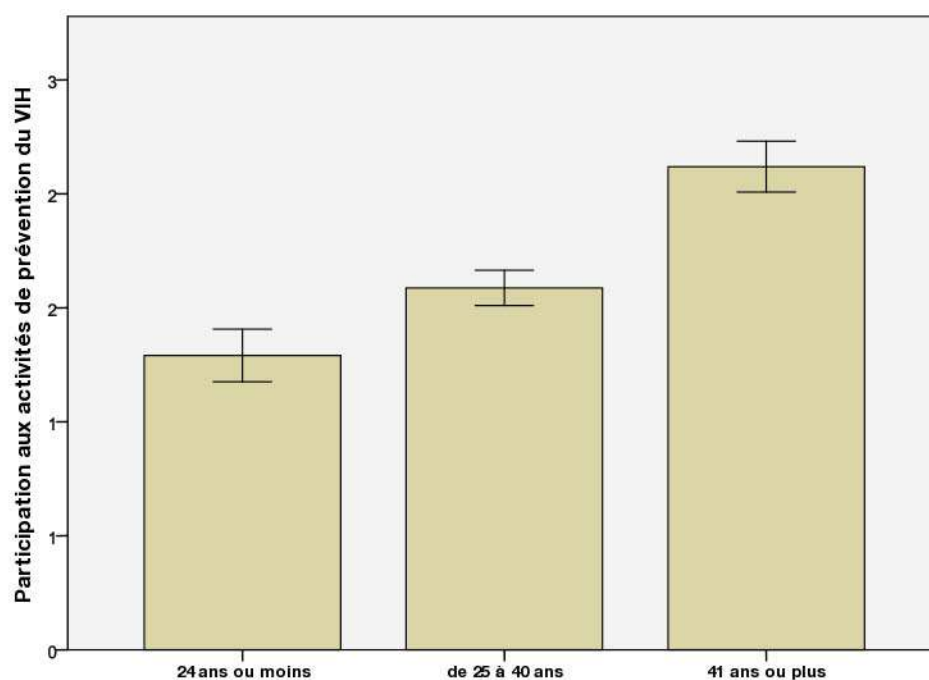
FIGURE 3 : ACCÈS AUX SERVICES DE BASE DE PRÉVENTION DU VIH PAR GROUPE D'ÂGE



Remarque : les barres reflètent la note pour la mesure de 18 points estimant l'accès aux services de base de prévention du VIH (mesuré sur une échelle de Likert à 5 points) pour chaque région. Les fourchettes révèlent un intervalle de confiance de 95 % pour les notes moyennes. Les scores les plus élevés indiquent un plus grand accès aux services de prévention du VIH. Les scores moyens entre les groupes d'âge sont significativement différents dans l'analyse de variance ($p < 0,001$).

Comme illustré dans les figures précédentes, les participants qui avaient 24 ans ou moins ont indiqué avoir nettement moins accès aux services de prévention de base et émergents du VIH que les deux groupes plus âgés. Les participants qui avaient 41 ans et plus ont signalé le plus d'accès. Enfin, les participants de 24 ans ou moins ont indiqué avoir la participation la plus faible dans les activités de prévention du VIH (voir Figure 4, ci-après), le niveau le plus bas de messages de prévention reçus en différents endroits, et le moins d'endroits dans lesquels ils obtenaient la documentation sur la prévention, par rapport aux participants de 25 à 40 ans et de 41 ans et plus. Le groupe le plus âgé (41 ans et plus) a indiqué la plus grande participation dans les activités de prévention et le plus haut niveau d'accès aux messages et endroits de prévention du VIH.

FIGURE 4 : PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU VIH PAR GROUPE D'ÂGE



Remarque : les barres reflètent une note totale de la mesure à 5 points estimant la participation dans les diverses activités de prévention du VIH pour différents groupes d'âge. Les fourchettes révèlent un intervalle de confiance de 95 % pour les notes. Les notes les plus élevées indiquent une plus grande participation aux activités de prévention du VIH. Les notes moyennes entre les groupes d'âge sont significativement différentes dans l'analyse de variance ($p < 0,001$).

DES ANALYSES DE RÉGRESSION MULTIPLE PRÉDISENT L'ACCÈS ET LA PARTICIPATION AUX SERVICES DE PRÉVENTION

Nous avons utilisé des analyses de régression multiple pour évaluer quelles démographies et quelles variables de connaissance, attitude et comportement (CAC) étaient des facteurs prédictifs indépendants d'accès aux services de prévention de base du VIH (tableau 3) et de la participation aux activités de prévention de VIH (tableau 4). L'annexe Méthodes décrit la sélection du modèle de régression et le processus de construction de modèle en détail.

Le modèle prédisant l'accès aux stratégies de prévention de base du VIH (tableau 3) incluait les variables suivantes : stigmatisation / homophobie externe perçue, homophobie internalisée, désir d'en savoir plus

au sujet de la prévention émergente, connaissance de la PrEP, participation aux activités de prévention du VIH, réception des messages de prévention, endroits dans lesquels la documentation sur la prévention du VIH était obtenue, sérologie VIH, conditions de vie stables / instables et âge. Un meilleur accès aux services de prévention du VIH était positivement corrélé à la réception de messages de prévention par les participants, à leur accès aux endroits disséminant la prévention du VIH, à leur participation aux activités de prévention du VIH, à une meilleure connaissance de la PrEP, à la séropositivité, au fait de vivre dans un domicile stable et d'être plus âgé. Réciproquement, l'accès aux services de prévention du VIH était inversement lié à une perception plus élevée d'homophobie externe par les HSH, à un plus grand désir d'en savoir plus au sujet des technologies émergentes de prévention. Un accès moindre aux services de prévention du VIH a aussi été observé chez les HSH qui indiquaient des niveaux plus élevés d'homophobie internalisée, bien que cette relation n'ait pas atteint une signification statistique. Dans nos analyses, les facteurs prédictifs les plus robustes d'accès aux services de prévention du VIH sont l'homophobie externe perçue ($\beta = -0,29$) et le nombre d'endroits dans lesquels la documentation de prévention du VIH était obtenue ($\beta = 0,25$). Globalement, les variables de ce modèle ont expliqué 43 % de la variance dans l'accès à la prévention.

Tableau 3 : DÉMOGRAPHIE ET VARIABLES CAC PRÉDISANT L'ACCÈS À LA PRÉVENTION DE BASE DU VIH

<i>Variables indépendantes</i>	Bêta	S.E.	p
<i>Homophobie perçue</i>	-0,29	0,03	0,000
<i>Homophobie internalisée</i>	-0,04	0,03	>0,05
<i>Désir d'en savoir plus sur la prévention émergente</i>	-0,15	0,03	0,000
<i>Connaissance de la PrEP</i>	0,09	0,01	0,000
<i>Participation aux activités de prévention du VIH</i>	0,13	0,01	0,000
<i>Messages de prévention du VIH.</i>	0,13	0,01	0,000
<i>Prévention du VIH dans des endroits</i>	0,25	0,02	0,000
<i>Sérologie VIH</i>	0,05	0,04	0,022
<i>Situation de vie</i>	0,09	0,04	0,000

Age	-0,05	0,02	0,019
<i>Remarque : les coefficients bêta indiquent une augmentation (si bêta est positif) ou une diminution (si bêta est négatif) du résultat pour l'accès aux mesures de prévention de base du VIH, associés avec chaque augmentation d'unité dans les facteurs prédictifs (c.-à-d. la démographie et les variables CAC). Par exemple, une augmentation de 1 point dans un résultat d'homophobie perçue est associée avec une diminution estimée de 0,29 dans le résultat de l'accès à la prévention de base du VIH. Les facteurs prédictifs avec valeurs $p < 0,05$ sont considérés significatifs (c.-à-d. l'effet observé du facteur prédictif n'est probablement pas dû au hasard).</i>			

Le tableau 4 présente les modèles de prédiction de la participation à la prévention du VIH. Les variables suivantes étaient des facteurs prédictifs indépendants de la participation aux activités de prévention du VIH : stigmatisation / homophobie externe perçue, homophobie internalisée, estime de soi, accès à la prévention de base du VIH, accès aux stratégies émergentes de prévention du VIH, connaissance de la PrEP, être un prestataire de soins, virologie VIH et niveau d'études. Une plus grande participation aux services de prévention du VIH a été positivement associée à un accès plus élevé des HSH à la prévention de base du VIH, aux méthodes émergentes de prévention du VIH, à une meilleure connaissance de la PrEP, à la séropositivité, à une plus haute perception de l'homophobie externe et à une meilleure estime de soi.

Le fait d'être un prestataire de soins de santé était le facteur prédictif le plus fort de participation aux services de prévention du VIH ($\beta=0,28$), suivi par l'accès à la prévention de base ($\beta=0,23$). Ensemble, ces variables rendaient compte de 30 % de la variance dans la participation aux activités de prévention.

Tableau 4 : DÉMOGRAPHIE ET VARIABLES CAC PRÉDISANT LA PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DU VIH

Variables indépendantes	Bêta	S.E.	P
<i>Homophobie perçue</i>	0,15	0,05	0,000
<i>Homophobie internalisée</i>	-0,11	0,06	0,000
<i>Estime de soi</i>	0,06	0,09	0,017
<i>Accès à la prévention de base du VIH</i>	0,23	0,05	0,000
<i>Accès à la prévention émergente du VIH</i>	0,13	0,04	0,000
<i>Connaissance de la PrEP</i>	0,10	0,02	0,000

Être un prestataire de soins	0,28	0,10	0,000
Sérologie VIH	0,07	0,08	0,002
Niveau d'études	-0,05	0,04	0,038
Remarque : les coefficients bêta indiquent une augmentation (si bêta est positif) ou une diminution (si bêta est négatif) du résultat pour l'accès aux mesures de participation aux activités de prévention du VIH, associés avec chaque augmentation d'unité dans les facteurs prédictifs (c.-à-d. la démographie et les variables CAC). Par exemple, une augmentation de 1 point dans le score de l'accès à la prévention de base du VIH est associée à une augmentation de 0,23 dans le résultat de la participation aux activités de prévention du VIH. Les facteurs prédictifs avec valeurs $p < 0,05$ sont considérés significatifs (c.-à-d. l'effet observé du facteur prédictif n'est probablement pas dû au hasard).			

5. Conclusion et recommandations

CONCLUSION

Dans cette nouvelle ère de la pandémie du VIH, il est important que les systèmes de santé publique et les défenseurs de la santé des HSH aient une bonne compréhension de la distance déjà parcourue, aussi bien que de nos manquements, dans nos efforts pour réduire l'impact du VIH sur le HSH. Ce moment dans la pandémie du VIH est aussi le moment de se demander si nous équipons les HSH de toutes les régions du monde des outils éprouvés de prévention nécessaires à leur propre protection et à la protection de leurs communautés. Les résultats de cette étude montrent que la réponse à cette question est un « non » catégorique.

Notre étude indique que l'accès aux outils éprouvés de base de prévention du VIH n'est pas généralisé pour les HSH et leurs prestataires de soins dans le monde. Globalement, seule environ la moitié de nos participants ont indiqué avoir un accès facile au dépistage VIH / MST et au service de conseil, et seulement un tiers ont indiqué avoir un accès facile au traitement du VIH. En outre, les préservatifs gratuits n'étaient facilement accessibles que pour 44 % des HSH et le lubrifiant facilement accessible que pour 29 % seulement. Cette couverture n'est ni suffisante ni acceptable. L'enquête a aussi montré l'existence d'une variation régionale considérable dans l'accès aux stratégies de base de prévention du VIH et de la participation à la prévention du VIH. L'accès et la participation à la prévention du VIH étaient les plus faibles dans les régions à revenus faibles et intermédiaires, la région Asie-Pacifique, le Moyen-Orient, les Caraïbes et l'Amérique centrale / du Sud, et l'Afrique, tandis qu'ils étaient les plus élevés en Amérique du Nord, en Australie / Nouvelle-Zélande et en Europe. Ce résultat correspond aux autres estimations mondiales qui ont découvert une faible pénétration des interventions de base de prévention du VIH dans les régions à revenus faibles et intermédiaires. ^{1, 11, 12, 22}. Une action vigilante et urgente est nécessaire pour accroître la distribution universelle de ces stratégies de prévention éprouvées.

En outre, la plupart des HSH et leurs prestataires ont indiqué avoir une conscience et une connaissance réelle très limitées des stratégies émergentes de prévention du VIH. De ce fait, les participants indiquaient ne pas avoir d'idée claire et être appréhensifs envers les nouvelles interventions comme la

PrEP. La plupart des participants ont indiqué ne pas savoir ce qu'ils pensaient du prix, de la sécurité et de l'efficacité de la PrEP. Notre enquête a montré que la connaissance de la PrEP et des autres stratégies émergentes était faible chez les HSH dans toutes les régions. Comme prévu, les niveaux les plus élevés de connaissance ont été démontrés par les HSH dans les régions à revenus élevés. En Amérique du Nord et en Europe occidentale, les participants, en moyenne, ont répondu correctement à trois points de connaissance de la PrEP sur six. Par contre, les participants de la région Asie-Pacifique et du Moyen-Orient ont répondu correctement au moins de points, avec une moyenne de 1,4 et 1,6 sur 6 respectivement. L'intérêt pour les nouvelles stratégies était le plus élevé dans les régions à revenus faibles et intermédiaires hors de l'Australie / de la Nouvelle-Zélande, de l'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale. Il est important de remarquer que, bien que les participants aient en général montré une piètre connaissance de la PrEP et des autres stratégies émergentes, les HSH partout dans le monde ont indiqué un fort désir d'en savoir plus globalement sur les stratégies émergentes. Les HSH dans cette étude semblent réceptifs aux nouvelles approches et désirent apprendre comment ces interventions peuvent les protéger.

L'étude souligne une insuffisance grave des efforts mondiaux pour apporter aux HSH et à leurs prestataires l'accès et les informations sur les outils efficaces et émergents de prévention du VIH. Il faut remarquer que les HSH et leurs prestataires de la région Asie-Pacifique et du Moyen-Orient ont le moins d'accès aux interventions de base de prévention du VIH, le moins de connaissance au sujet des interventions émergentes de prévention du VIH ainsi que le plus grand intérêt dans les interventions émergentes de prévention, par rapport aux HSH dans d'autres régions du monde. Ce résultat met l'accent sur le besoin d'efforts de grande envergure destinés à disséminer les outils de prévention du VIH (y compris les informations) dans les pays de ces régions.

De plus, nos données montrent que l'homophobie externe continue à avoir un impact négatif sur les HSH et à perturber l'apport des services de prévention du VIH à cette population vulnérable. Les niveaux d'homophobie externe perçue étaient les plus élevés en Afrique, dans la région Asie-Pacifique, aux Caraïbes et en Amérique centrale / du Sud et au Moyen-Orient. Dans ces régions, les hommes avaient plus tendance à être « d'accord » (plutôt que « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ») avec les énoncés qui indiquaient une homophobie à l'échelle de la communauté et des institutions (par ex., « La plupart des employeurs n'engageront pas un homosexuel / HSH »). Ces résultats reflètent la dure réalité à laquelle font face les HSH aujourd'hui, nombre d'entre eux vivant dans des environnements répressifs hostiles où les relations sexuelles consensuelles entre individus du même sexe sont stigmatisées, criminalisées et / ou font l'objet de sanctions.²³ Les analyses ont montré que l'homophobie

externe perçue prédisait un accès moindre aux stratégies de base de prévention du VIH. De plus, il a été montré que la stigmatisation / l'homophobie est le concept le plus fort pour prédire l'accès aux stratégies de base de prévention du VIH. Nos résultats soulignent l'influence dangereuse de l'homophobie externe sur l'accès à d'importants services de santé publique pour les HSH et mettent l'accent sur le besoin urgent de combattre l'influence nuisible de l'homophobie. Tout aussi important, nous avons toutefois découvert que les HSH indiquaient des niveaux globalement faibles d'homophobie internalisée. Ces facteurs qui contribuent à la résilience des HSH face à la discrimination et à l'isolation demandent une exploration et des recherches plus poussées.

Notre étude a aussi indiqué que les jeunes HSH éprouvent un manque d'accès à la prévention et de connaissance des stratégies émergentes par rapport aux populations plus âgées. Les participants plus âgés ont signalé un accès plus élevé que les participants plus jeunes. Dans notre modèle de régression, l'âge était aussi un facteur prédictif significatif de l'accès aux stratégies de prévention du VIH, la jeunesse étant indépendamment associée avec une réduction de l'accès. De plus, les HSH de moins de 25 ans ont indiqué les plus hauts degrés d'homophobie externe et d'homophobie internalisée dans notre étude. Il est probable que ces jeunes font face au harcèlement, au rejet, à la violence et à l'isolation sociale, facteurs qui peuvent entraver leur accès à la prévention du VIH. En effet, de nombreux éléments suggèrent que les jeunes homosexuels, bisexuels et transgenres qui éprouvent une discrimination sociale ont un risque plus élevé d'actes autodestructeurs, de comportements sexuels à risque, ce qui révèle des occasions ratées et le manque d'accès aux services de prévention pour ce groupe démographique vulnérable.^{24, 25} Il n'est pas surprenant que dans de nombreux pays dans le monde, l'incidence du VIH chez les jeunes HSH s'accroît, suggérant que les jeunes HSH qui ont le plus grand besoin d'outils de prévention sont ceux qui y ont le moins accès.

L'émergence de nouveaux outils efficaces de prévention du VIH est prometteuse et apporte un espoir bien nécessaire pour les HSH qui ont supporté une charge disproportionnée de la pandémie depuis son début. Le nombre sans cesse grandissant des outils qui permettent de combattre la transmission du VIH doit être regardé avec un optimisme prudent. La PrPE, les microbicides et autres stratégies biomédicales émergentes, prises isolément ne sont probablement pas efficaces à cent pour cent, et les interventions de base de prévention du VIH se sont avérées nécessaires, mais non suffisantes, pour éliminer le VIH. Ces approches doivent donc être combinées et mises en œuvre de manière synergique. L'intégration efficace de ces approches sera peut-être difficile, mais c'est une tâche de la plus haute importance. Dans les domaines où l'accès et la couverture des interventions éprouvées en matière de VIH sont faibles ou incomplets, il est crucial d'accélérer la mise en œuvre de ces stratégies pour promouvoir leurs bénéfices

envers les HSH. La pénétration suffisante des soins de santé et des soins optimisés pour les HSH sont aussi nécessaires, ce qui exigerait la rupture des barrières structurelles à l'accès, y compris l'homophobie, la discrimination, la stigmatisation et la criminalisation. Les liens entre ces barrières et l'application des stratégies de base de prévention du VIH sont difficiles et ceux qui cherchent à prévenir le VIH chez les HSH doivent aborder ces facteurs pour apporter un impact significatif à long terme.

Enfin, la réponse mondiale au VIH doit aussi incorporer les éléments centrés sur le client et les principes de pratique basés sur les droits de l'Homme. Il faudra accorder la priorité à la participation et à l'engagement des HSH à toutes les étapes et à tous les degrés de la recherche, du programme, de l'élaboration de la politique, de la mise en œuvre et de l'évaluation. En fin de compte, les stratégies ont le plus d'impact quand elles sont guidées ou mises en œuvre par les membres de la communauté auxquelles elles sont destinées. Le succès est plus probable quand les membres de la communauté sont motivés et ont la liberté et les ressources qui leur permettent de participer aux comportements bénéfiques qu'ils ont mis au point.

AVANTAGES ET LIMITES

Il faut remarquer que cette enquête contient des limites importantes. Tout d'abord, l'échantillon n'est pas représentatif de tous les HSH ou de leurs prestataires de soins. Les régions du monde n'étaient pas représentées de manière égale dans l'enquête. En effet, plus de la moitié (56 %) des participants vivaient dans la région Asie-Pacifique et moins de 5 % en Afrique (4 % de l'échantillon) ou au Moyen-Orient (1 % de l'échantillon). Ces facteurs écartent la possibilité de généraliser nos conclusions pour la population de HSH tout entière. Nous reconnaissons la possibilité de biais de sélection dans l'échantillon de cette étude des HSH qui sont plus connectés aux réseaux de HSH (par ex., connexion à MSMGF et ses partenaires internationaux), ont plus d'accès à la technologie et l'information (c.-à-d. l'enquête est obtenue par e-mail et internet) et sont motivés pour répondre à cette enquête. Il est probable que notre échantillon représente les HSH qui sont connectés socialement, motivés et reliés à la technologie. Les données obtenues à partir de ce groupe surestimeront probablement l'accès aux services de prévention du VIH et la connaissance des interventions émergentes et sous-estimeront les degrés d'homophobie internalisée. Les difficultés indiquées dans l'accès aux stratégies élémentaires et émergentes de prévention du VIH sont révélatrices et notre hypothèse est que la véritable image pour les HSH non sondés serait bien plus sombre. La non-réponse représente aussi une autre limite fortement liée à la méthode d'enquête en ligne employée. L'approche ne nous permet pas de savoir exactement qui nous contactons et, ce qui est plus important, qui nous ne contactons pas. Plus spécifiquement, le nombre de personnes qui ont vu l'enquête, mais n'y ont pas répondu est inconnu, et il

est impossible de déterminer clairement si ces non-répondants sont semblables ou non à notre échantillon.

Une autre limite de la recherche est liée à la fiabilité des concepts dans différentes langues. Tandis que la plupart des échelles utilisées dans l'enquête se sont avérées très fiables, d'autres l'étaient moins. Particulièrement, les mesures d'estime de soi et d'homophobie internalisée se sont montrées peu fiables en russe. Les attitudes envers la mesure PrEP n'étaient pas non plus cohérentes en tant qu'échelle. Par exemple, les estimations de fiabilité étaient piètres pour les mesures chinoises et russes. Un autre facteur clé lié à la mesure est l'utilisation de mesures traduites. La traduction des points de l'enquête peut avoir changé les significations interculturelles. Nous projetons de conduire d'autres analyses de sensibilité et des analyses de sous-groupes pour contourner ces limites dans les analyses de suivi futures.

Malgré ces limites, il faut souligner plusieurs avantages de l'enquête et de la méthodologie. Tout d'abord et surtout, cette enquête est la première à mettre en avant les voix des homosexuels et autres HSH à travers le monde pour ce qui est de la prévention du VIH et des attitudes au sujet des technologies émergentes de prévention du VIH. Le travail montre l'importance d'une approche de la recherche basée sur les droits, surtout parce que la stigmatisation et l'homophobie jouent un rôle tellement crucial dans la limitation de l'accès aux services pour les HSH. En se concentrant sur les douze sujets clés, l'enquête apporte une compréhension étendue des services de prévention dont disposent les HSH.

Enfin, bien que l'échantillon n'ait pas été représentatif, c'était un échantillon de grande taille composé de HSH et de prestataires dans plusieurs régions. Plus de 5 000 HSH et prestataires de 127 pays ont répondu à l'enquête, nous permettant d'étudier les associations des variables critiques à partir d'un éventail de perspectives. L'enquête est la première de ce genre à être conduite à l'échelle mondiale et dans plusieurs langues, les données récoltées peuvent informer les efforts mondiaux de prévention du VIH et stimuler de nouveaux domaines de recherche pour approfondir la compréhension de la prévention du VIH dans des cadres multiples.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

Plusieurs recommandations peuvent être recueillies de ces résultats.

- I. Vu l'efficacité documentée des stratégies élémentaires de prévention du VIH, des efforts plus grands sont nécessaires pour apporter un accès universel à la prévention de base du VIH pour les HSH partout dans le monde. Les services de prévention du VIH qui font partie des stratégies

minimum en matière de VIH recommandées par l'ONUSIDA et la Banque mondiale ne sont pas largement accessibles aux HSH.

- Des efforts importants pour améliorer et étendre l'accès aux services de prévention du VIH pour les HSH sont nécessaires dans le monde entier. Les régions qui restent particulièrement mal desservies (comme démontré par les résultats de l'enquête) sont le Moyen-Orient et la région Asie-Pacifique, et de sérieuses difficultés subsistent en Afrique et en Amérique centrale / du Sud et aux Caraïbes. Il faut faire de plus grands efforts pour promouvoir l'accès à la prévention de base du VIH dans les différents pays de ces régions. Un meilleur accès aux services engendrera aussi l'engagement des HSH dans les activités de prévention qui peuvent diminuer leur risque d'infection par le VIH ou de sa transmission.
2. L'attention doit se concentrer sur la promotion de la conscience de la PrEP, des microbicides rectaux et autres interventions émergentes de prévention chez les HSH et leurs prestataires de soins de santé.
 - Les résultats demandent clairement des campagnes d'informations ciblées au sujet de la PrEP et autres stratégies émergentes de prévention pour assurer que les HSH de toutes les régions du monde comprennent comment ces nouvelles stratégies peuvent servir de prévention. Cela augmentera probablement l'acceptabilité de ces stratégies et en fera une intervention de santé publique plus faisable.
 3. Les recherches suggèrent que sans des efforts sérieux et soutenus de réduction de la stigmatisation, surtout dans la région Asie-Pacifique, au Moyen-Orient et en Amérique centrale / du Sud et aux Caraïbes, où les niveaux les plus élevés de stigmatisation ont été observés, nous n'arriverons pas à assurer à tous les HSH la possibilité d'accéder aux outils de prévention du VIH. Les décideurs, les chercheurs et les défenseurs qui veulent contrôler la propagation du VIH doivent aborder la stigmatisation et la discrimination en tant qu'éléments clés de leur travail.
 4. Enfin, l'enquête montre que des efforts ciblés sont nécessaires pour assurer que les jeunes HSH, très vulnérables au VIH, bénéficient des services de prévention de base. Étant donné l'augmentation du taux de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes HSH, il faut prêter attention à cette disparité dans l'accès aux soins de santé.

L'enquête et les résultats présentés ici sont les points de départ qui permettent d'identifier les domaines dans lesquels doivent se concentrer à l'avenir les approches de prévention du VIH, la sensibilisation et la recherche. L'enquête a obtenu de nombreuses données de HSH vivant et travaillant dans des contextes sociaux et politiques variés et divers. Le travail futur peut être axé sur les différences régionales et explorer les besoins uniques des HSH dans certains pays. De même, les concepts clés qui sont liés à l'accès à la prévention, comme la stigmatisation, la connaissance de la PrEP et l'âge doivent être étudiés davantage. Enfin, une compréhension plus grande des attitudes et perceptions spécifiques des prestataires de soins de santé est nécessaire. Les prestataires, comme ceux qui ont participé à l'enquête, peuvent apporter une perspective unique sur les besoins de prévention du VIH des HSH, et sont les parties prenantes clés dans l'effort international d'accroissement des approches combinées de prévention du VIH, du traitement et des services de soins.

Annexe : Méthodes

Le but de l'enquête était d'évaluer l'accès et la participation aux stratégies de prévention du VIH, la connaissance et les attitudes en matière de technologies émergentes de prévention du VIH (par ex., la PrEP) et la perception de stigmatisation et d'homophobie. Comme l'enquête cherchait à évaluer les participants sur des sujets pour lesquels peu de mesures étaient formellement établies (en particulier les mesures conçues spécifiquement pour les homosexuels / HSH), ces mesures furent adaptées à partir d'échelles existantes et de nouvelles mesures furent créées. Diverses méthodes furent mises en œuvre dans l'élaboration des mesures et le processus d'adaptation.

Tout d'abord, les mesures évaluant la stigmatisation / l'homophobie perçue furent adaptées à partir de mesures existantes utilisées pour les homosexuels aux États-Unis. Cela comprend une échelle de stigmatisation²⁶ une échelle d'homophobie internalisée²⁷ et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg²⁸. Ensuite, les évaluations d'accès aux services de prévention, et la connaissance et les attitudes en matière de PrEP furent développées en se servant des informations fournies par l'Organisation mondiale de la santé, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et d'autres agences non gouvernementales sur les recommandations pour des services minimum de prévention du VIH qui devraient être offerts par les départements sanitaires et les communautés. Spécifiquement, plusieurs rapports furent étudiés pour identifier les services de prévention et mettre au point les points de l'enquête, en particulier : le rapport de l'AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC), « Piecing Together the HIV Prevention Puzzle »²⁹ et leur « PrEP Fact Sheet »,³⁰ le rapport de l'ONUSIDA, « Ce dont les pays ont besoin : investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010. »³¹ le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, « Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations »³² et le document intitulé « Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-limited Settings »³³ et le court rapport de la Banque mondiale, « HIV/AIDS At A Glance ».³⁴

Finalement, le comité directeur de MSMGF étudia en détail tous les points de l'enquête. Les membres du comité familiers avec les enquêtes de santé internationales firent des commentaires axés spécifiquement sur la clarté et la pertinence des points. Les commentaires apportés par le comité directeur furent intégrés dans la mesure finale. Avant de sa mise en œuvre, des membres de la

population ciblée (les HSH) firent un test pilote de la version définitive de l'enquête. Un autre test pilote fut réalisé pour ce qui était de la durée nécessaire à remplir l'enquête, entre 8 et 12 minutes.

L'enquête fut créée en anglais, mais traduite en espagnol, français, russe et chinois pour une application internationale plus large. Un service de traduction professionnel fut engagé par le MSMGF. Pour assurer la compétence culturelle et la qualité, un brouillon de traduction fut contrôlé par plusieurs membres du comité directeur du MSMGF et un réseau plus étendu de pairs bénévoles parlant espagnol, français, russe et chinois. Les versions finales de l'enquête en anglais, espagnol, français, russe et chinois sont disponibles sur demande.

L'enquête a obtenu des informations descriptives des personnes y répondant et utilisé des mesures en profondeur pour explorer les douze sujets clés. Les informations descriptives collectées des participants comprenaient : 1) critère d'admissibilité (HSH ou prestataire de service pour les HSH), 2) région de résidence, 3) informations démographiques, 4) sérologie VIH et 5) comportement sexuel. Le critère d'admissibilité fut obtenu en demandant aux participants s'ils se décriraient comme un « homme ayant des relations sexuelles avec un homme », un « prestataire de soins ou de services sociaux pour les HSH », un « prestataire et aussi un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ». Les participants qui répondirent « Aucune des réponses ci-dessus » n'ont pas poursuivi l'enquête. On demanda aux participants qui étaient prestataires (HSH ou non-HSH) s'ils avaient « déjà participé à des programmes de soutien destinés aux prestataires de services de prévention / traitement du VIH » et depuis combien de temps ils travaillaient dans le domaine de la prévention du VIH. Les informations concernant le contexte régional furent collectées par deux points qui demandaient aux participants d'indiquer la région du monde dans laquelle ils vivaient (choix multiples) et d'indiquer le ou les pays dans lesquels ils résidaient (réponse à préciser). Les informations démographiques furent obtenues par plusieurs points. On demandait aux participants leur sexe (les options comprenaient « homme », « femme », femme transgenre / transsexuelle », « homme transgenre / transsexuel, « intersexuel » et « autre »), leur année de naissance (réponse à préciser), leur catégorie de revenus (cinq options de réponse allant de « je n'ai aucun revenu » à « revenus élevés / bourgeoisie ») et leur condition de vie (les options de réponses comprenaient « je n'ai pas d'endroit où vivre », « j'ai un endroit où vivre actuellement, mais qui n'est pas stable » et « j'ai un endroit stable où vivre »). On demandait aussi aux participants d'indiquer leur niveau d'études (six options de réponse allant de « pas de niveau d'études officiel » à « études de troisième cycle / doctorat »). Les informations concernant la sérologie VIH furent aussi évaluées à la question « Quelle est votre sérologie VIH ? ». Les options de réponses étaient : « séronégative », « séropositive », « je ne connais pas ma sérologie VIH » (les participants

avaient aussi l'option « refuse de répondre »). On demandait aux participants qui indiquaient être séropositifs depuis combien de temps ils avaient été diagnostiqués et d'indiquer s'ils prenaient des antirétroviraux. Enfin, le comportement sexuel fut obtenu en demandant aux participants de décrire leur comportement sexuel à l'aide des options suivantes : « Je n'ai eu aucune relation sexuelle ces 12 derniers mois », « j'ai eu un seul partenaire sexuel ces 12 derniers mois » et « j'ai eu 2 partenaires sexuels ou plus ces 12 derniers mois ». On demandait aussi aux participants d'indiquer s'ils avaient des relations sexuelles seulement avec des hommes, seulement avec des femmes ou avec des femmes et des hommes. Finalement, on leur demandait de décrire leur identité sexuelle en tant qu'« homosexuel », « bisexuel », « hétérosexuel » ou « autre » (réponse à remplir).

Les mesures représentant les douze sujets clés de l'enquête peuvent être décrites comme échelles ou indices, qui sont tous deux utiles pour mesurer les concepts de connaissance, attitude et comportement (CAC). Les statistiques descriptives des six mesures qui sont des indices (c.-à-d. les points qui déterminent le niveau du concept CAC dans un résultat composite) se trouvent dans le tableau 2,1 ; les estimations de fiabilité des six mesures qui peuvent être considérées des échelles (c.-à-d. les points dont on estime que les valeurs sont dues aux niveaux sous-jacents du concept CAC et sont réunies dans un résultat moyen) sont présentées dans le tableau 2,2.

1. Stigmatisation / homophobie externe perçue : Cette mesure comprenait cinq points pour évaluer les perceptions d'homophobie dans le pays où vit le participant. Les points furent adaptés à partir d'une mesure utilisée pour obtenir les perceptions de discrimination.²⁶ Par exemple : *Dans le pays dans lequel je vis, la plupart des gens pensent qu'on ne peut pas se fier à un homosexuel / HSH.* Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». L'échelle montre une grande fiabilité dans différentes langues (0,82 – 0,90) ; la fiabilité de cohérence interne globale était de 0,86.
2. Homophobie internalisée : Cette mesure comprenait sept points utilisés pour estimer le degré de stigmatisation internalisée en matière d'homosexualité / de relations sexuelles avec des personnes du même sexe chez les homosexuels. Les points furent adaptés d'une mesure utilisée par Herek et Glunt (1995)²⁷ et Meyer et coll. (1995)³⁵. Par exemple : *J'essaie d'arrêter d'être attiré par les hommes.* Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « souvent » à « jamais ». L'échelle montre une grande fiabilité dans différentes langues (0,77 – 0,85) ; sauf en russe (alpha = - 0,56) ; la fiabilité de cohérence interne globale était de 0,84,

3. Estime de soi : Cette mesure comprenait quatre points utilisés pour évaluer le sentiment général d'estime de soi et de confiance dans sa propre valeur des participants. Les points furent adaptés de l'échelle d'estime de soi de Rosenerberg²⁸, qui a été largement utilisée aux États-Unis et dans d'autres pays pour estimer l'estime de soi. Par exemple : *J'estime avoir un certain nombre de qualités positives*. Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « souvent » à « jamais ». L'échelle montre une bonne fiabilité dans toutes les langues (0,65 – 0,79), sauf en russe qui montre peu ou pas de fiabilité ($\alpha = 0,18$). Dans toutes les langues, la fiabilité de cohérence interne était bonne à 0,76.
4. Accès aux stratégies de prévention de base du VIH : Cette mesure comportait 18 points et demandait aux participants d'évaluer l'accessibilité à différents services de prévention disponibles dans leur communauté. Les services de prévention étaient identifiés en résumant les recommandations des agences de santé publique et non gouvernementale. Les services de base de prévention du VIH comprenaient : les conseils en matière de VIH, le dépistage des infections sexuellement transmises (IST), le traitement des infections sexuellement transmises, la gratuité des préservatifs, la gratuité des lubrifiants à base aqueuse, les programmes d'échange de seringues (PES), les antirétroviraux, les interventions en matière de VIH/sida qui réduisent les comportements à risques, les services psychologiques, lois et politiques garantissant l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH, des soins médicaux gratuits ou très abordables, le dépistage gratuit du VIH, des campagnes médiatiques pour réduire le VIH, des campagnes médiatiques pour réduire l'homophobie, des programmes d'éducation sexuelle, des supports d'éducation en matière de VIH, des programmes de traitement de la toxicomanie et des établissements de santé pour les homosexuels / HSH. Les réponses correspondent à une échelle Likert à 5 points, où « 5 » indiquait une haute accessibilité (« c'est facilement accessible là où je vis ») et « 1 » indiquait une accessibilité faible (« je n'en ai jamais entendu parler »). La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.
5. Accès aux technologies de prévention émergente du VIH : Cette mesure comportait 6 points et demandait aux participants d'évaluer l'accessibilité aux services émergents de prévention du VIH disponibles dans leur communauté. Les stratégies émergentes comprenaient la « circoncision », la « prophylaxie post-exposition », les « microbicides rectaux » et la « prophylaxie pré-exposition », entre autres. Les réponses faisaient appel à une échelle de Likert à 5 points où les réponses allaient de « c'est facilement accessible là où je vis » à « je n'en ai jamais entendu

parler ». La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.

6. Connaissance des technologies émergentes : Cette mesure comprenait 6 points qui demandaient aux participants d'évaluer ce qu'ils pensaient être leurs connaissances des stratégies émergentes de prévention y compris les microbicides rectaux et la PrEP. Les points furent élaborés en étudiant les rapports des agences de santé publique et non gouvernementale. Par exemple : *Comment évalueriez-vous votre connaissance de la stratégie suivante : recours aux microbicides rectaux pour prévenir la transmission du VIH parmi chez les homosexuels / HSH*. Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « très bonne » à « très mauvaise ». L'échelle montre une bonne fiabilité dans toutes les langues (0,76 – 0,87). Dans toutes les langues, la fiabilité de cohérence interne était excellente à 0,86.
7. Désir d'en savoir plus sur les technologies émergentes : Cette mesure comprenait 6 points qui demandaient aux participants d'évaluer dans quelle mesure ils aimeraient en savoir plus au sujet des stratégies émergentes de prévention y compris les microbicides rectaux et la PrEP. Les points furent élaborés en étudiant les rapports des agences de santé publique et non gouvernementale. Par exemple : *J'aimerais en savoir plus sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH chez les homosexuels*. Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». L'échelle montre une excellente fiabilité dans toutes les langues (0,80 – 0,92). Dans toutes les langues, la fiabilité de cohérence interne était de 0,90.
8. Connaissance de la PrEP : Cette mesure à 6 points fut utilisée pour évaluer la connaissance de base de la PrEP des participants. On demandait aux participants d'indiquer si une affirmation à propos de la PrEP était vraie ou fausse. Les participants avaient aussi l'option de répondre « je ne sais pas ». Les points furent élaborés en étudiant les rapports des agences de santé publique et non gouvernementale. Par exemple : *La prophylaxie pré-exposition ne devrait être utilisée que par des personnes séronégatives (vrai)*. La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.
9. Attitudes envers la PrEP : Cette mesure comprenait 9 points pour obtenir les attitudes des participants concernant la sécurité et l'utilité de la PrEP comme stratégie de prévention. Les points pour cette mesure furent élaborés en étudiant les rapports des agences de santé publique

et non gouvernementales et en faisant appel aux commentaires publics à propos de l'utilisation de la PrEP chez les homosexuels. Par exemple : *Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cette affirmation : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) coûtera trop cher.* Les réponses correspondent à une échelle Likert à 4 points, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Une cinquième option de réponse « je ne sais pas » pouvait aussi être choisie. L'échelle montre une fiabilité acceptable dans toutes les langues (0,57 – 0,73), sauf en chinois qui montre peu ou pas de fiabilité ($\alpha = 0,13$). La fiabilité de cohérence interne globale était de 0,60.

10. Participation aux activités de prévention du VIH : Cette mesure à 5 points fut utilisée pour évaluer la participation dans diverses activités de prévention du VIH. On demandait aux participants s'ils avaient participé à des conseils personnalisés, des groupes de soutien ou d'entraide axés sur la prévention du VIH, l'activisme local, des programmes mis en place dans leur école ou sur leur lieu de travail axés sur la prévention du VIH et des programmes mis en place dans leur église, temple, mosquée ou lieu de culte axés sur la prévention du VIH. Les options de réponse comprennent « oui, j'y ai participé » et « non, je n'ai pas participé ». La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.
11. Exposition aux messages de prévention du VIH : Cette mesure à 5 points fut utilisée pour évaluer si les participants avaient vu divers messages de prévention du VIH. On demandait aux participants s'ils avaient entendu des messages de prévention du VIH et vu des publicités sur Internet, entre autres médias et endroits. Les options de réponse comprenaient « oui, j'ai vu / entendu cela » et « non, je n'ai pas vu / entendu cela ». La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.
12. Endroits où la documentation sur la prévention du VIH est obtenue : Cette mesure à 4 points fut utilisée pour évaluer si les participants avaient reçu des préservatifs ou de la documentation sur les pratiques sexuelles à moindre risque. On demandait aux participants s'ils avaient reçu des préservatifs ou de la documentation concernant les pratiques sexuelles à moindre risque auprès d'organisations locales, dans une boîte de nuit, une institution religieuse et d'autres endroits. Les options de réponse comprennent « oui, cela m'est arrivé » et « non, cela ne m'est pas arrivé ». La fiabilité n'a pas été étudiée statistiquement, car cette mesure ne représente pas une échelle.

TABLEAU 2.1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES POUR LES INDICES

Indice	Nombre de points	Min	Max	Moyenne (D.S.)
Accès à la prévention de base du VIH (score moyen)	18	1	5	2,51 (1,02)
Accès à la prévention émergente du VIH (score moyen)	6	1	5	3,38 (1,12)
Connaissance de la PrEP (score total)	6	0	6	2,01 (1,83)
Participation aux activités de prévention du VIH (score total)	5	0	5	1,72 (1,64)
Exposition aux messages de prévention du VIH (score total)	5	0	5	3,58 (1,59)
Endroits où la documentation sur la prévention du VIH était obtenue (score total)	4	0	4	1,66 (1,25)

Les scores pour chacune des douze mesures furent calculés pour utilisation dans des analyses univariées et multivariées. Les valeurs numériques furent établies pour chaque point de réponses. Pour créer des scores pour les échelles (c.-à-d. les mesures 1, 2, 3, 6, 7 et 9), les scores moyens furent obtenus en prenant le score total pour la mesure (la somme de tous les points pour la mesure) et en le divisant par le nombre de points. Cela donna un score d'échelle total qui utilisait la même mesure que les options de réponse pour l'échelle. Pour les indices (c.-à-d. les mesures 4, 5, 10, 11 et 12), les scores furent obtenus en additionnant les scores des points pour obtenir un score total. Enfin, pour la mesure 9 (points de connaissance de la PrEP), un score correct du nombre total fut obtenu en additionnant le nombre de réponses correctes pour chacun des 6 points.

TABLEAU 2.2 ESTIMATION DE FIABILITÉ DE COHÉRENCE INTERNE (ALPHA) POUR LES ÉCHELLES

Echelle	Nombre de points	Langue	Alpha (α) de Cronbach
Stigmatisation / homophobie externe perçue	5	TOUTES	0,86
		Anglais	0,85
		Espagnol	0,87
		Français	0,90
		Chinois	0,85
		Russe	0,82
Homophobie internalisée	7	TOUTES	0,84
		Anglais	0,85
		Espagnol	0,81
		Français	0,77
		Chinois	0,79
		Russe	0,56
Estime de soi	4	TOUTES	0,76
		Anglais	0,75
		Espagnol	0,65
		Français	0,79
		Chinois	0,75
		Russe	0,18
Connaissance des technologies émergentes	6	TOUTES	0,86
		Anglais	0,87
		Espagnol	0,85
		Français	0,80
		Chinois	0,81
		Russe	0,76
Désir d'en savoir plus sur les technologies émergentes	6	TOUTES	0,90
		Anglais	0,87
		Espagnol	0,89
		Français	0,89
		Chinois	0,92
		Russe	0,80
Attitudes envers la PrEP	9	TOUTES	0,60
		Anglais	0,67
		Espagnol	0,62
		Français	0,73
		Chinois	0,13
		Russe	0,57

ANALYSE

Des analyses eurent lieu à plusieurs étapes. Tout d'abord, des variables sommaires pour les douze mesures clés furent créées. Comme décrit précédemment, ces variables sommaires furent obtenues en additionnant les points d'une mesure donnée ou en obtenant un score de point moyen pour la mesure. D'autres variables furent créées pour être utilisées dans les analyses. Cela comprenait créer une variable basée sur la région qui utilisait la région géographique dans laquelle les participants disaient résider. Sept catégories régionales furent utilisées : Amérique du Nord, Amérique centrale / du Sud et Caraïbes, région Asie-Pacifique (Asie centrale, du Sud / Sud-Est, Asie de l'Est et îles du Pacifique), Afrique (Afrique du Nord, de l'Ouest, de l'Est et australe) Europe (Europe occidentale et de l'Est), Moyen-Orient et Australie / Nouvelle-Zélande). Une variable de groupe d'âge fut aussi créée. Cette variable identifia trois groupes d'âge des participants à l'enquête : 1) ceux qui avaient 24 ans ou moins, 2) ceux qui avait de 25 à 40 ans et 3) ceux qui avaient 41 ans et plus.

Ensuite, des fréquences de variables, des corrélations et des tabulations recoupées furent obtenues. Les fréquences de variables furent étudiées pour déterminer les distributions et l'asymétrie, le codage correct et les données manquantes. Obtenir des fréquences de base était aussi important d'un point de vue analytique. Ces fréquences apportent des résultats importants qui permettent de décrire l'accès global aux services de prévention du VIH et les attitudes envers les stratégies émergentes, telles que la PrEP. Les corrélations et les tabulations recoupées (c.-à-d. les statistiques chi-carré) furent utilisées pour déterminer la force des associations parmi les variables démographiques clés. Aussi, les associations parmi les facteurs prédictifs d'accès et la participation aux services de prévention du VIH furent explorées pour assurer que les facteurs prédictifs ne partageaient pas trop de variances (et serviraient de ce fait à confondre les relations observées parmi les variables explicatives – y compris les facteurs démographiques, les concepts CAC – et les variables dépendantes).

La phase suivante de l'analyse se concentra sur l'étude des différences de groupe (c.-à-d. basées sur la région, l'âge) sur chacun des douze concepts de base mesurés dans l'enquête. Afin d'identifier les différences de groupe, et la magnitude de ces différences, sur les concepts clés, une analyse de variance et des tests-T furent conduits. Le test post-hoc de Tukey HSD statistiquement conservateur fut utilisé pour identifier les différences significatives entre des groupes spécifiques quand l'analyse de variance était utilisée. Les valeurs P et F/T furent étudiées pour évaluer la signification statistique et la magnitude des différences entre les groupes, respectivement.

Finalement, une série d'analyses multivariées furent effectuées pour étudier les facteurs prédictifs indépendants d'accès aux services de base de prévention du VIH et à la participation des activités de prévention du VIH. Une analyse de régression multiple fut utilisée pour tester différents modèles. Les modèles comprenaient des variables démographiques clés (c.-à-d., âge, éducation, situation de vie, revenus, sérologie VIH et HSH contre prestataire) et les concepts CAC (c.-à-d., stigmatisation perçue, homophobie internalisée, estime de soi, connaissance des stratégies émergentes, désir d'en savoir plus au sujet des stratégies émergentes, connaissance de la PrEP et attitudes envers la PrEP) comme facteurs prédictifs de l'accès aux services de base de prévention du VIH et de la participation aux activités de prévention du VIH. Dans toutes les analyses de régression, une construction de modèle de base fut employée pour obtenir le modèle de régression minimal qui convenait le mieux. Cela comprenait : 1) étudier toutes les variables indépendantes comme facteurs prédictifs de la variable dépendante (par ex., accès à la prévention de base du VIH), 2) enlever du modèle les variables qui n'étaient pas significatives (c.-à-d., au niveau $p \leq 0,10$) pour prédire la variable dépendante et 3) exécuter l'analyse de régression de nouveau avec seulement les variables significatives pour évaluer leurs effets indépendants. Les valeurs P et les bêtas standardisés ont été étudiés pour évaluer la signification statistique et la force prédictive relative, respectivement, de chaque variable indépendante.

Toutes les analyses furent conduites à l'aide du programme PASW/SPSS Statistics 18. La syntaxe utilisée dans l'analyse, ainsi que tous les résultats fournis par le logiciel statistique, est disponible aux bureaux exécutifs du MSMGF.

Références

- ¹ 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.
- ² Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, et al.. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol*. 2009;19(6):423-431,
- ³ UNAIDS. *Men who have sex with men*. Joint United Nations on HIV/AIDS website. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/briefingnote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf. Consulté le 11 juillet 2011.
- ⁴ Wolitski RJ, Stall R, & Valdiserri R. *Unequal Opportunity: Health Disparities affecting Gay and Bisexual Men in the United States*. New York: Oxford Press; 2008.
- ⁵ Ayala G, Hebert P, Lauer K, & Sundararaj M. *HIV Prevention with MSM: Balancing Evidence with Rights-based Principles of Practice*. Global Forum on MSM and HIV website. <http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/2107>. 2010. Consulté le 17 mars 2011.
- ⁶ Coates TJ, Richter L, & Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008;372(9639):669-684,
- ⁷ Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, & Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*. 2008;372(9640):764-775,
- ⁸ Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD001230,
- ⁹ Saavedra J, Izazola-Licea JA, & Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *J Int AIDS Soc*. 2008;11(1):9.
- ¹⁰ amfAR *MSM, HIV, and the Road to Universal Access — How Far Have We Come?* The Foundation for AIDS Research website. http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf. Consulté le 28 juin 2011.
- ¹¹ Beyrer, C. Global prevention of HIV infection for neglected populations: men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2010;50(3):S108-113,

-
- ¹² Adam PC, de Wit JB, Toskin I, Mathers BM, 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(2):S143-151,
- ¹³ Geibel S, Luchters S, King'Ola N, Esu-Williams E, Rinyiru A, & Tun W. Factors associated with self-reported unprotected anal sex among male sex workers in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Dis*. 2008;35(8):746-752,
- ¹⁴ Zulu K, Bulawo N, & Zulu W. *Understanding HIV risk behavior among men who have sex with men in Zambia*. Paper presented at the AIDS 2006 -XVI International AIDS Conference. Abstract WEPE0719. 2006,
- ¹⁵ Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L, & Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD003510,
- ¹⁶ Smith DK, Grant RM, Weidle PJ, Lansky A, Mermin J, & Fenton KA. Interim Guidance: Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Men Who Have Sex with Men. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2011;60(3), 65-68,
- ¹⁷ Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, & Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(5):CD009153,
- ¹⁸ Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*. 2010;329(5996):1168-1174,
- ¹⁹ Pickett J. Arming Africa with rectal microbicides: Project ARM. 2011. Science Speaks: HIV & TB News website. <http://sciencespeaksblog.org/2011/04/11/arming-africa-with-rectal-microbicides-project-arm/>. Consulté le 28 juin 2011.
- ²⁰ Grant RM, Lama JR, Anderson P L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-2599.
- ²¹ Warren M, & Marshall K. Discontinuation of the FEM-PrEP Trial Disappointing, AVAC Says Calls for continued research to find new ways to end the HIV epidemic. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/display/ReleaseDetails/i/33409/pid/212>. Consulté le 28 juin 2011.
- ²² Beyrer C, Wirtz A, Walker D, Johns B, Sifakis F, & Baral S. *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men: Epidemiology, Prevention, Access to care and Human Rights*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2011.
- ²³ Ottosson D. (2009). State sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same-sex activity between consenting adults. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association website. http://ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2009.pdf. Consulté le 6 mars 2010.
- ²⁴ Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, & Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc*. 2009;38(7), 1001-1014.
-

-
- ²⁵ McDermott E, Roen K, & Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex*. 2008;10(8), 815-829.
- ²⁶ Kessler RC, Mickelson KD, & Williams D R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav*. 1999;40(3), 208-230.
- ²⁷ Herek GM, & Glunt EK. Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In: Herek GM, Green B, eds. *AIDS, identity, and community: The HIV epidemic and lesbians and gay men*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995:55-84.
- ²⁸ Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- ²⁹ AVAC (2009). *Piecing Together the HIV Prevention Puzzle: AVAC report 2009*. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/a/GetDocumentAction/i/2241>. Consulté le 29 juin 2011.
- ³⁰ AVAC (2010). *Pre-Exposure Prophylaxis: AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC)*. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention website. <http://www.avac.org/ht/d/sp/a/GetDocumentAction/i/5851>. Consulté le 29 juin 2011.
- ³¹ UNAIDS (2009b). "What Countries Need: Investments Needed for 2010 Targets." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS website. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_en.pdf. Consulté le 29 juin 2011.
- ³² WHO (2009). *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men and Transgender Populations*. World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf. Consulté le 29 juin 2011.
- ³³ WHO (2008). *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. World Health Organization website. http://www.who.int/entity/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf. Consulté le 29 juin 2011.
- ³⁴ TWB (2003). *HIV/AIDS at a glance*. The World Bank website. <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGHIVAIDS1003.pdf>. Consulté le 29 juin 2011.
- ³⁵ Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1), 38-56.