

2002

Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal

Cheikh Ibrahima Niang

Moustapha Diagne

Youssoupha Niang

Amadou Moreau

Dominique Gomis

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-hiv

Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#), [Gender and Sexuality Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Immune System Diseases Commons](#), [International Public Health Commons](#), [Medicine and Health Commons](#), [Public Health Education and Promotion Commons](#), and the [Virus Diseases Commons](#)

Recommended Citation

Niang, Cheikh Ibrahima, Moustapha Diagne, Youssoupha Niang, Amadou Moreau, Dominique Gomis, Maye Diouf, Karim Seck, Abdoulaye Sidibe Wade, Placide Tapsoba, and Christopher Castle. 2002. "Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal," Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council.

Authors

Cheikh Ibrahima Niang, Moustapha Diagne, Youssoupha Niang, Amadou Moreau, Dominique Gomis, Maye Diouf, Karim Seck, Abdoulaye Sidibe Wade, Placide Tapsoba, and Christopher Castle

**Satisfaire aux Besoins de Santé
des Hommes qui ont des
Rapports Sexuels avec d'autres
Hommes au Sénégal**

Institut des Sciences de l'Environnement,
Université Cheikh Anta Diop
Conseil National de Lutte Contre le SIDA (CNLS)
Horizons Program

**Satisfaire aux Besoins de Santé des Hommes qui ont
des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes au
Sénégal**

**Cheikh Ibrahima Niang, Moustapha Diagne,
Youssoupha Niang, Amadou Mody Moreau,
Dominique Gomis et Mayé Diouf**

Institut des Sciences de l'Environnement, Université Cheikh Anta Diop

Karim Seck et Abdoulaye Sidibé Wade

Conseil National de Lutte Contre le SIDA (CNLS)

Placide Tapsoba

Horizons/Population Council

Chris Castle

Horizons/International HIV/AIDS Alliance

Remerciements

Les chercheurs voudraient remercier les organisations suivantes pour leur contribution à l'étude : Conseil National de Lutte contre le Sida, Institut des Sciences de l'Environnement, Africa Consultants International, Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida/Centre de Traitement Ambulatoire, Family Health International/Impact et USAID/Dakar.

Nous remercions également ceux qui ont contribué de par leurs commentaires techniques et éditoriaux au présent rapport, en particulier Margaret Dadian et Ellen Weiss du Programme Horizons et Sherry Hutchinson pour le montage.

Nos remerciements vont également à tous les individus qui ont participé à cette recherche.



Cette étude était financée par le Programme Horizons, qui est mis en œuvre par le Population Council en partenariat avec: International Center for Research on Women, International HIV/AIDS Alliance, Program for Appropriate Technology in Health, l'Université de Tulane, Family Health International et l'Université de Johns Hopkins. Horizons est financé par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International au terme du contrat N° HRN-A-00-97-00012-00. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs, et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International.

Publié en september 2002.



Le population Council, organisation non-gouvernementale à but non lucratif, vise à améliorer la santé en matière de reproduction et le bien-être des générations présentes et futures, ainsi qu'à réaliser un équilibre humain, équitable et durable entre les populations et les ressources disponibles. Le Population Council mène des recherches biomédicales, en science sociale et en santé publique, et aide à la mise en place de structures de recherches dans les pays en développement. Créé en 1952, le Council est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont originaires de divers pays. Son siège est à New York et apporte un soutien à tout un réseau de bureaux nationaux et régionaux.

Copyright © 2002 The Population Council Inc.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	4
Méthodologie	6
Orientation et contact initial	6
Ethnographie	6
Enquête	7
Discussions de groupe	7
Questions d'éthique	8
Limites de l'étude	8
Résultats	9
Identités et rôles sociaux	9
Première expérience sexuelle et relations suivantes	11
Stigmate, violence et rejet	12
Vulnérabilité aux IST/VIH	13
Comportement de recherche de soins	15
Itinéraires thérapeutiques	17
Références	18

Résumé

La recherche effectuée dans de nombreux pays a souligné la vulnérabilité des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) face au VIH et à d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Pourtant, en Afrique, peu d'attention est accordée à ces derniers dans les programmes de lutte contre le SIDA, à cause du désaveu et de la stigmatisation qui entourent communément le comportement homosexuel. A Dakar, au Sénégal, une étude menée par des chercheurs du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), l'Université Cheikh Anta DIOP et le Programme Horizons a pu, grâce à des méthodes ethnographiques et d'enquêtes, obtenir des informations fort utiles sur les besoins, comportements, connaissances et attitudes des MSM. Dans la phase ethnographique, les chercheurs ont tenu des discussions de groupes et des interviews avec des MSM et des gens en interaction avec ces derniers, comme les tenanciers de bars, les travailleuses du sexe et les chauffeurs de taxi. Dans la seconde phase, les chercheurs ont enquêté sur un échantillon de commodité de 250 MSM dont l'âge se situait entre 18 et 53 ans.

L'équipe de recherche a recruté des informateurs en se rendant dans les endroits fréquentés par des MSM, et en prenant contact avec eux pour développer une relation de confiance, notamment parmi leurs leaders. Dans le cadre du processus de recherche, les chercheurs ont dû consacrer beaucoup de temps à examiner leurs propres idées préconçues sur la sexualité, passant au crible les préjugés et tabous, et soulignant l'importance du maintien de la confidentialité des informateurs. Toutes les interviews étaient anonymes et les informateurs ont accepté de donner leur consentement avisé verbalement. Sur cette base, ces derniers ont reçu une petite somme forfaitaire de 2500 francs CFA pour couvrir leurs frais de transport, des informations sur les IST et le VIH/SIDA, ainsi qu'une référence pour une consultation médicale et un traitement gratuits.

Principaux résultats

Les MSM ont des identités et rôles sociaux distincts qui dépassent le cadre des pratiques sexuelles. Défini largement, les *Ibbis* sont plus enclins à adopter des maniérismes féminins, et à être moins dominateurs dans les interactions sexuelles. Bien que la société rejette formellement l'homosexualité, les *Ibbis* n'en bénéficient pas moins d'une grande considération dans certains milieux. Par exemple, les *Ibbis* peuvent souvent entretenir des relations avec des femmes dotées de pouvoir politique ou économique, et pour lesquelles ils accomplissent d'importantes cérémonies et fonctions sociales. Dans plusieurs quartiers, les *Ibbis* jouissent de la protection de la communauté tout entière. Les *Yoos* sont généralement les partenaires pénétrants, mais ne se considèrent pas eux-mêmes comme des homosexuels. Au-delà de ces larges catégories, il existe d'autres sous-catégories basées sur l'âge, le statut et le type de relation. Toutefois, l'identification à un groupe particulier ne constitue pas une indication infaillible des pratiques sexuelles d'un individu.

La première expérience sexuelle se passe souvent avec un adulte, pendant l'adolescence. La moyenne d'âge des enquêtés à la première expérience sexuelle avec un autre homme est de 15 ans. Cette expérience était souvent faite avec un adulte, quelqu'un dans le cercle des

connaissances ou qui avait été récemment rencontré. Un tiers (1/3) de l'échantillon a rapporté que l'adulte était un membre de la famille élargie de l'enquêté.

Les rapports sexuels entre hommes sont dictés par plusieurs raisons dont l'amour, le plaisir et la contrepartie économique. Bon nombre de leurs histoires personnelles soulignent que la première expérience sexuelle tout comme les suivantes surviennent dans un contexte d'attirance émotionnelle et physique. La contrepartie économique joue également un rôle important. Les deux tiers (2/3) des enquêtés indiquent avoir reçu de l'argent dans le cadre de leur plus récente rencontre sexuelle, et 9% avaient donné de l'argent en contrepartie de rapports sexuels. Les MSM ont fait état d'une vaste gamme de relations sexuelles, allant de la relation stable et régulière avec un seul partenaire aux relations irrégulières avec plusieurs partenaires, et sans exclure la relation régulière avec un partenaire, en plus des partenaires occasionnels. La grande majorité des MSM ont eu des rapports sexuels avec des femmes. Quatre-vingt-huit pour cent (88%) signalent avoir connu des rapports vaginaux, et environ le cinquième a pratiqué des rapports anaux avec des femmes.

La vie de beaucoup de MSM est caractérisée par la violence et le rejet. Quarante-trois pour cent (43%) des MSM ont été violés au moins une fois en dehors de leur foyer familial et 37% déclarent avoir subi des rapports forcés au cours des 12 derniers mois. Treize pour cent (13%) révèlent avoir été violés par un policier. Près de la moitié des 250 hommes interrogés avait subi des agressions verbales (notamment des injures et des menaces) de la part de leur famille. Beaucoup ont par ailleurs fait état d'agressions physiques (par exemple : coups, jets de pierres) de la part de leur famille, de membres de la communauté et de la police. L'étude a révélé une très grande mobilité, aussi bien volontaire qu'involontaire, parmi ces hommes ; environ un quart (1/4) révélant avoir été contraint de déménager au cours des 12 derniers mois. Nombre d'entre eux ont souligné l'importance de maintenir le secret de leurs penchants et relations sexuelles parce qu'une éventuelle révélation de celles-ci les conduirait à l'ostracisme, la stigmatisation, les injures ou les agressions physiques.

Bon nombre de MSM sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH à cause des rapports sexuels non protégés, des antécédents de symptômes d'IST et d'une mauvaise connaissance de ces infections. Lorsqu'ils ont été interrogés sur l'utilisation du condom lors de leur dernier rapport, seulement 23% de ceux pratiquant des rapports anaux pénétrants ont déclaré avoir fait usage du condom. La proportion est moindre chez les pénétrés : 14%. L'utilisation du condom avec les femmes était également faible : 37% ont indiqué avoir fait usage du condom lors de leur dernier rapport avec une femme.

Les informateurs ont identifié un certain nombre d'obstacles à l'utilisation du condom, notamment la diminution du plaisir, l'interférence avec l'établissement de la confiance, et un manque de pouvoir chez certains MSM, pour demander des préservatifs. De l'avis d'un informateur, « Si un Yoos ne veut pas utiliser un préservatif, un Ibbi ne peut pas dire grand chose. » Les informateurs ont également signalé le coût élevé des marques préférées de condoms et le manque d'accès aux lubrifiants aqueux.

Presque tous les 250 MSM interrogés savaient que le VIH/SIDA peut être contracté par le biais d'une relation sexuelle, et 80% d'entre eux ont cité le condom comme un moyen de prévention, même si l'utilisation actuelle ne reflète pas cette connaissance.

Beaucoup d'enquêtés ont dit avoir connu des symptômes liés aux IST. Par exemple, 42% ont dit ressentir des brûlures ou écoulements péniens, et 22% ont révélé avoir des lésions ou pustules à l'anus au moment de l'enquête. Interrogés sur l'origine de ces infections, la plupart des enquêtés ont évoqué des causes non virales ou bactériennes telles que la mauvaise hygiène, l'irritation due au coït sans une lubrification suffisante, les aliments épicés, de longues périodes d'abstinence, la masturbation, une surabondance de rapports sexuels ou d'autres maladies. Plus du tiers (1/3) a déclaré n'avoir aucune idée sur la cause.

Les comportements visant à rechercher des soins pour les symptômes d'IST s'entourent souvent de retard et dissimulation. Les MSM ont noté qu'ils sont particulièrement réticents à l'idée de révéler des symptômes anaux dans les cliniques et hôpitaux, parce qu'ils risquent de faire connaître ainsi leur homosexualité. Certains ont relevé que le personnel des centres médicaux les traitait avec mépris, s'ils ne les ignoraient pas tout simplement, et qu'il ne respectait aucunement leur confidentialité. Cela étant, certains informateurs affirment ne rien faire pour soigner leurs symptômes, et font état d'automédication par le biais de remèdes achetés sans ordonnance. Cependant, étant donné qu'il y a moins de stigmate associé aux symptômes péniens, tels que les écoulements, brûlures, démangeaisons et plaies, les MSM sont plus enclins à se rendre dans des hôpitaux ou cliniques publics pour le traitement de ces cas. A la question de savoir où ils préféreraient se rendre pour soigner des symptômes anaux ou péniens, la majorité a répondu que leur préférence était les hôpitaux ou dispensaires publics, sous réserve de leur accessibilité financière, et que les clients soient traités en toute confidentialité et respect.

Conclusion et prochaines étapes

Cette étude projette d'importants regards sur la sexualité des MSM, leur vulnérabilité aux IST/VIH et le rôle de la violence et du stigmate dans leurs vies. Les résultats mettent aussi en évidence le manque de services de santé sexuelle et d'information disponible pour couvrir les besoins spécifiques des MSM.

Les résultats dégagés par cette étude ont été récapitulés au cours d'une réunion tenue en avril 2001 à Dakar et ont permis de prendre conscience de l'importance pour la santé publique de développer des interventions non stigmatisantes pour les MSM. Il en résulte la mise sur pied d'un pool d'ONG chargé de développer et de coordonner les activités à l'intention des MSM à Dakar. Cette initiative a été possible grâce à la mission USAID sous les auspices du PNLIS. Les éléments potentiels d'intervention sont notamment la communication pour provoquer des changements de comportement, le renforcement des capacités des leaders MSM, la formation de pairs éducateurs, l'identification de prestataires de services sensibilisés aux besoins de santé des MSM et la création d'espaces qui offrent sécurité et confort, et où les MSM peuvent se retrouver pour des échanges d'informations.

Introduction

Bien que les rapports sexuels entre hommes existent dans la plupart des sociétés (Herdt 1997), cette reconnaissance de même que son importance dans la prévention du VIH/SIDA sont souvent méconnues dans les pays en développement (ONUSIDA 1998). Le désaveu du comportement sexuel entre hommes, la stigmatisation ou la criminalisation des MSM, la difficulté de joindre les MSM, une information épidémiologique insuffisante sur la transmission du VIH à travers les rapports sexuels entre hommes, des services sanitaires inadaptés ou insuffisants, ainsi que le manque de financement constituent des barrières cruciales à la recherche et à la prestation de services (ONUSIDA 2000).

Malgré l'ostracisme, le désaveu et le rejet très répandus, les MSM dans le monde occidental ont joué un rôle clé dans les efforts de mobilisation sociale visant à enrayer la propagation du VIH/SIDA (Foreman 1998). Dans le cadre du contexte africain cependant, la question de l'existence des MSM rencontre généralement une hostilité farouche (McKenna 1996). Comparée à d'autres régions du monde, l'Afrique a le plus bas niveau dans la prise de conscience et la communication au sujet de l'homosexualité, et 55% des pays africains possèdent des lois contre les MSM (McKenna 1996). Le phénomène des MSM est considéré très marginal, étroitement associé à la contamination européenne ou occidentale, et il y a une forte conviction qu'il ne trouve pas ses racines dans la société traditionnelle africaine (McKenna 1996, Institut Panos 1991).

Il existe en Afrique très peu d'études sociales et du comportement sur les MSM. La littérature anthropologique fait plusieurs références à l'homosexualité masculine dans différentes parties de l'Afrique (Tauxier 1912 ; Evans Pritchard 1929 ; Werner 1987). Au Sénégal, Crowder (1956) a décrit son existence dans la société Wolof, pour conclure que le phénomène y est bien ancré. Il y a eu une certaine documentation sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans les prisons en Afrique, en vue d'élaborer des stratégies de prévention du VIH/SIDA dans ce contexte. Par exemple, une étude menée par Simooya et al. (2001) en Zambie fait état de 8,4% de prisonniers ayant eu des rapports homosexuels, bien que par questions indirectes la conclusion implique un chiffre beaucoup plus élevé. Les interviews avec des prisonniers au Nigeria suggèrent l'existence très répandue des rapports homosexuels (Orubuloye et al. 1995). Toutefois, en dehors de la recherche menée dans les populations carcérales, il y a eu peu de travaux effectués par des chercheurs africains sur l'identité et le comportement des MSM, dans le but d'élaborer des programmes de prévention et de prise en charge qui répondent à leurs besoins.

Au Sénégal, des enquêtes ont été faites sur les MSM dans un contexte communautaire. Teunis (1996) a mené une étude ethnographique sur les MSM à Dakar, décrivant comment les forces culturelles et économiques forment leurs relations sexuelles et sociales. Bon nombre des résultats trouvés par Teunis sur la nature des relations des MSM furent corroborés par des chercheurs de l'Université Cheikh Anta DIOP, dans le cadre d'une étude sur les migrations et le VIH/SIDA au Sénégal (ONUSIDA, mai 2000). L'équipe de recherche a conduit des discussions de groupes, des interviews détaillées, et a pu obtenir l'histoire des vies d'hommes travaillant dans des bars, restaurants et dancings fréquentés par des populations migrantes et mobiles. Bien que les chercheurs ne se soient pas proposés spécifiquement d'enquêter sur les MSM, l'étude a cependant apporté d'importants éclairages sur les sous-cultures sexuelles des

MSM, leur langage et types de relations ainsi que l'environnement socio-économique des MSM au sein de la société sénégalaise.

La présente étude s'appuie sur ces premiers résultats, afin de mieux comprendre les modes de vie des MSM au Sénégal et permettre d'élaborer des interventions adéquates contre les IST/VIH à même de combler leurs besoins. Etant donné que les recherches antérieures montrent que beaucoup de MSM ont également des rapports sexuels avec des femmes, leur protection contre le VIH/SIDA comporte des implications plus larges en rapport avec la santé des familles et communautés (Foreman).

Méthodologie

L'étude fut le résultat d'une collaboration entre des chercheurs du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), l'Université Cheikh Anta DIOP, et le Programme Horizons. Les objectifs de l'étude étaient d'accroître la compréhension de la sexualité s'agissant des MSM ; d'identifier les facteurs sociaux, culturels, comportementaux et de prestations qui exposent les MSM au risque d'IST, notamment le VIH/SIDA ; mais également d'utiliser cette information pour sensibiliser les décideurs et responsables de programmes sur la nécessité de mettre en œuvre des interventions qui ne stigmatisent pas cette population.

Les chercheurs se sont servis de méthodes ethnographiques et d'enquêtes pour obtenir des informations de MSM âgés de 18 ans au moins dans plusieurs quartiers de Dakar. L'étude s'est déroulée en quatre étapes : 1) orientation sur les sites de l'étude et prise de contact initial ; 2) collecte de données ethnographiques par l'observation, les interviews informelles et semi-structurées, ainsi que des études de cas ; 3) dépouillement d'enquêtes ; et 4) discussions de groupes.

Orientation et contact initial

Dans la première phase, les chercheurs ont visité des bars, restaurants et lieux publics réputés fréquentés par des MSM. Les chercheurs ont d'abord contacté des personnes qui ont des interactions avec des MSM (« facilitateurs »). Il a fallu plusieurs rencontres entre les chercheurs et ces individus pour que ces derniers comprennent les objectifs de la recherche et ses garanties de confidentialité. Cette phase était cruciale pour mettre à l'aise les informateurs et recueillir des informations sur les lieux de rencontre des MSM, faciliter l'accès à leur réseau et les personnes en interaction avec eux. Parfois les chercheurs ont dû faire face à des réticences et résistances, après avoir été présentés à des informateurs potentiels, et poursuivre uniquement si le sujet y consentait et acceptait la procédure du consentement éclairé. Ainsi, les MSM qui ont accepté de participer à la recherche ne représentent qu'une partie de ceux d'entre eux qui ont été initialement contactés.

Ethnographie

Dans la seconde phase, les chercheurs ont mené des observations dans 19 lieux où les MSM se rencontrent pour interagir. Les chercheurs ont également effectué 23 interviews individuelles non structurées avec des personnes proches des MSM (e.g. tenanciers de bars, travailleuses du sexe, serveurs, chauffeurs de taxi, mannequins), ceux qui occupent des positions de mentors plus âgés, leaders ou célébrités au sein de la communauté de MSM, ainsi que des responsables de programmes ou ONG actifs dans la lutte contre le sida.

Toujours dans le cadre de la phase ethnographique, les chercheurs ont tenu des interviews semi-structurées avec 18 MSM, ainsi que 8 études des cas détaillées, afin d'en savoir plus sur leur initiation à la vie sexuelle, les relations familiales, sociales et sexuelles, l'usage de drogue et d'alcool et les problèmes de santé sexuelle.

Enquête

Dans la troisième phase, les chercheurs ont dirigé l'enquête sur un échantillon de commodité de 250 MSM. L'enquête a donné les types d'information suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques ;
- Problèmes rencontrés dans la famille immédiate et élargie ainsi que dans la communauté ;
- Connaissance, symptômes des IST, expérience en matière de traitement et sources préférées d'informations et de traitement ;
- Connaissance, attitudes et comportements préventifs du VIH/SIDA ;
- Comportement sexuel avec les hommes et les femmes ;
- Utilisation du préservatif.

Les chercheurs ont interviewé un échantillon de 250 MSM grâce à un outil d'enquête structuré. Pour être inclus dans l'enquête, l'individu devait avoir au moins 18 ans et reconnaître avoir déjà eu des rapports sexuels intimes avec un homme. Les chercheurs ont recruté des sujets grâce à un « échantillon par effet boule de neige » qui consistait à opérer avec des leaders reconnus pour recruter d'autres MSM qui, à leur tour, aidaient à en recruter d'autres jusqu'à atteindre 250. Etant donné que les questionnaires étaient anonymes, les chercheurs ont essayé de mettre en place des mesures de contrôle pour éviter les cas de double emploi. Par exemple, on a demandé aux leaders MSM de souligner auprès des enquêtés l'importance d'être interviewé une fois seulement.

Les enquêtés avaient entre 18 et 53 ans, avec un âge moyen de 25 ans. Quatre-vingt-deux pour cent (82%) étaient célibataires et quinze pour cent déclaraient être mariés ; certains étaient dans des mariages polygames. Environ le quart (1/4) des MSM avait des enfants. Plus du tiers (1/3) étaient des Wolofs ; mais beaucoup d'autres groupes ethniques étaient toutefois représentés. Le niveau d'éducation est relativement faible : 15% n'avaient jamais fréquenté l'école et 55% n'avaient pas achevé l'école primaire. Les enquêtés ont fait état de divers niveaux de revenus (faible, moyen et élevé) et d'occupations, notamment des athlètes professionnels, mécaniciens, artistes, manœuvres, commerçants, marabouts, étudiants. Vingt quatre pour cent (24%) d'entre eux étaient des chômeurs.

Discussions de groupe

Dans la dernière phase, les chercheurs ont organisé des discussions avec six groupes de MSM pour recueillir des informations sur le comportement sexuel et les attitudes de la communauté à leur égard. Chaque groupe comprenait six à dix participants. Les MSM plus âgés qui ne voulaient pas répondre au questionnaire constituaient un des groupes. D'autres objectifs des groupes de discussions consistaient à recueillir des feedback sur les données collectées auparavant et à discuter de la mise en œuvre de stratégies d'intervention dégagées par la recherche.

Questions éthiques

Dans le processus de recherche, l'équipe a consacré beaucoup de temps à l'examen de ses propres idées préconçues sur la sexualité, en examinant les préjugés et tabous et en soulignant l'importance du maintien du caractère confidentiel de la part des informateurs. Toutes les interviews étaient anonymes, et l'on a demandé aux enquêtés de donner leur consentement éclairé verbalement. Sur cette base, ils ont reçu une petite allocation de 2500 FCFA pour couvrir les déplacements, de l'information sur les IST et le VIH/SIDA, ainsi qu'une référence pour une consultation médicale et un traitement gratuits. Les enquêtés ont toujours posé des questions sur les sites préférés pour la collecte de données. Dans certains cas, les chercheurs ont effectué les enquêtes dans des voitures ou dans les lieux d'habitation des MSM ou bien à propos des endroits où ils passent leur temps. D'autres fois, les interviews étaient faites dans des bureaux, à l'Université.

Limites de l'étude

Notre étude comporte un certain nombre de limites liées aux enquêtés et aux sujets abordés. D'abord, l'échantillonnage par effet boule de neige qui a servi à recruter les enquêtés : bien que cette technique se soit avérée efficace au recrutement des 250 MSM, elle a cependant eu pour résultat des distorsions dans la sélection. Par exemple 83% des enquêtés avaient moins de 30 ans. Ceci peut être dû au fait que tous les enquêteurs étaient des jeunes gens, et que les MSM plus âgés étaient réticents à parler avec quelqu'un de plus jeune qu'eux, particulièrement sur un sujet guère approuvé par la société. En conséquence, nous admettons que l'échantillonnage n'est pas représentatif des MSM à Dakar.

Ensuite, l'étude s'est concentrée sur les expériences et perspectives des MSM afin d'élaborer des interventions qui répondent à leurs besoins. Cependant, nous n'avons pas interrogé certains groupes qui seraient cruciaux pour la conception et la mise en œuvre de l'intervention, comme le personnel de santé et les policiers.

Enfin, nous notons qu'un certain nombre de sujets clés liés au VIH n'ont pas été abordés dans les interviews, comme les expériences de rupture du préservatif, les rapports sexuels non pénétrant, le dépistage du VIH et les lubrifiants.

Résultats

Identités et rôles sociaux

Dans la société Wolof, le terme le plus souvent utilisé pour MSM est le mot *gor jigeen*, qui se traduit littéralement par « homme-femme ». Cela implique l'idée d'un homme qui est très proche du milieu des femmes, au point de s'identifier à elles. Le terme *gor jigeen* est actuellement considéré discriminatoire et rabaisant par les MSM. Comme l'a déclaré un MSM, « Le terme *gor jigeen* nous effraie. Lorsque quelqu'un le prononce en notre présence cela nous fait trembler. Le terme est comme le son d'une sirène dont nous attendons qu'il soit suivi par des insultes, des coups et des pierres que nous jettent des foules déchaînées ».

Entre eux, les MSM préfèrent les termes *Ibbi* et *Yoos*. Largement défini, le *Ibbi* est plus enclin à adopter des manières féminins et des comportements moins dominateurs dans les interactions sexuelles. Alors que la société peut formellement rejeter l'homosexualité, cela n'empêche pas toutefois aux *Ibbi* d'occuper des positions de grande considération dans certains milieux. Par exemple, les *Ibbi* peuvent souvent entretenir des relations étroites avec des femmes dotées de pouvoir politique ou économique, et pour lesquelles ils accomplissent d'importantes cérémonies et fonctions sociales. Dans plusieurs quartiers, les *Ibbi* jouissent de la protection de la communauté toute entière. Le *Yoos* est généralement le partenaire pénétrant lors des rapports sexuels, mais ne se considère pas comme un homosexuel.

Au-delà de ces larges catégories, il existe d'autres sous catégories basées sur l'âge, le statut et le type de relation. Selon un informateur de la Médina, « les *Boys' men* sont les jeunes *Ibbi* ; ils sont efféminés (d'apparence) et féminins d'esprit, tandis que les *Gentlemen* sont les jeunes *Yoos*. » Les *Gentlemen* sont décrits comme « des durs » ou des « machos », et sont fortement impliqués dans des réseaux d'alcool et de drogue. La structure sociale de la relation *Yoos-Ibbi* est généralement de nature inégale, articulée autour d'une dichotomie de dominant /dominé, masculin /féminin. Dans les cérémonies, ce sont les *Ibbi* qui servent les repas aux *Yoos*. Par ailleurs, les *Yoos* mangent avec des cuillères tandis que les *Ibbi* (comme les femmes) mangent avec leurs mains.

Les catégories *Ibbi* et *Yoos* ont trait davantage à l'identité et au statut, qu'aux pratiques sexuelles. Par exemple, un MSM peut s'appeler lui-même *Ibbi* ou être considéré comme tel dans la société, mais il peut aussi avoir une relation sexuelle avec un autre *Ibbi* et tous deux peuvent pratiquer des rapports sexuels anaux actifs et passifs. Par conséquent, l'identification avec un groupe particulier ne présage pas de manière infaillible des pratiques sexuelles d'un individu, ainsi que l'illustre un MSM, pêcheur de son état :

« Il y a beaucoup de relations homosexuelles parmi les pêcheurs en mer. Dans mon cas, j'étais exclusivement *Yoos* au commencement, jusqu'au jour où, par curiosité, je voulus savoir l'effet que ça devait faire d'être *Ibbi*, et depuis, je ne peux pas m'en passer. Mais je le fais en cachette, et mes partenaires réguliers pensent toujours que je suis *Yoos*. »

Les *Ibbi* sont souvent liés entre eux par des réseaux de relations intenses. Au sein de leur communauté, ils développent un système de communication codée pour protéger le secret de leur orientation sexuelle. L'un d'eux a déclaré :

« Lorsque deux *Ibbi* se rencontrent dans un car ou un bus, ils se reconnaissent dès le début. Les vêtements qu'ils portent peuvent être un signe extérieur de leur appartenance à la famille *Ibbi*. Certains *Ibbi* peuvent porter des vêtements féminins mais ceci n'est pas le cas pour la plupart. La manière de s'habiller ne suffit pas pour identifier les *Ibbi*. Comme vous le savez, beaucoup d'individus portent un grand boubou le vendredi pour aller à la prière des musulmans ; eh bien, *le Ibbi*, s'il veut, peut porter le même boubou, adopter les mêmes manières masculines et s'identifier complètement avec les croyants qui se rendent à la prière. Mais dès l'instant qu'il désire communiquer avec un autre *Ibbi* se trouvant avec lui dans la mosquée, il a une manière de bouger la manche de son boubou, faire onduler ses hanches ou rouler ses yeux, qui l'identifie exclusivement aux yeux de celui qui appartient à sa communauté de préférence sexuelle ».

Un jeune MSM a abondé dans le même sens :

« On reconnaît un *Boys'men* à travers son regard ; parfois c'est sa manière d'attacher sa ceinture ou c'est sa chemise qu'il ne boutonne pas, ou encore certaines marques sur ses vêtements qui le trahissent. »

Les enquêtés ont souligné l'importance du secret : cacher ses penchants, relations et pratiques sexuels. Selon un MSM, « lorsque vous rencontrez un *Ibbi* plus âgé, il vous donnera le surnom par lequel il faudra l'appeler. Vous ne devez jamais l'appeler par son vrai nom. Il fera tout ce qu'il faudra pour vous empêcher de connaître son vrai nom. »

Tandis que la société en général peut adopter des attitudes de rejet formel vis-à-vis de l'homosexualité pouvant même se traduire par la violence, cela n'empêche pas les *Ibbi* d'occuper des positions de grande considération dans certains segments de la société. Par exemple, certains *Ibbi* peuvent avoir des relations étroites de confiance et de confiance avec des femmes qui ont une réputation de pouvoir politique, économique et social. Les *Ibbi* accomplissent des tâches et fonctions spécifiques pour ces dames : ils les conseillent sur l'habillement et le maquillage, font la cuisine pour certaines occasions spéciales, aident dans l'organisation de cérémonies de mariage, baptême ou réunions sociales. Un MSM nous a expliqué que, de 1950 à 1960, chaque « grande dame » affiliée à un des partis politiques avait dans son entourage un groupe de MSM qui servaient d'agents publicitaires (vantant ses mérites), proférant les attaques verbales les plus fielleuses contre les rivales de la « grande dame ». En retour, la dame donnait aux MSM un soutien matériel et financier.

En plus de ces dames, qu'on appelait traditionnellement « mères de *gor jigeen* », un *Ibbi* pouvait établir une relation spéciale avec une jeune femme, qu'il appelait alors « sa sœur » (*jigeen*). Il veillait aux toilettes de cette dernière, préparait du henné ou du maquillage pour elle, et lui faisait sa tête. Il sera le confident de cette jeune femme, dans une relation de respect mutuel et d'amitié, sans aucune possibilité d'entretenir des relations sexuelles. La jeune femme en retour l'appellera « *Camen*. »

Dans plusieurs voisinages traditionnels Lébus, nous avons observé que les *Ibbi* jouissaient de la protection de la communauté toute entière. Un enquêté a dit à ce sujet : « personne n'ose insulter un *Ibbi* membre de notre communauté ; il est protégé de la même manière qu'un fou. Si vous entendez que quelqu'un lui a jeté des pierres, vous pouvez être sûr que cette personne n'est pas de ce quartier. »

Première expérience sexuelle et relations suivantes

La première expérience sexuelle avec un homme se produit souvent pendant l'adolescence avec un adulte connu ou récemment rencontré. La première rencontre sexuelle des enquêtés a eu lieu en moyenne à 15 ans (classe d'âges de 7 à 31 ans). Un tiers de l'échantillon de l'enquête a révélé que l'adulte faisait partie de la famille élargie de l'enquêté. Selon un informateur :

« Nous étions sept garçons. Notre mère avait longtemps attendu la naissance d'une fille et j'étais le plus jeune. Ma mère m'habillait comme une fille. Par ailleurs, je dormais dans la même chambre que mon oncle à cause du manque d'espace dans la maison. J'avais 12 ans et il était beaucoup plus âgé. Une nuit, il m'a ôté la culotte, touché le derrière et il m'a pénétré. Le lendemain matin, il est parti et n'est revenu qu'après un mois. »

Un autre enquêté a relaté l'influence d'un homme qui était connu de la famille :

« Un jour, un adulte, un personnage important qui fréquentait la maison, m'a invité chez lui. Lorsque je suis arrivé, il m'a demandé de le masser. Je me suis plié à ses désirs, et il s'est détendu. J'étais effrayé parce que je ne comprenais pas où il voulait en venir. Puis il a pris ma main qu'il a placée sur son sexe. Je l'ai laissé faire. Il a aussi caressé mon sexe. Ensuite il m'a donné 400 FCFA pour mon transport. Cela m'avait choqué. Cependant, il m'a invité à nouveau et j'ai accepté l'invitation. Cette fois, tout s'est passé trop vite ; il m'a pénétré et nous avons eu des relations sexuelles. »

Dans certains cas, la relation avec un adulte avait été précédée par des jeux sexuels avec d'autres garçons. Ainsi que le rapporte un MSM :

« A la maison, je prenais le bain avec des amis et des cousins, et nous nous amusions en essayant de se pénétrer les uns les autres avec du savon. A l'âge de 10 ans, je suis allé à la plage avec des amis, et j'ai rencontré un monsieur qui m'a approché en prétextant que je ressemblais beaucoup à son neveu. Il a promis de me montrer son neveu pour que je voie moi-même la ressemblance. Un jour, alors que je quittais l'école, je l'ai vu. Nous avons parlé ; il m'a proposé de venir un jour chez lui, et m'a remis 1000 FCFA pour le taxi. Le jour convenu, je me rendis chez lui. Je m'attendais à trouver son neveu. Après de longues conversations agrémentées de boissons sucrées et de gâteaux, il m'a avoué qu'il n'avait pas de neveu et qu'il vivait seul. Il m'a dit qu'il voulait avoir des rapports sexuels avec moi ; j'étais effrayé et je le lui ai dit. Il m'a dit que je n'avais qu'à essayer. Une chose entraîna une autre ; et pendant qu'il me caressait, je me rappelai avoir fait la même chose avec mes amis et cousins. Mais avec lui, je suis allé beaucoup plus loin. »

Certaines histoires de ces hommes soulignent que leur première expérience sexuelle, ainsi que les suivantes, se sont produites dans un contexte d'attirance émotionnelle et physique.

« En 1993, j'ai reçu mon diplôme et je vivais avec ma famille. J'ai rencontré un homme qui m'a demandé de l'accompagner à une fête entre hommes. J'étais curieux au sujet de son milieu, et je suis allé avec lui. Un autre jour, je suis rentré avec lui à 23 heures. Il m'a présenté à ses amis. Il est venu à moi et m'a beaucoup caressé. J'ai

ressenti beaucoup de plaisir. Nous sommes allés chez lui et il m'a pénétré. Je me sentais heureux et j'ai continué à avoir une relation amoureuse très forte avec lui. »

Dans d'autres cas, le besoin financier était la principale motivation pour les premiers rapports sexuels avec un homme. Ainsi que l'a rappelé un jeune Wolof :

« Il m'a invité chez lui le jour suivant. Il m'a donné de l'argent. J'ai respecté le rendez-vous. Nous étions seuls. L'atmosphère était silencieuse. Vers deux heures du matin, il m'a demandé de m'étendre sur le canapé. Il est allé prendre une douche, puis il est revenu dans un peignoir ; alors nous avons commencé à nous caresser l'un l'autre. Quand ce fut le moment pour moi de partir, il m'a donné encore beaucoup d'argent, vraiment beaucoup. Il m'a demandé de revenir aussi souvent que je voulais ; ce que j'ai accepté. A la fin, nous avons eu des relations sexuelles avec pénétration. Et j'ai acquis du goût pour le plaisir et l'argent. Il réglait toutes mes dettes. Pour ma part, je me rendais disponible pour lui chaque samedi. »

L'échange économique joue également un rôle important dans les expériences sexuelles actuelles des hommes de notre étude. Les deux tiers (2/3) de l'échantillon rapportent avoir reçu de l'argent dans le cadre de leur plus récente rencontre sexuelle avec un autre homme, et 9% avaient donné de l'argent en contrepartie de rapports sexuels.

Etant donné que les rapports sexuels entre hommes sont motivés par plusieurs raisons – amour, plaisir et gain économique – il n'est pas surprenant que les MSM fassent état d'un vaste éventail de relations, notamment une relation régulière stable avec un seul partenaire, une relation régulière avec un partenaire plus des partenaires occasionnels, et des relations irrégulières avec de nombreux partenaires. La grande majorité de MSM ont aussi eu des relations sexuelles avec des femmes. Quatre-vingt-huit pour cent (88%) de l'échantillon déclarent avoir déjà eu des rapports vaginaux, et presque un cinquième (1/5) a pratiqué des rapports sexuels anaux avec une femme. Certaines de ces rencontres sexuelles ont comporté un échange d'argent : 21% des MSM rapportent avoir donné de l'argent au moment de leur dernière rencontre sexuelle avec une femme, et 13% disent en avoir reçu.

Stigmate, violence et rejet

La vie de beaucoup de MSM se caractérise par la violence et le rejet. Quarante trois pour cent (43%) des MSM enquêtés ont été violés au moins une fois hors de leur foyer et 37% disent avoir été forcés à des rapports sexuels au cours des douze derniers mois. Treize pour cent (13%) signalent avoir été violés par un policier. Presque la moitié des 250 hommes interrogés avaient connu des abus verbaux (notamment insultes et menaces) de leurs familles et 19% au poste de police (tableau n°1). Comme a noté un enquêté : « La chose la plus humiliante, c'était lorsque l'officier de police a dit à ma mère, venue me voir tandis que j'étais détenu : vous n'avez pas mis au monde un garçon, votre fils est un homosexuel. »

Tableau n°1 : Répartition (%) des MSM ayant subi des abus selon le lieu (n = 250)

	Source / Cadre de l'agression		
	Famille	Communauté	Poste de Police
Agression verbale	49	40	19
Agression physique	28	12	13

Beaucoup ont aussi fait état de violence physique (e.g. coups, lapidation) provenant de la famille, de membres de la communauté et de la police. L'étude a fait ressortir une grande mobilité chez les hommes, volontaire et involontaire à la fois ; environ le quart disent avoir été obligés de déménager dans les douze derniers mois. De nombreux MSM ont souligné l'importance de cacher leurs penchants et relations sexuels parce que la révélation conduit à l'ostracisme, la stigmatisation et les abus physiques ou verbaux. Selon un enquêté :

« Dans certains quartiers, lorsqu'ils découvrent que vous êtes un *Ibbi*, alors que vous êtes simplement en train de passer votre chemin, les jeunes gens se mettront ensemble à vous jeter des pierres... Vous avez l'impression d'une pluie de pierres. »

Les raisons religieuses sont celles plus fréquemment invoquées pour justifier le rejet des MSM. Un notable musulman explique : « Puisque la religion musulmane interdit l'homosexualité, nous ne pouvons accepter les homosexuels ni dans nos maisons, ni dans nos mosquées. » Un autre religieux a expliqué que, lorsqu'un musulman serre la main à un homosexuel, il doit faire un certain nombre de prières de purification. Les MSM invoquent souvent des raisons religieuses pour affirmer que leur vie homosexuelle est pour une période de temps limitée seulement ; ils disent qu'ils s'attendent à y renoncer un jour, lorsqu'ils seront devenus vieux, pour alors se conformer à la religion musulmane.

Vulnérabilité aux IST/VIH

De nombreuses réponses font état d'expériences de symptômes d'IST. Par exemple, 42% avaient des brûlures ou écoulements péniers, tandis que 22% signalaient des lésions ou pustules anales (Tableau n°2). Lorsqu'ils ont été interrogés sur les causes des brûlures ou écoulements péniers, la plupart des enquêtés mentionnent des causes non virales ou bactériennes comme la mauvaise hygiène, l'irritation due à des rapports sans lubrification suffisante, les aliments épicés, de longues périodes d'abstinence, la masturbation, une surabondance de rapports sexuels ou d'autres maladies. Plus du tiers disent n'avoir aucune idée de la cause.

Tableau n° 2 : Antécédents de symptômes d'IST (n = 250)

Symptôme	Pourcentage
Ecoulement et brûlures du pénis	42
Saignement et écoulement à l'anوس	42
Ganglions enflés à l'aîne	36
Démangeaison et plaies autour du pénis	24
Plaies et boutons autour de l'anوس	22
Testicules douloureux et enflés	12

Contrairement à la connaissance limitée sur les symptômes d'IST, presque tous les 250 MSM savaient que le VIH/SIDA pouvait être contracté par des rapports sexuels et 80% ont cité le préservatif comme moyen de prévenir la maladie (Tableau n°3), bien que la pratique réelle ne reflète pas cette connaissance.

Tableau n° 3 : Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA (n = 250)

Moyens de prévention	Pourcentage
Préservatifs	80
Eviter les objets sales	24
Bien choisir ses partenaires	15
N'avoir qu'un seul partenaire	13
Autres	10
Demander la protection de Dieu	4
Ne pas avoir de rapports sexuels	4
Eviter de donner du sang	4
Ne sait pas	3
Eviter les transfusions sanguines	2

Note : Les enquêtés pouvaient donner plus d'une réponse par question.

Interrogés sur l'utilisation du préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel, seulement 23% de l'échantillon ayant fait état de rapport anal pénétrant disent avoir utilisé un préservatif. Le chiffre pour les rapports anaux réceptifs était beaucoup plus bas : 14%. L'utilisation du préservatif avec les femmes était également faible – 37% disent avoir utilisé un préservatif lors

de leur dernier rapport avec une femme. Les enquêtés ont identifié un certain nombre d'obstacles à l'utilisation du condom, notamment la diminution du plaisir, l'interférence avec l'établissement de la confiance, ainsi qu'un manque de pouvoir de la part de certains MSM de demander des préservatifs. Selon un enquêté, « Si un *Yooos* ne veut pas utiliser un préservatif, un *Ibbi* ne peut pas faire grand chose ». Les enquêtés ont également mentionné le coût élevé des marques préférées de préservatifs, ainsi que l'accès faible aux lubrifiants à base d'eau. La disponibilité des préservatifs ne semble pas présenter un obstacle : 86% des MSM pensaient que les préservatifs étaient faciles à trouver.

Itinéraires thérapeutiques

Les itinéraires thérapeutiques en cas de symptômes d'IST s'accompagnent fréquemment de retard et de dissimulation. Les MSM ont noté qu'ils sont particulièrement réfractaires à l'idée de révéler des symptômes anaux dans les cliniques et hôpitaux, parce qu'ils courent le risque d'exposer leur homosexualité, tandis que des symptômes sur le pénis, même s'ils sont indicateurs de certaines « maladies honteuses », ne révèlent pas en eux-mêmes leur homosexualité. L'homosexualité est considérée moins tolérable que les « maladies honteuses ». Certains hommes ont remarqué que le personnel des centres de soins les traitait avec mépris, s'ils ne les ignoraient pas tout simplement, et ne respectaient pas leur confidentialité.

Cela étant, certains enquêtés disaient ne rien faire pour traiter leurs symptômes ou alors ils se soignaient eux-mêmes avec des médicaments achetés sans ordonnance. Cependant, parce que les symptômes pénienens tels que l'écoulement, les brûlures, démangeaisons et plaies sont moins stigmatisés, les MSM sont plus enclins à se rendre dans des hôpitaux et cliniques publics pour soigner ces affections.

A la question sur le lieu préféré pour un traitement de symptômes anaux et pénienens, la majorité a mentionné les hôpitaux et dispensaires publics, à condition qu'ils soient abordables et qu'ils traitent les clients avec respect et confidentialité. La plupart des MSM pensent que les médecins fournissent les informations les plus fiables sur les IST. C'est pourquoi ils préfèrent rechercher des informations et soins auprès du système formel de santé. Les guérisseurs et marabouts ont été rarement cités comme sources préférées de traitement. Par ailleurs, il y'avait peu de soutien pour l'idée d'une structure spéciale parce que, disaient-ils, cela ne ferait qu'aggraver leur ostracisme. De même, la source préférée d'informations sur le VIH/SIDA reste le centre de soins, même si la radio et la télévision se sont avérées être les sources les plus communes d'informations sur le sujet (Tableau n°4).

Tableau n°4 : Sources actuelles et préférées d'informations sur le VIH/SIDA (n = 250)

	Source actuelle d'informations (%)	Source préférée (%)
Radio	54	25
Télévision	50	20
Amis	22	19
Conférences / débats de groupe restreint	17	19
Autres	16	11
Journaux	13	6
Centres de soins	12	31
Partenaires	2	3

Note : Les enquêtés pouvaient donner plus d'une réponse par question.

Conclusions et prochaines étapes

Cette étude éclaire, sous bien des aspects importants, la sexualité des MSM, leur vulnérabilité au VIH/SIDA, de même que le rôle de la violence et du stigmatisme dans leurs vies. Les résultats soulignent également le manque de services et d'informations en matière de santé sexuelle, disponibles pour répondre à leurs besoins particuliers.

La recherche menée auprès des MSM à Madagascar a révélé des vulnérabilités similaires. Les enquêtés dans cette étude ont identifié un certain nombre de stratégies en vue de répondre aux besoins des MSM au niveau de la prévention et de la prise en charge, notamment la formation de pairs-éducateurs, la tenue d'ateliers communautaires, la mise à disposition de préservatifs dans des endroits fréquentés par les MSM, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination parmi les professionnels de santé par le biais d'une sensibilisation (Célestine, 1998). Une récente méta-analyse de neuf études avec contrôles, évaluant les effets de l'intervention pour les MSM aux Etats-Unis, a conclu que les interventions au niveau de la communauté et les efforts de groupes restreints peuvent réduire nettement le risque sexuel dans cette population (Johnson, 2002). Etant donné nos résultats, de telles stratégies d'intervention peuvent être applicables également au contexte sénégalais.

Les résultats dégagés par cette étude ont été notifiés lors d'une réunion tenue en avril 2001 à Dakar. Ils ont permis de sensibiliser à l'importance pour la santé publique de développer des interventions non stigmatisantes pour les MSM. Il en résulte la mise sur pied d'un pool d'ONG chargées de mettre sur pied et de coordonner les activités à l'intention des MSM à Dakar. Cette initiative a été possible grâce à la mission USAID sous les auspices du PNLIS. Les éléments potentiels d'intervention sont notamment la communication pour provoquer des changements de comportement, le renforcement des capacités des leaders MSM, la formation de pairs-éducateurs, l'identification de prestataires de services sensibilisés aux besoins de santé des MSM, la création d'espaces offrant sécurité et confort où les MSM peuvent se retrouver pour échanger des informations, et la liaison avec les services de la Police afin de réduire les violences perpétrées contre eux.

Références

- Célestine, R. 1998. *Etude du Comportement des Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'autres Hommes en Matière de Prévention des MST/SIDA à Antananarivo, Madagascar*. Unpublished medical thesis.
- Crowder, M. 1959. *Pagans and Politicians*. London: Hutchinson.
- Diop, A.B. 1981. *La société Wolof- Les systèmes d'inégalité et de domination* ("Wolof Society: Systems of Inequality and Domination"). Editions Karthala. Paris: IFAN, René Descartes.
- Evans-Pritchard, E.E. 1929. *Witchcraft (Mangu) among the A-Zande*. Sudan Notes and Records XII: 163-249. Khartoum: McCorquodale.
- Foreman, M., editor. 1998. *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility*. London: Panos Institute.
- Herdt, G. 1997. *Same Sex, Different Cultures*. Boulder: Westview Press.
- Johnson, W.D. et al. 2002. "HIV Prevention research for men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 30: S118-S129.
- McKenna, N. 1996. *On the Margins: Men Who Have Sex With Men and HIV in the Developing World*. London: Panos Institute.
- Orubuloye, I.O., O.P. Omoniyi, and W.A. Shokunbi. 1995. "Sexual networking, STDs and HIV/AIDS in four urban gaols in Nigeria." *Health Transition Review*, Supplement to Vol. 5: 123-130.
- Panos Institute. 1991. "Unsung heroes in the south." *WorldAIDS* (Nov.): 5-8.
- Simoooya, O.O. et al. 2001. "'Behind walls': a study of HIV risk behaviors and seroprevalence in prisons in Zambia," *AIDS* 15(13): 1741-1744.
- Tauxier, L. 1912. *Le noir du soudan, pays Mossi et Gourounsi : Documents et Analyses* ("The Blacks of Sudan: Mossi and Gourounsi Country, Documents and Analysis"). Paris: Emile Larose, Librairie – Editeur.
- Teunis, N. 1996. "Homosexuality in Dakar: Is the Bed the Heart of Sexual Subculture?" *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity* 1(2): 153-169.
- UNAIDS. 1998. "AIDS and Men who Have Sex with Men." *Best Practices: Point of View*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2000a. "AIDS and Men who Have Sex with Men." *Best Practices: Technical Update*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. 2000b. *Résultats de recherche – action, Projet Migration et SIDA, IOA/ONUSIDA*. (“Action Research Results, Migration and AIDS Project”). Abijan: UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa.

Werner, D. 1987. *Human Sexuality Around the World*. Unpublished manuscript of the Human Relations Area Files. www.yale.edu/hraf.

Horizons

Horizons est un programme de recherche opérationnelle, d'envergure mondiale, conçu aux fins suivantes :

- Identifier et faire le test de stratégies permettant d'améliorer les programmes de prévention, de soins et de soutien pour le VIH/SIDA et de prestations de services connexes.
- Diffuser les pratiques optimales et utiliser les résultats dans le but d'étendre à plus grande échelle les interventions réussies.

Pour de plus amples informations, prière de contacter :

Horizons Program, Communications Unit
4301 Connecticut Avenue, NW Suite 280
Washington, DC 20008 USA
Tel: 202-237-9400
Fax: 202-237-8410
Email: horizons@pcdc.org
www.popcouncil.org/horizons



*Horizons est mis en œuvre par
le Population Council en partenariat avec*

- International Center for Research on Women (ICRW)
- International HIV/AIDS Alliance
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
- L'université de Tulane
- Family Health International (FHI)
- l'Université de Johns Hopkins

