

***VIH/sida, homosexualité et innovations sociales en
matière de prévention au Sénégal :
le rôle des médiateurs de santé***

Kévin Lavoie

La prévalence du VIH/sida au Sénégal est relativement faible, comparativement à d'autres pays africains. Or, les hommes gais et ceux qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement touchés par le virus, étant donné les inégalités structurelles qui les affectent et les stigmatisations associées à l'homosexualité. Afin de contrer la propagation de l'épidémie au sein de cette communauté, de nouveaux modèles d'intervention ont été développés au cours des dernières années, contribuant à l'émergence de pratiques sociales novatrices. Cet article propose une description détaillée de la médiation en santé telle qu'expérimentée à Dakar, la capitale sénégalaise. À partir d'observations et d'entretiens réalisés auprès de la première cohorte de médiateurs lors d'une expérience de stage de 1er cycle en service social, les apports et les limites de cette pratique sont considérés à l'aune des enjeux qu'elle soulève.

À l'heure actuelle, plus de trente-trois millions de personnes sont atteintes du VIH/sida dans le monde. De ce nombre, près de 70 % vivent en Afrique subsaharienne, tandis que la majorité des décès causés par le sida surviennent dans cette région du globe. Bien que l'épidémie tende à se stabiliser au niveau mondial, elle demeure particulièrement préoccupante sur le continent africain. Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida rappelle d'ailleurs que sept nouvelles infections sur dix surviennent sur ce territoire (ONUSIDA, 2013).

Grâce à la rapidité de la riposte issue de la concertation d'acteurs sociaux et soutenue par des organisations internationales, la prévalence du VIH au Sénégal est relativement faible, comparativement à d'autres pays africains (ONUSIDA et OMS, 2008). Or, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement touchés par le VIH/sida, étant donné les inégalités structurelles qui les affectent et les stigmatisations sociales associées à l'homosexualité (ONUSIDA, 2006). Bien qu'une baisse de la prévalence de certaines infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) a été enregistrée chez les hommes gais, celle concernant le VIH/sida demeure stable, mais toujours aussi élevée comparativement à la prévalence nationale. Comment améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les homosexuels? Cette préoccupation a été soulevée dans les conclusions d'une enquête visant à connaître l'impact des interventions préventives au sein de la communauté gaie sénégalaise (Wade *et al.*, 2005), puis reprise par les associations de lutte contre le VIH/sida et de défense des droits des minorités sexuelles. La médiation en santé incarne une pratique supplémentaire et audacieuse pour améliorer l'accessibilité aux structures de santé auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La médiation en santé est un processus de création du lien social et de gestion de conflit qui repose sur la présence d'un tiers susceptible d'entrer plus facilement en contact avec des personnes exclues ou en situation de marginalisation (Revault, 2008). Dans le domaine de la santé publique, il s'agit d'une démarche de régulation sociale, dans la mesure où elle apporte des solutions pratiques qui visent à réduire les carences et les lacunes dans le dépistage, la prise en charge et le dialogue auprès des personnes en situation de vulnérabilité. Les médiateurs deviennent donc des relais en matière de lutte contre le VIH/sida en

rejoignant les hommes gais, dans le but d'améliorer leur suivi dans le système de santé.

S'identifiant eux-mêmes comme homosexuels, les médiateurs ont pour mandat de faciliter l'accès à la prévention et aux soins de santé pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais aussi pour la population en général. Ce rôle de facilitateur se traduit par la participation à la prise en charge psychosociale des homosexuels vivant avec le VIH au sein des structures de santé et l'appui à l'organisation d'activités de prévention dans la communauté gaie. De plus, les médiateurs veillent au décloisonnement de la prise en charge réalisée par les acteurs associatifs et institutionnels et assurent un continuum dans la prévention et les soins. Ils ne se substituent pas aux fonctions des différents professionnels de la santé et des services sociaux, mais interviennent plutôt en complémentarité avec eux.

De personnes-ressources pour le personnel infirmier à éducateurs en milieu de travail, en passant par leader associatif, les rôles des médiateurs sont multiples et brouillent les frontières entre l'agir professionnel et l'action militante, ce qui n'est pas sans créer certaines tensions. La méconnaissance du rôle des médiateurs de la part des cliniciens avive les rivalités, ces derniers étant parfois réfractaires à transmettre leurs connaissances spécialisées de l'infection au VIH et à partager leur pouvoir au sein du système médical. Quoiqu'il en soit, les pratiques de médiation en santé demeurent peu documentées, particulièrement celles mises en place en Afrique de l'Ouest. Ces pratiques ont comme principale caractéristique d'être développées *in situ* et sont pour la plupart inconnues au-delà du milieu d'intervention duquel elles émergent.

Cet article vise à remédier à cette situation en documentant l'approche de médiation en santé auprès des hommes gais au Sénégal, à partir de données recueillies lors d'un séjour professionnel de cinq mois réalisé à la Division de lutte contre le sida de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar. Un portrait global de la prévention du VIH dans ce pays d'Afrique de l'Ouest est d'abord dépeint. Les réalités vécues par les homosexuels sénégalais sont présentées, de même que les considérations associées à leur prise en charge médicale et psychosociale dans le contexte de la lutte contre l'épidémie. Un retour sur l'expérience de stage explique ensuite les stratégies déployées pour colliger les informations et recueillir les données, en plus de camper la position située de l'auteur. Enfin, l'expérience de médiateurs de santé est

détaillée, à travers les activités qu'ils effectuent sur le terrain, leurs responsabilités et les difficultés qui peuvent survenir dans l'exercice de leurs fonctions. Les apports et les limites de cette approche novatrice sont identifiés, de même que les enjeux qu'elle soulève.

1. La prévention du VIH/sida au Sénégal

La riposte de l'État sénégalais à l'épidémie du VIH/sida est survenue très tôt après la découverte des premiers cas de personnes atteintes du virus. Dès 1986, le Programme de lutte contre le sida a été créé et le pays s'est doté d'une stratégie nationale visant à enrayer ce fléau (Sow, 2005). Dès lors, des programmes de prévention ont été mis en œuvre avec la participation concertée des membres de la société civile, des représentants religieux et du secteur privé. L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux a quant à elle permis de faciliter l'accessibilité aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH. De fait, la prise en charge médicale et psychosociale des personnes atteintes a été développée dès 1998 à Dakar et dans les hôpitaux régionaux.

Cette démarche a permis de stabiliser l'épidémie du VIH à travers le pays. Selon le Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH paru en 2006, la séroprévalence est faible au sein de la population en générale (0,7 %), mais atteint un niveau alarmant au sein de groupes vulnérables, notamment les travailleuses du sexe (15 à 30% selon les régions) et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (environ 21 %) (Conseil national de lutte contre le sida, 2008). Plusieurs programmes ont été élaborés afin de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes en situation de vulnérabilité, par exemple l'éducation entre pairs et la formation de prestataires de soins de santé (Diouf *et al.*, 2007 ; Moreau *et al.*, 2007). Ces initiatives s'inscrivent dans un processus de décentralisation des services de santé entamé en 2001 visant à faciliter l'accessibilité aux soins à travers l'ensemble du territoire sénégalais et à amoindrir les disparités régionales quant à la prévalence du VIH/sida et des autres ITSS (Snow, 2005).

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 représente la pierre angulaire des politiques internationales relatives à la lutte contre le VIH/sida au niveau mondial. Quatre ans plus tard, l'organe directeur du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a rappelé la nécessité d'élaborer des programmes adaptés spécifiquement pour les homosexuels étant donné la prévalence élevée au sein de ces communautés (ONUSIDA, 2006). Le Sénégal a été l'un des

pionniers dans la mise en place de stratégies et de services spécifiquement adaptés pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes en Afrique. Initié officiellement en 2003, le programme a été élaboré à partir des données recueillies dans le cadre de recherches épidémiologiques portant sur les réalités vécues par les homosexuels et leurs pratiques sexuelles (Niang *et al.* 2002 ; Sappe, 2003 ; Wade *et al.*, 2005). Ces études brossent aussi un portrait de leurs expériences liées à la stigmatisation, ainsi que leurs stratégies pour y faire face. Soutenues par les connaissances scientifiques et les visées d'organisations internationales, les réponses sociales en place ont été adaptées à leurs besoins.

2. Entre la pénalisation de l'homosexualité et l'impératif de contre le VIH/sida : l'émergence de réponses sociales adaptées aux homosexuels sénégalais

L'homosexualité masculine est condamnée dans le Code pénal sénégalais, à l'instar de trente-sept autres pays africains (Paoli Itaborahy et Zhu, 2013). L'article 319 stipule que « [...] sera puni d'un emprisonnement de cinq ans, quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe. Si l'acte a été commis avec un mineur de 21 ans et moins, le maximum de la peine sera toujours prononcé ». Malgré cette discrimination juridique renforcée par les discours de représentants religieux chrétiens et musulmans (Niang *et al.*, 2002), le pays autorise le développement et la mise en place de programmes dédiés à la santé et au mieux-être des hommes gais. Cette situation paradoxale découle d'un ensemble de facteurs, au nombre desquels les impératifs de santé publique se conjuguent aux revendications internationales de respect des droits de la personne portées par des organisations internationales.

Les homosexuels sont souvent rejetés par les membres de leur famille, ou vont quitter eux-mêmes le giron familial pour s'absoudre de la pression sociale liée à l'honneur et au respect des traditions. Ce faisant, ils doivent souvent déménager, ce qui occasionne un appauvrissement de leurs réseaux d'entraide. Leur mobilité forcée augmente leur isolement et leur situation de précarité sociale et financière (Niang *et al.*, 2003 ; Sappe, 2003). Les agressions verbales (insultes, menaces) sont fréquentes, particulièrement au sein des familles. Les agressions physiques telles que les coups et la lapidation ont aussi été rapportées dans certaines localités. Plus grave encore, 43 % des hommes gais affirment avoir été violés au moins une fois dans leur

vie, tandis que 37 % ont subi des rapports sexuels forcés avec un homme au cours de la dernière année, dont 13 % déclarent avoir été violentés sexuellement par un policier (Niang *et al.*, 2003).

Les hommes rencontrés par Sappe (2003) soulignent quant à eux la nécessité de maintenir leurs relations homosexuelles secrètes afin d'éviter l'ostracisme, les injures et les violences. Plusieurs d'entre eux vont se marier avec une femme pour éviter de semer le doute auprès de leur entourage quant à leurs préférences sexuelles. À ce propos, la grande majorité (85 %) des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes interrogés lors de l'enquête de Lamarange et ses collègues (2009) indiquent avoir eu des rapports sexuels avec une femme au cours des douze derniers mois. Or, plus de la moitié de ces relations sexuelles étaient non protégées. À cet égard, les pratiques bisexuelles de ces hommes et la prévalence élevée du VIH/sida au sein de ce groupe préoccupent les agents de santé publique quant aux risques de propagation de l'épidémie à travers l'ensemble de la population (Lamarange *et al.*, 2009).

Selon les données épidémiologiques, 21,8 % des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont atteints du VIH/sida (Wade *et al.*, 2005). Le Conseil national de lutte contre le sida (2008) du Sénégal les désigne, à l'instar des travailleuses du sexe, comme un « groupe vulnérable » qui nécessite une intervention sur le plan de la santé publique. Outre les rapports sexuels non protégés, leurs antécédents de symptômes d'ITSS et leurs connaissances limitées de ces infections aggravent la prise de risques au sein de cette communauté. L'enquête effectuée par Niang et ses collaborateurs (2004) indique que moins du quart (23 %) des hommes interrogés ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec rapport anal pénétrant. Cette proportion baisse à 14 % pour ceux qui ont été pénétrés par leur partenaire. Le manque d'accessibilité au lubrifiant à base d'eau et la méconnaissance quant au recours dommageable à d'autres types de produits (crème, beurre, etc.) pour la lubrification sont deux raisons évoquées pour expliquer le taux élevé d'infection aux ITSS dans ce groupe.

2.1. Homosexualités et incidences sur les efforts de sensibilisation

Les relations et les pratiques homosexuelles en Afrique sont peu documentées. Certaines recherches en sciences sociales ont tout de même été conduites depuis une dizaine d'années sur le continent

africain, permettant ainsi de mettre en lumière les expériences des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes au prisme de la socialisation masculine, de la clandestinité et des violences structurelles (Broqua, 2010 ; Darmon, 2006 ; Guéboguo, 2006 ; Lado, 2011). Les réalités homosexuelles au Sénégal sont diversifiées et multiformes, engendrant un défi considérable sur les plans sémantique et conceptuel pour circonscrire les expériences des hommes et respecter leurs rapports identitaires.

Dans ce texte, le substantif et adjectif « gai » désigne les hommes d'orientation homosexuelle qui s'identifient comme tels et sous-tend sa conceptualisation comme une identité. Le terme « homosexuel » est aussi utilisé, et ce, de manière interchangeable avec le précédent. Dans les deux cas, les hommes gais ou homosexuels revendiquent leur appartenance à une communauté identitaire qui, bien que marginalisée, est de plus en plus présente et mobilisée au Sénégal, principalement dans la région dakaroise. D'autres expressions locales sont couramment utilisées pour faire référence aux préférences homosexuelles d'un homme, par exemple « mec branché ».

L'homosexualité masculine au Sénégal prend deux formes identitaires, les « Ibbis » et les « Yoos », lesquelles réfèrent à des expressions de genre distinctes (Niang *et al.*, 2002). Les Ibbis adoptent des comportements jugés féminins selon les normes sociales sénégalaises, portent parfois des vêtements réservés aux femmes et sont presque exclusivement « passifs » lors des rapports sexuels, c'est-à-dire les partenaires pénétrés lors de relations avec pénétration anale. Le terme wolof *goor jigen* pour désigner les homosexuels (qui signifie « homme/femme ») leur est généralement attribué. Cette expression est péjorative. Les hommes Ibbis viennent rarement en consultation médicale dans le cas d'ITSS; les symptômes de leurs infections, localisées au niveau de l'anus, sont peu visibles et sont rarement sujets à investigation par les médecins lors des examens médicaux.

Les Yoos, quant à eux, sont perçus comme des hommes virils selon les standards masculins traditionnels et sont généralement les partenaires « actifs » (ou pénétrants). D'ailleurs, ils s'identifient rarement comme gais ou homosexuels, contrairement aux Ibbis. Lors des rencontres festives dans la communauté gaie, les Yoos se font servir par les Ibbis et mangent avec une cuillère, tandis que les Ibbis mangent avec leurs mains, comme les femmes sénégalaises. Les relations entre les Yoos et les Ibbis sont inégales, le pouvoir étant souvent entre les mains des

premiers. Les rapports sont articulés autour d'une dichotomie dominant/dominé, masculin/féminin. En ce sens, la négociation du préservatif est difficile puisque, advenant le refus d'un homme Yoos de porter un condom lors de rapports sexuels, le point de vue d'un Ibbis est peu considéré. Qui plus est, les Yoos participent rarement aux activités de sensibilisation proposées par les associations gaies, contrairement à leurs partenaires.

Enfin, l'expression « homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » et son acronyme HARSAH s'efforcent de réunir sous le même vocable tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, incluant ceux qui ne s'identifient pas comme homosexuels. Par exemple, les hommes mariés hétérosexuels qui ont des relations homosexuelles dans la clandestinité font partie de cette catégorie. En ce sens, ce terme évoque uniquement les pratiques sexuelles de ces hommes, sans considérer leur position identitaire ou leur rapport à la communauté gaie. Il est surtout employé dans les politiques et les programmes de santé publique visant à réduire les comportements à risque associés à l'infection au VIH.

Au Sénégal, l'expression anglophone *Men Having Sex With Men* (MSM) est toutefois plus fréquente que son pendant francophone, tant auprès des professionnels de la santé que des homosexuels eux-mêmes. Cela s'explique de deux façons. D'une part, tous les documents produits au sujet des programmes de prévention et d'intervention auprès des hommes gais ou des HARSAH sont financés par des organisations étasuniennes, lesquelles ont grandement influencé les orientations des initiatives sénégalaises dédiées aux groupes vulnérables et le développement d'associations gaies locales. D'autre part, l'expression MSM s'est enracinée au fil du temps et a été récupérée comme une stratégie de protection, permettant à des groupes restreints et sensibilisés à la cause (agents de santé publique, représentants associatifs) de désigner l'homosexualité masculine sans craindre d'attirer l'attention des médias ou d'être confronté à des réactions homophobes de la part de fonctionnaires, par exemple. Ainsi, des réunions d'associations gaies réunissant des dizaines de personnes ont pu avoir lieu dans des locaux d'organisations publiques en mettant de l'avant l'acronyme MSM, ce qui aurait sans doute été plus délicat, voire impossible, si l'expression francophone plus évocatrice avait été utilisée.

2.2. Réponses sociales renouvelées

Un premier programme de sensibilisation a été mis sur pied en 2003 afin de sensibiliser les homosexuels au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles (Moreau *et al.*, 2007). Pour ce faire, l'éducation entre pairs et l'intervention de proximité ont été privilégiées. Ces approches signifient que, par l'entremise de leaders reconnus dans leur milieu et formés par des professionnels de la santé, les messages visant la promotion d'une sexualité sécuritaire sont transmis dans la communauté gaie à travers les réseaux respectifs de ces éducateurs. L'objectif de cette stratégie est de permettre aux acteurs de la lutte contre le VIH/sida de rejoindre directement les homosexuels et d'intervenir auprès d'eux afin d'amorcer une prise de conscience et un changement de comportements dans une perspective de réduction des risques (Moreau *et al.*, 2007).

Au cours des dernières années, des avancées considérables ont été faites par rapport à la prévention auprès des hommes gais et, plus largement, auprès des HARSAH (Niang *et al.*, 2002 ; Moreau *et al.*, 2007 ; Wang *et al.*, 2005). La formation de prestataires situés dans plusieurs régions du pays fait en sorte que la prise en charge est disponible à l'échelle nationale. Par l'entremise des pairs éducateurs et de leur travail dans la communauté, les activités de prévention ont quant à elles permis de rejoindre et de sensibiliser des centaines d'hommes aux pratiques sexuelles sécuritaires. Également, les préservatifs sont désormais plus accessibles dans les lieux de socialisation fréquentés par les HARSAH tels les bars, les parcs et les plages.

2.3 La prise en charge des homosexuels

La « prise en charge » (PEC) réfère aux interventions adaptées aux besoins des hommes gais dans les cas des ITSS et de l'infection au VIH/sida. Il s'agit de l'ensemble des dispositifs médicaux et des pratiques psychosociales développés à leur intention dans le système de santé, des dispositifs de dépistage aux services d'accompagnement individuel. La PEC répond à des normes de respect de la confidentialité et d'absence de jugement. Les prestataires adoptent une attitude d'ouverture et de respect de la dignité de la personne afin d'éviter toute stigmatisation envers leurs patients homosexuels. Afin d'harmoniser et de standardiser les pratiques à leur endroit, un guide national a été élaboré à l'intention des professionnels des secteurs public et communautaire (Division de lutte contre le sida, 2006).

Le site d'intervention est une structure médicale publique ou privée disposant de professionnels qualifiés (médecins, infirmiers et assistants sociaux) qui acceptent de prendre en charge ce groupe et qui sont acceptés par ce dernier. Le site doit disposer ou être à proximité d'une structure sanitaire pouvant offrir certaines analyses épidémiologiques demandées dans le cadre d'un suivi médical.

Malgré les efforts de sensibilisation et l'existence d'une offre de soins au Sénégal, la fréquentation des structures de santé par les homosexuels demeure faible. L'éloignement géographique des sites de prise en charge et les coûts de transport pour s'y rendre sont des éléments qui expliqueraient en partie la situation. Aussi, les professionnels de la santé estiment que l'accès est doublement limité, tant par la complexité de l'itinéraire social des patients que par la découverte tardive des infections (Niang *et al.*, 2002). La faiblesse ou l'inexistence de revenus stable pour la plupart d'entre eux ne leur permet pas de payer pour certains tests médicaux essentiels à la prise en charge et aux traitements. Finalement, les craintes réelles ou appréhendées de discrimination exprimées par les homosexuels indiquent qu'ils ne font pas confiance au personnel soignant.

3. La médiation en santé racontée

À la lumière des limites identifiées dans la prise en charge des patients homosexuels, notamment l'accueil et l'adaptation des services aux besoins des hommes gais, le programme de médiation en santé a été implanté en 2007-2008 à Dakar. Les informations présentées dans les sections suivantes ont été recueillies l'année suivante lors d'un stage professionnel réalisé à la Division de lutte contre le sida¹ (DLSI) de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar, dans le cadre du baccalauréat en service social de l'Université Laval. D'une durée de 5 mois, cette expérience pratique s'est déroulée à la clinique, sous la supervision des deux membres sénégalais de l'équipe dédiée à la prise en charge, soit un médecin et une assistante sociale. Outre l'accompagnement de patients homosexuels, l'un de mes mandats à titre de stagiaire en travail social

¹ La Division de lutte SIDA/IST (DLSI) est chargée de coordonner l'exécution des stratégies et des activités médicales du Programme multisectoriel de lutte contre le sida et les ITSS. Créée en 2004, elle relève du ministère de la Santé et de la Prévention médicale et comprend quatre bureaux : prévention médicale, surveillance épidémiologique, prise en charge des PVVIH et, finalement, prise en charge et prévention des ITSS. Le programme de PEC des homosexuels, dans lequel s'intègrent les médiateurs de santé, relève de ce dernier.

consistait à rédiger un rapport sur la médiation en santé, c'est-à-dire documenter les différents volets du programme (historique, pertinence, formation des médiateurs, activités réalisées, etc.) au regard de l'expérience de la première cohorte de médiateurs. Les prochaines lignes dépeignent de façon rétrospective l'étape d'émergence du programme.

3.1. Collecte de données

Les données proviennent de plusieurs sources, ce qui a nécessité des stratégies variées de collecte de données. La consultation de documents internes produits par la DLSI (rapports administratifs et cahiers de notes des intervenants) a permis dans un premier temps de brosser un portrait sommaire de la médiation en santé et d'en cerner les objectifs. Des discussions avec des collègues ont aussi été utiles pour mieux saisir la pertinence du programme et son historique. De même, l'expérience de terrain et les observations colligées tout au long du stage auprès des médiateurs ont permis de documenter leurs pratiques et les contextes d'intervention, notamment en les accompagnant dans leurs activités quotidiennes et en participant aux réunions d'équipe. Un journal de bord a été tenu tout au long du séjour à Dakar, permettant d'y consigner mes pistes d'analyse et de réflexion.

Par ailleurs, des entretiens semi-dirigés d'une durée d'environ une heure et demie (1h30) ont été menés dans les bureaux de la DLSI auprès des quatre médiateurs de santé qui exercent dans la capitale. Outre certaines questions sur leur parcours de vie liée à leur homosexualité, plusieurs thèmes étaient abordés lors des entrevues, dont le processus de formation à la médiation, les défis rencontrés, les stratégies mises en place pour les surmonter, leurs besoins et leurs recommandations. Les médiateurs ont accepté de participer, mais à la condition que leurs propos ne soient pas enregistrés. Après discussion avec eux, il a été convenu que je puisse néanmoins prendre des notes durant l'entretien, voire même de rédiger intégralement certains extraits particulièrement pertinents ou évocateurs. Chaque résumé d'entrevue leur a été remis pour obtenir leur approbation et leur permettre de corriger certaines informations, le cas échéant. Par souci d'assurer la confidentialité de leurs propos, la présentation des participants dans la section suivante est menée de façon globale, sans proposer un profil de chacun.

Ma situation en tant que stagiaire canadien a certainement influencé le processus de collecte de données. En tant qu'étranger blanc nouvellement intégré à l'équipe de la clinique, ma présence a suscité un certain intérêt de la part des médiateurs. Curieux de connaître mon

cheminement et ma motivation à opter pour ce type de stage, ces derniers ont accepté de partager leurs expériences, puisque, selon leurs dires, un stagiaire de passage pour quelques mois ne représente pas une menace. De plus, mon bagage culturel me procurait selon eux une grande ouverture d'esprit à l'égard de l'homosexualité, étant donné l'atteinte de l'égalité juridique pour les gais et les lesbiennes au Canada. Appréhendant les conséquences d'un dévoilement de ma vie personnelle dans un contexte de stage, j'ai néanmoins fait le choix de ne pas en révéler certaines facettes, dont mon orientation homosexuelle. Ainsi, je me suis présenté en tant qu'allié pour la reconnaissance des droits des minorités sexuelles, en mettant de l'avant les valeurs et le cadre déontologique de ma profession.

3.2. Portrait de l'équipe de médiateurs

Les médiateurs ont un rôle de premier plan dans leur communauté, puisqu'ils sont tous impliqués dans une association gaie locale. Ils occupent des postes clés dans leur organisation ; certains d'entre eux en sont même les fondateurs. Leur leadership fait en sorte qu'ils sont des interlocuteurs crédibles auprès des acteurs de la société civile et les agents de santé publique, et ce, depuis plusieurs années. Ils ont « duré dans le milieu » et sont connus et reconnus dans leur entourage comme étant des « défenseurs de la cause homosexuelle ». Leurs origines ethniques sont diversifiées (djallonké, bambara, serrère et wolof). Ils parlent tous couramment français. La médiation en santé représente leur unique revenu stable, bien que deux d'entre eux soient également commerçants.

Trois médiateurs habitent dans les banlieues dakaroises, étant donné les coûts élevés associés aux frais de subsistance dans la capitale (logement, nourriture, transport, etc.). Un seul vit directement à Dakar. Deux résident avec leur famille tandis que les autres louent une chambre ou un studio en colocation. Les appartements de ces derniers deviennent souvent un lieu de rencontre et de rassemblement au sein de la communauté gaie. Ils sont célibataires et s'identifient tous comme homosexuels, bien qu'ils prévoient se marier un jour ou l'autre avec une femme afin d'avoir une « couverture sociale » leur évitant d'être discriminés. À l'instar des autres HARSAH, ils vivent leur sexualité dans la clandestinité. Un seul a révélé son orientation sexuelle aux membres de sa famille, ce qui a initialement provoqué certaines tensions. Aujourd'hui, ce dernier affirme que sa famille « tolère, mais n'accepte pas du tout ça ».

Les quatre médiateurs ont révélé avoir été victimes de discrimination et de stigmatisation au cours de leur vie, particulièrement depuis le scandale du « mariage homosexuel »² survenu en février 2008. Ces violences prennent plusieurs formes : insultes lancées dans la rue, altercations avec des policiers, appartements vandalisés par des graffitis, etc. Enfin, ils vivent tous avec le VIH depuis plusieurs années. Au moment de l'entrevue, aucun ne suivait un traitement antirétroviral, mais deux songeaient sérieusement à le faire, étant donné de récents problèmes de santé liés à la faiblesse de leur système immunitaire.

3.3. Le processus de formation des médiateurs

Réalisée en collaboration avec l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée de Dakar, la formation initiale des médiateurs avait pour objectif principal de renforcer leurs connaissances et leurs compétences afin qu'ils puissent offrir des services de qualité en matière de prévention du VIH/sida et d'accompagnement psychosocial auprès des hommes gais et des HARSAH. Cette formation s'appuie sur leur bagage appréciable de connaissances déjà acquises en tant que pairs éducateurs. Afin de doter des médiateurs de connaissances validées sur les aspects médicaux et psychosociaux de l'infection à VIH/sida et des autres ITSS et d'améliorer leurs aptitudes et leurs attitudes dans ce domaine, la formation est répartie en cinq modules. Le tableau suivant en présente les composantes principales.

3.4. Perceptions de leur rôle et activités réalisées

Les médiateurs se perçoivent comme des « facilitateurs » pour l'accès aux soins des membres de la communauté gaie dakaroise. Leur perception de leur rôle est large ; elle englobe autant leurs activités dans les associations gaies que leur travail de médiation dans les structures de santé. Selon eux, ils sont des « intermédiaires » entre les prestataires de soins et les patients pour « accompagner, guider, informer, aider et expliquer aux homosexuels l'importance d'une bonne prise en charge ». Certains médiateurs affirment qu'il est de leur devoir d'inciter leurs pairs à adopter des changements de comportements par rapport à leur sexualité et de leur « montrer le droit chemin ».

² En février 2008, des photos et un article publiés dans le magazine *l'icône* dénonçaient avec véhémence le mariage présumé de deux hommes et la « dérive des mœurs au Sénégal ». Les débats et les arrestations qui s'en suivirent exacerbèrent l'hostilité de la population envers les homosexuels et engendrèrent plusieurs actes isolés de violence homophobe.

Tableau 1. Modules de formation en médiation en santé

Module	Explication
Connaissances générales sur la santé et le VIH/sida	Le premier module aborde la situation épidémiologique du VIH/sida dans le monde et en Afrique, la dynamique de l'épidémie au Sénégal, l'histoire de l'infection au VIH et les modes de transmission et de prévention des ITSS. La démarche de dépistage et ses enjeux individuels et collectifs sont expliqués, de même que la prise en charge globale (médicale, thérapeutique et nutritionnelle), les traitements et leurs effets ainsi que l'importance de l'observance au traitement antirétroviral.
Initiation à la relation d'aide et à l'accompagnement psychosocial	Le deuxième module décortique, mises en situation à l'appui, la relation d'aide dans le cadre des tests de dépistage et celui du domaine de la prévention et de la réduction des risques. La prise en charge psychosociale pour la continuité des soins ainsi que l'analyse des facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par l'intervention de proximité sont enseignées.
Démarche de médiation en santé publique	Le troisième module circonscrit les tenants et aboutissements de la démarche de médiation en santé. Pour ce faire, différents types de médiations (communautaire, familiale et pour l'accès aux soins) et leurs définitions respectives sont présentés. Le travail en sous-groupe est privilégié afin d'approfondir la démarche et favoriser l'intégration des apprentissages.
Connaissances sur les milieux d'interventions au Sénégal et stage de formation pratique	Les dispositifs sociaux et juridiques dans le domaine du VIH/sida au Sénégal ainsi que l'environnement institutionnel et associatif du pays sont présentés dans le quatrième module. Un stage de cinq jours dans un centre hospitalier permet aux médiateurs d'appriivoiser progressivement leur nouveau travail et d'appliquer sur le terrain les connaissances acquises. Il s'agit d'un moment propice pour ces derniers d'établir un premier contact avec leurs futurs collègues et les patients. Cette expérience pratique se déroule sous la supervision du chef de service de l'établissement.
Formations continues	La dynamique de groupe et les techniques d'animation et de communication font l'objet de formations continues visant à assurer le développement des habiletés professionnelles des médiateurs. Ces initiatives visent à les rendre autonomes et efficaces dans leurs fonctions et augmentent significativement leur sentiment d'appartenance au projet, ce qui contribue à pérenniser l'ensemble du programme.

Les médiateurs sont des agents de santé communautaire, mais également des personnes impliquées et perçues comme leaders dans les communautés gaies de Dakar et des régions environnantes. Ils interviennent auprès de leurs pairs, les conseillent et les orientent vers les structures de soins. Ce travail de terrain s'effectue au sein de trois milieux d'intervention, soit la communauté gaie³, les associations de la société civile telles que ENDA⁴ et l'ANCS⁵, de même que les structures hospitalières comme la DLSI et le CTA⁶. Les activités mentionnées par les médiateurs sont nombreuses et varient en terme de fréquence.

3.4.1. Intervention de proximité

La distribution de préservatifs et de lubrifiants s'effectue discrètement dans les lieux de fréquentation gaie. Les médiateurs se rendent là-bas et offrent gratuitement ces produits. Cette tâche permet d'améliorer l'accès aux moyens de protection pour des gens qui, autrement, ne s'en procureraient probablement pas par leurs propres moyens. La relation d'aide vise, selon les médiateurs, à conseiller les gens rencontrés quand ils ont des problèmes personnels. L'éducation entre pairs est faite de façon informelle avec les gens de leur entourage,

³ Plusieurs associations gaies existent à travers le pays. Les rassemblements et les réunions organisés par ces organisations sont des endroits de socialisation propices à l'intervention de proximité. Il en est de même pour les lieux de rencontres (bars, discothèques, parcs, plages, etc.) fréquentés par les hommes gais et ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

⁴ Environnement et développement du tiers monde (ENDA) est une organisation non gouvernementale (ONG) active depuis plus de vingt ans dans le développement social, économique et environnemental des communautés. Son objectif principal consiste à donner les moyens aux populations défavorisées pour que ces derniers puissent s'épanouir convenablement. Le programme ENDA/Santé œuvre dans le domaine de la prévention du VIH/sida, particulièrement auprès des groupes vulnérables. L'équipe travaille en étroite collaboration avec les associations gaies dans la mise sur pied d'activités de sensibilisation et d'ateliers de renforcement des capacités.

⁵ L'Alliance nationale contre le sida (ANCS) appuie et renforce les actions des communautés impliquées dans la lutte contre le VIH/sida au Sénégal depuis 1995. L'ONG soutient et accompagne des centaines d'associations locales dans l'élaboration de programmes de prévention et de prise en charge des PVVIH.

⁶ Le Centre de traitement ambulatoire (CTA) du Centre hospitalier universitaire de Fann a démarré ses activités en septembre 1998. Le CTA assure une prise en charge globale des PVVIH : accueil, dépistage et annonce des résultats, suivi médical, délivrance de médicaments pour le traitement des infections opportunistes et, dans la mesure du possible, la délivrance d'antirétroviraux. Un soutien social et un suivi psychologique sont également assurés. L'équipe comprend 21 professionnels de la santé, dont trois médecins et deux assistants sociaux.

particulièrement les membres de leur association respective. Il s'agit, selon les médiateurs, « d'un soutien et d'un accompagnement qui se fait 24 heures sur 24, parce que nous sommes à leur disposition ».

Les médiateurs s'adonnent également à des visites à domicile et à des visites en milieu hospitalier pour les homosexuels qui éprouvent des problèmes de santé. Le premier type de visite se déroule à la résidence de la personne et vise à lui offrir un soutien moral, et parfois même financier, pour favoriser son rétablissement. Le deuxième type de visite prend place au sein des structures hospitalières. Le médiateur se rend au chevet d'une personne hospitalisée pour briser son isolement et s'enquérir de son état de santé, puisque plusieurs homosexuels sont rejetés par leur famille et se retrouvent donc seul dans pareille situation.

3.4.2. Animation de groupe

Les causeries sont des activités organisées par les associations gaies. Les médiateurs, en tant que représentants et pairs éducateurs, animent ces rencontres de sensibilisation aux pratiques sexuelles sécuritaires. Lors de ces réunions, une dizaine d'hommes gais se réunissent pour échanger sur des sujets variés, tels que le port du condom, les ITSS, la prévention du VIH/sida, etc. Le « thé-débat », variante informelle de la causerie, est quant à lui organisé chez le médiateur. Cette activité réunit généralement les membres d'une même association gaie.

Les médiateurs sont aussi appelés à animer au centre hospitalier des groupes de parole pour les personnes vivant avec le VIH. Ces réunions hebdomadaires rassemblent une quinzaine de personnes infectées par le VIH et sont animées par un médiateur et un professionnel de la santé de l'établissement. Ces rencontres offrent un espace de discussion où les personnes vivant avec le VIH peuvent parler librement et en toute confidentialité. Les objectifs sont de partager les expériences vécues par les participants, briser leur isolement et les aider à accepter leur statut sérologique.

L'éducation thérapeutique et nutritionnelle est une autre facette du travail des médiateurs. Afin de sensibiliser leurs pairs vivant avec le VIH à l'observance aux traitements et l'adoption d'habitudes alimentaires saines, ils organisent des repas communautaires. Un médiateur indique qu'il s'agit d'un « moyen convivial de sensibiliser les gens et de développement des liens ».

3.4.3. Relation et d'aide et accompagnement

Le renforcement du counselling lors des tests de dépistage volontaire représente la principale occupation des médiateurs au Centre de traitement ambulatoire (CTA). Ils interviennent en complémentarité avec les assistants sociaux lors des entretiens pré et post tests. Ils s'informent des raisons qui ont poussé les personnes à se faire dépister et les sensibilisent aux pratiques sexuelles à risque et aux moyens de protection.

Les médiateurs ont recours à la médiation familiale lorsqu'un de leurs pairs éprouve des difficultés avec un ou des membres de sa famille. Avec l'accord du principal intéressé, le médiateur se rendra chez lui pour discuter avec son entourage et tenter de dénouer l'impasse dans laquelle il se trouve. Si le problème ne peut pas être résolu, certains médiateurs n'hésitent pas à héberger temporairement la personne chez eux.

3.5. Difficultés rencontrées et recommandations

Les médiateurs ont maintes fois réitéré la pertinence de la médiation en santé auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Toutefois, ils ont également relevé cinq principaux écueils qui pourraient, selon eux, compromettre la pérennité de la démarche, soit 1) le manque de reconnaissance et les difficultés d'intégration dans les milieux d'intervention ; 2) les lacunes sur le plan de la formation des médiateurs ; 3) l'absence de mesures pour protéger leur sécurité personnelle ; 4) la jalousie de leurs pairs homosexuels et 5) la faible rétribution de leur travail salarié. Les médiateurs ont aussi formulé des recommandations pour contourner certains écueils.

3.5.1. Reconnaissance et intégration dans les milieux d'intervention

La reconnaissance de leur rôle en tant qu'agent de santé publique est un sujet qui les préoccupe énormément. « Il faut qu'on soit reconnu dans le milieu sanitaire, mentionne l'un des médiateurs. En ce moment, on n'a rien qui prouve qu'on est médiateur. On a besoin de quelque chose de plus officiel ». Ce faisant, ils proposent que le poste de « médiateur » devienne un titre officiel et reconnu dans l'organigramme des établissements de santé. « On n'est pas là [au CTA] à la légère, dit l'un d'eux. Notre travail a vraiment un impact dans l'accessibilité aux soins. Il faut que nos partenaires le reconnaissent ». Cette reconnaissance passe par l'octroi de ressources logistiques telles qu'un bureau, un ordinateur, des classeurs, etc. « On veut bien faire notre travail, expliquent les

médiateurs, mais pour ça, il faut être reconnu et avoir des moyens ». Finalement, ils suggèrent de leur fournir un badge ou une carte d'identité, comme preuve officielle de leur profession. Cela leur faciliterait l'accès aux structures de santé, dans le cas notamment des visites hospitalières, en plus de leur donner un sentiment de reconnaissance sociale.

Les médiateurs ont raconté avoir été discriminés à leur arrivée au CTA par certains de leurs collègues. Ils prétendent que certains d'entre eux relevaient des commentaires homophobes et semaient des rumeurs à leur sujet. Ils se questionnent également quant au niveau de connaissances et d'engagement des agents de santé par rapport à la « cible MSM ». D'un autre côté, ils reconnaissent que leur intégration s'est somme toute bien passée. Les médiateurs proposent d'inclure davantage les agents de santé du CTA dans les ateliers concernant les personnes en situation de vulnérabilité : « Les assistants sociaux doivent être mieux préparés à travailler avec des médiateurs. Il faut bien les former, pas seulement les responsables du programme qui, eux, sont déjà sensibilisés ».

3.5.2. Formation et renforcement des capacités

Les médiateurs estiment avoir reçu une excellente formation initiale. Toutefois, ils relèvent des lacunes par rapport à leur niveau de connaissances sur certains thèmes ; ils se sentent démunis lorsque des pairs leur posent des questions un peu trop pointues. De plus, ils aimeraient élargir leurs horizons afin d'être mieux outillés dans leur travail. Ils aimeraient recevoir davantage d'informations scientifiques concernant l'éducation thérapeutique, les traitements médicaux et ses effets secondaires, les maladies opportunistes et l'interaction entre la tuberculose et l'infection au VIH.

Par ailleurs, un médiateur aimerait être formé en informatique pour ainsi être en mesure de faire des recherches documentaires sur Internet, écrire des rapports et maîtriser convenablement l'ordinateur. Finalement, l'idée d'offrir des stages pratiques dans d'autres milieux d'intervention a été maintes fois exprimée par les médiateurs. Ils souhaiteraient être confrontés à différentes réalités sociales et connaître d'autres méthodes d'intervention. Ils considèrent que leur autonomie professionnelle doit être mise à profit par l'entremise d'ateliers de renforcement offerts régulièrement.

3.5.3. Sécurité personnelle et risques du métier

Étant donné le contexte socioculturel au Sénégal et les dispositions juridiques discriminatoires à l'égard des personnes homosexuelles, les médiateurs rappellent que leur travail sur le terrain comporte de nombreux risques pour leur sécurité personnelle : « Il y a toujours le risque que je me fasse taxer [arrêté] par un policier quand je fais de la sensibilisation dans les lieux de fréquentation, explique l'un d'eux. Trimballer avec moi des sachets de lubrifiants, c'est très dangereux. Ça confirme que je travaille avec les mecs branchés. Je ne suis pas protégé ». Un médiateur ajoute :

Ce sont les médiateurs qui assument tous les risques au niveau de la prévention. Le travail sur le terrain, ce sont les pairs éducateurs et les médiateurs qui le font. Les intervenants restent tranquillement dans leurs bureaux, et nous donnent des préservatifs à distribuer. Nous, pendant ce temps, on risque notre sécurité...et on n'a rien en échange.

3.5.4 Jalousie des pairs

Les médiateurs semblent consternés par l'envie que certains de leurs pairs ressentent à leur égard. Ils reconnaissent qu'une méconnaissance du rôle de médiateur persiste dans la communauté gaie. L'un d'eux assure qu'en tant que médiateur « on doit gérer des situations difficiles. Les mecs pensent que nous avons des intérêts inavoués, des avantages et des bénéfices personnels. C'est un comportement subjectif. On perd parfois patience ». Un autre médiateur explique que « la majorité des MSM n'ont rien. Ils pensent que nous, les médiateurs, on a plein d'argent. Mais ce n'est pas vrai. Moi, je n'ai pas de moyens ».

3.5.5. Précarité et conditions de vie

La faible rétribution des médiateurs est unanimement décriée. Ils estiment que leur salaire mensuel n'équivaut pas à la charge de travail qui leur est demandée ; ils ne parviennent pas à subvenir convenablement à leurs besoins. Les coûts de transport sont à leurs frais, ce qui leur occasionne d'énormes difficultés financières. Un médiateur rappelle que « la médiation est un travail de terrain. On doit se rendre dans les lieux de fréquentation [des homosexuels] et participer à des réunions qui se déroulent à l'autre bout de la ville ». Il ajoute d'un même souffle que « payer un taxi à chaque fois, ce n'est pas possible. On ne peut pas bien faire notre travail dans des conditions comme celles-là ».

Les médiateurs recommandent l'augmentation de leur salaire et une prise en charge de leurs frais de transport. Ils proposent également de mettre à leur disposition une motocyclette pour qu'ils puissent de déplacer plus rapidement. Un médiateur exprime ses craintes en ces mots : « J'ai le VIH, le virus continue à marcher dans mon corps. Le temps avance ; d'ici quelques années, je ne pourrai plus aider mes pairs. Je les aide, mais un jour, je ne pourrai plus. Et qu'est-ce que j'aurai à ce moment-là? Rien ».

La mise sur pied d'activités génératrice de revenus pour les homosexuels leur semble incontournable pour améliorer les conditions de vie des membres de la communauté. « Mais pas juste donner un montant d'argent, précise l'un des médiateurs. Il faut offrir des opportunités structurées de développement professionnel. La pauvreté fait en sorte que même les pairs éducateurs se prostituent, poursuit-il. Quand il y a un paquet d'argent couché devant toi, et que tu n'as pas mangé...c'est difficile de refuser ». Les quatre médiateurs sont convaincus que la lutte contre le VIH/sida passe avant tout par celle contre la pauvreté. « L'amélioration des conditions de vie, c'est la clé », résume l'un d'eux.

3.6. Perspectives d'avenir

L'impact de la médiation en santé quant à l'accessibilité aux structures de santé pour les homosexuels est, selon les médiateurs, indubitable : « On fait vraiment une différence, affirme l'un d'eux. Il y en a plus qui viennent se faire dépister ; ils veulent connaître leur statut sérologique et ne plus avoir de doute ». Un autre explique qu'auparavant, « ils [les homosexuels] avaient peur d'être stigmatisés par les prestataires. Ils ne leur faisaient pas confiance. Ça a changé depuis qu'on est là ».

La médiation en santé a permis aux quatre hommes de développer des habiletés en relation d'aide et d'acquérir des connaissances approfondies sur le VIH/sida et les autres ITSS. Certains médiateurs ont la chance de mettre à profit leurs connaissances éprouvées du milieu gai sénégalais au sein d'instances telles que le conseil d'administration de l'Alliance nationale contre le sida (ANCS) et le comité de travail multisectoriel pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Un médiateur a quant à lui eu l'opportunité de participer à un congrès au Maroc. Par l'entremise de leur implication dans la lutte contre l'épidémie du VIH, ils ont pu s'affirmer et se réapproprier leur pouvoir en tant que citoyens. Qui plus est, le contact

avec les patients les a sensibilisés à leur propre situation et donné confiance en eux. Un médiateur confie : « Désormais, je n'ai plus peur de révéler mon statut sérologique. Avant, j'avais honte et je le cachais. Je n'en parlais jamais ». Un autre conclut en ces termes :

La médiation, ça m'a donné l'essence de vivre. Je vis avec le VIH. La stigmatisation est là, mais je travaille dans un milieu qui écoute. Je suis près des gens malades, je suis là pour les consoler. J'accompagne les gens qui ont la maladie qui est aussi en moi. J'oublie que j'ai le VIH, je ne pense plus uniquement à ça. Être là, les soutenir, les aider...ça me fait du bien.

Les médiateurs espèrent que les organismes subventionnaires « ne laisseront pas tomber; qu'ils ne vont pas [les] larguer après avoir testé l'approche de médiation en santé ». Cette remarque évoque à maints égards le caractère souvent éphémère des initiatives financées et déployées par les organismes de développement international. Ayant eu l'occasion à plusieurs reprises dans le passé de collaborer à de tels projets en tant que représentant associatif, les médiateurs ont parfois l'impression d'être dans un « laboratoire », scrutés par l'œil attentif des coopérants, lesquels sont peu transparents et semblent peu soucieux des conséquences à long terme de leurs actions. L'un d'eux estime que le projet doit se pérenniser et que les activités doivent être durables : « Ce serait vraiment dommage d'arrêter tout ça. On commence juste à faire la différence ». Un autre ajoute « qu'on doit former plus de médiateurs. Nous ne sommes que quatre. Il y a beaucoup de travail à faire et nous sommes épuisés. On nous en demande beaucoup », conclut-il.

4. Discussion

Le programme de médiation en santé a été implanté à Dakar dans le cadre d'un projet-pilote visant à soutenir la prévention des pratiques sexuelles à risque au sein des communautés gaies et à améliorer l'accès aux structures de santé pour les patients homosexuels. Travaillant en complémentarité avec l'équipe médicale sans être de simples bénévoles, la première cohorte de médiateurs œuvre dans le réseau de la santé dans le but de favoriser la continuité des soins. Cette pratique renouvelée, formule hybride entre l'intervenant professionnel et le pair aidant, comble des besoins criants d'accès aux services en faisant le pont entre le système de santé et les groupes marginalisés. Hommes de terrain, les

médiateurs mobilisent les membres de leur communauté et plaident pour la justice sociale.

L'exemple des médiateurs fait écho dans une certaine mesure à la professionnalisation du monde associatif voué à la prévention du VIH/sida tel qu'observé en Occident (Girard, 2013). Les leaders des communautés sont invités à s'engager au sein des organisations en devenant des salariés, par exemple. Or, contrairement à la situation des pays occidentaux, le faible encadrement légal du champ de l'action sociale au Sénégal permet l'émergence d'approches novatrices dans les établissements de santé et des services sociaux. Les frontières disciplinaires et professionnelles y sont moins étanches, étant donné l'absence d'intérêts corporatistes. Cette apparente « flexibilité » du système de soins n'est toutefois pas un gage de facilité ni de succès. Les tensions vécues par les médiateurs à leur arrivée au sein des équipes médicales en témoignent.

Par ailleurs, on remarque qu'une perspective d'appropriation du pouvoir d'agir des homosexuels et des associations gaies locales a été privilégiée dans le processus d'implantation du programme, entraînant l'émergence d'une mobilisation associative pour la reconnaissance des droits des minorités sexuelles et une visibilité accrue de leurs réalités au Sénégal. L'intervention de santé publique participe alors à un effort de sensibilisation et de changement de mentalités à l'égard de l'homosexualité, ce qui n'est pas sans entraîner des réactions homophobes de la part de divers groupes de la population, lesquels ont eu tôt fait de blâmer les homosexuels pour les problèmes économiques et sociaux qui ébranlent la société sénégalaise. Cela interroge les devoirs et les responsabilités des acteurs de santé publique envers leurs collaborateurs, notamment en ce qui a trait à leur sécurité.

S'inscrivant dans une mouvance pour la reconnaissance des droits des minorités sexuelles en Afrique subsaharienne, les actions des médiateurs se situent au carrefour de stratégies identitaires et d'intérêts transnationaux (Awondo *et al.*, 2013 ; Broqua, 2012 ; Guéboguo, 2008). Financée en grande partie par des organisations internationales et des fondations caritatives nord-américaines et européennes, la mise en place du programme de médiation en santé soulève certaines préoccupations sur le plan de l'autodétermination des communautés et des rapports de pouvoir qui traversent les relations entre les pays du Nord et du Sud. Bien que les acteurs concernés par la médiation en santé soient impliqués à différents niveaux dans l'élaboration et la mise en place du

protocole d'intervention, il n'en demeure pas moins que la reddition de comptes envers les bailleurs de fonds influence les orientations des programmes, en les imprégnant de valeurs et d'intérêts qui, à long terme, n'améliorent pas nécessairement le bien-être des communautés desservies.

Conclusion

L'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine fait des ravages à travers la planète. Des millions de personnes en sont infectées et affectées, la majorité d'entre elles vivant en Afrique subsaharienne. Bien que les femmes soient les principales concernées par cette maladie dans cette région du monde, la prévalence du virus chez les hommes gais et ceux qui ont des relations avec d'autres hommes est extrêmement élevée. Pourtant, on en parle très peu. Les tabous tenaces et virulents envers l'homosexualité font en sorte que l'accessibilité à la prévention et aux soins de santé demeure de nos jours très difficile pour cette communauté confinée à la clandestinité. Les interventions de proximité initiées au Sénégal auprès des homosexuels visent à améliorer l'accès aux structures de santé pour ce groupe marginalisé. La lutte contre le VIH/sida se prolonge alors sur d'autres fronts ; la stigmatisation et la pauvreté doivent être enrayerées. Combat difficile s'il en est, les agents de santé publique peuvent désormais compter sur de nouveaux acteurs engagés dans la lutte : les médiateurs de santé.

Dans un contexte de décentralisation de services de santé à l'échelle nationale, la médiation en santé représente une démarche intéressante afin de répondre adéquatement aux besoins des populations et recèle un potentiel certain. Portée par les considérations de santé publique liée à la lutte contre le VIH/sida, la médiation en santé représente une pratique novatrice pour répondre aux besoins des hommes gais et des HARSAH. Elle n'est toutefois pas une panacée. Les médiateurs, peu nombreux à l'heure actuelle, sont très sollicités et vivent plusieurs irritants dans le cadre de leur travail. Leur apport n'est pas toujours considéré à sa juste valeur, et leur position en tant que militant pour les droits des homosexuels peut créer des remous et des tensions au sein des équipes professionnelles. Ainsi, ils réclament une reconnaissance de leur rôle et une amélioration de leurs conditions de vie leur permettant d'asseoir leur légitimité. Dans un contexte où l'homosexualité masculine est pénalisée et réprimée au Sénégal, les médiateurs qui interviennent auprès de leurs pairs sont à risque de subir des agressions ou d'être

victime de chantage. Les responsabilités qui échoient sur leurs épaules sont grandes, tandis que les ressources mises à leur disposition sont limitées. Cela fragilise la démarche et compromet sa pérennité. Les récits des médiateurs comportent néanmoins des pistes prometteuses pour éviter ces écueils.

Bibliographie

- AWONDO, Patrick, Peter GESCHIERE et Graeme RELD (2013). « Une Afrique homophobe? Sur quelques trajectoires de politisation de l'homosexualité : Cameroun, Ouganda, Sénégal et Afrique du Sud », *Raisons politiques*, vol. 1, no 49, p. 1291-1941.
- BROQUA, Christophe (2010). « La socialisation du désir homosexuel masculin à Bamako », *Civilisations*, vol. 59, no 1, p. 37-57.
- BROQUA, Christophe (2012). « Les formes sociales de l'homosexualité masculine à Bamako dans une perspective comparée : entre tactiques et mobilisations collectives », *Politiques et Sociétés*, vol. 31, no 2, p. 113-144.
- Conseil national de lutte contre le sida (2008). « Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/sida au Sénégal : 2006-2007 », *UNGASS, Suivi de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida*, Dakar, Sénégal : CNLS, janvier 2008.
- DARMON, Laetitia (2006), « Les pratiques homosexuelles en Afrique – Le scandale du déni », *Interdépendances*, no 63, octobre 2006.
- DIOUF, El Hadji, Seynabou MBODJ et Florence DAO (2007), *Fiches d'animation d'activités d'information, éducation, communication*. Dakar, Sénégal : Alliance nationale contre le sida.
- Division de lutte contre le sida (2006). *Guide de prise en charge médicale, psychologique et sociale des IST/VIH/SIDA chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) au Sénégal*. Dakar, Sénégal : Institut d'hygiène sociale, 47 pages.
- GIRARD, Gabriel (2013). *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes, 410 pages.
- GUÉBOGUO, Charles (2006). *La problématique de l'homosexualité en Afrique : l'expérience camerounaise*, Sidanet [en ligne] www.sidanet.asso.fr
- GUÉBOGUO, Charles (2008). « Mobilisations transnationales des communautés homosexuelles en Afrique : une affaire à suivre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 32, p. 85-93.

- LADO, Ludovic (2011). « L'homophobie populaire au Cameroun », *Cahiers d'études africaines*, vol. 4, no 204, p. 921-944.
- LAMARANGE, Joseph, Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Catherine ENEL et Abdoulaye Sidbé WADE (2009). « Homosexualité et bisexualité au Sénégal : une réalité multiforme », *Population*, vol. 64, no 4, p. 723-756.
- MOREAU, Amadou, Placide TAPSOBA, Abdoulaye LY, Cheikh Ibrahima NIANG et Abdou Khoudia DIOP (2007). *Implementing STI/HIV Prevention and Care Interventions for Men Who Have Sex With Men in Dakar, Senegal*. Washington, DC : Population Council.
- NIANG, Cheikh Ibrahima, Moustapha DIAGNE, Youssoupha NIANG, Amadou Mody MOREAU, Dominique GOMIS, Mayé DIOUF, Karim SECK, Abdoulaye Sidbé WADE, Placide TAPSOBA et Chris CASTLE (2002). *Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal*. Washington, DC : Population Council.
- NIANG, Cheikh Ibrahima, Placide TAPSOBA, Ellen WEISS, Moustapha DIAGNE, Youssoupha NIANG, Amadou Mody MOREAU et Chris CASTLE (2003). « 'It's raining stones': stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal ». *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, vol. 5, no 6, p. 499-512.
- NIANG, Cheikh Ibrahima, Amadou MOREAU, Codou BOP, Cyrille COMPAORÉ et Moustapha DIAGNE (2004). *Targeting Vulnerable Groups in National HIV/AIDS Programs: The Case of Men Who Have Sex With Men in Senegal, Burkina Faso and Gambia*, Washington, D.C. : World Bank, 57 pages.
- ONUSIDA (2013). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 274 pages.
- ONUSIDA (2006). *Politique générale : VIH et sexualité entre hommes*, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 4 pages.
- ONUSIDA (2005). *Men Who Have Sex With Men, HIV Prevention and Care : Report of a UNAIDS Stakeholder Consultation*, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 20 pages.

- ONUSIDA et OMS (2008). *Afrique subsaharienne : le point sur l'épidémie de sida*, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida & Organisation mondiale de la santé, 34 pages.
- PAOLI ITABORAHY, Lucas et Jingshu ZHU (2013). *Homophobie d'État. Une enquête mondiale sur la criminalisation, la protection et la reconnaissance de l'amour entre personnes de même sexe* [8^e édition]. Genève : Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles (ILGA).
- REVAULT, Pascal (2008). « Des médiations » dans *L'accompagnement psychologique et social des personnes vivant avec le VIH/sida. De la formation à l'évolution des dispositifs de soins : l'expérience des partenariats*. Paris : ESTHER, p. 118-127.
- SAPPE, Robin (2003). *Le Sida et les rapports entre hommes en Afrique Noire*. Bruxelles, Belgique : Observatoire socioépidémiologique du sida et des sexualités, 31 pages.
- SOW, Papa Salif et collaborateurs (2005). *Guide de prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH/sida au Sénégal*. Dakar, Sénégal : Division de lutte contre le sida et les IST, 93 pages.
- WADE, Abdoulaye Sidbé, Coumba Toure KANE, Pape Amadou NIANG DIALLO, Abdou Khoudia DIOP, Khady GUEYE, Souleymane MBOUP, Ibrahima NDOYE et Emmanuel LAGARDE (2005). « HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal », *AIDS*, vol. 19, no 18, p. 2133-2140.