

LE VIH ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD

**D'UNE DÉMARCHE DE SENSIBILISATION
À UNE DÉMARCHE D'ENGAGEMENT**

Copyright © 2012.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA sont disponibles auprès de son Unité de production de l'information.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif, sous réserve de la mention suivante : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction – à des fins de vente ou de diffusion non commerciale – doivent être adressées à l'Unité de production de l'information, par courrier, à : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC2358F (version française, Juillet 2012)

Version originale anglaise, UNAIDS / JC2358E, July 2012:

HIV and outreach programmes with men who have sex with men in the Middle East and North Africa

- From a process of raising awareness to a process of commitment

Traduction – ONUSIDA

ISBN 978-92-9173-980-6

Table des matières

ACRONYMES	III	- Définir les environnements internes et externes des populations-clés
INTRODUCTION	V	- Décider d'un programme adapté aux besoins définis
HISTOIRE DE FADEL	IX	- Proposer des services de qualité
MODULE 1 - ANALYSE DE SITUATION		- Planifier la documentation
1.1 Analyse politique	1	
- Contexte sanitaire		2.4 Modèles de programmes développés dans la région MENA
- Contextes social, culturel et religieux		34
- Contexte légal		Profils des principales ONG travaillant avec les HSH dans la région MENA
1.2 Analyse de la population	5	38
- Les sous-groupes		Ressources
- Rencontrer la population: Avantages et obstacles		68
Ressources	11	MODULE 3 - L'APPROCHE DE PROXIMITÉ
MODULE 2 - PROGRAMME DE PROXIMITÉ: DE LA RÉFLEXION À LA CONCEPTION		3.1 Le contact des intervenants de proximité avec les HSH
2.1 Cadre favorable à la conception du programme	15	73
- Le plaidoyer: un contexte d'engagement		- Définition du contact direct
- Le travail en réseau (networking)		- Processus de promotion de la santé
- L'approche participative		- Réduction de la stigmatisation sur le terrain
- Le cadre éthique		- Utilisation d'internet et d'autres technologies
2.2 La cartographie	19	3.2 La sélection des intervenants de proximité
- Phase 1: observation		78
- Phase 2: établissement de la cartographie		3.3 Les rôles et responsabilités des intervenants de proximité
- Phase 3: mise à jour de la cartographie		79
2.3 Conception du programme de proximité	25	- La dynamique du groupe
		- Groupes d'appui aux intervenants de proximité
		3.4 La formation des intervenants de proximité
		83
		- Formation initiale
		- Formation continue
		- Matériel éducatif

3.5 L'éducation par les pairs	89	4.3 La fréquence de collecte des données	101
- <i>Sélection des éducateurs pairs</i>			
- <i>Rôle des éducateurs pairs</i>			
Scénarios d'intervention sur le terrain	92	4.4 Calcul et enregistrement des indicateurs	102
Ressources	96	4.5 Détecter les problèmes en examinant les données de suivi	107
MODULE 4 - LE SUIVI DU PROGRAMME		Ressources	109
4.1. Pourquoi un système de suivi?	99	REMERCIEMENTS	111
4.2 Les indicateurs-clés pour les programmes à destination des HSH	100		

Acronymes

ALCS	Association de Lutte Contre le sida
ANIS	Association de lutte contre les IST/sida et de Promotion de la Santé
GPS	Global Positioning System
HEARD	Health Economics and HIV/AIDS Research Division
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICASO	International Council of AIDS Service Organization (Conseil international des ONG de lutte contre le sida)
IST	Infection sexuellement transmissible
MENA	Middle East and North Africa
ONG	Organisation non gouvernementale
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le sida
PDT	Prévention Dépistage Thérapie
PNLS	Programme National de Lutte contre le sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TS	Travailleur/travailleuse du sexe
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

«Le VIH et les programmes de proximité auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, de la sensibilisation à l'engagement» décrit en quatre modules le cycle complet d'un programme national de proximité engageant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH):

- **Module 1:** L'analyse de situation;
- **Module 2:** Le programme de proximité: de la réflexion à la conception;
- **Module 3:** L'approche de proximité;
- **Module 4:** Le suivi du programme de proximité

Le manuel a pour objectif de fournir aux pays mettant actuellement en place des programmes destinés aux HSH des outils supplémentaires contribuant à l'amélioration de ces programmes. Il permet également aux pays souhaitant initier de tels programmes de disposer d'éléments suffisants pour les élaborer.

Alors que des documents similaires ont déjà été conçus pour l'Europe, l'Afrique subsaharienne, le Canada ou encore l'Asie, un document spécifique à la région MENA s'imposait, parce que, chargée d'une culture et de traditions différentes, cette région nécessite la mise en oeuvre de nouvelles approches.

Ce manuel sur les programmes de proximité complète le guide de l'OMS qui met l'accent sur les recommandations émanant de bonnes pratiques dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH et autres IST parmi les HSH et les transgenres.

Cet ouvrage pratique est opportun pour les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), où la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles sont rarement abordées, et l'homosexualité et la transsexualité demeurent des sujets «tabou» non seulement dans la sphère publique, qui punit parfois sévèrement de telles orientations sexuelles, mais davantage encore dans la sphère privée, où pèse le poids de la famille, de l'image traditionnelle des genres féminins et masculins, et d'une façon générale des traditions.

Une telle situation rend l'accès des HSH aux services sociaux et de santé virtuellement impossible malgré la nécessité pressante d'agir envers ces groupes, qui présentent un risque plus élevé d'infection au VIH. En effet, selon les enquêtes séro-comportementales récentes menées dans la région MENA, l'épidémie du VIH est concentrée au sein des populations-cibles, notamment les HSH. Les mêmes études montrent que les HSH changent régulièrement de partenaire sexuel, peu utilisent systématiquement le préservatif, certains sont consommateurs de drogues, travailleurs du sexe, alors que la connaissance des maladies sexuellement transmissibles reste limitée.

Ce manuel a été conçu spécifiquement pour la région MENA où les programmes impliquant les HSH sont encore à leurs débuts dans un grand nombre de pays. Les bonnes pratiques figurant dans cet ouvrage pourraient être adaptées dans des environnements similaires. Le manuel met l'accent sur l'accès aux services de base pour ceux qui en sont dépourvus. D'autres volets, tels que le renforcement du système communautaire, le plaidoyer, et les approches spécifiques pour les sous-groupes, peuvent être ajoutés au fur et à mesure que les programmes dans les pays de la région mûrissent.

Le manuel est le résultat d'une longue expérience dans divers pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord au cours de la décennie passée. Il fournit aux lecteurs des conseils, nombreux et utiles, pouvant les aider à atteindre efficacement ces groupes, en commençant par une bonne connaissance des communautés d'HSH, de leurs pratiques sexuelles, en établissant graduellement des relations de confiance à travers un dialogue continu.

Alors que les programmes varient selon les groupes ou les sous-groupes auxquels ils sont destinés, le manuel souligne l'importance de leur intégration dans les plans de stratégie nationale contre le sida et de la coordination par une institution multisectorielle et multidisciplinaire. Ceci a pour but d'assurer la cohérence avec les stratégies de réponse au sida dans le pays considéré et de mettre en oeuvre un suivi et des ajustements adéquats.

Le manuel met par ailleurs l'accent sur une bonne connaissance de l'environnement des communautés d'HSH. En effet, l'analyse globale des contextes politique, légal, culturel, social et sanitaire dans un pays donné est une condition préalable essentielle à l'élaboration d'un programme efficace à destination des populations d'HSH. Une telle analyse inclut la réalisation en continu d'une cartographie des zones fréquentées par les groupes, ainsi que l'estimation de la taille de la population impliquée, afin de mieux définir les zones d'intervention.

Différents modèles d'intervention de proximité existent dans la région, fournissant un large éventail de services (information, édu-

cation, communication, distribution de kits de prévention, consultations légales, médicales et psychologiques, conseil et dépistage du VIH, etc.). Chacun présente des avantages et des inconvénients détaillés dans ce manuel.

A travers cet ouvrage deux personnages fictifs, Adel et Fadel, illustrent les étapes requises pour le développement d'un programme de proximité. Adel et Fadel sont tous deux des intervenants de proximité pour un programme de prévention du VIH auprès des HSH. Fadel, dont l'histoire est présentée après l'introduction du document, possède une plus grande expérience qu'il essaye de partager avec Adel à travers les divers conseils fournis tout au long du document.

Le manuel s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la conception, mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes auprès des HSH dans la région MENA:

- Le programme national de lutte contre le sida
- Les partenaires du programme national (bailleurs de fonds, système des Nations Unies, organisations non-gouvernementales)
- Les coordinateurs de programme
- Les intervenants de proximité

Toutefois, les modules 1 et 2 s'adresseront plus particulièrement au programme national de lutte contre le sida et les partenaires; les modules 3 et 4 aux coordonnateurs de programmes et intervenants de proximité.

Compte tenu de la complexité du sujet et du besoin d'adaptation des réponses dans un contexte en perpétuel mouvement, ce manuel sera mis à jour régulièrement, en fonction des nouvelles expériences de terrain réalisées dans la région MENA.

Histoire de Fadel

Cette histoire met en exergue le parcours de l'intervenant de proximité Fadel. L'histoire sera présentée sous forme de bande dessinée.

Tu sais, mon parcours dans le cadre de la prévention du VIH auprès de la communauté d'HSH ressemble à celui de nombreux intervenants de proximité. Et au tien aussi en fait!!

Tout a commencé quand j'étais assis dans un café avec des amis....

Raconte-moi!

Deux jeunes hommes sont venus vers nous, souriants et amicaux. Ils ont demandé à s'asseoir avec nous. Au départ, nous avons trouvé cela bizarre.

On ne les connaissait pas! Et comme tu le sais, dans notre communauté, on a peur des intrus. Ils se sont présentés et ont présenté leur travail. Leurs manières m'ont inspiré confiance, ils avaient l'air d'être sûrs d'eux! En fait, c'était des intervenants de proximité qui travaillaient dans le cadre de la prévention du VIH auprès des HSH.

Pour ne rien te cacher... nous n'étions pas gentils avec eux au début! Et on a préféré leur dire de partir!

Quelques jours plus tard, je les ai rencontrés par hasard, assis dans un autre café.

Cette fois, ce sont eux qui m'ont proposé de m'asseoir avec eux!

Ils m'ont expliqué en détail leur travail:

- ... leur proposer de faire un test de dépistage du VIH et discuter avec eux des comportements de prise de risque...
- ...entrer en contact avec les HSH...
- ... leur proposer plusieurs services de qualité disponibles...
 - ... consultations médicales ...
 - ... test VIH ...
 - ... consultations légales ...
 - ... consultations psychologiques, à des formations sur différents domaines.
 - ... distribution des préservatifs et du gel, ainsi que des brochures.

Ils étaient encore très sûrs de ce qu'ils disaient!!

Cela fait beaucoup d'informations en une fois, et j'avais envie de réfléchir à ma participation à leur programme!!

Quand je le leur ai dit, ils m'ont dit que j'étais libre de choisir et qu'on pouvait changer de conversation si le sujet me gênait.

J'ai apprécié l'espace qu'ils m'ont donné ! J'avais le choix, dans cette interaction, de prendre ou de laisser ce qu'ils me proposaient....



Un des intervenants m'a proposé son numéro de téléphone, au cas où...

Il a commencé à me parler de son parcours et m'a expliqué comment, à partir de notre communauté, il a pu atteindre un niveau de savoir-faire intéressant. Ce qui m'a le plus plu était son engagement par rapport à sa communauté !



C'était bien, mais je voulais encore réfléchir! Je les ai vus plusieurs fois fréquenter les lieux de la communauté, distribuer des préservatifs et du gel...



Ils étaient là tous les jours, à la même heure. Ils commençaient à se faire respecter dans les lieux qu'ils fréquentaient. L'un d'eux était membre de la communauté.



Un jour, ils sont revenus pour me proposer de participer à une formation de trois jours sur le VIH. J'ai cru qu'ils voulaient savoir beaucoup de choses sur moi.



J'avais peur d'être piégé! Mais je me suis finalement dit que ça ne m'engageait à rien.

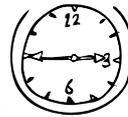
J'ai accepté sans m'engager et puis j'ai fait une sorte d'enquête.

Comme ma communauté me respecte et me fait confiance, j'ai été vers eux pour les interroger sur ces deux intervenants de proximité:

Qui sont-ils ?
Que font-ils ?
Où travaillent-ils ?
Pourquoi s'adressent-ils
à notre communauté
et pas à une autre ?



Et puis j'ai décidé d'y aller.
Ma décision était motivée par un
engagement personnel et par un engagement
par rapport à ma communauté.



Et puis le jour J est arrivé....
Le matin, j'ai longtemps hésité.
J'avais un peu peur.



J'ai fini par m'y rendre.

Deux chercheurs étaient là.
Et quelques participants
aussi. Je connaissais
certains d'entre eux.

D'autres sont arrivés plus
tard. En attendant les
derniers participants, les
formateurs faisaient tout
pour nous mettre à l'aise.



Pendant la formation, les interactions se passaient bien. J'observais et j'apprenais beaucoup aussi! Et j'ai vu que ce programme pouvait être utile pour moi. Ainsi que pour ma communauté!

La formation concernait la situation de l'épidémie du VIH de notre pays, et le programme existant.

J'ai appris sur la transmission de ce virus, sur la prévention et la prise en charge globale y inclus le test de dépistage du VIH.

Et ces formations étaient très participatives, ce qui les rendait vraiment intéressantes!



Les intervenants nous ont prévenus que plusieurs formations supplémentaires étaient organisées mais que nous étions libres de nous y rendre.

Moi j'ai décidé d'y participer, parce que la première formation m'avait vraiment convaincu.



Au cours de la troisième formation, ils m'ont proposé de devenir intervenant de proximité. Je devais réfléchir, parce que l'engagement allait devenir bien plus important. Je devais réfléchir à ce qu'une telle opportunité de travail m'apporterait.



Mais je devais avant tout penser à tout ce que l'engagement impliquerait pour ma vie.

En m'engageant, il me faudrait intégrer moi-même le message que j'allais communiquer.

Et ça n'était pas facile au début!

Je me demandais si je parviendrais à conjuguer vie privée auprès de ma communauté et vie professionnelle en tant qu'intervenant de proximité.



J'ai finalement accepté....
Je voulais relever ce défi !

Fadel est respecté dans sa communauté.

Il est discret.
Il n'aime pas la bagarre et fait beaucoup de médiation au sein de la communauté même.
Il donne des conseils.
Son discours par rapport à notre travail engageait toujours la communauté.

Fadel est relativement ponctuel. Il observe, il écoute. Il interagit au sein du groupe d'une manière très souple. Il est doué pour communiquer.

Il endosse toujours le rôle de leader en maintenant des relations d'égal à égal. Il s'est montré très curieux par rapport aux informations que nous lui apportions.

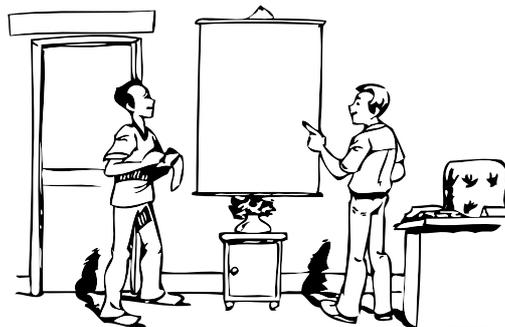


Il fait partie d'un cercle mais accède facilement à d'autres cercles.

Le programme de la formation pour devenir intervenant était très intensif.

Il fallait acquérir certaines compétences, que je devais intégrer à mes connaissances de base. Et tout au long de la formation, je me demandais toujours comment ma communauté m'accepterait en tant qu'intervenant de proximité. Ce qui m'a rassuré, c'est que j'étais toujours accompagné d'un intervenant déjà formé.

Il avait de l'expérience, et nous nous complétions.



Nous sommes allés ensemble à différents endroits. Il m'a expliqué comment mettre à jour la cartographie. Il m'a appris comment entrer en contact avec les HSH, comment collecter des données, comment les orienter et les accompagner,



et comment réaliser le suivi des programmes. C'est un parcours très intéressant!



Ce nouvel engagement m'a permis de mieux comprendre les risques au sein de ma communauté. Je me suis rendu compte que le VIH et les IST faisaient partie des risques les plus importants.



Des réunions hebdomadaires étaient organisées avec mon équipe, pour réfléchir aux défis rencontrés sur le terrain et aux solutions à apporter.



Il en existe d'autres également, sur lesquels il faut également travailler: la pauvreté, la stigmatisation, la discrimination, l'analphabétisme, etc.

Après quelques temps, j'ai intégré le comité de pilotage du programme, où je suis le porte-parole de ma communauté. Je suis également devenu formateur.



Mon engagement m'a poussé à intégrer à cette démarche le maximum de membres de ma communauté. Le jour où je t'ai rencontré, après quelques échanges, j'ai pensé que tu avais les qualités pour devenir, à ton tour, intervenant.



Peut-être que notre parcours sera différent, parce que chaque personne crée sa propre histoire. Le plus important est de passer progressivement d'une démarche de sensibilisation à une démarche d'engagement.

Je suis content de t'accompagner dans ce parcours. N'hésite pas à me poser toutes les questions que tu veux. J'ai fait la même chose avant toi !



LE VIH ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD

**MODULE 1/4
ANALYSE DE SITUATION**

1- Analyse de situation

Ce module passe en revue la première étape nécessaire pour la conception d'un programme de proximité pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Il s'agit de l'analyse de situation qui comprend:

- L'analyse politique (contextes sanitaire, social, culturel, religieux et légal);
- L'analyse de la population et plus particulièrement les sous-groupes des HSH.

Le module s'adresse particulièrement au programme national de lutte contre le sida et les partenaires du programme national (bailleurs de fonds, système des Nations Unies, organisations non-gouvernementales).



1.1 Analyse politique

CONTEXTE SANITAIRE

L'évaluation du contexte sanitaire exige que des cartes détaillées des structures sanitaires existantes soient dessinées. Ensuite, il faut préciser les services que ces structures proposent, leur coût d'accès (s'il existe), leurs ressources, leur répartition géographique et l'accessibilité des HSH à ces services.

L'analyse du contexte sanitaire devrait être détaillée, exhaustive, et intégrée dans le processus de développement du plan national de lutte contre le sida. Toutefois, il est possible d'effectuer une enquête rapide, apportant des réponses nécessaires préliminaires pour renforcer les programmes.

CONTEXTES SOCIAL, CULTUREL ET RELIGIEUX

Dans la région MENA, les rapports sexuels entre hommes sont prohibés. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes subissent une pression morale, à laquelle s'ajoutent parfois des sanctions physiques allant à l'encontre des droits humains.

La question de l'identité sexuelle est ballotée entre le tabou, le désir, la sanction et la liberté de choisir ses pratiques sexuelles et son partenaire sexuel.

Dans la région MENA, ce phénomène est en partie lié à l'importance de la famille, et plus largement la communauté, par rapport à

l'individu. Qu'elles soient institutionnalisées ou implicites, les lois et normes régissant le groupe sont influencées par les livres sacrés. Mariage, procréation et filiation constituent des éléments fondamentaux, qui confèrent son statut à l'individu et garantissent le maintien de la cellule sociale. Par conséquent, les rapports sexuels entre hommes pourraient ne pas être tolérés par la société. Contraints de répondre à ces normes, certains HSH ne peuvent pas révéler, voire admettre, leur identité sexuelle réelle. Beaucoup d'HSH se marient donc, faisant parfois prendre à leur femme le risque d'être contaminée par le VIH ou d'autres IST.

La problématique de l'identité sexuelle a été mise en exergue à travers différentes études. La quête identitaire reste douloureuse pour certains HSH. L'ouverture d'un débat sur cette question est incontournable. Toutefois, il convient de se concentrer, dans notre démarche, sur l'importance des comportements sexuels dans le contexte de l'épidémie de sida.



Les HSH sont-ils tous homosexuels?

Bonne question !
Il n'est pas si facile d'y répondre... Un comportement sexuel ne définit pas une identité sexuelle.



Dans la région MENA, certains hommes entretiennent des relations sexuelles avec des hommes, mais également avec des femmes et ne se considèrent ni comme homosexuels ni comme bisexuels, mais hétérosexuels. Les hommes qui s'identifient ainsi se retrouvent le plus souvent chez les hommes «actifs» dans le cadre d'un rapport sexuel avec un homme.

CONTEXTE LÉGAL

Analyser le contexte légal dans lequel vivent les HSH est nécessaire, dans la mesure où la faisabilité des programmes dépend toujours du cadre politico-légal d'un pays. La compréhension de ce cadre constitue une partie importante de l'analyse de la situation. La compréhension approfondie du cadre légal permet de préparer des arguments pertinents de plaider.

Il est également important d'obtenir les réactions des communautés d'HSH par rapport à l'application des lois et au comportement de

la police. Il s'agit d'une étape cruciale du processus d'intervention, pour connaître la réalité des faits par rapport aux lois.

Il n'est pas suffisant de créer de nouvelles lois en faveur d'un groupe dans un environnement qui n'est pas prêt à les mettre en pratique. En revanche, la révision des lois existantes peut permettre de prendre du recul par rapport aux applications aléatoires et au cas par cas. Ainsi, il devient possible d'identifier les interprétations et les carences discriminatoires.

Contextes juridiques des HSH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ¹

ALGÉRIE	Ordonnance n°66-156 du 8 Juin 1966. Article 338 du Code pénal: Tout coupable d'un acte homosexuel est puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans, et d'une amende de 500 à 2000 DA.
AFGHANISTAN	Chapitre 8: Adultère, pédérastie, violation de l'honneur. Article 427: ■ (1) «Une personne qui commet l'adultère ou la pédérastie sera punie d'un long emprisonnement.» ■ (2) «La commission de l'acte spécifié précédemment est considérée comme une circonstance aggravante, [notamment] dans le cas où la personne contre laquelle le crime a été commis avait moins de 18 ans».
ARABIE SAOUDITE	Le droit pénal saoudien n'est pas codifié. Les tribunaux du pays appliquent la sharia (loi islamique). Son interprétation rigoriste fait de la sodomie un crime. Pour un homme marié, elle prévoit la mort par lapidation. La même peine est prévue pour les non musulmans coupables de sodomie avec un musulman. Pour un célibataire, la flagellation publique ainsi qu'un exil d'un an sont prévus.
BAHRAÏN ²	Le statut juridique des actes homosexuels ne sont pas claires à Bahreïn. La sodomie est illégale à Bahreïn entre 1955 et 1976. Le nouveau Code pénal de mars 1976 a techniquement autorisé comme privé, tout acte non commercial de sodomie entre adultes consentants de plus de 21 ans. Cependant, le système juridique est influencé par la morale islamique traditionnelle qui permet aux agents d'application de la loi et les juges vastes pouvoirs discrétionnaires pour imposer des amendes d'emprisonnement et, pour les visiteurs, la déportation pour s'engager dans des activités jugées immorales.

¹ Itaborahy, L. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. International Lesbian, Gay Bisexual Trans and Intersex Association, 2012. http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf

² La source de l'information est Wikipedia, the free encyclopedia. http://en.wikipedia.org/wiki/LGBT_rights_in_Bahrain

	Le contrevenant peut être condamné jusqu'à dix ans de prison, si la victime est d'au moins seize ans. Lorsque la victime est âgée moins de seize ans, la peine de mort est le châtiment (article 345 du code pénal de Bahreïn).
DJIBOUTI	Articles 347 à 352 du Code pénal de 1995: Répression des «actes impudents» sous la section criminelle de «l'atteinte à la pudeur».
ÉGYPTE	La loi égyptienne n'interdit pas l'homosexualité, mais les lois ci-dessous sont utilisées contre les hommes homosexuels à des fins d'arrestation: Loi n°10 de 1961 de lutte contre la prostitution. Loi n°29, Article 9: «Toute personne qui se livre habituellement à la débauche ou à la prostitution est passible d'une peine de 3 mois à 3 ans de prison et/ou d'une amende de 25 à 300 livres.»
ÉMIRATS AR- ABES UNIS	Code pénal fédéral, loi n°3 de 1987: Article 354: La peine capitale pour toute personne qui oblige par la force une femme à la copulation charnelle ou un homme à la sodomie. Article 80 du Code pénal: d'Abu Dhabi rend la sodomie passible d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 14 ans. Article 177 du Code pénal: de Dubaï impose l'emprisonnement d'un maximum de 10 ans sur la sodomie consensuelle.
IRAN	Code pénal islamique d'Iran de 1961, Articles 108 et 138 (qui abordent en détail l'homosexualité et les peines associées): Les relations homosexuelles ayant lieu entre deux adultes consentants et en privé sont considérées comme un crime. La peine maximale pour ce crime peut être la mort.
JORDANIE	Aucune loi n'existe, l'homosexualité n'est donc pas illégale en tant que telle, mais les homosexuels subissent des violences.
KOWEÏT	Code pénal, Loi 16, 2 juin 1960: Article 192: Rapports sexuels d'une personne de sexe masculin avec une personne de sexe masculin, de moins de 21 ans: jusqu'à 10 ans d'emprisonnement. Article 193: Rapports sexuels entre hommes de plus de 21 ans: jusqu'à 7 ans d'emprisonnement.
LIBAN	Code pénal 1943, modifié en 2003, Article 534: «Les relations sexuelles contre nature sont punies d'emprisonnement pour une durée d'1 mois à 1 an, et d'une amende allant de 200 000 à 1 million de livres libanaises.»
LIBYE	Code pénal de 1953, «Infraction contre la liberté, l'honneur et la moralité», Article 408: «Actes obscènes: (1) Toute personne qui commet des actes obscènes avec d'autres personnes sera punie d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de 5 ans. (2) La même sanction sera infligée si l'acte a été commis d'un commun accord avec une personne de moins de 14 ans, ou avec une personne qui ne pouvait refuser en raison d'une faiblesse psychologique ou physique. Si la victime est âgée de 14 à 18 ans, l'emprisonnement sera d'au moins 1 an. (3) Si l'auteur appartient à l'un des groupes d'auteurs prévus aux paragraphes 2 et 3 de l'article 407, une peine d'au moins 7 ans d'emprisonnement sera infligée. (4) Si une personne commet un acte obscène avec une autre personne consentante (hors mariage), les deux parties seront punies d'une peine d'emprisonnement.»
MAROC	Article 489 du Code pénal: L'homosexualité est punie par 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et d'une amende allant de 120 à 1000 dirhams.
OMAN	Code pénal de 1963, Article 223: «Toute personne qui commet des actes sexuels avec une personne du même sexe sera poursuivie, même si aucune plainte n'est déposée, pour commission d'acte d'homosexualité masculine ou féminine. Si cet acte occasionne un trouble public, elle sera punie d'une peine d'emprisonnement de 6 mois à 3 ans.»

PAKISTAN	<p>Code pénal de 1860, Section 367: «Crimes contre nature» «Quiconque entretient volontairement des relations charnelles contre nature avec un homme, une femme ou un animal, doit être puni d'un emprisonnement à vie ou par un emprisonnement qui ne devra pas être inférieur à 2 ans ni supérieur à 10 ans, et sera aussi passible d'une amende.»</p>
QATAR	<p>Code pénal actuellement en vigueur, loi n°11 de 2004: Les actes sexuels avec un homme sont interdits par l'article 284. La peine est de sept ans d'emprisonnement.</p> <p>La loi islamique de la charia est également en vigueur au Qatar mais ne s'applique qu'aux musulmans. Le délit de "Zina" (adultère) punit tout acte sexuel par une personne mariée en dehors du mariage par la mort, tandis que les actes sexuels commis par des personnes non mariées sont sanctionnés par la flagellation - peu importe s'ils étaient hétérosexuels ou homosexuels.</p>
SOMALIE	<p>Code pénal décret n°5, de 1962, entré en application le 3 avril 1964 Article 398, paragraphe 4: «Définition du rapport charnel: pénétration par l'organe sexuel mâle» Article 409: «Homosexualité»:</p> <ol style="list-style-type: none"> «Quiconque a un rapport charnel avec une personne du même sexe, sera puni, lorsque l'acte ne constitue pas un crime plus grave, d'un emprisonnement de 3 mois à 3 ans. Dans le cadre de l'acte de luxure différent d'un rapport charnel, la peine imposée sera réduite d'un tiers.» <p>Article 410: Mesures de sécurité pour les personnes condamnées au titre de l'article 409: surveillance policière pour empêcher le condamné de commettre à nouveau les mêmes actes.</p>
SOUDAN	<p>Article 148 du Code pénal: «(1) Tout homme qui insère son pénis ou son équivalent dans l'anus d'une femme ou d'un homme ou permis un autre homme d'insérer son pénis ou son équivalent dans son anus est dit d'avoir commis la sodomie. (2) (a) Quiconque commet la sodomie sera puni de cent coups de fouet et il sera également passible d'un emprisonnement de cinq ans. (b) Si le délinquant est condamné pour la seconde fois il sera puni avec la flagellation, cent coups de fouet et une peine d'emprisonnement qui ne peut excéder cinq ans. (c) Si le délinquant est condamné pour la troisième fois il sera puni de mort ou l'emprisonnement à vie.»</p>
SYRIE	<p>Article 520 du Code pénal de 1949: Interdiction d'avoir des relations homosexuelles «contre nature». Peine passible de 3 ans de prison.</p>
TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ	<p>Ordonnance du Mandat britannique code pénal, n° 74 de 1936 en vigueur dans Gaza. Section 152 (2) du Code criminalise les actes sexuels entre hommes avec une peine pouvant aller jusqu'à 10 ans. En Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, le Code pénal jordanien de 1951, largement modifié en 1960 est en vigueur, n'ayant pas d'interdiction sur les actes sexuels entre personnes du même sexe.»</p>
TUNISIE	<p>Code pénal (révisé en 1964): article 230: La sodomie entre adultes consentants - jusqu'à trois ans d'emprisonnement.</p>
YÉMEN	<p>Code pénal 1994, n°12 Article 264: «L'homosexualité entre hommes est définie comme la pénétration dans l'anus. Les hommes non mariés doivent être punis avec 100 coups de fouet ou d'un maximum d'un an d'emprisonnement, les hommes mariés à la peine de mort par lapidation.»</p>

Retiens bien

- L'analyse du contexte sanitaire est un processus élémentaire dans le cadre de la planification des programmes destinés aux HSH.
- Le contexte social, culturel et religieux oblige beaucoup d'HSH à se marier, faisant prendre à leurs femmes le risque d'être contaminées par le VIH et d'autres IST.
- La connaissance des lois constitue une étape cruciale dans le développement d'un programme de proximité.
- Il n'est pas suffisant de créer de nouvelles lois en faveur d'un groupe dans un environnement qui n'est pas prêt à les mettre en pratique. La révision des lois existantes peut permettre de prendre du recul par rapport aux applications aléatoires et au cas par cas. Ainsi, il devient possible d'identifier les interprétations et les carences discriminatoires.

1.2 Analyse de la population

Selon les lignes directrices de l'OMS/ ONUSIDA, sur la Lutte contre le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les transsexuels, on entend par la terminologie «*hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)*»:

“un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque « communauté ». L'interprétation des mots « homme » et « sexe » varie selon les cultures et les sociétés, et selon les personnes concernées. En conséquence, le terme HSH s'applique à des situations et des contextes très divers où des personnes de sexe masculin ont des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin”.

D'un pays à l'autre du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (région MENA), les termes

désignant les HSH diffèrent. Ces termes sont souvent la construction féminine d'un nom masculin, et peuvent constituer une manière de discriminer les personnes auxquelles ils sont attribués.

Cette section décrit les différents sous-groupes de la population des HSH dans la région MENA et explique l'importance de la rencontre avec cette population.

LES SOUS-GROUPES



Si les HSH forment un groupe, ce groupe comporte lui-même de nombreux sous-groupes qu'il faut prendre en compte dans le cadre de la planification...

Les risques varient selon les groupes et dépend de plusieurs critères, notamment de la situation épidémiologique et comportementale, économique et sociale.

Les sous-groupes de HSH incluent les mineurs, les travailleurs de sexe, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogues, les populations mobiles, les partenaires et les clients. Chacun de ces sous-groupes est discuté ci-dessous.

Jeunes HSH âgés de moins de 18 ans

Les différents programmes de proximité rencontrent des difficultés concernant la promotion de la santé, la prévention du VIH et la prise en charge globale des jeunes HSH n'ayant pas encore atteint l'âge de la majorité (en général 18 ans). Pour le test de dépistage du VIH, l'accord des parents est en général demandé. Toutefois, selon les directives de l'OMS/UNICEF sur le conseil et dépistage du VIH, si un parent refuse le dépistage et si le traitement est disponible, le personnel de santé a la responsabilité morale de tester le jeune et d'initier un traitement dans le cadre du droit national. Dans tous les cas de figure, l'intérêt supérieur du jeune âgé de moins de 18 ans doit être le principe directeur. De la même façon, distribuer des préservatifs est problématique, parce que les parents risquent de les retrouver.

L'intervention auprès des jeunes HSH demande beaucoup de souplesse et de délicatesse. La création d'un environnement de confiance est fondamentale. Il faut également être vigilant afin d'assurer que les programmes protègent les jeunes HSH de l'exploitation sexuelle, entre autre à travers des procédures appropriées garantissant le professionnalisme et la responsabilité du personnel programmatique. En effet, certains programmes de proximité auprès des HSH dans la région MENA ont été accusés de pédophilie et d'incitation à la débauche.

Ce groupe nécessite une approche spécifique prenant en considération l'âge, les conditions dans lesquelles se déroulent les rapports sexuels et la manière de communiquer avec les individus de ce sous-groupe.

Travailleurs du sexe

Selon les directives de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe, un travailleur du sexe est défini comme un adulte ou un jeune entre 18-24 ans qui reçoit de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement”.

Le travail du sexe demeure un sujet tabou et fait souvent l'objet de clichés: «C'est de l'argent facile», «C'est le temporaire qui perdure», «Ils/Elles aiment ça», etc. En réalité, le travail du sexe n'existe que pour répondre à la demande d'un marché. Cette règle est valable dans le monde entier, pas seulement dans la région MENA.

Le travail du sexe masculin inclut les homosexuels, les gigolos, les «escort boys» et les transgenres. Certains hommes gagnent de l'argent en ayant des rapports sexuels avec des hommes sans pour autant se considérer comme homosexuels. L'argent est leur seule motivation. Lors d'études menées dans la région MENA, la quête d'un revenu régulier est d'ailleurs la raison citée de façon la plus récurrente par les HSH qui pratiquent le travail du sexe. Ceux-ci cherchent ainsi à améliorer leur situation, mais se retrouvent confrontés à de nouvelles difficultés.

Différentes techniques sont utilisées par les travailleurs du sexe HSH: draguer dans des cafés, bars, hammams, parcs et autres; rendez-vous pris au téléphone, par Internet, etc. Ainsi, les travailleurs du sexe peuvent discuter des pratiques sexuelles et du prix des passes, avant d'organiser une rencontre.

L'approche spécifique la plus adaptée pour ce sous-groupe dépendra des différents types de travail du sexe (TS de rue, TS dans des établissements, TS sur Internet), des différents

sous-groupes de travailleurs du sexe (migrants, consommateurs de drogues, analphabètes, personnes vivant avec le VIH) et des divers facteurs de risque spécifiques à chaque sous-groupe.

La prévention du VIH auprès des travailleurs du sexe devrait toujours inclure un travail en profondeur avec les clients: il n'y a pas de travail du sexe sans client! Celui-ci dispose d'un pouvoir de domination. Il est nécessaire de prendre en compte la perception existante qu'en payant, il s'attribue tous les droits, notamment celui d'utiliser ou non un préservatif.

Personnes vivant avec le VIH

Les rapports sexuels entre hommes sans protection favorisent la transmission du VIH. Plus particulièrement, la pénétration anale non-protégée constitue une voie de transmission à haut risque. Les programmes de prévention VIH ainsi que de traitement et de prise en charge thérapeutique ne doivent pas négliger les HSH vivant avec le VIH. Ces programmes doivent prévoir une protection pour les personnes, ainsi qu'un accompagnement et des mesures pour la réduction des prises de risque. Il convient de prévoir un partenariat avec les ONG travaillant pour et avec les personnes vivant avec le VIH.

Il est également important de promouvoir le droit humain et l'égalité des chances. Les personnes vivant avec le VIH doivent pouvoir mener une vie satisfaisante et saine comme tout autre membre de la société.

Les intervenants de proximité devraient comprendre en profondeur le parcours de la personne qui désire consulter, parcours commençant par le conseil et le test VIH se

poursuivant par une prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale en cas de séropositivité. En effet, ceux-ci devraient l'expliquer, donner des informations aux personnes vivant avec le VIH, les orienter et les accompagner. Ils pourraient également assurer une médiation entre les différents services (médicaux, légaux etc.) et les personnes vivant avec le VIH.

Dans le cadre d'une approche vers les personnes vivant avec le VIH, il est important de mettre en place des outils fournissant des explications sur les moyens de vivre avec le VIH. Plusieurs outils ont déjà été développés pour informer sur tous les points essentiels qu'une personne vivant avec le VIH doit connaître.

Les personnes vivant avec le VIH devraient s'impliquer de manière significative auprès de leurs pairs et, plus globalement s'impliquer dans la création d'un environnement favorable, ainsi que dans le cadre du plaidoyer. L'implication ne devrait pas être superficielle, en réponse à une demande unilatérale exprimée de façon ponctuelle par les ONG.

Consommateurs de drogues

La consommation de drogues, douces comme dures, récréatives comme additives, est un phénomène récurrent dans la région MENA, bien que les habitudes de consommation diffèrent selon les pays. Il est également fréquent d'associer drogues et alcool. Ces comportements sont observés chez certains HSH. Les facteurs de prise de risque se multiplient:

- Il est souvent possible d'associer l'utilisation de drogues au comportement sexuel à risque comme les endroits où se

rassemblement les gens pour consommer des drogues ou de l'alcool peuvent être les mêmes endroits où les gens font des contacts sexuels. D'autre part l'utilisation de drogues ou d'alcool peut désinhiber et parfois aussi constituer une excuse pour avoir des rapports sexuels non-protégés.

- L'utilisation de drogues injectables entraîne des risques de contamination lorsque les seringues non stérilisées sont échangées entre les usagers.

Ce groupe mérite une attention particulière en termes de prévention et de prise en charge. La riposte à cette problématique devrait être envisagée en amont de la planification.

Pour plus d'information sur un ensemble complet d'interventions de base pour les usagers de drogue par injection, prière de consulter le guide technique de l'OMS, l'ONUSDC et l'ONUSIDA pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (*voir Section Ressources, page 11 de ce document*).

Population mobile

Plusieurs études ont démontré qu'il existe une corrélation entre la mobilité des populations et leur vulnérabilité au VIH. Certains HSH sont constamment mobiles, ce qui rend leur prise en charge très complexe. Cette mobilité peut être volontaire ou involontaire.

Deux types de mobilités peuvent être distingués:

- **La mobilité interne:** il s'agit d'HSH se déplaçant d'un quartier à un autre au sein d'une même ville, ou d'une ville à l'autre dans leur propre pays.

- **La mobilité externe:** elle concerne les HSH qui franchissent les frontières. Il s'agit d'HSH visitant ou séjournant dans un pays étranger.

Le phénomène de la mobilité entraîne diverses questions relatives à l'origine, au transit, à la destination et au retour des personnes.

- Pourquoi partent-elles?
- Quels sont leurs lieux de passage?
- Quels sont leurs comportements et interactions lors de cette mobilité?
- Où vont-elles?
- Comment ont-elles été accueillies dans un nouveau lieu?
- Ces personnes retournent-elles vers leur terre d'origine ou restent-elles là où elles sont arrivées?

Dans la plus part des pays de la région MENA, la mobilité interne des HSH s'explique plus particulièrement par la clandestinité des pratiques. Ces groupes s'éloignent de leur famille, de leur entourage et recherchent la discrétion, voire l'anonymat. Se déplacer souvent permet d'échapper à la répression policière, aux injures et/ou aux agressions physiques.

Pour certains, la mobilité résulte de leur profession même. Parmi les emplois à grande mobilité se trouvent les marins, les pêcheurs, ou encore les routiers. Il a été démontré que les HSH exerçant de tels métiers étaient particulièrement vulnérables au VIH.

La migration transfrontalière est liée à des facteurs socioculturels et à la pauvreté. Les conditions et les comportements adoptés pendant le processus de mobilité rendent les personnes plus vulnérables face au VIH. La solitude, la pression des pairs, le manque de ressources et la perte de repères liée

aux déplacements peuvent encourager les personnes à prendre des risques, notamment en exerçant le travail du sexe. Ces HSH subissent le manque de protection juridique, la discrimination et l'exploitation. Ils n'ont qu'un accès limité aux systèmes de santé, à la prévention, au test de dépistage du VIH et à la prise en charge thérapeutique. En conclusion, la recherche de discrétion et d'une vie meilleure rend les HSH encore plus vulnérables qu'ils ne l'étaient.

Une approche spécifique devrait être planifiée pour répondre à la problématique de la mobilité:

- souple, facile à adapter, pour répondre à la nature dynamique de la mobilité. Ainsi, la cartographie doit être très mouvante. Il est également nécessaire d'avoir des intervenants polyglottes, pouvant parler la langue des interlocuteurs migrants. Le plus simple serait de choisir des personnes issues de la communauté elle-même pour devenir intervenants de proximité.
- participative, qui implique les personnes touchées par le VIH et les communautés d'HSH dans le développement et la mise en œuvre des politiques et des programmes les concernant.

Partenaires et clients

Certains HSH ont une multiplicité de partenaires sexuels, dont leur femme qui ignore le comportement d'exposition au risque de leur conjoint. Les HSH peuvent avoir des relations sexuelles pour le plaisir uniquement, ou en contrepartie d'argent.

L'approche de proximité vise à atteindre ces différents partenaires des HSH. L'expérience a

démontré le rôle important des éducateurs pairs, qui permettent d'identifier les clients et parviennent à leur communiquer le message de prévention. Certains clients préfèrent être abordés verbalement. Ils ne souhaitent pas recevoir de brochure.

Les travailleurs (HSH) du sexe peuvent parfois créer un lien entre les clients et les programmes, à travers des questionnaires qu'ils administrent eux-mêmes aux clients. Ils se chargent également de transmettre des informations de prévention ainsi que le matériel de prévention.

RENCONTRER LA POPULATION: AVANTAGES ET OBSTACLES

Les avantages de la rencontre sont multiples.

- La rencontre avec les HSH permet d'acquérir une connaissance plus précise de leurs communautés et de leurs environnements, de leurs connaissances sur le VIH ainsi que des comportements de ces populations-clés exposées au risque.
- Les données collectées permettent aux organisations d'adapter les programmes qui se concentrent sur:
 - enseigner la façon de réduire les comportements à risque face au VIH
 - répondre aux besoins spécifiques
 - impliquer les HSH dans le développement, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation (S & E) des programmes.
- Rencontrer un HSH facilite souvent la rencontre avec d'autres HSH, grâce aux réseaux dont ils font partie.

Toutefois, pour rencontrer les HSH, la stigmatisation et la discrimination à leur égard

sont les principaux obstacles à dépasser.

Le positionnement politique et les législations discriminantes renforcent l'hostilité par rapport aux communautés des HSH, entraînant un mécanisme de défense de leur part. En effet, selon les études qualitatives menées dans la région MENA, la majorité des HSH se renferment sur eux-mêmes et craignent donc d'être interrogées sur leurs comportements sexuels. Ils préfèrent soit le silence, soit l'isolement. Ils s'auto-stigmatisent, se sous-estiment et mènent parfois une bataille continue concernant leur propre identité.

Pour pouvoir les identifier et les rencontrer, il faut d'abord gagner leur confiance. Le dialogue instauré lors des premières rencontres doit se poursuivre jusqu'à la réalisation des objectifs du programme, à savoir le changement de comportement à risque des individus.



La rencontre avec la population des HSH permet l'ouverture d'un dialogue fondamental dans le cadre de l'analyse de la situation et des réponses à y apporter.

Retiens bien

- Une approche spécifique devrait être suivie pour les différents sous-groupes de HSH: les jeunes HSH âgés de moins de 18 ans, les travailleurs de sexe, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogue, les populations mobiles, et les partenaires et clients.
- Le sous-groupe des jeunes HSH âgés de moins de 18 ans est très difficile d'accès, notamment en raison du contexte légal. Les jeunes HSH âgés de moins de 18 ans souvent sont plus vulnérable à l'exploitation sexuelle.
- L'intervention auprès des jeunes HSH âgés de moins de 18 ans demande beaucoup de souplesse et de délicatesse. Les programmes de proximité doivent assurer qu'ils protègent les mineurs de l'exploitation sexuelle et qu'ils maintiennent de bonnes normes de conduite professionnelle afin de pouvoir se protéger contre les accusations d'encouragement à la pédophilie et d'incitation à la débauche.
- La prévention du VIH auprès des travailleurs du sexe devrait toujours inclure un travail en profondeur avec les clients: il n'y a pas de travail du sexe sans client ! Celui-ci dispose d'un pouvoir de domination. Il est nécessaire de prendre en compte la perception existante qu'en payant, il s'attribue tous les droits, notamment celui d'utiliser ou non un préservatif.
- Les programmes destinés aux HSH vivant avec le VIH nécessitent que soit mise en place une approche spécifique en termes d'orientation, d'accompagnement et de suivi. Il est important de les impliquer dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes les concernant.

Ressources

ANGLAIS ET FRANÇAIS

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres; Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, OMS, 2011.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, OMS, 2009.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Le VIH et le commerce du sexe – Note d'orientation de l'ONUSIDA*. Genève, ONUSIDA, 2009.
- UNICEF. *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York, 1989.
- Health (APCOM). *Policy brief: addressing the needs of young men who have sex with men*. Lucknow, APCOM, 2010.
- Boyce P, Aggleton P, Malcolm A. *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Cáceres C. *Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates*. Sexually Transmitted Infections 2008;84:i49-i56 doi:10.1136/sti.2008.030569.
- Department for International Development (DFID). *Men who have sex with men: DFID support to the National AIDS Control Programme of India*. New Delhi, DFID, 2007.
- Global Forum on MSM and HIV (MSMGF). *Reaching men who have sex with men (MSM) in the global HIV and AIDS epidemic: a policy brief*. Oakland, MSMGF, 2010.
- International Development Law Organization (IDLO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Toolkit: scaling up HIV-related legal services*. Geneva, IDLO, UNAIDS, 2009.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM). *Thailand: MSM country snapshots—country specific Information on HIV, men who have sex with men and*

ANGLAIS

- Abigail S. *Regional Youth MSM and Transgender Consultation Meeting - Meeting Report*. The Hague, HIVOS, World AIDS Campaign, 2010.
- Asia Pacific Coalition on Male Sexual

transgender people. Geneva, UNAIDS; Lucknow, APCOM, 2010.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *UNAIDS action Framework: universal access for men who have sex with men and transgender people*. Geneva, UNAIDS, 2009.
- United Nations Development Programme (UNDP), Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM). *Overcoming legal barriers to comprehensive prevention among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific*. 9th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Geneva, UNDP; Lucknow, APCOM, 2009.
- United Nations Development Programme (UNDP), World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA). *A hidden epidemic: HIV, men who have sex with men and transgender people in eastern Europe and central Asia regional consultation - Meeting Report*. 2010.
- World Health Organization (WHO), UNICEF. *Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities*. Geneva, WHO, 2010.

FRANÇAIS

- Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Le VIH et le commerce du sexe: note d'orientation de l'ONUSIDA*. Geneva, ONUSIDA, 2009.
- Sappe R. *Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes en Afrique noire*. Bruxelles, Facultés Universitaires Saint-Louis, 2003.

SITES WEB

- Àmbit prevenció fundació: www.fambitprevencio.org
- European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP): www.tampep.eu
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): www.unaids.org

LE VIH ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD

**MODULE 2/4
PROGRAMME DE PROXIMITÉ:
DE LA RÉFLEXION À LA CONCEPTION**

2. Programme de proximité: de la réflexion à la conception

Ce module décrit les trois étapes essentielles pour amener un programme de la réflexion à la conception. Tout d'abord, un cadre favorable à la conception du programme doit être établi (2.1). Deuxièmement, une phase exploratoire utilisant la cartographie doit être entreprise (2.2). Enfin, le programme d'intervention doit être planifié (2.3). Les modèles de programmes développés dans la région sont présentés à la fin du module (2.4).

Le module s'adresse particulièrement au programme national de lutte contre le sida et les partenaires du programme national (bailleurs de fonds, système des Nations Unies, organisations non-gouvernementales).

2.1 Cadre favorable à la conception du programme

L'établissement d'un cadre favorable à la conception du programme nécessite un travail en amont dans les domaines suivants:

1. Le plaidoyer
2. Le travail en réseau
3. L'approche participative
4. Le cadre éthique

LE PLAIDOYER: UN CONTEXTE D'ENGAGEMENT

Dans sa «*Trousse à outils sur le VIH et sida pour les collectivités locales*», HEARD explique que le plaidoyer consiste à «*inclure un problème à un agenda, [à] procurer une solution au problème et [à] construire une base de soutien pour agir et résoudre ce problème*». La participation de tous les partenaires incluant les ONG, les communautés d'HSH, les prestataires de services, etc. est importante en termes de plaidoyer.

Le plaidoyer doit consister en une initiative et des démarches multisectorielles argumentées et basées sur des informations stratégiques et des expériences de terrain (affaires juridiques, témoignages). Dans tous les cas, les HSH doivent être placés au centre de la réponse.



Le plaidoyer est un Vaste programme...

Qui implique de nombreux acteurs!



En réalité, le plaidoyer a deux cibles:

- **L'environnement interne** des HSH. Il s'agit de plaider la cause du groupe au sein de la communauté d'HSH, pour réduire à la fois l'auto-stigmatisation et la discrimination interne au groupe.
- **L'environnement externe** à la communauté des HSH. Il s'agit de faire respecter les droits des HSH auprès de toutes les institutions les entourant: familles, autorités religieuses, environnement professionnel, décideurs, etc. Une telle stratégie devrait permettre de réduire la vulnérabilité des HSH en limitant la stigmatisation et en leur donnant les moyens et la capacité de faire face à l'épidémie.

En fait, le plaidoyer donne une image de la problématique pour proposer ensuite des solutions et inviter à s'engager dans la riposte. La voix de la communauté des HSH est extrêmement importante dans cette démarche. Les HSH doivent jouer des rôles de partenaires et d'ambassadeurs.



Le plaidoyer a pour mission de créer un environnement dynamique et favorable à la riposte au VIH.

Il permet de tisser des liens dans la communauté d'une part et entre la communauté et diverses institutions sociales, politiques, etc. d'autre part. De cette manière, il réduit les écarts.

Pour que le plaidoyer en faveur de la prévention du VIH et de la prise en charge globale auprès des HSH soit efficace, un fort leadership doit voir le jour. Le leader doit faire preuve à la fois de modestie, se montrant à l'écoute et compréhensif, et de courage, pour guider et diriger.

Le plaidoyer doit se fonder sur des arguments constructifs et adaptés au contexte. Les actions de plaidoyer non adaptées au contexte risquent de bloquer le processus de développement d'un programme.

L'agenda du plaidoyer doit adopter une perspective qui s'élargit progressivement avec le temps et les réussites.

LE TRAVAIL EN RÉSEAU (NETWORKING)



Les différentes institutions qui s'intéressent à la prévention du VIH travaillent-elles seules?

Non! Le travail en réseau et les synergies sont les clés du succès ! Mais cela implique beaucoup de choses...



La réponse à apporter au sida auprès des populations exposées au risque de contamination par le VIH nécessite l'implication de nombreux acteurs et partenaires. Le travail en réseau est un outil qui favorise la synergie des différents acteurs pour apporter une réponse plus efficace à la problématique identifiée.

Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) a défini le travail en réseau comme «le processus par lequel au moins deux organismes ou deux individus collaborent pour atteindre des objectifs communs». ICASO précise également que «les réseaux sont le témoignage vivant de notre désir de solidarité et d'adhésion à une cause commune».

«Le travail en réseau renforce la réponse au VIH, il nous aide aussi à alléger la facture à travers l'accès à des services gratuits.»

Travailleur de proximité

Avantages du travail en réseau

- Accomplir ensemble ce que vous n'auriez pas pu accomplir seuls afin de rationaliser l'exploitation des ressources et minimiser les coûts.
- Donner plus de poids à l'action sociale.
- Influencer les autres, qu'ils appartiennent ou non au réseau.
- Mieux comprendre une question ou une intervention en réunissant plusieurs points de vue.
- Éviter les chevauchements d'efforts et le gaspillage de ressources.
- Promouvoir les échanges des idées respectives, des compétences et des habiletés.
- Susciter un sentiment de solidarité et de soutien moral et psychologique.
- Mobiliser les ressources financières dans certaines circonstances (les bailleurs de fonds favorisent souvent les projets soutenus par des réseaux).

Éléments porteurs d'échecs

- La non-définition du programme et du cadre d'intervention de chaque partie prenante.
- La mauvaise compréhension du processus de fonctionnement des réseaux.
- Le manque de transparence.
- Les relations de compétition.
- L'absence de participation des communautés concernées (HSH, personnes vivant avec le VIH).

- L'absence de prise en considération des réalités en termes de ressources humaines (certaines parties prenantes ne participent pas aux réunions de suivi de programmes en raison de leur charge de travail importante).
- Le manque de coordination.
- L'absence de mise en place d'un système de suivi et d'évaluation commun.



Tu dois savoir qu'il existe deux formes de travail en réseau: formel et informel.

Le réseau informel des services peut être mis en place par la communauté des HSH elle-même ou par des professionnels sensibilisés grâce à leurs carnets d'adresse. Ce réseau peut constituer le vivier principal pour la sélection des prestataires amicaux de services. Le réseau peut devenir formel à travers l'implication contractuelle de ces professionnels dans le programme.

L'APPROCHE PARTICIPATIVE



L'approche participative est la clé de tous les programmes de proximité et facilite la promotion de la santé

Les planifications qui n'impliquent pas les communautés d'HSH auront peu d'impact sur les groupes. L'approche participative est le fruit de la volonté d'intégrer la dimension «participation des groupes concernés» à la réflexion, à la planification, à la mise en œuvre, à la coordination, au suivi et à l'évaluation des programmes les impliquant. Elle consiste en une prise en charge progressive des actions par les populations et en une appropriation du processus par l'ensemble des partenaires.

L'approche participative facilite la prise de conscience par la communauté des HSH des pratiques à risque et de leur lien avec la contamination par le VIH. Elle privilégie le dialogue et les partenariats. Elle tend à clarifier le rôle de chacun et à proposer le partage des responsabilités et la prise de décision. Elle puise sa force dans la connaissance et la perception qu'ont les groupes concernés de leurs milieux. Les éducateurs pairs ont pour rôle de promouvoir et dynamiser l'approche participative auprès de la communauté des HSH.

L'approche participative a pour but de décentraliser l'information, les savoirs faire et les services. Ainsi, les organisations évitent de créer des programmes s'appuyant sur un nombre restreint de personnes qui monopolisent, sans le vouloir, les interactions et le contact avec la communauté d'HSH. Aussi, toutes les couches sociales et tous les sous-groupes composant la communauté d'HSH concernée doivent impérativement être impliqués. De cette façon, l'analyse et le diagnostic des besoins seront appropriés et la planification sera pertinente.

L'approche participative s'inscrit dans un cadre éthique (*voir page suivante*), qui implique que les différents partenaires fassent preuve d'un respect mutuel. Elle peut se définir comme un partenariat d'égal à égal, et comme une reconnaissance du savoir et du savoir-faire des communautés d'HSH. L'engagement mutuel des partenaires doit viser un objectif commun et implique une concertation constante.

Certains chercheurs et experts commettent l'erreur de ne faire participer les communautés d'HSH que dans le cadre de la collecte des données. Les communautés d'HSH ne comprennent alors pas l'utilité des informations

recueillies, ni les stratégies mises en place après l'analyse des données. Résultat, les programmes engendrés par cette approche auront moins d'impact sur les groupes impliqués.



Ce que tu dis me paraît très logique Fadel!

Oui, mais certaines conditions doivent être respectées pour que l'approche participative porte ses fruits !



- Les différents partenaires doivent se reconnaître mutuellement.
- L'égalité dans le partenariat doit être respectée par tous.
- Le rôle de chacun doit être défini, la coordination et le partage de l'information deviennent un rituel.



- Les capacités des différents partenaires doivent être renforcées afin de développer des programmes effectifs.
- Les différentes parties prenantes devraient utiliser les mêmes outils de communication.
- La solution à tout problème devrait émaner des communautés d'HSH à travers un processus dialectique. Le savoir et le savoir-faire des communautés d'HSH ne devraient pas être sous-estimés !
- Il ne faut pas donner le monopole de l'approche participative à quelques membres de la communauté d'HSH, l'objectif de ce type d'approche étant de décentraliser l'information et l'échange.

LE CADRE ÉTHIQUE

Pour que le programme ait un réel impact, toutes les parties prenantes, de l'ONG aux prestataires de services en passant par la communauté d'HSH, doivent se soumettre à une charte éthique.

Ce cadre éthique doit précéder toute intervention et être en harmonie avec la charte interne des associations concernées. Il peut se définir comme un protocole considérant l'accès à des services de qualité pour les HSH comme un droit humain, en dehors de toute considération religieuse, ethnique, sexuelle, politique, etc. Les notions de solidarité, de respect et d'équité sont les principes fondateurs du cadre éthique. Dans le cas où un comité de pilotage a été établi (ce qui est fortement recommandé), c'est ce dernier qui se charge de veiller au respect de cette charte.

Retiens bien

L'établissement d'un cadre favorable à la conception du programme nécessite un travail en amont dans les domaines suivants:

- Le plaidoyer en faveur de la prévention du VIH et de la prise en charge globale auprès des HSH: pour que ce dernier soit efficace, un fort leadership doit voir le jour. Le leader doit faire preuve à la fois de modestie, se montrant à l'écoute et compréhensif, et de courage, pour guider et diriger. Le leadership est un processus qui se construit progressivement et dans le cadre d'une dynamique de groupe.
- Le travail en réseau, outil qui favorise la synergie des différents acteurs pour apporter une réponse plus efficace à la problématique identifiée.
- L'approche participative, fruit de la volonté des professionnels d'intégrer la dimension «participation des groupes concernés» à la réflexion, à la planification, à la mise en œuvre, à la coordination, au suivi et à l'évaluation des programmes les impliquant.
- Le cadre éthique, pouvant se définir comme un protocole considérant l'accès à des services de qualité pour les HSH comme un droit humain, en dehors de toute considération religieuse, ethnique, sexuelle, politique, etc.

2.2 La cartographie

Le programme de proximité doit être stratégique et donner la priorité aux secteurs géographiques où le potentiel épidémique est le plus grand. Répondre aux questions suivantes aidera à décider des lieux d'intervention:

- Où se trouve la population d'HSH la plus importante?
- Où les comportements à risque sont-ils pratiqués avec le plus haut niveau d'intensité?
- Où avons-nous la plus haute prévalence de VIH ou le plus grand nombre de cas, indiquant une «installation» de l'épidémie?

La cartographie consiste à établir un plan des typologies, des horaires et des lieux fréquentés par les HSH. L'identification d'une zone spécifique est nécessaire pour penser l'intervention en termes géographique et temporel.



La cartographie est un long processus, mais il est absolument nécessaire pour atteindre la communauté.

D'accord. Peux-tu m'expliquer les étapes pour dessiner une carte?



Trois étapes sont nécessaires pour l'établissement de la cartographie:

Phase 1: Observation

Phase 2: Etablissement de la cartographie

Phase 3: Mise à jour de la cartographie

PHASE 1: OBSERVATION

Les personnes qui dessinent les cartes sont appelées des mappers. Il peut s'agir d'intervenants de proximité comme de chercheurs accompagnés d'intervenants de terrain. Les *mappers* doivent s'immerger dans le milieu des HSH. Ils doivent effectuer des visites répétées et régulières dans les mêmes lieux. Avant de penser la régularité des passages dans un espace défini et dans un temps donné, la phase d'observation se compose de deux étapes:

1) Organisation d'un passage dans un lieu signalé où la population HSH est présente.



Ici, par exemple, Adel et Fadel se rendent sur une place connue pour sa fréquentation par les HSH. Ils viennent observer cet endroit.

2) Identification des créneaux horaires les plus adaptés pour les passages lorsque le lieu s'avère être un lieu d'intervention possible.



Ici, par exemple, Adel et Fadel se rendent de façon régulière dans un café de la place pour identifier les créneaux horaires.

Ces deux étapes permettent de se familiariser avec les lieux et de tester l'approche utilisée. Les *mappers* doivent également entrer en

contact avec d'autres individus qu'ils ont identifiés comme informateurs-clés de la population des HSH.

Il ne s'agit pas de diffuser un message préventif mais de confirmer avec eux les informations récoltées. Ces personnes sont souvent réticentes, au départ, à aider le mapper. Elles se demandent pourquoi il cherche à les repérer. Il faut alors leur expliquer que la cartographie permettra d'informer un programme de prévention contre le VIH.

Une fois que le contact et la confiance sont établis sur le terrain, les informateurs-clés et les autres individus rencontrés permettront de proposer une estimation de la taille de la population.

de la zone. Dessiner le profil des lieux consiste également à déterminer le nombre de personnes que peut contenir l'espace concerné.



la cartographie est assez simple, finalement...



Oui, mais il reste encore une étape. La carte, telle qu'elle est désormais dessinée ne peut pas fournir tous les éléments... Nous n'avons pas encore parlé du recensement de la population concernée.

PHASE 2: ETABLISSEMENT DE LA CARTOGRAPHIE

1) Etablir la zone d'intervention



Techniquement, comment apprend-on à connaître une zone d'intervention?

La cartographie se déroule en plusieurs étapes...



Pour établir une zone d'intervention, il est nécessaire de disposer d'une carte récente de la ville. Les départements de géographie des différentes institutions du pays (administration territoriale) disposent toujours de cartes comme celles-ci. Lorsque la carte n'existe pas, il est nécessaire d'en dessiner une à partir des éléments disponibles sur le terrain, ainsi que des adresses. La cartographie peut par exemple commencer par une étude du centre ville avant de «zoomer» sur des quartiers spécifiques. Sur chaque site, il faut détailler les éléments environnants ou les endroits familiers. Cette méthode permet d'affiner le profil

2) Topographie des lieux de rencontre et populations-clés

Une typologie précise de l'espace ou lieux de rencontre permettra de faciliter l'intervention par la suite, dans la mesure où les interlocuteurs seront identifiés et où leur accessibilité et leur disponibilité seront connues.

Par ailleurs, une topographie de la population concernée et de son profil viendra compléter la cartographie. Le profil des HSH comprendra les aspects socio-économiques, linguistiques, ethniques, vestimentaires, etc. La cartographie permettra d'évaluer l'âge des HSH et d'identifier la présence éventuelle de travailleurs du sexe. Dans ce cas-là, il est nécessaire de se renseigner sur les prix pratiqués et sur les modalités des échanges.



Il est très important que des HSH s'investissent avec le mapper dans la réalisation de la carte ! De cette façon, il saura qui sont les HSH et quelle attitude adopter pour entrer et rester en contact avec eux !

Je suis d'accord ! Mais existe-t-il des méthodes simples pour établir la cartographie?



Il est vrai qu'établir précisément les emplacements sur une carte peut être difficile et dépend de la qualité de la carte... Cependant, depuis peu, le GPS peut nous faciliter la tâche!



Bon. Mais alors de quoi aurai-je besoin précisément pour élaborer ma cartographie à l'aide d'un GPS?

La plupart des outils nécessaires peuvent être achetés dans n'importe quel magasin d'informatique.



Cartographie à l'aide du GPS

Grâce au GPS (système de positionnement global), les zones géographiques peuvent être identifiées en se contentant, plus ou moins, d'appuyer sur un bouton. Ce système calcule les positions en fonction d'un signal entre le GPS et un satellite. La localisation est exprimée en fonction de la longitude et de la latitude, qui correspondent à un point de la carte. Il est possible d'enregistrer la localisation sur un logiciel de cartographie.

Les éléments suivants seront nécessaires pour effectuer la cartographie par GPS:

- **Un ordinateur:** Il est préférable que l'ordinateur contienne un disque dur disposant d'une mémoire importante et de petites cartes graphiques. La puissance de cet outil doit être suffisamment bonne pour utiliser les applications...sans pour autant assécher le budget !
- **Connexion ADSL 512kbit/s ou plus:** pour les logiciels gratuits, il sera nécessaire d'être connecté à Internet pour télécharger les cartes.
- **GPS/câble de téléchargement compatible avec l'ordinateur et un logiciel adapté:** ces outils dépendent de la taille de l'équipe de cartographie. Un GPS au moins est nécessaire pour collecter les données.
- **Un logiciel:** la plupart des mappers utilisent des systèmes spécialisés. Dans le cadre des programmes de proximité et pour la cartographie, le logiciel doit simplement être compatible avec Google Earth® ou des programmes similaires.
- **Des connaissances:** quelqu'un doit savoir comment utiliser le système et doit pouvoir former les autres personnes. Les GPS sont relativement faciles à utiliser. En revanche, l'usage du logiciel peut poser davantage de difficultés.



Comment peut-on ensuite inscrire les données fournies par le GPS sur un rapport?

De nos jours, un tel transfert est relativement aisé. La plupart des logiciels de cartographie sont capables d'interagir directement avec les GPS.



Par exemple, les localisations téléchargées sur des systèmes comme Garmin® ou Magellan® peuvent être utilisées avec Google Earth® pour cartographier les zones.

Toutefois, tout dépend de la précision requise concernant la cartographie. Si les mappers ont souvent des outils très simples et performants pour effectuer des cartographies, il n'est sans doute pas nécessaire, dans le cadre d'une cartographie de population, d'acheter des systèmes aussi coûteux. En effet, une telle cartographie ne requiert pas une très grande précision.



**Cette méthode a l'air fantastique !
Mais j'imagine qu'elle n'est pas aussi
simple que tu le dis...**

En effet... Utiliser le GPS
pour la cartographie peut générer
quelques difficultés. Celles-ci
ne sont pas nécessairement liées
au GPS ou au logiciel eux-mêmes...



Tout GPS a besoin de communiquer avec de nombreux satellites pour obtenir le signal de positionnement. Il est donc possible, en certaines occasions, de perdre le signal avec le satellite et de n'être plus correctement positionné par le GPS. De telles situations se produisent à l'intérieur de grands bâtiments par exemple. Dans ce cas-là, il est possible de marquer la localisation à partir de l'extérieur.

En réalité, le plus gros problème que les *mappers* risquent de rencontrer est un problème de sécurité personnelle et de sécurité des données. En effet, l'usage des GPS, comme l'usage des téléphones portables, peut attirer sur l'utilisateur une attention indésirable de la part de certaines personnes problématiques telles que les voleurs, qui peuvent voir dans le GPS un appareil facile à vendre. Il convient donc de rester très discret et très prudent.

En fonction de l'objectif de la cartographie, les populations dont les localisations sont identifiées peuvent se montrer réticentes à cette démarche. Parallèlement, dans la mesure où le mapper identifie des populations sensibles, il peut attirer l'attention d'autres «agents» tels que la police, qui est susceptible de s'intéresser aux données et à la localisation de cette population.

Certains pays requièrent d'ailleurs de l'utilisateur de GPS ou de téléphone satellite qu'il dispose d'une autorisation

spécifique, considérant ces usages comme des menaces potentielles à leur sécurité. De la même façon, il n'est pas recommandé d'utiliser le GPS à proximité d'installations «politiquement sensibles», telles que les stations de police ou les bases militaires. Dans ces conditions, l'utilisateur d'un GPS pourrait être considéré comme un espion. Le *mapper*, comme le projet, pourrait alors courir de grands risques.

Il est important, à ce sujet, de se rappeler que les données collectées sur les zones où les HSH se rencontrent pourraient être utilisées par n'importe quelle personne ou institution souhaitant se débarrasser d'eux. Il est donc absolument nécessaire d'assurer la sécurité des données.

Pour cette raison, il vaut mieux que le GPS ne contienne que les données de la journée en cours. Les données recueillies précédemment sur d'autres zones doivent être conservées sur un ordinateur et effacées du GPS avant qu'il ne soit utilisé sur une autre zone. Une fois que cette démarche fait partie intégrante du processus opérationnel, elle devient facile à suivre au quotidien. Il est aussi possible de chiffrer les données, pour les rendre inaccessibles à des personnes extérieures au programme.

Pour assurer la sécurité des données, il est également possible de faire appel, pour débiter le processus de collecte des données par GPS, à un spécialiste extérieur au programme.

L'ordinateur doit être protégé par un mot de passe. Idéalement, seules quelques personnes devraient bénéficier des droits d'utilisation pour éviter la perte ou le vol de données.

Toutes les données doivent être sauvegardées une fois par semaine dans une zone protégée. Il est important de se souvenir que, si la police désire obtenir les données, elle pourra

toujours se fournir la cartographie. Les *mappers* devraient toujours informer les populations sur la sécurité et leur recommander de se protéger.

Avantages/Inconvénients du GPS

Avantages du GPS

- Le GPS est facile à utiliser.
- Il permet d'identifier rapidement de nombreuses zones.
- Il peut être utilisé avec différents types de logiciels.
- Il permet d'établir une cartographie précise.
- Il évite d'avoir à transporter une carte sur le site.
- Les données peuvent être facilement partagées entre les divers partenaires.
- Il assure une collecte de données standardisées.
- Il peut faciliter le processus d'estimation de la taille de la population.

Inconvénients de ce modèle

- Les données ne sont pas très sécurisées: il faut donc s'efforcer de les protéger au maximum.
- La collecte de données avec un GPS peut entraîner des risques personnels pour les intervenants de proximité.
- Il est nécessaire que le GPS soit en relation avec un satellite. Dans certains endroits, la connexion est coupée.
- Les GPS sont parfois encombrants en raison de leur taille.
- Il est nécessaire de mettre en place un processus de téléchargement des données qu'il faudra répéter quotidiennement.

PHASE 3: MISE À JOUR DE LA CARTOGRAPHIE



Une fois que tu as fait la cartographie, il n'y a plus qu'à aller sur le terrain...

En réalité, la cartographie est mouvante... Il faut donc continuer à la mettre à jour régulièrement.



La cartographie subit régulièrement des modifications. La population des HSH est connue pour sa mobilité. La cartographie doit donc être mise à jour très régulièrement. Cette mise à jour fait partie de l'analyse de la situation en continu.

Par exemple, lorsqu'un établissement tel qu'un café ou une discothèque ferme ou change d'activité, la population le fréquentant migre vers un autre endroit, modifiant nécessairement l'aspect de la carte. La cartographie

évolue également en fonction des saisons, pendant les fêtes religieuses, etc. Il est donc fortement recommandé d'être flexible et de se préparer à travailler sur un lieu à différents moments le matin, l'après-midi, la nuit, en fonction de la saison et de certains événements.



La cartographie change continuellement, en fonction des développements économiques, politiques et sociaux.

Pour assurer une cartographie précise et faciliter la mise à jour des informations, il est important de toujours indiquer sur les cartes l'adresse, le jour et l'heure de regroupement, ainsi que les noms et contacts des informateurs-clés. Ceux-ci feront toujours l'objet d'une note d'appréciation permettant d'évaluer leur rôle dans la communauté des HSH.

Retiens bien

L'établissement de la cartographie se compose en trois étapes:

- La phase d'observation:
 - (1) organisation d'un passage dans un lieu signalé où la population HSH est présente;
 - (2) Identification des créneaux horaires les plus adaptés pour les passages lorsque le lieu s'avère être un lieu d'intervention possible.
- La cartographie:
 - (1) Etablissement de la zone d'intervention;
 - (2) Topographie des lieux de rencontre et des populations-clés.
- La mise à jour régulière de la cartographie, laquelle fait partie de l'analyse de la situation en continu.

2.3 Conception du programme de proximité

La planification est un élément stratégique essentiel qui doit être axé sur le long terme. Le processus de planification comprend:

- La définition des objectifs à long terme.
- L'élaboration des plans et des procédures pour atteindre ces objectifs.
- La vérification de l'atteinte de ces objectifs.

Plusieurs facteurs influencent la planification. Dans le cas des groupes HSH, il est essentiel de prendre en considération les facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux, lesquels affectent leurs comportements à risque.



J'imagine donc qu'en fonction des groupes concernés, la planification varie...

**Exactement, Adel!
Il est absolument inenvisageable d'élaborer une planification unique pour tous!**



La planification dans le cadre des programmes de proximité auprès des populations-clés est variable en fonction des groupes et des sous-groupes. Par conséquent, la planification offre des programmes adaptés aux différents besoins en appliquant diverses approches. Une planification standard n'aide pas à atteindre les objectifs. Chaque composante prend en compte la façon d'adapter toute une gamme de programmes et de services dans la pratique pour répondre aux attentes des populations impliquées.



Il y a donc un processus précis à suivre pour planifier un programme

1. Définir les environnements internes et externes des populations-clés
2. Décider d'un programme adapté aux besoins définis
3. Proposer des services de qualité
4. Planifier la documentation de tout le processus de mise en oeuvre, de la conception à l'évaluation du programme

DÉFINIR LES ENVIRONNEMENTS INTERNES ET EXTERNES DES POPULATIONS-CLÉS

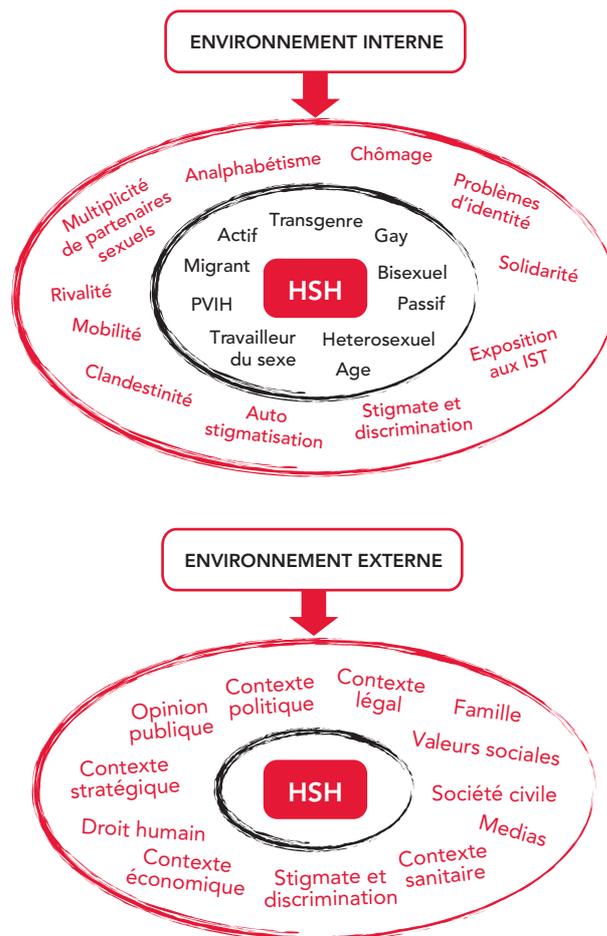
L'environnement interne

Il s'agit d'approfondir la connaissance des caractéristiques générales des bénéficiaires afin de déterminer les besoins et d'élaborer les stratégies pour y répondre. Ces caractéristiques peuvent être définies par l'âge, le sexe, l'origine ethnique, les pratiques

liées à la transmission du VIH, l'état de santé, le statut socio-économique, les facteurs environnementaux pouvant avoir une influence sur la transmission du VIH, etc.

L'environnement externe

Il convient d'évaluer les contextes social, culturel, et légal ainsi que les ressources disponibles pouvant aider à apporter une réponse adaptée ou freiner la réponse.



Les deux diagrammes ci-dessus permettent une réflexion sur les faiblesses de la population pour permettre leur conversion en forces.

DÉCIDER D'UN PROGRAMME ADAPTÉ AUX BESOINS DÉFINIS

Élaborer un énoncé de vision

La vision d'un programme doit mettre en évidence le but ultime du programme, à savoir la réduction de la transmission du VIH entre les HSH et leurs partenaires sexuels. La vision se fonde sur l'analyse de la situation et devrait être élaborée avec la participation active de tous les partenaires impliqués dans la conception et mise en œuvre de programmes engageant les HSH.

Élaborer des objectifs clairs, mesurables

Ces objectifs doivent porter sur la personne bénéficiaire et être axés sur les résultats tels que le changement de comportement à risque, la qualité et la satisfaction de cette personne. Les objectifs aident les professionnels à évaluer le résultat et à adapter leur plan. La personne essentielle dans ce parcours est le bénéficiaire. La collaboration avec diverses parties prenantes permettra d'atteindre les objectifs. Il est d'ailleurs primordial de définir l'identité des parties prenantes et leur rôle.

Élaborer des stratégies et établir des priorités

Une fois les objectifs définis, il est possible d'élaborer les stratégies qui contribueront à

atteindre ces objectifs en améliorant l'accès des populations HSH à des services de qualité dans un environnement non discriminant et non stigmatisant. Il est intéressant d'établir des priorités et de faire le lien avec les programmes existants, afin de pouvoir éliminer les lacunes et les redondances.

Élaborer une approche spécifique

L'approche et les outils seront choisis en fonction du groupe et de ses besoins en termes de prévention, d'accès à l'information, aux soins, aux traitements et à l'appui en matière de VIH. Ainsi, l'approche de proximité permet d'ajuster la riposte en fonction des populations ou des communautés d'HSH dans leurs contextes.



Il est possible de proposer différentes approches!

Il est même possible de partir d'approches existantes ou en créer d'autres pour combler les lacunes. Il n'y a pas de vérité absolue sur ce sujet. Les besoins déterminent l'approche la plus adaptée. Répondre aux questions suivantes serait utile comme point de départ:

- Qui sera pris en charge par le programme?
- Quels sont les besoins de ces personnes et les ressources disponibles pour y répondre?
- Où le programme sera-t-il proposé?
- Quels outils seront utilisés pour le suivi?

- Quand le programme sera-t-il disponible? **Établir et mobiliser le financement du programme**
 - Pourquoi le programme sera-t-il important?
 - Comment le programme répondra-t-il aux lacunes existantes?
- Après avoir défini les stratégies et les programmes qui seront mis en œuvre, une proposition sera élaborée afin de demander un financement pour les ressources humaines et les dépenses d'investissement et de fonctionnement.

Quelques principes directeurs

- Il peut être utile de considérer les programmes de développement de la même manière que les programmes d'une société à but lucratif, avec une attention particulière à la réalisation de résultats.
- Tous les partenaires devraient, dans le cadre du programme de proximité auprès des HSH, avoir des responsabilités clairement définies. Cela permet d'assurer une autonomie de la structure, une appropriation de l'action par la structure vis-à-vis des bailleurs de fonds.
- La culture du système mis en place devrait permettre et encourager l'innovation et le développement d'alternatives. Tout futur système devrait se construire à partir du système préexistant. L'innovation consistera à étendre les services et à renforcer les fondations. Il s'agira d'un processus évolutif qui s'inscrira dans un cadre structurel et éthique, définissant les directives et les étapes de la planification. Pour qu'un système soit efficace, il doit favoriser les réformes, les améliorations et les «alternatives», pour devenir un système parfait et adapté au contexte.
- Pour être pérenne, le programme ne devrait pas se baser uniquement sur des fonds internationaux. Les programmes peuvent envisager de créer des activités génératrices de revenus. Il est également possible d'impliquer les bailleurs de fonds nationaux. Là où il y a une volonté, il y a toujours un chemin !
- Dans l'idéal, une plateforme ou comité de pilotage devrait se mettre en place au niveau national. Elle regroupe les différents partenaires thématiques et non thématiques, privés et publics. Elle coordonne et supervise leurs programmes et activités VIH. Le comité de pilotage joue un rôle de stimulateur en dirigeant, élaborant et supervisant les normes de prestation des services sur le terrain. Pour être fonctionnelle, la plateforme doit se réunir très régulièrement.

PROPOSER DES SERVICES DE QUALITÉ

L'accès à des services de qualité est un droit humain indiscutable. Mais la confusion avec la réclamation de droits à choisir son orientation sexuelle bloque parfois l'accès à certains services destinés aux HSH.

Plusieurs services peuvent être proposés aux HSH à travers des approches adaptées aux contextes locaux. *(voir page 38, exemples de modèles de programmes de proximité développés dans la région MENA)*

Information et outils sur le VIH



Quel genre d'information et d'outils sont délivrés aux HSH et comment sont-ils délivrés?

Adel, ce sont des intervenants de proximité qui fournissent l'information, l'éducation sur le VIH et des kits de prévention aux HSH en mettant l'accent sur les modes de transmission du VIH et des moyens de prévention. Je te conseille de consulter également le module 3 qui donne plus de renseignements sur l'approche de proximité.



peuvent également expliquer comment les utiliser. Ces produits sont accompagnés d'une brochure.

Dans certains pays de la région MENA, l'intervenant fournit à son interlocuteur une boîte contenant des préservatifs, du gel et un dépliant sur lequel apparaissent:

- les adresses des différents services;
- un numéro vert pour obtenir des informations concernant le sida et les IST;
- une démonstration d'utilisation du préservatif.

Les kits de prévention du VIH

Les intervenants de proximité offrent aux HSH préservatifs et gels lubrifiants, ils

Quelques conseils relatifs au préservatif et aux gels lubrifiants

- 1 Les intervenants devraient encourager sur l'usage constant des préservatifs.
- 2 L'intervenant propose le préservatif dans un cadre de prévention du VIH indépendamment de l'orientation sexuelle.
- 3 Il peut conseiller l'usage de différents types de préservatifs (différentes marques / tailles / parfums etc.) afin de déterminer celui qui convient le mieux à l'HSH.
- 4 L'intervenant devrait systématiquement recommander à son interlocuteur de négocier l'usage du préservatif avant de s'engager dans des rapports sexuels.
- 5 Le préservatif peut être utilisé de façon séduisante et érotique: il peut être mis avec la bouche, certains préservatifs sont parfumés et sont fabriqués à partir de matières stimulantes, etc.
- 6 Les hommes avec des partenaires hétérosexuels ou épouses mariés ne devraient pas utiliser leur statut marital pour minimiser le besoin d'utiliser le préservatif lors de rapports sexuels avec leurs conjoints.
- 7 Le préservatif devrait être systématiquement utilisé avec ses partenaires sexuels en dehors de la relation maritale.
- 8 L'utilisation du gel lubrifiant dans le cadre d'une relation anale est importante. Un gel à base d'eau est en fait conseillé. Il est en effet sain, contrairement aux autres lubrifiants parfois utilisés. Son usage est impératif pour ne pas endommager le préservatif dans le cadre de ces pratiques.

Les prestataires de services approuvés



Quelles informations fournit l'intervenant concernant les services proposés?

Les intervenants doivent toujours expliquer l'intérêt de consulter un fournisseur amical de services. Ils doivent orienter le bénéficiaire vers ces services en précisant les adresses et les horaires de consultation.



La plupart des prestataires de services devraient être repérés dans le réseau informel et formés pour l'accueil, le bon déroulement de la consultation, le suivi et l'évaluation. Ils devraient tous signer une charte éthique leur permettant de faire partie du programme.

La signature d'un tel document est essentielle dans la région MENA dans la mesure où certains prestataires de services partent du postulat que l'homosexualité est une maladie mentale. Par conséquent, il est important de poser des règles de base à travers la signature d'une charte d'éthique commune, laquelle témoigne de leur volonté de ne pas ou plus stigmatiser ni discriminer les HSH.

L'accès aux services pour les HSH devrait être basé sur les mêmes principes que celui d'autres populations. Dans certains cas, si le HSH est incapable de payer pour la consultation, le programme peut assumer tout ou une partie du coût, mais ceci ne doit pas devenir la règle vue que, généralement, les programmes de proximité ne sont pas destinés à être des programmes d'appui à l'assistance aux services. En règle générale, les programmes se basant sur une intégration des populations dans les services existants et impliquant le paiement de ces services s'assurent une plus grande pérennité.

Les prestataires de services devraient participer activement au suivi et à l'évaluation des programmes destinés aux HSH. En règle générale, les ONG obtiennent difficilement des informations de la part des prestataires de services, car aucune motivation ne les incite à partager ces données. Bien que ce défi soit toujours présent, il faudra investir dans la construction de contacts solides et la formalisation des relations entre les deux parties - prestataires de services et agences d'exécution. Un tel investissement a porté ses fruits dans certains pays.

Consultation médicale

Les services de consultation médicale recommandés facilitent l'accès aux soins pour ce groupe. Les médecins qui reçoivent sont des généralistes, des infectiologues, des dermatologues etc. Ces personnes ont été choisies via les références informelles fournies par les HSH et sont des personnes de confiance, travaillant dans le respect du patient, respectant sa confidentialité, ses orientations sexuelles, etc.

L'intervenant de proximité fournit les éléments suivants:

- nom des médecins;
- spécialité des médecins;
- adresses et numéros de téléphone;
- jours et horaires des consultations;
- coût des consultations.

Les HSH peuvent consulter lorsqu'ils pensent avoir eu des comportements de prise de risque et veulent en parler ou faire établir un diagnostic.

Consultation légale

La consultation légale a lieu dans le cas où la personne rencontre des problèmes liés à son orientation sexuelle. Elle peut avoir été victime de violences ou subir la stigmatisation et les discriminations liées à son orientation sexuelle.

L'intervenant de proximité fournit les éléments suivants:

- noms des avocats;
- adresses et numéros de téléphone;
- jours et horaires des consultations juridiques;
- coût des consultations.

Consultation psychologique

La consultation psychologique a été identifiée comme un besoin important pour les HSH lors d'études qualitatives menées dans différents pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. La personne peut discuter ouvertement de divers problèmes, notamment de ceux engendrés par ses orientations sexuelles. La consultation est donc une porte ouverte au dialogue avec un professionnel.

L'intervenant fournit les éléments suivants:

- noms des psychologues et des psychiatres;
- adresses et numéros de téléphone des consultations;
- jours et horaires des consultations;
- coût éventuel.

Conseil et dépistage du VIH

L'intervenant peut orienter les HSH qui le désirent vers des centres de dépistage VIH. Ce

test VIH devrait être volontaire et anonyme. La décision de faire le test doit être spontanée et venir d'une initiative personnelle. Cette décision doit être prise sur la base d'une information appropriée et de la compréhension des implications du test.

Toute personne qui pense avoir pris des risques devrait faire le test VIH. Bien que la décision de faire ou non le test soit une initiative de l'HSH, l'intervenant peut l'encourager à franchir le pas. Dans les deux cas, l'intervenant doit pouvoir orienter l'HSH vers les structures proposant ce test VIH, en lui fournissant également les horaires. Il doit donc disposer d'une information complète et fiable sur ces structures.

La personne qui souhaite effectuer le test VIH bénéficie, avant et après, d'un conseil sur le VIH et le sida encadré par un spécialiste. Toutefois, ce test est confidentiel. Toute information divulguée par l'HSH pendant le processus du test et ses résultats, ne peuvent être dévoilés à une tierce personne sans l'accord de l'HSH dépisté.

En réalité, les méthodes suivies pour procéder au test varient en fonction des pays. Toutefois, un schéma générique revient souvent. Dans la majorité des pays de la région MENA, trois tests de dépistage sont requis pour établir la séropositivité de l'individu.

- Si le test de confirmation est positif, le conseiller devrait:
 - expliquer les résultats du test
 - expliquer les soins et traitements qui seront nécessaires à l'avenir et orienter l'HSH vers les services appropriés;
 - faire assimiler à l'HSH des informations relatives à la transmission du

VIH et des conseils d'ajustement de comportement et de vie pour se maintenir en bonne santé et ne pas transmettre le VIH aux autres.

- Si le test de confirmation est négatif, le conseiller devrait:
 - expliquer les résultats du test;
 - faire assimiler à l'HSH des informations relatives à la transmission du VIH et des conseils pour se maintenir en bonne santé et rester VIH négatif;
 - Inviter la personne à effectuer à nouveau un test de dépistage du VIH sur une base annuelle si la prise de risque continue.

Pour plus d'informations, prière de consulter le site web de l'OMS dans la section Ressources de ce document (page 69).

Numéro vert

Un numéro vert VIH/sida est un numéro que toute personne peut appeler pour obtenir des informations concernant le VIH/sida et les IST ainsi que des informations concernant les services de santé adéquats.

L'intervenant doit donner le numéro vert de leur pays aux HSH, ainsi que les heures auxquelles ces numéros sont joignables. Ce numéro doit apparaître sur le dépliant donné avec le kit de matériel de prévention.

Les personnes prenant les appels du numéro vert devraient être correctement formées et sensibilisées par rapport à la communauté des HSH et aux initiatives visant à les atteindre.

NUMÉRO VERT - Région MENA

ALGÉRIE	Ministère de la Santé		115	
	ONG	AIDS Algerie: +213 21 74 15 28 APCS: +213 41 42 14 05	ANIS: +213 38 86 14 94 El Hayet: +213 21 73 19 63	Solidarite AIDS: +213 21 96 03 57
EGYPTE	08007009000			
JORDANIE	Amman: 06 5673436 / 06 5697933	Irbid: 02 7243482	Zarqa: 05 3936060	
MAROC	ALCS: 0801002525	OPALS: 0801003040		
YEMEN	175			

Accompagnement

Parfois, l'HSH peut vouloir ou avoir besoin d'être accompagné vers les services proposés, surtout s'il ne parle pas la langue locale (les migrants, par exemple) ou est analphabète. L'intervenant peut jouer alors le rôle d'intermédiaire, et par moments, de médiateur. Pour cela, il doit être familiarisé avec ce que les services proposent, avec leurs localisations, leurs horaires, etc.

Accompagner signifie familiariser la personne avec les services sans pour autant décider à sa place ni interagir dans la décision à prendre. Accompagner une personne ne signifie pas qu'il faut connaître les détails de son dossier. Ainsi, elle n'est pas contrainte de dévoiler son état sérologique ni d'autres informations confidentielles. Toutefois, l'accompagnement ne doit pas devenir la règle. Il doit rester l'exception dans la mesure où l'objectif est de maximiser l'autonomie des HSH en prenant leur propre décision.



PLANIFIER LA DOCUMENTATION



La documentation doit être une composante à part entière du programme et doit accompagner chaque étape.



Mais Fadel, je ne comprends pas quelle est son utilité !



La documentation décrit les processus, leur fonctionnement et les leçons apprises des programmes. Elle doit contribuer au développement et à l'amélioration de la stratégie de prévention dans le temps.

La documentation fait partie intégrante de la planification. Bien qu'elle semble relever de l'évidence, elle est bien souvent négligée. Plus l'information et les expériences se succèdent, moins les chargés de programme ont de temps à consacrer à la mémoire historique de leurs actions. La documentation contribue au suivi et à l'évaluation. C'est une mémoire dynamique permettant d'améliorer le programme et de partager des expériences. Elle joue aussi un rôle dans le cadre du plaidoyer.

Elle se présente sous différentes formes:

- Ouvrages
- Outils pédagogiques
- Cahiers des charges
- Guides de sécurité pour intervenant de proximité
- Guides de travail en réseau
- Contrats
- Descriptions de postes
- Propositions de programmes

- Rapports
- Vidéos
- Description des activités
- Chartes
- Guides d'intervention
- Informations apparaissant sur un site Internet
- Leçons apprises, etc.

Dans un sens, ce guide fait partie de la documentation en recensant certaines expériences de la région!

2.4 Modèles de programmes développés dans la région MENA



Qu'en est-il dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord?

Dans la région MENA, différents programmes ont été mis en place pour répondre aux besoins identifiés dans chaque contexte.



Dans la région MENA, on peut dénombrer trois approches utilisées pour l'offre de services à la communauté des HSH (voir page 38, exemples de modèles de programmes de proximité développés dans la région MENA):

1. Mise en place d'un centre d'accueil au sein d'une ONG;
2. Travail de proximité;
3. Orientation vers d'autres services.

Centre d'accueil

L'existence d'un centre d'accueil permet d'avoir un espace accueillant exclusivement les HSH qui peut les mettre à l'abri de toute

violation de leurs droits humains. Ce modèle est particulièrement adapté aux contextes intolérants par rapport aux HSH.

Toutefois, ce modèle peut s'avérer coûteux. En cas de rupture de fonds, les services cessent de fonctionner. Les HSH perdent leurs repères par rapport à ces services. Avoir un lieu spécifique pour les HSH peut également augmenter la stigmatisation et la discrimination à leur égard et ne permet pas de réduire l'écart entre eux et la société.

Travail de proximité

Le contact direct avec la communauté des HSH dans les endroits qu'ils fréquentent permet au programme d'augmenter la couverture de cette population difficile d'accès. Toutefois, dans la région MENA, il n'est pas réaliste de recourir à cette approche pour tous les services. En général, cette approche est très utile pour la sensibilisation de la population et distribution de kits de prévention.

Orientation vers d'autres services

L'orientation vers d'autres services consiste à intégrer les bénéficiaires dans des systèmes préexistants, en travaillant sur la sensibilisation de ces systèmes par rapport au groupe. Ce modèle repose en général sur des activités de terrain avec un système de références solides comprenant des prestataires de services publics et privés, offrant un ensemble global de services médicaux, légaux, psychologiques, de conseil et de dépistage du VIH.

Des intervenants de proximité formés aux problématiques du VIH identifient les bénéficiaires potentiels sur les lieux où les HSH se

réunissent. Les intervenants de proximité suivent alors un plan visant à engager les bénéficiaires potentiels et à les orienter vers les services proposés par le programme.

Une telle approche permet de réduire les écarts entre les populations et les prestataires de services intégrés dans la société. Les bénéficiaires étant intégrés dans des structures recevant toute la population en incluant les HSH, le coût de la mise en œuvre s'en trouve diminué. Un tel système crée un environnement extérieur favorable aux programmes de prévention VIH auprès des HSH. La stigmatisation diminue et l'écart entre eux et la société est réduit.

Cependant, si les différents partenaires membres du réseau ne partagent pas la même éthique, la même méthodologie de suivi et d'évaluation, la même volonté de coopération et la même motivation, l'atteinte des objectifs est menacée.

La **gestion des programmes** diffère également selon les pays de la région MENA. A la date de publication de ce guide, on compte principalement trois modèles.

1. Une ONG leader qui possède des antennes à travers le pays;
2. Une ONG parapluie jouissant d'expérience et de leadership ayant mobilisé d'autres structures;
3. Une cellule d'intervenants de proximité émanant de la communauté et recrutés par le programme national de lutte contre le sida.

ONG leader

Le modèle facilite l'accès à des services de qualité gérés et orientés par une association qui a le leadership en la matière.

Au lieu de s'étendre vers d'autres ONG ou structures existantes et favoriser le travail en réseau, le modèle suivi met plus l'accent sur la création de nouvelles antennes. Ce modèle pourrait être moins efficace et plus coûteux si l'élargissement des propres bureaux et services se fait au détriment de l'engagement d'autres partenaires.

ONG Parapluie

L'ONG parapluie mobilise les autres structures à travers le processus suivant:

1. sélection des structures de base et ONG partenaires;
2. fourniture de l'information et de la formation;
3. mise en œuvre du programme;
4. suivi et évaluation en commun;
5. autonomisation graduelle des ONG partenaires;
6. appropriation des programmes par les diverses ONG partenaires.

L'ONG parapluie est porteuse d'appui technique et de concertation. Elle ne se démet pas de toutes ses fonctions après avoir mobilisé d'autres structures et peut continuer à participer à la mise en œuvre des programmes.

Elle peut par exemple continuer à mener l'approche de proximité auprès des bénéficiaires. L'ONG parapluie doit créer en son sein un comité de pilotage composé des

représentants de chaque structure partenaire. Une personne chargée de la collecte des données est membre de ce comité. Elle est chargée de recueillir des données auprès des différents partenaires et de les analyser. Un rapport trimestriel, sous forme de lettre d'information par exemple, est communiqué à tous les partenaires.

L'ONG parapluie a ainsi renforcé son leadership en transférant des compétences vers d'autres partenaires. Aucune nouvelle structure n'étant créée, le coût de la mise en œuvre du programme s'en trouve diminué.

L'implication de plusieurs partenaires thématiques et non thématiques renforce également la sensibilisation et le plaidoyer par rapport aux programmes destinés aux HSH.

Toutefois, la dispersion des informations dans différentes structures nécessite un système de suivi et d'évaluation très minutieux. Dans le cas contraire, il sera difficile d'évaluer l'impact des programmes sur les bénéficiaires. Par ailleurs, si l'ONG parapluie ne partage pas l'information avec les partenaires, le programme aura un profil unilatéral. Les partenaires ne feront jamais le lien entre leurs actions et activités et l'impact du programme sur le bénéficiaire. L'implication n'est alors que partielle, et l'appropriation des programmes n'est pas possible. Il est donc absolument nécessaire de partager l'information et de discuter régulièrement des lignes à suivre avec les partenaires.

Cellule d'intervention au sein du PNLS

La cellule d'intervention suit un processus de préparation préalable avant d'être opérationnelle. En premier lieu, l'équipe d'intervention, comprenant les coordinateurs

de terrain et les intervenants de proximité, est sélectionnée. En deuxième lieu, une unité est choisie pour accueillir l'équipe dans le cadre de leurs réunions régulières avec le PNLS.

La cellule peut également se détacher progressivement en intégrant dans son agenda une composante de plaidoyer auprès des pouvoirs publics, dans le but d'obtenir un statut d'organisation non gouvernementale. Lorsqu'elle se détache pour devenir une ONG, elle continue le même travail de proximité.

Cette approche présente un avantage certain dans le contexte régional. La cellule peut renforcer et mobiliser la communauté pour qu'elle s'approprie ces problématiques et plaide, par la suite, auprès des pouvoirs publics pour soutenir sa cause. La création d'une ONG n'est plus nécessaire si la communauté parvient à gagner en puissance et à trouver sa place dans les politiques publiques.

Toutefois, l'orientation sexuelle des HSH étant pénalisée dans les différents pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, ces derniers deviennent invisibles, inaccessibles et très effrayés par tout contact avec les autorités publiques. Identifier les HSH et établir une relation de confiance avec eux peut prendre beaucoup de temps et beaucoup d'énergie, en comparaison avec des modèles impliquant des ONG. Par ailleurs, un changement de pouvoir politique peut avoir un impact positif ou négatif sur le programme. La pérennité du programme dépend des tendances politiques qui soutiennent l'action ou non.

Retiens bien

Il y a un processus précis à suivre pour la conception du programme:

- Définir les environnements internes et externes des populations-clés.
 - Décider d'un programme adapté aux besoins définis. Ceci consiste à élaborer un énoncé de vision, des objectifs clairs, mesurables, des stratégies, une approche spécifique, et mobiliser le financement du programme.
Les approches ou modèles présentés dans ce module ne constituent pas une liste exhaustive des modèles existant dans la région. Chacun présente des avantages et inconvénients. Tous ont le mérite d'avoir été mis en place malgré l'hostilité du contexte.
 - Proposer des services de qualité tout en s'assurant de la confidentialité de relation entre l'HSH et les prestataires de service approuvés.
 - Les prestataires de services devraient participer activement au suivi et à l'évaluation. En règle générale, les ONG obtiennent difficilement des informations de la part des prestataires de services, car aucune motivation ne les incite à partager ces données. Bien que ce défi soit toujours présent, il faudra investir dans la construction de contacts solides et la formalisation des relations entre les deux parties - prestataires de services et agences d'exécution. des programmes destinés aux HSH.
 - Planifier la documentation de tout le processus de mise en oeuvre, de la conception à l'évaluation du programme.
-

Profils des principales ONG travaillant avec les HSH dans la région MENA

Association pour l'Information sur les Drogues et le SIDA (AIDS Algérie) ALGÉRIE

www.aidsalgerie.org



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

1. Droits humains et équité
2. Prise en compte des contextes sociaux et culturels
3. Accès Universel
4. Développement du partenariat

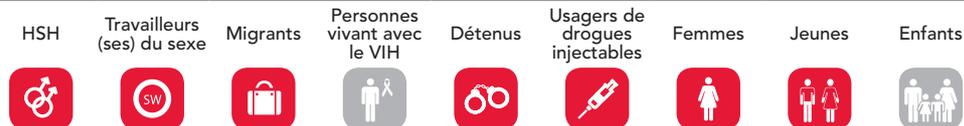
MISSION:

Promouvoir la préservation de la santé de l'individu, des communautés et le bien être de la cellule familiale dans une société saine et équilibrée.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Prévention de la transmission du VIH;
2. Plaidoyer et mobilisation des partenaires nationaux et internationaux en faveur de la lutte contre le VIH;
3. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination;
4. Réalisation d'études, recherches opérationnelles sur le VIH.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé, de la Population et la Réforme Hospitalière; Ministère des Affaires Religieuses; Ministère de la Justice; Ministère de l'Éducation Nationale; Ministère de L'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique; Ministère de la Jeunesse et des Sports; Direction Générale de la Sûreté Nationale
Société Civile	NATIONAUX 	Associations locales; Magistrats; Elus locaux; Leaders communautaires
	INTERNATIONAUX 	
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Ambassade Royale des Pays-Bas; Ambassade de France; Ambassade des Etats Unis; Ambassade du Canada; Union Européenne
Réseaux		Réseau Régional /Arabe contre le sida (RANAA); AFRICASO; Réseau Algérien de défense des droits de l'enfant (NADA)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Alger & Oran	200 	5 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				
Test VIH - rapide				
Test VIH - non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				
Médiation familiale				

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association de Lutte contre les IST/sida et de Promotion de la Santé (Anis) ALGÉRIE



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

1. Réponse holistique basée sur les droits humains
2. Démarche participative et inclusive
3. Responsabilité des communautés

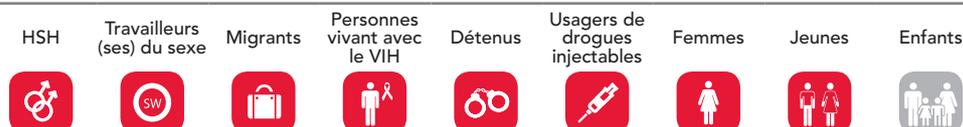
MISSION:

Renforcer la solidarité et la mobilisation dans la mise en œuvre des services de prévention et de prise en charge liés au VIH et à la promotion de la santé.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Prévention du VIH auprès des groupes les plus exposés;
2. Programme de plaidoyer envers différents leaders et décideurs en vue de l'amélioration de l'environnement sociétal;
3. Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH à travers des activités de médiation, de soutien psycho-social et juridique, d'éducation thérapeutique et d'aide à l'observance, et de soutien économique;
4. Recherche opérationnelle liée au contexte du VIH.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé; Ministère de la Justice; Ministère de l'Éducation Nationale; Ministère de la Sécurité Sociale; Ministère de la Jeunesse et des Sports; Professionnels de la santé
Société Civile	NATIONAUX 	Leaders religieux; autres associations
	INTERNATIONAUX	Handicap International; World Aids Campaign (WAC); International Development Law Organization (I.D.L.O); SIDACTION
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Ambassade de France; Coopération Technique Belge (CTB)
Réseaux		Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHR); Plateforme ELSA (Ensemble Luttons Contre le Sida en Afrique); Réseau Régional/Arabe contre le sida (RANAA); International Treatment preparedness Coalition (ITPC)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Est de l'Algérie	500 	41 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				Groupe d'avocats informent les HSH sur leurs droits
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				Non disponible / trop cher
Test VIH - rapide				
Test VIH - non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				Psychologue associé à l'ONG
Médiation familiale				

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association de protection contre le sida (APCS) (Hak El Wikaya) ALGÉRIE



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Prévention et réduction des risques fondées sur la santé et les droits humains

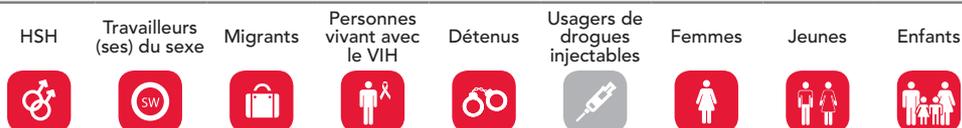
MISSION:

Répondre à des besoins non satisfaits en matière d'information, d'éducation, de communication et de prévention en ce qui concerne le sida pour le grand public, en particulier les personnes en difficulté et vivant dans des conditions précaires et/ou difficiles.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Prévention et sensibilisation contre le VIH/IST;
2. Prise en charge médico-psycho-sociale;
3. Plaidoyer et défense des droits des personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables et plus particulièrement la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière; autorités locales; police; militaires
Société Civile	NATIONAUX 	International HIV/AIDS alliance; AIDES France; Fonds des Droits Humains Mondiaux (FDHM); Réseau Afrique 2000; Africagay de lutte contre le sida; Comité Français pour la Solidarité Internationale (CFSI) France
	INTERNATIONAUX	
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Ambassade de France, Alger; ONUSIDA
Réseaux		Réseau Afrique 2000

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Oran et ouest de l'Algérie	1500 	100 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓	✓	✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	
Test VIH – rapide	■	■	■	
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	
Post-test conseil VIH	■	■	■	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	
Traitement	■	■	■	
Appui juridique / conseil	■	■	■	Avocat de l'ONG
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	
Conseil individuel	■	■	■	
Médiation familiale	■	■	■	Psychologue de l'ONG

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
✓	✓			✓	✓	✓	

Al Mofid Association pour le Développement et la Formation EGYPTE

www.almofid.org



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

1. Affirmation des droits fondamentaux
2. Égalité et justice sociale
3. Diffusion de la culture du dialogue et expression de la liberté
4. Diffusion de la culture de la paix, la coexistence et la tolérance
5. Affirmation de la valeur de vérité, de bonté et de travail

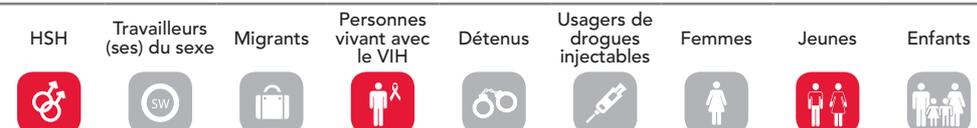
MISSION:

Appuyer certaines organisations de la société civile pour qu'elles s'acquittent efficacement de leurs rôles et qu'elles réalisent leurs buts en vue de parvenir à un développement intégré et durable. L'association met l'accent sur le traitement des questions sociales et le soutien aux populations marginalisées et pauvres en leur donnant la possibilité de participer à la prise de décision concernant leur vie en collaboration avec tous les partenaires locaux. Le programme VIH, fondé avec l'appui de l'ONUSIDA, a débuté en 2009 avec des fonds provenant de la fondation Ford. C'était le premier programme destiné aux HSH dans le pays.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibiliser sur le VIH les HSH et la communauté;
2. Fournir des outils de prévention et des services aux HSH sans aucune stigmatisation;
3. Élargir la base de connaissances sur le VIH et la prévention parmi les populations clés en Egypte;
4. Soutenir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère des Affaires Sociales; Ministère de la Santé; Ministère de l'Awqaf; Ministère de la Jeunesse et des Sports
Société Civile	NATIONAUX 	Clubs de Famille et de l'Enfance; Clubs Culturels et Sociaux; Autres ONGs; Réseau des ONG égyptiennes contre le sida
	INTERNATIONAUX	
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		ONUSIDA; Fondation Ford
Réseaux		Réseau égyptien des ONG contre le sida

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Caire/ Giza	1600 	10 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				A travers le site web aussi
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				
Test VIH – rapide				
Test VIH – non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				
Médiation familiale				

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association Nationale pour le Développement de la Famille et de Société (NAFSD) EGYPTE



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Éducation et opportunités accessibles pour tous

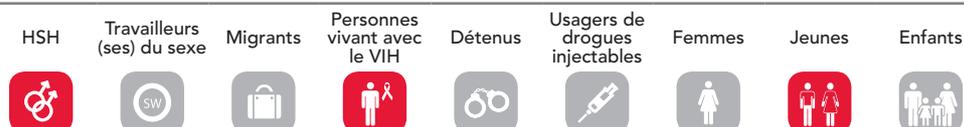
MISSION:

Agir comme épicerie pour le développement de l'individu, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. L'organisation met en œuvre une multitude d'activités qui visent à aider les familles et la société dans son ensemble à l'obtention de meilleures conditions de vie. L'organisation agit également comme une organisation parapluie pour les grands projets avec plusieurs ONG pour une plus grande couverture. Le programme VIH a débuté en 2010 avec l'appui technique de l'ONUSIDA et des fonds provenant de USAID.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibilisation sur le VIH parmi les HSH et la communauté;
2. Dissémination d'outils de prévention et fourniture de services aux HSH sans aucune stigmatisation;
3. Élargissement de la base de connaissances sur le VIH et prévention parmi les populations clés en Egypte;
4. Appui aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Solidarité Sociale; Ministère de la Santé; Gouvernorat d'Alexandrie
Société Civile	NATIONAUX 	Caritas
	INTERNATIONAUX 	ONUSIDA; USAID
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		ONUSIDA; USAID
Réseaux		

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Alexandrie	1303 	10 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓	✓	✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	
Test VIH – rapide	■	■	■	
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	
Post-test conseil VIH	■	■	■	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	
Traitement	■	■	■	
Appui juridique / conseil	■	■	■	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	Friends of Life pour les HSH vivant avec le VIH
Conseil individuel	■	■	■	
Médiation familiale	■	■	■	

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
✓	✓		✓		✓		

Association Vision Positive pour les Personnes Vivant avec le VIH JORDANIE



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Approche "droit de l'homme" avec un accent sur les droits des personnes vivant avec le VIH et la reconnaissance de leur plein potentiel

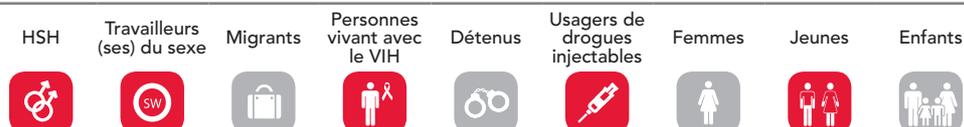
MISSION:

Contribuer aux efforts collectifs visant à une société saine avec une faible prévalence du VIH.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Développement et mise à jour d'une base de données avec des informations sur les membres vivant avec le VIH et les populations clés dans la capitale Amman;
2. Programme de proximité auprès des populations clés et plus particulièrement les hommes ayant des rapports avec les hommes;
3. Interventions psychosociales répondant aux besoins des personnes vivant avec le VIH afin de contribuer davantage à leur bien-être.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé; Ministère des Affaires Sociales
Société Civile	NATIONAUX 	
	INTERNATIONAUX 	
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des Nations Unies; USAID
Réseaux		

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Amman	300 	6 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil*	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Connaître son statut sérologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MST	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stigma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Où aller (Orientation)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fourniture de préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fourniture de gels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Test VIH – rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Test VIH – non-rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pre-test conseil VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Post-test conseil VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Appui juridique / conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soutien psychosocial fourni par le responsable de l'ONG et quelques-uns des membres actifs.
Conseil individuel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médiation familiale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* L'ONG ne possède pas de centre d'accueil. Les services sont fournis au sein de l'ONG

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

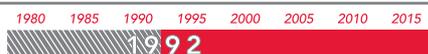
Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC)

LIBAN

www.sidc-lebanon.org



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Approche «droit de l'homme», permettant ainsi d'atteindre les plus démunis et les groupes les plus marginalisés de la population

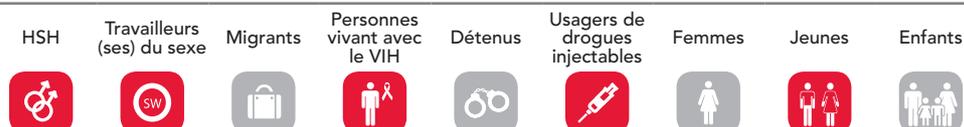
MISSION:

Répondre aux besoins de santé de la jeunesse, des personnes âgées et des personnes les plus vulnérables à travers l'autonomisation de la communauté.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibilisation de la population en général et des groupes vulnérables;
2. Appui social, médical et financier aux personnes vivant avec le VIH et leurs proches.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé Publique y inclus le Programme National de Lutte contre le sida; Ministère de l'Intérieur; Ministère des Affaires Sociales; Ministère de l'Education et de l'Enseignement; les centres médicaux sociaux
Société Civile	NATIONAUX 	Autres ONGs; leaders religieux
	INTERNATIONAUX	International HIV / AIDS Alliance; Ensemble contre le sida (sidaction); Sida Info Service
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Naval Medical Research Unit no 3
Réseaux		Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHRRA) ; Réseau Régional /Arabe contre le sida (RANAA)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 * (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Beyrouth	5785 	10 

* Nombre atteint par les trois ONG: SIDC, Helem, Oui pour la Vie

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓		✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	
Test VIH – rapide	■	■	■	Unité mobile utilisée lors du travail de proximité
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	
Post-test conseil VIH	■	■	■	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	Soins médicaux disponibles au centre et au sein de l'unité mobile pour le VHC et le VHB et les autres IST si nécessaire en collaboration avec le Ministère de la Santé
Traitement	■	■	■	
Appui juridique / conseil	■	■	■	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	Par les pairs PVVIH/MSM disponibles au centre
Conseil individuel	■	■	■	Par des psychologues
Médiation familiale	■	■	■	Avec le consentement de l'individu

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Helem- Protection Libanaise des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres **LEBANON**

www.helem.net



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Droits des LGBT

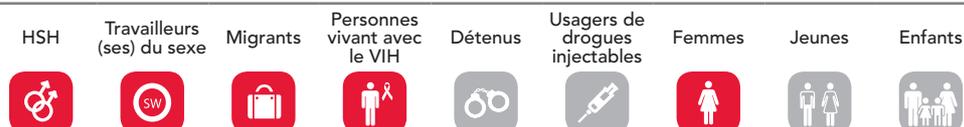
MISSION:

Helem mène une lutte pacifique pour la libération des lesbiennes, des gays, bisexuels et transsexuels (LGBT) contre toutes sortes de violations des droits civils, politiques, économiques, sociaux, ou culturels.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Lobbying pour la suppression des articles dans le code pénal libanais incriminant l'homosexualité et la transsexualité;
2. Développement d'outils spécifiques sur l'éducation et la santé sexuelle des LGBT;
3. Prévention du VIH et des IST y inclus un service d'assistance téléphonique pour les LGBT (hotline);
4. Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.

POPULATIONS CIBLES:



* Lesbiennes; bisexuels; transgenres aussi

PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé y inclus le Programme National de lutte contre le sida; Ministère des Affaires Sociales; Police
Société Civile	NATIONAUX 	Réseaux de plaidoyer de la jeunesse; réseaux de santé; Autres ONG y compris SIDC et Oui Pour la Vie
	INTERNATIONAUX	International HIV/ AIDS Alliance; Astrea
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Ambassade de Norvège; Ambassade d'Allemagne; Fondation Ford
Réseaux		

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 * (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Beyrouth	5785 	7 

* Nombre atteint par les trois ONG: SIDC, Helem, Oui pour la Vie

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:*				A travers le site web aussi
Prévention				Orientation vers la clinique Helem
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				
Test VIH – rapide				Unité mobile utilisée lors du travail de proximité
Test VIH – non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				Avocat et conseiller juridique au sein de Helem
Appui psychologique et social *				
Groupe d'appui/pairs				Réunions avec un assistant social
Conseil individuel				
Médiation familiale **				

* 1 travailleur social, 3 psychologues et 1 conseiller pour les PVVIH

** Un livret pour la famille développé. En cas de problèmes, le travailleur social ou le psychologue intervient

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Oui Pour la Vie (OPV)

LIBAN

www.ouipourlavie.lb.com/en/



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Explorer de manière proactive les besoins des populations clés et y répondre

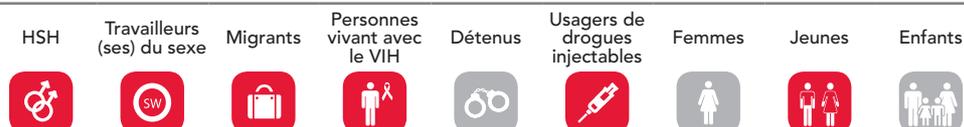
MISSION:

OPV représente un groupe grandissant de bénévoles engagés à atteindre les personnes démunies et les jeunes afin d'identifier leurs besoins et les appuyer dans leur réalisation à travers des dons de collecte, l'adoption d'un système d'orientation, et la sensibilisation sur les risques.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibilisation sur les risques des drogues et leurs implications sur les jeunes, les familles et les communautés;
2. Programmes de proximité parmi les populations clés;
3. Promotion des valeurs de santé et de la société.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé y inclus le Programme National de lutte contre le sida; Ministère des Affaires Sociales
Société Civile	NATIONAUX 	Autres ONG y compris SIDC, Helem
	INTERNATIONAUX 	International HIV/AIDS Alliance; ONGs italiennes
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU
Réseaux		

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 * (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
El damour, Elshoulf, Saïda et Tripoli	5785 	5 

* Nombre atteint par les trois ONG: SIDC, Helem, Oui pour la Vie

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				A travers le site web aussi
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				
Test VIH – rapide				
Test VIH – non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				Helem
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				
Médiation familiale				

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association de lutte contre le sida (ALCS)

MAROC

www.alcsmaroc.ma



MISSION:

L'ALCS se définit comme un espace de lutte pour l'accès aux droits des personnes concernées par le VIH.

ANNÉE DE CRÉATION:



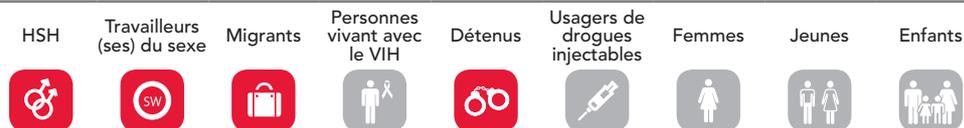
PRINCIPES FONDATEURS:

Respect des droits de l'homme et des principes éthiques de neutralité et de confidentialité

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Prévention du VIH/IST;
2. Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH comprenant un appui médical, psychologique, matériel, social;
3. Défense des droits des personnes vivant avec le VIH: droit aux soins, au travail, à la vie.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé; Ministère du Développement Social de la Famille et de la Solidarité; Ministère de l'Education; Ministère de la Justice; Institut National d'Hygiène
Société Civile	NATIONAUX 	
	INTERNATIONAUX	Act Up Paris; AIDES; Coalition Plus; Sidaction; Sida Info Service; Plateforme Elsa
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Fonds Mondial; Open Society Foundation; Ford Foundation; Amfar; GSK; Drosos; Esther; Total
Réseaux		ICASO, ; Réseau Régional / Arabe contre le sida (RANAA); Afrique 2000 ; International Treatment Preparedness Coalition (ITPC); ITPC MENA

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011* (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Tangier, El Jadida, Agadir, Marrakesh, Essaouira, Meknes, Tiznit, Casablanca, Rabat	40991 	108 

* Nombre total d'anciens et de nouveaux contacts

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓	✓	✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				À travers le site web aussi
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	
Test VIH – rapide	■	■	■	Unité mobile lors du travail de proximité
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	Unité mobile lors du travail de proximité
Post-test conseil VIH	■	■	■	Unité mobile lors du travail de proximité
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	
Traitement	■	■	■	
Appui juridique / conseil	■	■	■	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	
Conseil individuel	■	■	■	
Médiation familiale	■	■	■	

Clinique pour HSH au sein de l'ALCS Marrakech offrant une prise en charge complète.

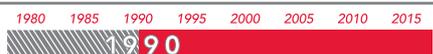
PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
✓	✓	✓	✓		✓		✓

Association Sud Contre le sida MAROC



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

1. Lutte contre le sida dans un contexte de déni de la maladie surtout au début des années 90
2. Soutien des personnes vivant avec le VIH

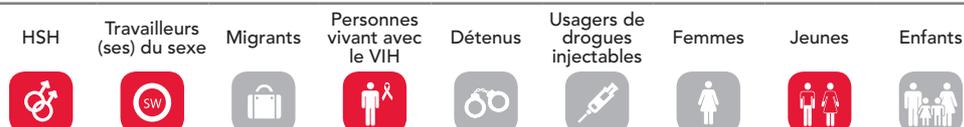
MISSION:

Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des services de prévention et de prise en charge liés au VIH et à la promotion de la santé.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Accueil et information des citoyens sur tout ce qui concerne les IST et le VIH;
2. Assurer le test de dépistage anonyme et gratuit;
3. Assistance et aide psycho-sociale aux personnes vivant avec le VIH;
4. Mise en place d'activités de prévention aux populations les plus exposées sans négliger les campagnes destinées au grand public.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de La Santé; Ministère de L'Education Nationale; Ministère de la Justice; autorités locales
Société Civile	NATIONAUX 	
	INTERNATIONAUX 	
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Fonds Mondial; Agence Belge de Développement (CTB)
Réseaux		Réseau Régional /Arabe contre le sida (RANAA); Alliance Marocaine de Lutte contre le sida

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Agadir	626 	6 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				
Test VIH – rapide				
Test VIH – non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				
Médiation familiale				

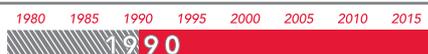
PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le sida (ATL MST/sida - Tunis) **TUNISIE**



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Approche communautaire participative

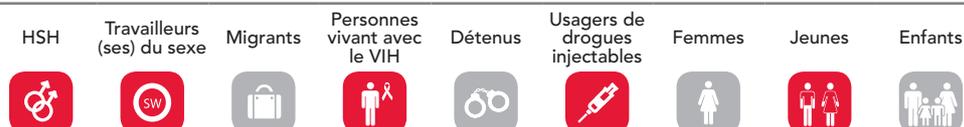
MISSION:

Contribuer à la riposte nationale au VIH en Tunisie et réduire son impact à tous les niveaux.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Prévention du VIH/IST auprès des populations clés;
2. Prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH comprenant des activités d'appui psychologique, juridique, nutritionnel, et socioprofessionnel;
3. Programme de plaidoyer et de lutte contre la stigmatisation et l'exclusion des populations clés;
4. Renforcement des capacités des cibles de l'ATL à savoir les jeunes, personnes vivant avec le VIH et populations clés;
5. Réalisation d'enquêtes et de recherche action.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Autorités locales, notamment le PNLS
Société Civile	NATIONAUX 	Leaders religieux
	INTERNATIONAUX	AIDES France; International HIV/AIDS Alliance; Sidaction
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Ambassades des Etats-Unis et des Pays Bas
Réseaux		Réseau Régional / Arabe contre le sida (RANAA); Africagay contre le VIH; Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHRRA); MENA Rosa; Réseau Afrique2000; Réseau Associatif National Contre le sida (RANCS)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Grand Tunis (4 gouvernorats), Sousse, Bizerte, Tozeur, Nabeul, Sfax	10498 	32 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓	✓	✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil*	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	
Test VIH – rapide	■	■	■	
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	
Post-test conseil VIH	■	■	■	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	
Traitement	■	■	■	
Appui juridique / conseil	■	■	■	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	
Conseil individuel	■	■	■	façon informelle
Médiation familiale	■	■	■	

* L'ONG ne possède pas de centre d'accueil. Les services sont fournis au sein de l'ONG

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

AID Association
YÉMEN



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Une société maîtrisant la problématique du VIH et pleine de compassion envers les personnes vivant avec le VIH

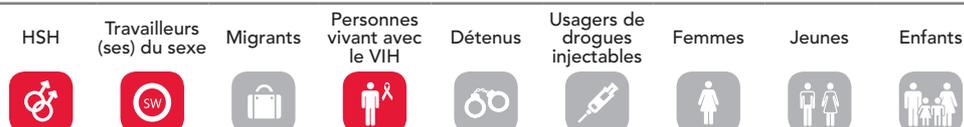
MISSION:

Réduire la propagation du VIH et des IST dans la société, ainsi que promouvoir l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et créer un environnement favorable pour eux.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibiliser sur le VIH les populations clés et autres populations vulnérables;
2. Mener des actions de prévention du VIH et des IST;
3. Apporter un soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes;
4. Rendre les personnes vivant avec le VIH autonomes sur le plan économique et développer leurs compétences pour la vie.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Programme National de lutte contre le sida; Conseil National de Population; Ministère de la Jeunesse et des Sports; Ministère du Tourisme; conseil local; autres structures de santé; journaux et chaînes satellites locales
Société Civile	NATIONAUX 	Association de Soins de la Famille; Social Reform Society Charity; autres associations locales; Croissant-Rouge Yéménite
	INTERNATIONAUX 	Doctors without Borders; Progressio
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU; Fond Mondial; USAID
Réseaux		Réseau Régional/Arabe contre le sida (RANAA)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Sana'a	90 	3 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil*	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention				
Connaître son statut sérologique				
MST				
Stigma				
Où aller (Orientation)				
Fourniture de préservatifs				
Fourniture de gels				Quantité limitée dans l'ONG. Bénéficiaires orientés vers les pharmacies
Test VIH - rapide				
Test VIH - non-rapide				
Pre-test conseil VIH				
Post-test conseil VIH				
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic				
Traitement				
Appui juridique / conseil				
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs				
Conseil individuel				
Médiation familiale				Visites à domicile par intervenants de proximité si nécessaire

* L'ONG ne possède pas de centre d'accueil. Les services sont fournis au sein de l'ONG

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association Sociale de Bienfaisance – Abu Musa Al Ashari

YÉMEN

www.alashary-ye.com



MISSION:

Contribuer au développement de la société en fournissant les services sociaux nécessaires aux populations cibles à travers des partenariats efficaces locaux et internationaux et des cadres qualifiés.

ANNÉE DE CRÉATION:



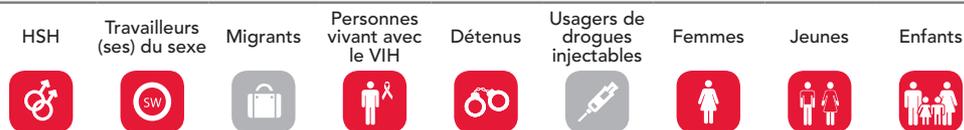
PRINCIPES FONDATEURS:

1. Transparence
2. Crédibilité
3. Partenariat
4. Responsabilisation
5. Accent sur la qualité

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibilisation de la société sur le VIH;
2. Plaidoyer avec les différentes parties prenantes;
3. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH;
4. Programmes de sensibilisation pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Programme National de lutte contre le sida; Conseil National de Population; Conseil National des Femmes
Société Civile	NATIONAUX 	Organisations de développement; Union des Femmes Yéménites; Associations de bienfaisance locales
	INTERNATIONAUX 	Croissant-Rouge des Emirats Arabes Unis; Organisation de Bienfaisance Makkah Al Mukarramah; Soul for Development Organisation; Organisation Internationale Islamique de Secours; Forum Humanitaire Mondial; Progressio; Association Kattouf pour le Développement
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des Nations Unies; Union Européenne; Assemblée Mondiale de la Jeunesse Musulmane; Société Allemande pour la Coopération Internationale
Réseaux		Réseau Régional/Arabe contre le sida (RANAA)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Hoddeidah	100 	0 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
			

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Connaître son statut sérologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MST	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stigma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Où aller (Orientation)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fourniture de préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fourniture de gels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Test VIH – rapide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Test VIH – non-rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pre-test conseil VIH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Post-test conseil VIH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Appui juridique / conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseil individuel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médiation familiale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
							

Association des Services Sociaux (SSA)

YÉMEN



ANNÉE DE CRÉATION:



PRINCIPES FONDATEURS:

Le développement social des populations marginalisées à travers l'égalité sociale

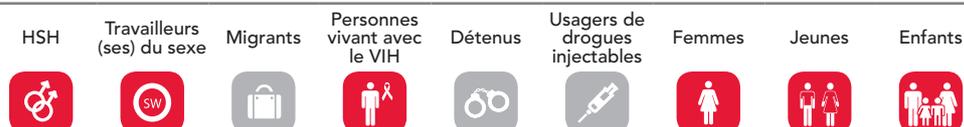
MISSION:

Développement des communautés à travers le renforcement des capacités et la fourniture de services gratuits dans le domaine de l'éducation, la santé, et le développement pour les populations pauvres et marginalisées, les enfants, les femmes et les jeunes.

AXES D'INTERVENTION SUR LE VIH:

1. Sensibilisation de la société sur le VIH;
2. Programmes de prévention de la transmission du VIH et des IST;
3. Plaidoyer avec les différentes parties prenantes;
4. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

POPULATIONS CIBLES:



PARTENAIRES PRINCIPAUX:

Secteur Public		Ministère de la Santé et de la Population; le Conseil National de la Population; le Conseil local; Département de la Recherche Criminelle
Société Civile	NATIONAUX 	Autres associations
	INTERNATIONAUX 	Save the Children
Agences bilatérales / Organisations multilatérales		Système des NU
Réseaux		Réseau Régional / Arabe contre le sida (RANAA)

Programme auprès des HSH

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	NOMBRE DE HSH ATTEINTS EN 2011 (tel que soumis par l'ONG)	NOMBRE D'INTERVENANTS DE PROXIMITÉ:
Aden	400 	13 

PHASE INITIALE:

Cartographie	Estimation de la taille de la population	Identification des services existants	Information provenant d'études
✓	✓	✓	✓

SERVICES FOURNIS	Travail de proximité	Centre d'accueil	Orienta-tion	Commentaires
Information et Sensibilisation:				
Prévention	■	■	■	
Connaître son statut sérologique	■	■	■	
MST	■	■	■	
Stigma	■	■	■	
Où aller (Orientation)	■	■	■	
Fourniture de préservatifs	■	■	■	
Fourniture de gels	■	■	■	Pas encore fournis en raison des prix chers
Test VIH – rapide *	■	■	■	
Test VIH – non-rapide	■	■	■	
Pre-test conseil VIH	■	■	■	
Post-test conseil VIH	■	■	■	
Diagnostic & traitement des MST				
Diagnostic	■	■	■	Inclus dans le nouveau projet
Traitement	■	■	■	Inclus dans le nouveau projet
Appui juridique / conseil **	■	■	■	
Appui psychologique et social				
Groupe d'appui/pairs	■	■	■	
Conseil individuel	■	■	■	A titre personnel par le manager du centre
Médiation familiale	■	■	■	

* L'équipe mobile au cours des JMS. Orientation vers d'autres centres de dépistage en fonction des préférences des bénéficiaires.

** À titre personnel avec un avocat proche des HSH. Est prévu l'appui d'un avocat dans le nouveau projet

PLAIDOYER

Autorités nationales	Autorités locales	Police	Communauté	Leaders religieux	Médias	Avocats	Autres ONGs
	✓	✓	✓				

Ressources:

ANGLAIS ET FRANÇAIS

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres*; Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, OMS, 2011.

ANGLAIS

- Abigail S. *Report: Regional Youth MSM and Transgender Consultation Meeting - Meeting report*. The Hague, HIVOS, World AIDS Campaign, 2010.
- Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM). *Policy brief: addressing the needs of young men who have sex with men*. Lucknow, APCOM, 2010.
- Boyce P, Aggleton P, Malcolm A. *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Cáceres C. *Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates*. Sexually Transmitted Infections 2008;84:i49-i56 doi:10.1136/sti.2008.030569.
- Department for International Development (DFID). *Men who have sex with men: DFID support to the National AIDS Control Programme of India*. New Delhi, DFID, 2007.
- European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution (EUROPAP), European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP). *Hustling for health: developing services for sex workers in Europe*. Amsterdam, TAMPEP, 1998.
- International Development Law Organization (IDLO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Toolkit: scaling up HIV-related legal services*. Geneva, IDLO, UNAIDS, 2009.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM). *Thailand: MSM country snapshots—country specific information on HIV, men who have sex with men and transgender people*. Geneva, UNAIDS; Lucknow, APCOM, 2010.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *UNAIDS action framework: universal access for men who have sex with men and transgender people*. Geneva, UNAIDS, 2009.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Men who have sex with men: the missing piece in national responses to AIDS in Asia and the Pacific*. Geneva, UNAIDS, 2007.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *AIDS and men who have sex with men: UNAIDS technical update*. Geneva, UNAIDS, 1997 (revised 2000).
- United Nations Development Programme. *Supporting community responses to HIV among men who have sex*

with men. International NGO and donor consultation - meeting report. Beijing, UNDP, 2008.

- United States Agency for International Development (USAID), United Nations Development Programme (UNDP). *Asia regional consultation on MSM HIV care and support - Meeting report.* Washington, USAID; Geneva, UNDP, 2009.
- World Health Organization (WHO). *HIV/AIDS among men who have sex with men and transgender populations in South-East Asia: the current situation and national responses.* New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2010.
- World Health Organization (WHO). *Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific region.* Geneva, WHO, 2010.
- World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Development Programme (UNDP). *Health sector response to HIV/AIDS among men who have sex with men: report of the consultation.* 2009.

FRANÇAIS

- International Council of AIDS Service Organizations (ICASO). *Guide du réseautage, 2ème édition.* Ontario, ICASO, 2002.
- Ministère de la santé et des sports, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Jeune et homo sous les regards des autres: livret d'accompagnement des courts métrages de lutte contre l'homophobie.* Paris, Ministère de la santé

et des sports, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2010.

- Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Le VIH et le commerce du sexe: note d'orientation de l'ONUSIDA.* Geneva, ONUSIDA, 2009.

SITES WEB

- Alias: www.alias-bru.be
- Àmbit prevenció fundació: www.fambitprevencio.org
- Espace P: www.espacep.be
- European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP): www.tampep.eu
- Exæquo: www.exaequo.be
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): www.unaids.org
- University of Kwazulu-Natal http://heard.ukzn.ac.za/KnowledgeCentre/AIDS_Toolkits.aspx
- WHO: www.emro.who.int/asd/index.htm

LE VIH ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD

**MODULE 3/4
L'APPROCHE DE PROXIMITÉ**

3- L'approche de proximité

Ce module contient des informations sur l'approche de proximité, et plus particulièrement ce qu'on entend par contact direct des intervenants de proximité avec les HSH (3.1), les conditions requises pour leur sélection ainsi que leurs rôles (3.2), les domaines de formation nécessaires pour un travail performant (3.3), et l'éducation par les pairs (3.4). Quelques scénarios d'intervention sur le terrain sont présentés à la fin du module.

Le module s'adresse particulièrement aux coordonnateurs de programme et intervenants de proximité.

3.1 Le contact des intervenants de proximité avec les HSH



DÉFINITION DU CONTACT DIRECT

L'approche de proximité est une méthode d'intervention spécifique visant à atteindre les populations impliquées qui restent à l'écart des services tels que les structures de santé et à favoriser l'accès à ces services. Ces populations peuvent par exemple se composer d'HSH, de travailleurs du sexe, de migrants etc. Il est difficile d'entrer en contact avec elles. Cette méthode facilite la promotion de la santé à travers:

- le renforcement de la prise de conscience par rapport à un comportement de prise de risque;
- l'encouragement à la réduction du comportement de prise de risque;
- l'offre de services de prévention en fonction des besoins.

L'intervention de proximité s'effectue à pied, de jour, comme de nuit. L'intervenant de proximité prend l'initiative d'aller au devant de personnes, de se rapprocher d'elles,

d'établir un contact avec elles afin d'initier le dialogue. De cette manière, les possibilités de rencontres et de contacts augmentent considérablement.

L'approche de proximité se caractérise par le développement de liens de confiance avec les groupes impliqués.



Le contact amène à entrer en relation à travers une rencontre.

Oui Fadel, mais, quelle est la valeur du contact qui s'établit?



Le contact avec une personne doit permettre de pénétrer et de connaître son environnement. Pour atteindre cet objectif, il faut suivre les recommandations suivantes:

- Avant de rencontrer une personne, il est nécessaire de se demander si le contexte dans lequel elle évolue permet le contact. L'intervenant de proximité doit se soumettre à une réelle observation de la personne afin de déterminer le moment propice pour prendre contact. Il ne doit pas l'interrompre dans ses occupations.
- Il faut toujours chercher à faciliter l'approche en se présentant et en présentant son institution à la personne rencontrée: elle doit savoir qui est son interlocuteur, d'où il vient, pourquoi il s'adresse à elle, etc.
- Connaître et utiliser les langages et codes spécifiques du groupe auquel appartient la personne permet d'accélérer le processus de prise de contact.
- Il est nécessaire de se laisser guider par l'interlocuteur pour savoir comment communiquer avec lui. Ainsi, il ne faut

pas appeler un HSH qui s'appelle Ahmed et que vous trouvez efféminé, Hamida, à moins qu'il ne vous le demande.

- L'HSH doit accepter l'intrusion d'un élément extérieur à leur groupe dans leur environnement.
- Les intervenants de proximité devraient faire preuve de prudence en comparant leurs expériences avec celles des HSH qu'ils cherchent à atteindre. Les expériences sont différentes et cette différence devrait être reconnue.

La définition du contact approuvée par toutes les parties concernées devrait être inscrite dans les directives nationales écrites pour être utilisées par toutes les organisations de la société civile travaillant avec les HSH.

Cet effort d'harmonisation permettra de comparer les résultats des agences d'exécution et de construire l'indicateur de couverture nationale des programmes HSH (pourcentage des HSH couverts par les programmes de prévention).

Les services de base recommandés pour les programmes HSH sont:

- la transmission d'informations;
- la fourniture de préservatifs et de gels lubrifiants;
- l'orientation vers des services (médical, juridique, social).

Au moment de délivrer l'information, l'intervenant doit préciser à son interlocuteur ses jours et horaires de permanence sur le terrain. Idéalement, la permanence sur le terrain se fait le même jour de chaque semaine, toujours à la même heure dans les mêmes lieux et par les mêmes intervenants.

“L'intervenant de proximité doit être associé à des services crédibles et de qualité.”

Intervenant de proximité

La régularité de cette permanence permet de construire une relation de confiance et de donner des repères tant pour l'intervenant que pour son interlocuteur. Dans ce cadre, l'ensemble de l'information est délivré de façon très régulière.

Une façon d'assurer l'utilisation du programme et d'en faire le suivi est d'offrir un code aux HSH, qui peuvent l'accepter. Ce code permet de préserver l'anonymat et la sécurité dans des contextes hostiles et discriminatoires.

L'attribution du code devrait être précédée d'un pré-test de connaissances sur le VIH, consistant à recenser le niveau d'information et les comportements liés à la transmission du VIH. Un post-test similaire devrait être effectué régulièrement pour vérifier les changements au niveau des informations, des comportements, et de la prise de risque (*voir Module 4, le suivi du programme*).



Certaines règles doivent impérativement être suivies au cours de l'intervention sur le terrain!

A la page suivante, tu trouveras un tableau contenant les plus importantes.

PROCESSUS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

L'approche de proximité ne peut être envisagée de manière isolée. Elle doit être intégrée dans un processus impliquant simultanément divers acteurs ayant les mêmes objectifs et doit s'inscrire dans un processus de promotion de la santé.

Règles de base pour l'intervention sur le terrain

- Écouter attentivement.
- Privilégier la parole dans la communication.
- Respecter le langage utilisé par la personne.
- Être souple, neutre et disponible.
- Avoir une attention pour la globalité de la personne.
- Accepter d'être refusé, voire rejeté. Rien n'oblige la personne abordée à vous écouter.
- Respecter la distance.
- Respecter la peur de l'autre.
- Ne pas faire de promesses impossibles à honorer.
- Prendre le temps d'approcher la personne et d'établir des rapports de confiance.
- Le travail de rue doit tenir compte de la discontinuité dans les rencontres.
- Répéter les rencontres de façon régulière, pour établir une relation et dépasser la méfiance, légitime, de la personne abordée. Les personnes se demandent souvent pourquoi l'intervenant les a choisies elles plutôt qu'une autre.
- Préétablir un agenda hebdomadaire des interventions en précisant le jour, le lieu, et l'heure. La non-linéarité des rencontres peut finir par briser la relation.
- Prévenir le coordinateur de terrain en cas de changement dans le déroulement de l'intervention.



Adel, n'oublie pas ! le lien qui est établi doit s'inscrire dans un processus de promotion de la santé.

Pour promouvoir la santé, les étapes suivantes doivent être suivies:

- **La sensibilisation** est nécessaire pour encourager les gens à participer à des programmes de promotion de la santé.
- **Le changement de style de vie et le renforcement des compétences** devraient se dérouler progressivement. Au début du processus, une grande quantité d'information est fournie pour permettre par la suite une meilleure assimilation du principe de promotion de la santé. Ces

deux étapes ne peuvent se dérouler que dans un environnement favorable permettant un impact à long terme.

- **La construction d'un environnement favorable:** le travail sur l'environnement de l'HSH permet de se concentrer sur une approche holistique incluant les paramètres politiques, juridiques, et sociaux.

RÉDUCTION DE LA STIGMATISATION SUR LE TERRAIN



Mais, Fadel, tu ne crois pas qu'une telle intervention de proximité risque d'entraîner une stigmatisation encore plus importante des personnes rencontrées?

À première vue, tu as raison.
En réalité, des moyens de limiter
la stigmatisation existent.
Tout dépend de l'approche
adoptée par l'intervenant!



Tout d'abord, l'intervention devrait avoir lieu à pied. Cette approche assure un contact direct, franc, personnel et anonyme. Il convient de favoriser systématiquement le contact individuel. Toutefois, le contact par téléphone ou par Internet (voir page 77) ne doit pas être négligé. Certains HSH préfèrent en effet garder l'anonymat en utilisant ces moyens.

Le secret d'une intervention réussie réside dans l'instauration d'une relation de confiance. La personne rencontrée a le droit de refuser le contact. Elle ressent parfois le besoin de se justifier et de donner des réponses politiquement correctes. L'intervenant doit laisser la place à ces comportements. Une fois la relation de confiance établie, il faudra mettre l'accent sur le message à communiquer. L'objectif du message consiste à informer une personne sur le VIH. À travers la communication du message, l'intervenant réalise un acte de prévention et peut orienter vers des services de qualité. Pour être efficace, le message doit:

- être concis, le plus objectif possible, clair et explicite. Pour autant, une certaine période de maturation s'impose pour pouvoir le communiquer correctement. L'expérience de l'intervenant sur le terrain lui permet de mûrir ses techniques de communication.
- impérativement répondre à un besoin de la personne rencontrée. Ainsi, recommander un médecin à un travailleur du sexe qui s'apprête à passer devant le tribunal n'est pas pertinent.

- impérativement suivre les codes de la communauté pour être compris par elle. Il faut à tout prix éviter d'engager un dialogue de sourds, dans lequel le message n'est pas compris par la communauté.
- être testé avec un échantillon de bénéficiaires et ajusté selon les réponses avant d'être exprimé.

Le suivi des messages délivrés par les intervenants devrait se faire régulièrement à travers des études de cas et des jeux de rôle. Cette technique permet de s'assurer que le message reste clair et concis, et non complexe, inadapté et incompréhensible.

Les deux tendances d'évolution suivantes peuvent être négatives pour la communication des messages:

- Le parcours de formation de certains intervenants leur fait acquérir de nouvelles compétences, entraînant leur éloignement de leur communauté.
- Certains intervenants peuvent adopter un comportement paternaliste dans la communication du message et à prendre les personnes de haut.



En résumé,
avant d'exprimer un
message, il est nécessaire
de réfléchir!
Un message qui n'est
pas concis, clair et
pensé est inutile
et, comme le dit le proverbe
arabe, revient à «mettre de l'eau
dans le sable»...

UTILISATION D'INTERNET ET D'AUTRES TECHNOLOGIES



Est-ce qu'Internet peut être utile dans l'approche de proximité?

Bien sûr!
Comme mentionné plus haut, Internet est un espace de rencontre pour la communauté HSH, il peut donc nous être très utile!



Internet est un espace de rencontre pour la communauté des HSH, à travers lequel ils cherchent des partenaires amoureux et/ou sexuels et participent à des forums de discussion. En cas de travail du sexe masculin, Internet peut devenir un espace de racolage et d'offre de services sexuels.

Toutes les classes sociales utilisent Internet pour se rencontrer. Cette technologie permet de recourir à de nouveaux moyens de communication. Plutôt qu'une rencontre en face à face, l'internaute utilise l'écriture sous un pseudonyme, par email et par conversation en ligne (sites gays, Facebook, Twitter), et les photographies comme premiers outils d'approche.

Internet remplace parfois les moyens habituels de communication. Il permet aux HSH de se protéger du regard du public et du harcèlement de la police. Toutefois, Internet présente certains risques, notamment lorsque l'interlocuteur ment et cherche à escroquer l'HSH. Ils sont également confrontés à des pièges provenant des autorités pour arrêter les gens.

Dans les pays de la région MENA, les sites

sont souvent surveillés par la sûreté nationale.

L'usage répandu d'Internet chez les HSH permet d'exploiter cet outil comme un espace de prévention contre le sida et pour la promotion de services de qualité. Des intervenants de proximité peuvent utiliser cet outil pour rencontrer des HSH sur des chats (conversations en ligne) et pour leur communiquer leurs divers messages.

D'autres technologies permettent aux HSH de se contacter de façon quasi-anonyme. Par exemple, il existe de nombreuses applications pour téléphones mobiles commercialisées à la communauté des HSH qui permettent à l'utilisateur de détecter la présence d'une autre personne et échanger des messages privés en temps réel et en fonction de leur proximité les uns des autres. Une fois que deux utilisateurs sont connectés, ils peuvent partager leurs coordonnées et prendre rendez-vous. Ces applications sont souvent utilisées dans les parcs, bars, cafés, discothèques et salles de sport. Elles présentent un inconvénient d'être détectable par des personnes et des collectivités qui cherchent à blesser ou menacer les HSH.



Retiens bien

- L'approche de proximité se caractérise par le développement de liens de confiance avec les groupes impliqués.
- L'approche de proximité doit être intégrée dans un processus impliquant simultanément divers acteurs ayant les mêmes objectifs et doit s'inscrire dans un processus de promotion de la santé.
- Une fois la relation de confiance établie, il faudra mettre l'accent sur le message à communiquer. Pour être efficace, le message doit être concis, le plus objectif possible, clair et explicite. L'expérience de l'intervenant sur le terrain lui permet de mûrir ses techniques de communication.
- L'intervenant de proximité devrait être formé aux nouvelles technologies ou méthodes de rencontres utilisées par les HSH. Internet en fait partie.

3.2 La sélection des intervenants de proximité



Suffit-il d'être HSH pour devenir intervenant de proximité? Est-ce que tout HSH peut faire ce travail?

Pour devenir intervenant de proximité, être HSH est très utile, mais certainement pas suffisant !



Le choix de l'intervenant de proximité passe par un processus de sélection qui commence dans la rue. La sélection prend en considération un certain nombre de critères requis pour accomplir la tâche:

- **la place de ces personnes dans le groupe des HSH:** Il est vrai que si la personne qui intègre une communauté d'HSH en fait déjà partie, le contact s'en trouve facilité. Toutefois, dans le cadre d'initiatives similaires, des personnes évoluant déjà en contact avec la communauté ont pu contribuer à la mise en œuvre du programme sans pour autant être elles-mêmes HSH. Ces personnes peuvent par exemple être les serveurs dans les cafés, les vendeurs de

chicha, les barmen, les personnes travaillant dans les toilettes, les coiffeurs ou encore des professionnels ayant démontré leur intérêt pour le programme;

- **leur formation:** expérience de l'approche de proximité; assistants sociaux; psychologues, etc.;
- **leurs attributs** (*voir page suivante*);
- **leur âge:** en fonction du lieu d'intervention et des personnes qui seront rencontrées, seuls les intervenants d'un certain âge pourront convenir. Des HSH de 25 à 30 ans préfèrent un intervenant de leur âge, ils auront des sujets en commun à partager et la communication s'établira de manière plus souple;
- la possibilité d'être mobile géographiquement.

Des ateliers sont organisés pour délivrer une formation initiale sur le VIH. Au cours de ces ateliers, les participants sont mis face à des défis. Leur manière d'interagir avec le groupe est observée. Cette observation conduit à une sélection des futurs intervenants de proximité. Ceux-ci sont alors rencontrés en entretiens individuels.

Les attributs de l'intervenants de proximité

Les attributs de l'intervenants de proximité sont nombreux, les plus importants sont néanmoins la flexibilité et la capacité à s'intégrer. L'intervenant de proximité doit:

- avoir une connaissance approfondie du groupe abordé;
- être accepté par la communauté ou faire preuve d'un comportement flexible facilitant l'intégration;
- être préparé à un travail de proximité, certaines capacités physiques et psychologiques étant requises;
- avoir l'esprit explorateur et accepter de travailler de jour comme de nuit dans des endroits peu sécurisés;
- être capable de travailler en groupe et faire preuve d'esprit de collaboration;
- avoir des capacités de négociation et de conviction fortes, afin de pouvoir transmettre les messages;
- être discret, neutre et éthique. Ceci inclut le respect de la règle selon laquelle il lui est interdit d'utiliser le programme à des fins personnelles;
- avoir des compétences en communication, Plus particulièrement, être capable de communiquer avec les différents sous-groupes que comportent les communautés d'HSH (travailleurs du sexe, consommateurs de drogue, etc.)
- être capable d'empathie;
- pouvoir être à l'écoute;
- avoir une bonne capacité d'observation et de mémorisation;
- se montrer méthodique et analytique;
- respecter la confidentialité des informations reçues. Toutes les informations recueillies sur le terrain sont et demeureront la propriété du programme. Tout usage à des fins personnelles pourrait entraîner des poursuites judiciaires;
- respecter les horaires de travail;
- être ouvert à l'utilisation de nouvelles technologies.

3.3. Les rôles et responsabilités des intervenants de proximité



Nous parlons d'intervenants de proximité. Selon toi, qui sont-ils?

Ce sont des personnes qui vont à la rencontre des groupes impliqués pour leur transmettre un message de prévention du VIH. Mais je ne pourrai pas t'en dire plus...



Mais je ne sais toujours pas ce que l'intervenant de proximité devrait faire sur le terrain.

L'intervenant de proximité est une personne qui va à la rencontre d'un groupe pour fournir des informations sur la promotion de la santé et orienter vers des services de qualité. Le but final de toutes ces interactions est de réduire les comportements à risque et la transmission du VIH.

L'intervenant est chargé de:

- localiser les lieux de regroupement et de mettre en place une cartographie concernant le groupe à aborder;
- prendre contact avec le groupe, de jour comme de nuit;
- fournir des informations justes et concises concernant le VIH, la santé sexuelle, ainsi que les services proposés par le programme;
- distribuer des kits de prévention contenant des préservatifs, du gel lubrifiant et des brochures (et éventuellement des kits de seringues stériles lorsque le contexte le permet);
- orienter les personnes rencontrées vers les relais identifiés par le référentiel en fonction des besoins du public impliqué. Ces structures proposent des services spécifiques à cette population. Il peut s'agir de services médicaux, juridiques, psycho-sociaux, de dépistage du VIH, ou de services proposant des formations;
- accompagner l'interlocuteur, si celui-ci le demande, vers les structures de référence;
- recueillir des informations sur le terrain en utilisant les questionnaires préétablis;

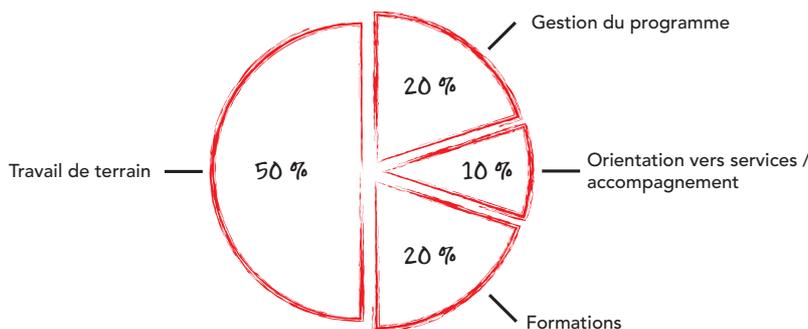
il doit toujours disposer de crayons et de papier transportés dans son sac, pour recenser les informations établies aussi vite que possible, mais discrètement, après la rencontre;

- saisir, dans une base de données, des données recueillies sur le terrain (pour la mise à jour de la cartographie et pour assurer le suivi par personne, par exemple);
- participer aux formations concernant le programme;
- participer à des études et recherches concernant le programme;
- participer aux réunions hebdomadaires ou plus régulièrement si nécessaire pour revoir les données recueillies;
- préparer des rapports mensuels et trimestriels;
- participer au plaidoyer;
- participer à l'élaboration de différents matériels éducatifs.



En réalité, les expériences sur le terrain montrent que l'essentiel, pour un intervenant, est d'être sincèrement engagé et de s'intégrer parfaitement dans le groupe d'intervenants. L'expérience sur le terrain lui permettra aussi de se renforcer progressivement.

Temps approximatif alloué par l'intervenant de proximité par activité





Pour finir, je dois te parler des principes de base de sécurité que l'intervenant de proximité doit IMPÉRATIVEMENT respecter !

L'intervenant de proximité doit:

- être muni constamment de sa carte d'identité et du document fourni par l'ONG ou le programme national l'autorisant à travailler;
- rester constamment avec son binôme;
- se présenter et présenter l'institution au début de l'entretien;
- avoir un téléphone portable dont la batterie est chargée et sur lequel il a du crédit;
- avoir de l'argent sur lui (les per diem fournis par l'ONG). Le montant donné permet de financer les transports, la recharge du téléphone en crédit, l'achat de boissons dans les cafés où les intervenants travaillent etc. Le montant du per diem dépend du lieu d'intervention;
- avoir toujours un numéro de référence pouvant être appelé en cas d'urgence;
- porter des vêtements discrets;
- ne pas consommer ni vendre de l'alcool ou drogue sur les lieux de travail;
- dans les cafés, garder toujours son verre devant soi; il est arrivé que des drogues soient versées dans des verres à l'insu de l'intervenant;
- ne pas utiliser le lieu de travail à des fins personnelles.



Le travail de l'intervenant doit être réellement pris au sérieux. Celui-ci signe d'ailleurs un contrat avec l'ONG, reprenant toutes les informations que je t'ai citées.

Dans la région MENA, les intervenants de proximité respectent déjà plusieurs de ces règles.

L'intervenant a le droit de toucher une rémunération appropriée. Les intervenants volontaires peuvent être recrutés. Toutefois, il serait préférable de travailler avec des intervenants rémunérés pour assurer le suivi et la pérennité du programme.

LA DYNAMIQUE DU GROUPE



L'approche de proximité est parfois effectuée par des intervenants mixtes.

L'expérience sur le terrain a montré qu'une équipe peut être composée de deux HSH ou être mixte. Cette mixité peut se concrétiser par l'intervention de:

- **un HSH et un non HSH:** Les deux devraient être armés d'empathie, d'acceptation de l'autre, de dévotion et motivation pour explorer.



- **un HSH et une femme:** pour prévoir de telles interventions, il faut s'assurer que le contexte est favorable. Dans les pays arabes, cette mixité est rendue difficile par le fait que beaucoup de cafés ne sont fréquentés que par des hommes. Par ailleurs, il est généralement plus discret de ne faire intervenir que des hommes dans des lieux tels que les rues ou les places.



Fadel, pourquoi faire intervenir une femme auprès d'une communauté d'HSH exclusivement masculine?

Par moment, il semble plus facile à certains de se confier à une femme qui comprend la situation.



Intervenir à deux garantit la sécurité morale et physique de chaque intervenant!

Seuls quelques cas particuliers peuvent nécessiter l'intervention d'une femme. Dans les situations de travail du sexe masculin par exemple, l'intervention masculine peut rendre les personnes abordées méfiantes. Celles-ci peuvent assimiler les intervenants à la police, à des clients, à des proxénètes, ou encore à des dealers.



Un intervenant de proximité peut-il se rendre seul sur le terrain?

Les intervenants de proximité se déplacent nécessairement à deux.



Les déplacements à deux présentent plusieurs vertus. Ils donnent la possibilité de:

- développer un dialogue constant au cours du travail de rue;
- affronter le climat de violence et d'insécurité qui peut être imprévisible;
- récolter de nombreuses informations; en

effet, le fait d'être à deux permet de mémoriser un maximum de données;

- offrir à la personne rencontrée la possibilité de choisir son interlocuteur;
- revoir ensemble les informations recueillies grâce au dialogue instauré au sein du binôme. Conserver cette capacité de recul est extrêmement difficile pour une personne qui travaille seule.

Pour autant, si intervenir à deux a été prouvée nécessaire par les expériences de terrain, une intervention à plus que deux peut être intimidante. Une intervention à deux est la plus adaptée, aussi bien pour les intervenants que pour les personnes rencontrées.

Le binôme constitué devrait toujours rester le même au fur et à mesure des rencontres afin de gagner la confiance des personnes rencontrées. Si l'un des intervenants décide de partir, le second intervenant devrait rester et être accompagné d'un nouveau partenaire. De cette façon, les personnes rencontrées habituellement sur le terrain conservent leurs repères.

Les deux intervenants ne doivent se séparer sous aucun prétexte, pour assurer leur sécurité.



N'oublie jamais que si l'un des membres du binôme est absent un jour, l'intervention doit absolument être annulée.

GROUPES D'APPUI AUX INTERVENANTS DE PROXIMITÉ

Le groupe d'appui aux intervenants est en réalité un rendez-vous thérapeutique: une fois par mois, un psychologue doit intervenir auprès du groupe.

Les intervenants le demandent souvent eux-mêmes pour différentes raisons. Parce qu'ils sont:

- Confrontés à la peur des gens.

- Confrontés à leur propre peur.
- Confrontés à un ensemble d'histoires souvent dramatiques/dures.
- Confrontés à leurs limites.
- Confrontés au harcèlement.

Le travail peut donc être stigmatisant et psychologiquement difficile. Il est, par conséquent, essentiel que le programme propose un suivi psychologique pour éviter l'épuisement professionnel ou burn out.

Retiens bien

- Être HSH ne suffit pas pour devenir intervenant de proximité: il faut faire preuve de caractéristiques spécifiques précises, et notamment être flexible et capable de s'intégrer à un groupe.
- La régularité des passages des équipes contribue à instaurer un climat de confiance. Retrouver une personne avec qui une relation a été établie préalablement constitue un repère dans le temps. Quand le contact est à pied, il est plus direct, plus franc, plus personnel.
- L'intervenant doit s'exprimer clairement, en utilisant des concepts simples.
- Une équipe d'intervention peut être composée selon trois combinaisons: 2 HSH, 1 HSH et 1 non-HSH, 1 HSH et une femme. Le contexte détermine la combinaison la plus pertinente.
- Il faut respecter certaines règles de sécurité essentielles.
- Il est fondamental que le programme propose un suivi psychologique pour éviter de rendre les intervenants vulnérables (éviter l'épuisement professionnel ou burn out).

3.4 La formation des intervenants de proximité



Les principes de sélection des futurs intervenants de terrain abordés plus haut sont-ils suffisants pour que les personnes retenues interviennent directement auprès des populations concernées?

Non, bien sûr ! Tout un processus de formation doit être suivi!! En réalité, la sélection n'est pas terminée.



La partie formation est la dernière étape de la sélection: certaines personnes la suivant ne deviennent pas intervenant de proximité. En effet, la formation peut révéler des lacunes chez une personne présélectionnée, ou peut révéler à la personne elle-même que le travail ne correspond pas à ses attentes.

La formation comporte une partie initiale et une partie continue. Chaque formation débute par une définition précise des objectifs finaux, par rapport auxquels il sera possible

d'évaluer la progression des intervenants.

La longueur des modules de formation est variable en fonction des besoins des organisateurs, mais surtout de leurs ressources en matériel et en ressources humaines.

FORMATION INITIALE

Pour devenir intervenant de proximité, la personne doit déjà avoir toutes les compétences et traits de personnalité évoqués dans la section précédente «Sélection des intervenants de proximité». Toutefois ce background ne suffit pas. Il est essentiel que l'intervenant suive une formation complète.

La formation initiale est réalisée en deux étapes: généralités et planification de programme.

Etape 1- Généralités

Cette première étape a pour but de former les participants à des notions, concepts et terminologies essentiels:

- *Compréhension de l'individu au sein de la société.* Cette partie doit être adaptée en fonction des contextes nationaux (arabe,

africain subsaharien, chrétien, musulman, juif...). Elle s'inscrit dans le cadre d'une approche socio-anthropologique et doit permettre de comprendre la place de l'individu dans la société, la place du groupe dans la société, le rôle de l'individu au sein du groupe, les origines du rejet des «anormalités» sociales, l'impact des médias, positif ou négatif, dans la construction de l'opinion publique, etc.

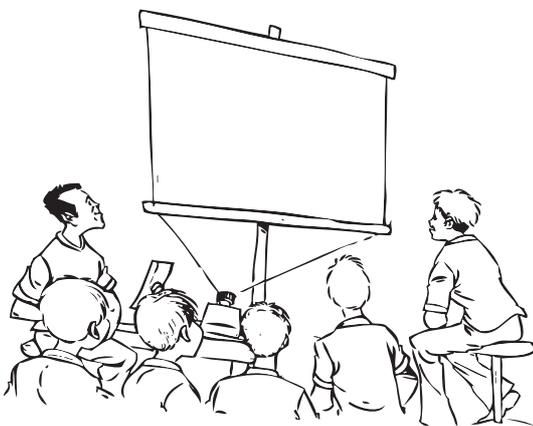
- *Droits de l'homme, homosexualité et genre.* Cette partie aborde les questions de genre, le traitement différencié en fonction du sexe dans le droit, égalité des sexes, déclaration universelle des droits de l'homme, dignité, homophobie, et l'application des lois qui n'est pas toujours conforme aux textes de base.

- *Santé sexuelle.* La définition de la sexualité, les pratiques sexuelles entre hommes et les risques relatifs à ces pratiques sont traités. La formation touche plus particulièrement:

- *l'éducation sexuelle et la santé reproductive:* présentation sur le corps, ses fonctions, etc.

- *les infections sexuellement transmissibles et plus particulièrement le VIH.* Les principaux sujets abordés sont:

- o Le contexte national et international du VIH
- o Les moyens de transmission du VIH
- o Les méthodes de prévention du VIH



- o Le test VIH et le pré et post conseil volontaire et anonyme, orientation de la personne en cas de test VIH positif ou négatif
- o Les modalités de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en fonction des contextes nationaux.
- *Quels facteurs extérieurs rendent l'HSH vulnérable? Comment créer des ponts pour réduire la vulnérabilité entre l'HSH et la loi/les médias/la religion.*
- *Formulation d'un programme:* La deuxième partie de la planification consiste à formuler un programme qui prend en compte les réponses aux questions évoquées dans la partie contextualisation. Plusieurs éléments doivent être pensés dans le cadre de la formulation du programme, abordés dans le Module 2: la vision globale; les objectifs; la stratégie; le plan d'action.

Etape 2- Planification de programme

La planification de programme est une partie importante de la formation de l'intervenant de proximité. Celle-ci propose des réponses après avoir analysé les environnements interne et externe de la communauté des HSH (voir Module 2).

■ *Contextualisation:* La première partie consiste à contextualiser les HSH, sachant que certains des participants à la formation sont eux-mêmes des HSH. Des questions telles que les suivantes doivent être abordés:

- *Qui sont les HSH? Quels sont les sous-groupes dans le groupe? Comment s'organisent les groupes?*
- *Quelles sont les pratiques sexuelles entre HSH et les risques relatifs à ces pratiques?*
- *Quels facteurs rendent les HSH vulnérables dans leur propre groupe? Quelle stigmatisation subissent-ils à l'intérieur de leur groupe? Qu'est-ce que l'auto-stigmatisation?*

FORMATION CONTINUE

La formation continue vise à renforcer les intervenants de proximité afin de leur donner l'opportunité de progresser.



Plusieurs exercices et modules théoriques sont proposés au cours de la formation continue. Celle-ci doit permettre de comprendre tous les thèmes inclus dans ce guide et d'autres sujets brièvement abordés ci-dessous:

Formation sur l'information et construction de messages

Cette formation comprend des exercices tels que: la construction du message et le marketing du message.

Formation sur la prise de contact avec la population-clé

Cette formation vise à développer les aptitudes à communiquer.

Formation sur les prestataires de services amicaux

Cette formation vise à comprendre

- Le fonctionnement et les implications de chaque service médical, légal, psychologique;
- Comment assurer une meilleure orientation et accompagnement vers ces services.

Formation sur la communication, plaidoyer et la médiation

Cette formation poursuit plusieurs objectifs:

- développer les capacités de plaidoyer des intervenants;
- leur apprendre à communiquer avec les médias/religieux/institutions publiques;
- leur apprendre à rédiger des propositions pour mobiliser des ressources.

Formation sur le leadership

Cette formation vise à évaluer les points forts des participants et identifier les priorités à développer.

Formation sur la gestion du stress

Cette formation vise à comprendre les mécanismes du syndrome général d'adaptation ou stress, mieux connaître ses sources de stress et sa capacité à y répondre. Les participants apprendront les méthodes de gestion de stress afin de garder la pleine maîtrise de soi et de la situation.

Formation à l'autodéfense

Ce type de formation s'adresse à tout public exposé à la violence. Son but est de permettre aux participants d'agir, par l'analyse des conditions qui mènent à la violence, et par l'utilisation et la valorisation des capacités dont ils disposent pour stopper les agressions.

Formation à la création d'outils ludiques de formation

Cette formation offre aux populations-clés l'opportunité de s'exprimer et d'apporter des réponses à des questions liées à la prévention du VIH à partir d'une démarche ludique.



Elle permet de développer les compétences requises dans de nombreuses situations et de modifier les comportements de façon ludique. Les outils développés facilitent la communication et l'assimilation des messages de prévention, et évitent le découragement et le manque d'implication.

Formation sur la négociation

Cette formation enseigne aux HSH la négociation des rapports sexuels en utilisant le préservatif.



Ces formations sont très nombreuses!

De nouveaux besoins émergent continuellement et il faut être prêt à renforcer certaines aptitudes en fonction de ce qu'apporte le terrain. Une méthode complémentaire aux formations est le coaching.



Pour renforcer les intervenants, certains programmes dans la région ont mis en place un système de coaching. Un coach suit un intervenant pour analyser ses faiblesses et ses capacités. À partir de cette analyse, des éléments d'intervention sont mis en place. Le coaching peut être réalisé par un coordinateur de terrain ou une personne externe. Il est important que les intervenants se sentent coachés continuellement.

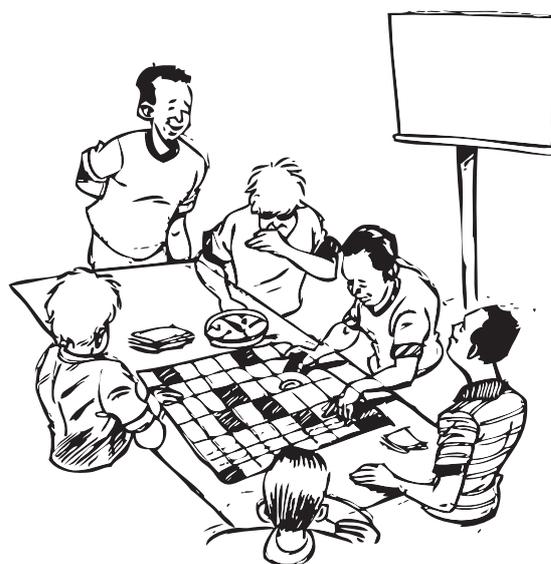
Dans certains programmes, des personnes travaillant comme intervenants de proximité ne savent ni lire ni écrire. Si les qualités interpersonnelles sont les plus importantes, la mise en œuvre de ces programmes a montré des difficultés liées à l'analphabétisme de ces

personnes, qui devaient être assistées en permanence. Dans le cas où une telle personne est choisie (parce qu'elle est très bien ancrée dans sa communauté par exemple), il est nécessaire que l'alphabétisation soit l'un de ses objectifs. Il est également nécessaire qu'elle soit toujours accompagnée d'un pair sachant lire et écrire.

MATÉRIEL ÉDUCATIF

Le matériel éducatif présente des messages éducatifs résultant d'une concertation entre les populations impliquées et les experts. Il vise à soutenir la mise en œuvre des programmes de prévention contre le sida auprès des HSH et d'autres communautés. Cette stratégie d'intervention est destinée à mieux outiller les intervenants dans leur stratégie de réponse au sida auprès de leur communauté.

Les supports éducatifs prennent plusieurs formes et s'inspirent des jeux et des modes d'expression:



- brochures;
- activités ludiques;
- vidéos;
- posters;
- manuels;
- ateliers d'expression artistique (dessin, écriture, chant...).

des besoins de la communauté et être adapté au contexte local. Enfin, il faut éviter le chevauchement des supports éducatifs et leur duplication, à travers la concertation des partenaires.



Il est très important que le matériel éducatif émane des populations, parce qu'il s'adresse directement à elles !

Le matériel éducatif doit être conçu par la communauté, pour la communauté et doit lui être utile. Il doit répondre à des objectifs et à



Viens voir comment un groupe de travail dans la région MENA a réfléchi à la conception d'un trictrac («tawla») comme support éducatif!



Retiens bien

- L'intervenant de proximité enrichit son expérience à travers un parcours de terrain et de formation académique. Idéalement, le renforcement des capacités doit être progressif et continu.
- Le coaching constitue une méthode complémentaire à la formation académique. Le coach doit soutenir l'intervenant et faire ressortir ses capacités.
- Le matériel éducatif doit être conçu par la communauté, pour la communauté et doit lui être utile.
- Il faut éviter le chevauchement des supports éducatifs et leur duplication, à travers la concertation des partenaires.

3.5 L'éducation par les pairs

L'éducation par les pairs peut se décrire comme l'art de la transmission des connaissances et des pratiques. Les professionnels en santé publique affirment que la sensibilisation par les pairs est le meilleur moyen de transmettre des informations aux individus, sur le VIH comme sur d'autres sujets. En effet, les messages pénètrent plus facilement le groupe concerné s'ils sont communiqués par des personnes qui en sont issues, donc des pairs. Les pairs doivent être des modèles, des sources d'inspiration au sein de leur communauté.

Dans le contexte de programmes destinés aux HSH, un pair est une personne semblable à d'autres intervenants du point de vue de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, de l'intérêt à l'égard de la santé et du VIH.

Le pair peut être un ami, un voisin, un collègue, un intervenant de terrain engagé au sein d'un autre programme. Comme le pair éducateur est un membre de la communauté, il peut intervenir pour relayer et appuyer les intervenants dans leurs démarches.

Un éducateur pair présente les caractéristiques spécifiques suivantes. Il doit:

- être respecté et accepté au sein de la communauté;
- être charismatique;
- savoir lire et écrire ou travailler avec un autre éducateur qui sait lire et écrire;
- faire preuve d'une bonne aptitude à communiquer;
- être motivé, avoir envie de s'améliorer et

d'améliorer la situation de sa communauté.

Le travail de proximité et l'éducation par les pairs doivent être considérés comme les deux faces d'une même médaille. Les intervenants de proximité sont chargés de gérer les éducateurs pairs, y compris l'évaluation régulière de leur performance. Ils devraient, par conséquent, être formés sur la façon de gérer les pairs éducateurs pour assurer la coordination étroite entre les deux.

Dans la gestion de l'éducation par les pairs, il est important d'être clair sur les différences et les similitudes entre les intervenants de proximité et les pairs éducateurs. Les deux livrent plus ou moins le même message lors de la rencontre avec les HSH. La différence réside dans la couverture des HSH.

En effet, l'intervenant de proximité devant accomplir d'autres tâches, y compris la participation à des réunions d'équipe, réunions avec les fournisseurs de services et les informateurs clés du programme ainsi que le travail de documentation (voir page 80, temps approximatif alloué par activité), il ne sera pas en mesure d'atteindre le nombre d'HSH qu'il souhaite. Les pairs éducateurs permettront d'élargir la couverture.

SÉLECTION DES ÉDUCATEURS PAIRS



N'importe quel membre de la communauté des HSH peut donc devenir éducateur pair?



Non, les éducateurs pairs sont sélectionnés au cours d'un processus en deux étapes.

La première étape se fonde sur l'observation des interactions entre la personne et sa communauté. La communauté peut également donner son avis et recommander certaines personnes. La phase d'observation est donc importante et permettra de s'assurer que les personnes recommandées par la communauté peuvent remplir leur rôle de pair.

Durant la deuxième phase du processus de sélection, les personnes sélectionnées sont placées face à certains défis qu'elles doivent relever pour démontrer leurs aptitudes à devenir pairs. Ainsi, elles doivent participer à une formation théorique et pratique (jeux de rôle etc.).



Il faut toutefois être vigilant sur le choix des éducateurs pairs! Des rivalités existent parfois entre les sous-groupes!

RÔLE DES ÉDUCATEURS PAIRS

L'éducation par les pairs peut être utilisée pour sensibiliser la communauté à toute sorte de phénomènes sociaux et thématiques, tels que la prévention au VIH. Elle vise à instaurer une dynamique dans la communauté et à la mobiliser de manière positive afin qu'elle développe des qualités d'engagement, de participation et d'idéalisme. Le but est d'observer à terme un changement de comportement chez les HSH à travers cette sensibilisation.

Plusieurs théories sur le rôle primordial de l'éducateur pair dans le changement de comportement ont été développées (voir page 96, *Ressources*). Ces théories s'appuient toutes sur le fait que ces individus ont une influence importante sur leur communauté et agissent comme des agents de promotion de la santé, servant de modèles pour leur communauté.

“L'éducation par les pairs dynamise le lien avec les communautés.”

Intervenant de proximité

L'éducation par les pairs peut également impliquer des éducateurs pair-renfort ou support. **L'éducateur-pair-renfort ou support** a pour mission de:

- Appuyer à la mise en place d'un contexte de solidarité et de compréhension. Il peut, par exemple, organiser des séances de sensibilisation sur un lieu où la communauté des HSH se sent en sécurité. Ces séances sont encadrées par les intervenants de proximité.
- Distribuer du matériel ou faciliter l'accès à la santé et à d'autres services. En ce sens, il délivre le même message que les intervenants mais constitue un renfort sur le terrain, en particulier lorsque les intervenants n'y sont pas.
- Informer les intervenants au sujet de nouvelles personnes venant d'arriver sur certains sites ou informer la communauté de l'existence des intervenants.
- Informer les programmes sur les changements subis au sein de la communauté ou dans son environnement. Ces informations sont essentielles parce qu'elles peuvent générer des modifications de la cartographie par exemple.

Il est très important que les éducateurs pairs et éducateurs pairs supports soient d'abord considérés comme membres de la communauté avant d'être considérés comme membres de l'ONG. Sans être nécessairement salariés, ils peuvent recevoir des *per diem* lorsqu'ils interviennent. Ils doivent suivre des

directives et respecter des accords de travail passés avec l'ONG.

Les éducateurs pairs et éducateurs pairs supports doivent être motivés à travers l'organisation de formations. En réalité, il n'existe pas de formation spécifique ad hoc pour les éducateurs pairs. Il s'agit de la même formation que celle des intervenants

de proximité (voir page 83, *La formation des intervenants de proximité*), abordant les mêmes sujets et d'un développement progressif des compétences, pour arriver à une appropriation des informations et à leur utilisation dans le cadre de leur mission. L'idéal est que les éducateurs pairs soient formés par les intervenants de proximité eux-mêmes.

Retiens bien

- La sélection des éducateurs pairs doit passer par deux étapes: une phase d'observation et une phase de mise en situation des personnes choisies dans un cadre à la fois théorique (formations) et pratique (jeux de rôle etc.).
 - La formation des éducateurs pairs doit s'inscrire dans la continuité et procurer à la personne les outils nécessaires pour s'impliquer efficacement.
-

Scénario 1

Ahmed et Ali s'apprêtent à rencontrer pour la première fois un HSH dans un café. L'HSH est surpris et ne leur donne pas la possibilité de communiquer avec lui. Il les rejette.



Scénario 2

Le même HSH est assis avec un autre ami. Ahmed et Ali essaient de l'aborder. Ils parlent du projet mais l'HSH avait envie de faire la connaissance de nouvelles personnes au lieu de parler d'un projet de prévention du VIH.



Scénario 3

Ahmed et Ali essaient de reprendre contact avec Magdy pour lui parler du projet. Il les laisse lorsqu'il reçoit un coup de fil.



Scénario 4

Ahmed et Ali sont assis avec Bassem à une table. Magdy arrive et les rejoint, surpris. La communication se fait sans problème et le contact se renforce.



Il n'existe pas de méthode unique pour aborder une personne. La situation varie en fonction des pays, du contexte, de l'instant même. Les intervenants de proximité doivent «sentir» le terrain pour intervenir au bon moment. Ils doivent être capables de s'adapter au contexte et de saisir les opportunités qu'il offre.

Dans tous les cas, établir le contact avec un HSH n'est pas chose facile!



3

Ressources

ANGLAIS ET FRANÇAIS

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres; Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, OMS, 2011.

ANGLAIS

- Abigail S. *Regional Youth MSM and Transgender Consultation Meeting - Meeting Report*. The Hague, HIVOS, World AIDS Campaign, 2010.
- Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM). *Policy brief: addressing the needs of young men who have sex with men*. Lucknow, APCOM, 2010.
- Soma. *Handbook of Peer Education; Self training module for Project Managers & Outreach Workers of Targeted Interventions*. Gujarat State AIDS Control Society & Project Support Unit (PSU), Kerala, India.

FRANÇAIS

- Le Réseau des Chercheuses Africaines (RECAF). *Guide des pair(e)s éducateur(trice)s pour la prévention du VIH/Sida*. Toronto, RECAF, 2004.

SITES WEB

- Alias: www.alias-bru.be
- Àmbit prevenció fundació: www.fambitprevencio.org
- Espace P: www.espacep.be
- European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP): www.tampep.eu
- Exæquo: www.exæquo.be
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): www.unaids.org
- www.learning-theories.com/social-learning-theory-bandura.html
- <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Levels%20of%20theories/macro/Diffusion%20of%20Innovation%20Theory.doc/

LE VIH ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES AU MOYEN-ORIENT ET EN AFRIQUE DU NORD

MODULE 4/4
LE SUIVI DU PROGRAMME

4- Le Suivi du Programme

Ce module décrit l'importance d'un bon système de suivi du programme (4.1), les indicateurs-clés (4.2), la fréquence de la collecte des données (4.3), comment calculer et enregistrer les indicateurs (4.4) et comment détecter les faiblesses du système de suivi (4.5).

Le module ne couvre pas le volet "évaluation du programme" mais fournit une liste de ressources utiles.

Le module s'adresse principalement aux coordonnateurs de programme et intervenants de proximité.

Réaliser un suivi du programme auprès des HSH constitue une partie intégrante de tout système national de suivi et d'évaluation (S&É) du VIH.



Le suivi du programme auprès des HSH implique plusieurs aspects en termes de service, et peut être complexe.

Nous avons besoin de gestionnaires de programme forts, capables de s'adapter à la situation locale changeante et de s'assurer que les ressources sont utilisées efficacement.

Certains des défis-clés rencontrés sont:

- s'adresser à de multiples populations mobiles peu accessibles;
- trouver des services de proximité faciles d'accès;
- coordonner des services mis en œuvre par un réseau d'ONG associées avec des perspectives et capacités différentes.

- Est-ce qu'il existe des périodes où la fourniture de services est exceptionnellement élevée ou basse?
- Est-ce dû à la manière de gérer le programme? Ou à d'autres facteurs dans l'environnement auxquels le programme devrait essayer de répondre?

Le système de suivi aide à déterminer si le programme se concentre sur les bons **sous-groupes de la population**.

- Quel est le profil des groupes auxquels le programme s'adresse?
- Est-ce le groupe à plus haut risque ou simplement le groupe le plus facile à atteindre?
- Où concentrer son attention sinon?

Les données aident également à mesurer la **productivité** de chaque membre du personnel ou des modes de livraison de service, en comparant la productivité légitimement prévisible aux résultats et la quantité de ressources investies.

- Le personnel a-t-il utilisé tout son potentiel?
- Le programme agit-il sur une base durable, rentable?

Ces questions méritent d'être discutées lors des réunions de coordination impliquant coordinateurs de programme et intervenants de proximité, et au cours desquelles les réalisations, les défis et les problèmes sont débattus et des solutions sont identifiées.

4.1. Pourquoi un système de suivi?

Le système de suivi aide à mieux comprendre l'**utilisation de services** dans la durée. Il posera par exemple les questions suivantes.

- Les tendances dans la fourniture de services augmentent-elles, diminuent-elles, ou restent-elles identiques?

4.2 Les indicateurs-clés pour les programmes à destination des HSH



Les intervenants de proximité ne peuvent collecter des données de qualité que s'ils comprennent la raison pour laquelle ils collectent l'information et la façon dont cette information va les aider dans leur travail et leurs performances.

Il est, par conséquent, essentiel de se poser les trois questions suivantes:

1. Quel est l'objectif du programme?
2. Quelle information collecter?
3. Pourquoi ces informations sont importantes?

Exemple:

1. **Quel est l'objectif du programme?:** augmenter l'utilisation du préservatif par les HSH
2. **Quelles informations collecter?:** nombre de préservatifs distribués par HSH; nombre de sessions de sensibilisation sur les méthodes de prévention; niveau de connaissances des HSH concernant l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention; utilisation du préservatif par les HSH.
3. **Pourquoi ces informations sont importantes?:** si le travailleur de proximité constate qu'après une certaine période, un bénéficiaire qui a reçu des préservatifs et bénéficié des sessions de sensibilisation n'utilise pas les préservatifs malgré l'amélioration de ses connaissances, il peut en discuter avec la personne pendant leurs rencontres et identifier des moyens d'améliorer l'intervention.

Les principaux indicateurs de performances de programme sont des mesures de couverture de service de proximité (1) et d'utilisation du service (2) et l'établissement d'infrastructures (3). Les coordonnateurs de programme doivent choisir dans la liste des indicateurs ci-dessous ceux convenant à leur programme et conformes aux priorités et aux normes de qualité stipulées dans les directives du programme national pour HSH.

LISTE DES INDICATEURS

Couverture de services de proximité

- Pourcentage d'HSH contactés à travers le service de proximité
- Nombre des préservatifs distribués aux HSH

Couverture d'utilisation de services

- Nombre d'individus recevant un service particulier
- Nombre de visites par services fournis
- Pourcentage du nombre d'HSH prévu dans le service
- Volume absolu des visites/individus
- Nombre d'HSH testés pour le VIH
- Nombre d'HSH ayant accès aux examens sur place sur une période d'un an comparé au nombre total d'HSH dans les zones desservies
- Nombre d'HSH ayant participé aux activités de mobilisation de la communauté
- Nombre de fois où il y a eu pénuries de stock pendant la période indiquée
- Nombre de mois ou périodes indiqués pendant lesquels aucune pénurie de stocks n'a eu lieu
- Temps de traitement entre la réception d'une commande de

réapprovisionnement d'un site et la date de livraison du stock ou sa réception sur le site

- Pourcentage de sites de mise en œuvre recevant un approvisionnement régulier en produits de base dans les délais nécessaires
- Pourcentage des fonds nécessaires pour les produits de base alloués dans le budget.

Établissement d'infrastructures

Il s'agit de l'installation d'emplacements physiques pour des sites de service, l'embauche et la formation du personnel, l'établissement de partenariats ou l'obtention du soutien de leaders d'opinion ou des autorités locales. Deux indicateurs d'infrastructure importants devraient être évalués sur une base continue car ils sont fondamentaux pour le succès de la mise en œuvre.

1. Proportion d'intervenants de proximité par rapport aux bénéficiaires couverts par le programme.
 - Selon la responsabilité de la distribution de produits de base, une proportion de 30-50 bénéficiaires par intervenant (travaillant à mi-temps et recevant une bourse ou une compensation) est un bon point de référence pour la plupart des programmes.
 - La proportion maximale devrait être spécifiée par des directives nationales et chaque site peut être régulièrement évalué afin de s'assurer qu'il y a un nombre suffisant d'intervenants pour satisfaire la demande de travail de proximité de grande qualité.

2. Évaluation de l'environnement local, particulièrement des incidents, des arrestations ou du harcèlement des populations-clés par la police locale ou d'autres autorités.

- Cet indicateur est crucial pour interpréter d'autres statistiques de service et devrait déclencher une action de suivi à travers le plaidoyer local.

4.3 La fréquence de collecte des données



Je crains de devoir passer mon temps avec mes collègues à collecter des données au lieu de faire mon travail de proximité! Combien de fois devrais-je collecter toutes ces données?



D'abord, tu ne devrais pas t'inquiéter! Tu devrais conseiller à ton coordonnateur de ne pas choisir trop d'indicateurs au début du processus. Une fois les capacités renforcées, vous pouvez ajouter des indicateurs.

Deuxièmement, si tu apprends très tôt comment collecter et enregistrer les données et si tu comprends pourquoi tu le fais, cela deviendra très facile à long terme. L'essentiel est de comprendre pourquoi c'est important pour toi dans ton travail de collecter ces informations spécifiques.

La couverture et l'utilisation des données de services devraient être collectées quotidiennement sur des formats normalisés lors de la fourniture des services, mais ces données peuvent être compilées et analysées sur une base hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle selon l'indicateur et la sensibilité des informations pour la gestion du programme. En général, les services cruciaux pour la réussite du programme devraient être contrôlés plus fréquemment.

Les indicateurs d'infrastructure sont

fondamentaux au début du programme et devraient être évalués tous les 6 mois ou annuellement, avec des registres notés en fonction des événements (par exemple, saisie dans la base de données du début d'activité des services cliniques, ou de la date de départ des intervenants de proximité quittant le programme).

Le concept de calcul des indicateurs peut plus facilement être expliqué par un exemple. Le nombre de personnes qui ont reçu un service est divisé par le nombre total de personnes couvertes par le programme. Ce nombre est ensuite multiplié par 100 pour obtenir la valeur de l'indicateur (voir tableau ci-dessous).

4.4 Calcul et enregistrement des indicateurs



Ici, je me concentrerai seulement sur les indicateurs de couverture, principaux indicateurs avec lesquels tu dois te familiariser dans ton travail quotidien.

Indicateur	Pourcentage d'HSB ayant bénéficié de conseils et de dépistage sur une période d'un an		20%
Numérateur	Nombre de personnes ayant reçu un service	Nombre d'HSB ayant bénéficié de conseils et dépistage dans les centres de dépistage couverts par le programme	20
Dénominateur	Nombre de personnes ayant droit au/ qui devraient recevoir le service	Nombre total d'HSB couverts par le programme	100

COUVERTURE DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ

LE NUMÉRATEUR

Le **numérateur** est le nombre d'HSB ayant bénéficié du service. Cela semble simple, mais en réalité, avant tout calcul, il est nécessaire de se mettre d'accord avec les autres personnes impliquées dans le programme sur deux questions importantes qui dépendent du contexte local:

1. Définir le type d'interaction entre intervenants de proximité ou pairs et HSB constituant un contact de proximité.

Par exemple:

- S'agit-il simplement d'une interaction entre l'intervenant de proximité et la personne?

- Est-il défini par le temps passé avec le bénéficiaire?
- Dépend-il du contenu de la discussion?
- Dépend-il du fait que des produits de base ont été distribués?
- Des contacts établis avec plus d'une personne bénéficiaire devraient-ils être comptés de la même façon que les contacts établis individuellement par l'intervenant de proximité?

La définition de contact de proximité est très importante et requiert une réflexion approfondie et un accord de toutes les parties prenantes lors de la phase de planification ! Les normes sur lesquelles les acteurs se sont entendus doivent faire partie des directives écrites qui définissent comment les



Alors, il est préférable de compter le nombre d'individus et non de contacts. Quand les programmes utilisent-ils le nombre de contacts?

Quand un programme est nouveau ou a une faible capacité, ou quand le contexte local ne permet pas le suivi des individus. Mais dans ce cas, le programme doit développer des cibles pour le nombre de contacts que chaque intervenant de proximité doit établir au cours d'une semaine ou d'un mois.



As-tu des astuces à me donner au cas où nous décidons de mesurer l'indicateur en termes d'individus?

Oui! D'abord, il faut s'assurer que les services de travail de proximité sont correctement organisés.

Deuxièmement, il faut utiliser les bons outils pour enregistrer les données.



personne qui reçoit des services ou a été contactée régulièrement par un intervenant de proximité.

Caractère sensible des identificateurs uniques avec des populations-clés à plus haut risque d'infection !

En raison du statut illicite des HSH, de nombreux individus peuvent être réticents à donner des noms réels. Par ailleurs, les identificateurs pourraient être utilisés contre eux si ces informations devaient être obtenues par des autorités locales. Le système d'identificateurs uniques adopté, même s'il est basé sur «des noms», n'a pas besoin de refléter des noms réels, mais peut utiliser des noms codés ou des pseudonymes qui aident les intervenants de proximité à garder la trace d'individus sans les mettre en danger, si par exemple un tiers prenait connaissance des informations de la liste ou des registres.

A. Décider de l'organisation de l'intervention de proximité

Une des approches consiste à attribuer aux intervenants de proximité un groupe de bénéficiaires à couvrir (par exemple un groupe de *hot spot*, ou toute la population dans un secteur géographique donné). Ceci les aide à clarifier leurs objectifs de travail, à développer des relations stables avec les bénéficiaires et à rendre compte de leurs activités plus facilement. Ce type d'approche de gestion de cas exige un système d'identificateurs uniques, par lequel un numéro est attribué à chaque

Toutefois, la mobilité des HSH dans un espace géographique déterminé peut rendre difficile le suivi des mêmes personnes par le même intervenant de proximité. Dans ce cas, les intervenants de proximité doivent être formés à orienter ces personnes vers leurs collègues travaillant dans le cadre du programme dans d'autres lieux. L'identificateur unique permet de suivre ces personnes mobiles d'un lieu à l'autre. L'identificateur aide également l'individu à rester anonyme pendant la mise en œuvre du programme ou la fourniture de tous les services.



Comme un HSH se promène entre différents quartiers, il sera en contact avec un certain nombre d'intervenants de proximité, selon l'endroit où il va. Le code l'aidera à garder la piste des contacts, indépendamment de celui qui les a établis.

Rappelez-vous que nous sommes une équipe !



B. Choisir les bons outils pour enregistrer des activités

Une fois que le terme «contact» est défini, les intervenants de proximité doivent avoir une méthode d'enregistrement de leurs activités, dans un registre général, ou selon un format structuré conçu pour eux.

Dans la situation donnée ci-dessus, l'intervenant de proximité s'est rendu à un seul «hot spot» et a géré 10 HSH seulement à cet endroit, donc il peut être relativement facile de s'assurer qu'il contacte chacun d'eux. Mais quand les programmes fonctionnent à une grande échelle, un intervenant de proximité peut avoir 30, 50 ou davantage de personnes à couvrir et chacune peut être très mobile. La gestion et le dépistage de ce grand nombre de personnes exigeront un système plus sophistiqué d'enregistrement des activités de proximité, afin de pouvoir calculer le nombre d'individus contactés, la fréquence des rencontres et le nombre de préservatifs distribué. Il est possible de concevoir un formulaire d'enregistrement des activités d'intervention de proximité pour suivre les personnes dans le temps.

Ce type de formulaire est un outil servant à :

- aider l'intervenant de proximité à suivre les HSH avec lesquels il est régulièrement en contact et qu'il doit trouver;
- aider le coordinateur à enregistrer les activités quotidiennes de l'intervenant de proximité.

Le principal défi consiste à concevoir un format ou un processus facile à utiliser par un intervenant de proximité peu alphabétisé. Cela peut exiger l'utilisation de symboles au

lieu de noms pour les identificateurs. Certains programmes ont ainsi utilisé un système de points colorés ou de pictogrammes pour représenter les individus.

Quel système choisir pour suivre le travail de proximité: format papier ou électronique?

Plus le projet avance, plus le suivi des services aux individus exige efforts et temps. Le suivi peut se révéler encore plus difficile si les HSH sont très mobiles. L'intervenant de proximité peut avoir des contacts avec des groupes de bénéficiaires se chevauchant. Dans une certaine mesure, la saisie des données de contacts de travail de proximité quotidiens dans une base de données électronique peut alléger la tâche des intervenants de proximité par rapport à un suivi sur papier. Cette base de données pourrait produire des rapports indiquant les personnes avec lesquelles aucun contact récent n'a été établi, ou facilement calculer les statistiques sur le nombre d'individus atteints et les différents niveaux de services dont ils ont bénéficié.

Cependant, un système de suivi sur papier présente l'avantage d'être toujours accessible au personnel de travail de proximité qui les tient à jour (à moins que les intervenants de proximité ne saisissent eux-mêmes les données dans la base de données électronique). Si ce système est régulièrement passé en revue, il offre une vision plus propice à l'ajustement des activités de travail de proximité et accroît parfois l'autonomie des intervenants de proximité qui n'ont pas nécessairement régulièrement accès au système électronique de suivi.

LE DÉNOMINATEUR

Le dénominateur est la taille de la population HSH qu'on a l'intention de couvrir. Cela dépend des fonds exigés pour fournir un certain paquet de services à un nombre spécifique d'HSH dans un lieu spécifique. Parfois, le budget est calculé sur une base de coût unitaire, supposant un nombre spécifique d'HSH couverts par unité, par exemple un paquet de services coûtant 1000 \$ et comprenant la fourniture du travail de proximité et d'autres services à 100 HSH par an.



Où vais-je obtenir les données actuelles sur la taille de la population d'HSH?

Difficile de répondre ! De multiples méthodes permettent d'évaluer la taille des populations-clés à plus haut risque d'infection, notamment les HSH.



Cependant, garde à l'esprit qu'il n'y a aucune méthodologie standard en raison de la complexité de la question en termes de mobilité des personnes et en raison du désir de rester caché. Bien que chaque méthode présente des points forts et des faiblesses, la cartographie est une méthode importante à envisager dans notre cas.

La cartographie (voir Module 2) exige une équipe de terrain pour développer une liste complète d'établissements ou de lieux fréquentés par les HSH. Cette liste peut être construite grâce à l'observation et à travers des entretiens avec des informateurs-clés, qui permettent d'évaluer le nombre d'HSH dans chaque site.

Les résultats sont additionnés, avec quelques ajustements pour représenter la mobilité et la fréquence à laquelle les HSH se rendent à un site. Une évaluation de l'ensemble de la population pour le secteur géographique couvert par la cartographie est ainsi obtenue.

La cartographie permet d'obtenir une description détaillée de la distribution géographique des HSH dans un secteur. Ces données peuvent contribuer à la planification du travail de proximité et à une meilleure compréhension du contexte et de l'environnement local dans lequel les HSH opèrent, pour ainsi mieux fournir les services les plus importants au sein de chaque communauté.

DISTRIBUTION DES PRODUITS ESSENTIELS



Ici, de nouveau, nous devons correctement définir le numérateur et le dénominateur, et nous assurer qu'ils sont correctement enregistrés.

NUMÉRATEUR

Le numérateur est le nombre d'articles distribués au cours d'une période spécifique de temps. Les comptes devraient refléter la distribution réelle, et pas seulement l'approvisionnement ou le stock reçu. Les calculs ayant trait aux produits essentiels peuvent aussi être obtenus séparément par le mode de distribution:

- intervention de proximité: registres quotidiens tenus par les intervenants de proximité;
- sites fixes (cliniques ou centres d'accueil «portes ouvertes»): registres de cliniques où sont inscrits les visiteurs ou les patients;
- boîtes de libre service: le programme doit compter sur un nombre évalué de préservatifs pris de la boîte, obtenus par le processus de réapprovisionnement. Il est estimé que ces produits pris de la boîte ont été utilisés par des populations-clés à des fins spécifiques.

Ces différents types de registres seront compilés dans un formulaire pouvant servir à calculer le nombre total de produits distribués pendant une période déterminée.

Ce type de ventilation donne également plus d'informations aux managers sur l'efficacité ou sur l'adéquation de la distribution des produits.

Quel système choisir pour le suivi de la distribution des produits essentiels: format papier ou électronique?

Dans un système papier, le programme doit établir un flux de données et des responsabilités claires s'agissant de l'enregistrement et de la compilation des données. Par exemple, les superviseurs des intervenants de proximité additionneront-ils le nombre des produits distribués par chacun d'entre eux sous leur responsabilité? Tous les superviseurs soumettront-ils ces données au niveau central comme une partie d'un formulaire de suivi du travail de proximité hebdomadaire? Le document de flux de données doit aussi aborder les questions de qualité des données, en indiquer le responsable, examiner les registres primaires et s'assurer que le rapport soit précis et fiable.

Un système de données électronique permet de saisir les comptes de différents formulaires puis de rapidement calculer le nombre de produits distribués par les différents canaux. Pour créer un système de données électronique efficace, il est fondamental de s'assurer que les résultats assemblés sont régulièrement retransmis aux différents sites de distribution des produits, pour que les informations puissent servir à améliorer les services. C'est particulièrement important si les données sont saisies de manière centralisée et non dans chaque site.

La règle est de s'assurer que le système peut être facilement manipulé par un intervenant de proximité. Par conséquent, le choix dépend des capacités du programme.

DÉNOMINATEUR

Le dénominateur est le nombre attendu de produits essentiels/cibles à distribuer. Il faut clairement définir les objectifs en fonction des besoins prévus. Idéalement, les objectifs sont définis en fonction de la distribution d'un pourcentage spécifique du besoin évalué de tous les actes à risque (*voir l'encadré à droite*).

Le calcul du dénominateur de la distribution de préservatifs

Les besoins de la population au cours d'une période spécifiée de temps sont définis ainsi: «nombre d'actes sexuels à risque par personne par période de temps multiplié par le nombre de membres de ce groupe dans cette zone géographique».

Exemple:

- **Le nombre d'actes sexuels à risque:** nombre d'HSH dans la zone desservie X, multiplié par le nombre de partenaires masculins exerçant un rapport anal multiplié par la période de temps (cela suppose un rapport anal par partenaire masculin).
- **Moyenne du nombre de partenaires de sexe anal par période de temps:** données d'enquêtes représentatives des HSH. De nombreux instruments d'enquête standardisés sont fournis par divers documents de directives visant à mesurer la fréquence des actes à risque.
- **Taille de la population d'HSH dans la zone:** données d'enquêtes représentatives.

Lorsque ces types de données d'enquête ne sont pas disponibles, il serait souhaitable d'utiliser des données anecdotiques, d'essayer de mener des petites enquêtes systématiques ou d'utiliser des données d'autres secteurs pour parvenir à une approximation des besoins en produits essentiels.

Les hypothèses et sources de données ayant servi à développer des cibles pour les indicateurs de couverture doivent être correctement documentées dans le manuel de suivi et d'évaluation afin de pouvoir les réajuster quand d'autres données représentatives ou actualisées sont disponibles.

4.5 Détecter les problèmes en examinant les données de suivi

Les questions suivantes peuvent aider les superviseurs au moment d'examiner les formulaires de suivi remplis par les intervenants de proximité.

- Les formulaires sont-ils remplis correctement et complètement?
 - Les intervenants de proximité comprennent-ils comment utiliser le formulaire et savent-ils comment les données sont exploitées?
 - Les formulaires sont-ils difficiles à utiliser ou les données difficiles à recueillir?
 - Les formulaires conviennent-ils aux intervenants de proximité ou sont-ils trop compliqués?
 - Y a-t-il d'autres données que les intervenants de proximité souhaitent collecter et qui faciliteraient leur travail?
- Les nombres indiqués sont-ils trop cohérents?
 - Les intervenants de proximité enregistrent-ils les activités quand elles se déroulent, ou essaient-ils de remplir le formulaire de mémoire?
 - Remplissent-ils le formulaire pour respecter des quotas, les données ne reflétant alors pas les activités réelles?
 - L'utilisation des objectifs est-elle mal comprise par les intervenants et travaillent-ils seulement jusqu'à atteindre le quota ou les objectifs définis?
- Les nombres sont-ils incohérents les uns avec les autres?
 - Les intervenants de proximité annoncent-ils un nombre impossible de contacts/services pour le nombre d'heures travaillées ou le nombre de bénéficiaires à leur portée?
 - Les données de prestation de services correspondent-elles à l'utilisation des produits de base ou leur consommation selon les registres de stock?
 - La régularité des services dispensés concorde-t-elle avec les périodes d'arrêt provisoire de services ou des changements dans la population?



Retiens bien

- Déployer des efforts pour mettre au point un système de suivi robuste pour les interventions visant des populations-clés à haut risque d'infection comprenant les HSH est capital pour évaluer l'efficacité des ripostes nationales.
- Certains des indicateurs les plus importants sont ceux mesurant la couverture tant en termes de services de proximité qu'en termes de distribution de produits.
- Les données de couverture et d'utilisation de services devraient être collectées quotidiennement sur des formulaires standardisés lors de la fourniture de services. Les indicateurs d'infrastructure sont cruciaux au début du programme et devraient être évalués tous les 6 mois ou annuellement.
- La définition de contact de proximité est très importante et requiert une réflexion approfondie et un accord de toutes les parties prenantes lors de la phase de planification ! Les normes sur lesquelles les acteurs se sont entendus devraient faire partie des directives écrites définissant le mode de mise en œuvre des interventions.
- En mesurant des indicateurs de couverture de proximité, la capacité à compter des individus atteints est idéale et fournit des informations plus utiles que le seul décompte du nombre de contacts établis avec les bénéficiaires. Cependant, l'adoption d'un système de traçabilité individuel doit tenir compte des capacités dont dispose le programme.
- Les managers du programme devraient passer en revue et utiliser régulièrement les données de suivi des programmes pour résoudre tous les problèmes se posant pendant la mise en œuvre et prendre les mesures nécessaires à l'amélioration de la qualité des données.

Ressources

ANGLAIS ET FRANÇAIS

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres*; Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, OMS, 2011.
- Saidel T, Loo V. *Modules de Suivi et Evaluation pour des Programmes de lutte contre le sida dans les épidémies concentrées et peu actives*. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Equipe régionale d'appui, Moyen-Orient et Afrique du Nord. 2012.
 - Module 1: État de l'épidémie du VIH
 - Module 2: L'établissement et le renforcement des systèmes nationaux de S&É
 - Module 3: Le suivi du programme
 - Module 4: L'évaluation du programme
 - Module 5: L'interprétation et l'usage des données

ANGLAIS

- Family Health International. *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries. A Handbook for Program Managers and Decision Makers*. 2001.

- Fisher A, Foreit J. *Designing HIV/AIDS Intervention studies. An Operations Research Handbook*. Population Council. 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations*. Geneva, UNAIDS, 2008.

SITES WEB POUR L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

- www.who.int/hiv/pub/operational/generic/en/index.htm
- www.who.int/hiv/strategic/pubss/en/index.html
- www.popcouncil.org/Horizons/ORToolkit/toolkit/hivtopics.htm
- www.fhi360.org/en/rh/pubs/booksreports/qrm_datacoll.htm

Remerciements

Le développement de ce manuel aurait été impossible sans le soutien de plusieurs individus, institutions et organisations.

Nous exprimons notre gratitude à Amal El Karouaoui, consultant régional qui a rédigé le manuel en français à partir de sa vaste expérience des programmes de sensibilisation auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les travailleuses du sexe au Moyen Orient et en Afrique du Nord ainsi que de sa profonde connaissance de terrain de différents pays de la région.

Notre gratitude va également à toutes les ONG partenaires de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord qui oeuvrent dans le cadre de programmes destinés aux HSH.

Nous remercions aussi nos collègues de l'OMS et du PNUD qui ont examiné le manuel et qui ont fourni une contribution inestimable au document.



ONUSIDA
Programme Commun des Nations Unies sur le
VIH/sida

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
ONU FEMMES
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Equipe Régionale d'Appui de l'ONUSIDA pour
le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Rue Abdoul Razzak El-Sanhouri
Nasr City, Cairo
Egypt

+20 22276 5257

unaids.org