

LA PRÉVENTION

COMBINÉE

DES IST/VIH

AVEC LES HSH & LES PS FEMMES

RÉFÉRENTIEL COMMUN

APCS (Algérie), ALCS (Maroc), SOS PE (Mauritanie), ATL (Tunisie)





PLATEFORME COALITION PLUS MENA

Portée par l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS), la Plateforme Coalition PLUS MENA (PF MENA) regroupe quatre associations : l'APCS (Algérie), l'ATL-MST Sida (Tunisie), SOS Pairs Educateurs (Mauritanie) et l'ALCS (Maroc). Elle est gérée de façon concertée par un comité de pilotage constitué de la directrice générale de l'ALCS et des présidents des quatre associations, sous l'égide d'une charte de gouvernance. Des experts communautaires sont régulièrement mobilisés selon les besoins identifiés. En développant les capacités d'acteurs-trices associatifs-ves partageant le même contexte épidémiologique et socioculturel et en créant des synergies régionales, la PF MENA joue un rôle important de levier de la lutte contre le sida dans la région. En effet, ses activités ciblées sur les populations clés et le partage de bonnes pratiques permettent d'améliorer l'impact sur l'épidémie.

Coalition PLUS bénéficie du soutien de l'Initiative 5%, mis en oeuvre par Expertise France et pilotée par le Ministère français de l'Europe et des Affaires Etrangères. Le contenu de ce référentiel relève de la seule responsabilité de Coalition PLUS et ne reflète pas nécessairement les points de vue et opinions d'Expertise France, du Ministère français de l'Europe et des Affaires Etrangères ou du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la paludisme.



REMERCIEMENTS

Coordination

Dr. Lahoucine OUARSAS, responsable du département des programmes de l'ALCS

Réalisation

Mme Latefa IMANE, consultante externe

Comité de pilotage de la Plateforme Coalition PLUS MENA

APCS (Algérie) : Pr. Aziz TAJEDDINE, fondateur et président & Dr Djamila OUABDESSELAM, 2^{ème} vice présidente

ALCS (Maroc) : Mme Fouzia BENNANI, directrice générale & Dr. Lahoucine OUARSAS

ATL MST SIDA TUNIS (Tunisie) : Pr. Ridha KAMOUN, président & Mr. Mohamed Bilel MAHJOUBI, directeur exécutif

SOS PE (Mauritanie) : Mr. Djibril SY, président

Coalition PLUS : Mme Florence GIARD, Responsable Plateformes & Stanislas MOMMESSIN, Chargé de mission Plateformes.

Atelier de validation

Algérie - APCS

Pr. Aziz TAJEDDINE

Mme Faiza RAHO, coordinatrice des programmes Fond Mondial

Maroc - ALCS

Mme Fouzia BENNANI

Mr. Younes YATINE, coordinateur national des programmes de prévention avec les HSH

Mlle Ezzourha AZZA, coordinatrice nationale des programmes de prévention avec les PS

Mlle Fatima Zahra HAJOUJI, coordinatrice nationale du dépistage

Mr. Ahmed DOURAIDI, coordinateur national Plaidoyer

Dr. Hind SETTI, coordinatrice nationale de la prise en charge

Mlle Latifa BELLA, chargée de projet Plateforme Coalition PLUS MENA

AMSED

Mme Khadija TAHRI, chargée de programme

Ministère de la santé

Dr. Aziza Bennani, chef du service IST/SIDA, direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM)

ONUSIDA

Dr. Kamal ALAMI, directeur pays

Ministère de la santé

Dr. Aziza BENNANI, chef du service IST/SIDA, direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM)

Unité de Gestion du Fond Mondial (UGFM)

Mme Rachida JANATI, chargée de programme

Mauritanie - SOS PE

Mr. Djibril SY

Secrétariat Exécutif National de Lutte Contre le Sida (SENLS)

Dr. Ely Meida ZEINE, coordonateur adjoint

Tunisie - ATL MST SIDA TUNIS

Mr. Nabil NAJMI, coordinateur du centre RDR UDI de Gafsa

Mr. Salah CHRAGUA, psychologue, centre RDR UDI de Gafsa

DAMJ pour la Justice et l'Egalité

Mr. Badr BAABOU, co fondateur et président

ABREVIATIONS & ACRONYMES

AGR	Activité Génératrice de Revenus
ALCS	Association de Lutte Contre le Sida (Maroc)
AMDH	Association Marocaine des Droits Humains
AMSED	Association Marocaine de Solidarité et de Développement
APCS	Association de Protection Contre le SIDA (Algérie)
APS	Accompagnement Psychologique et Social
ATFD	Association Tunisienne des Femmes Démocrates
ATL	Association Tunisienne de Lutte Contre les MST/sida (Tunisie)
CIDAG	Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CDVC	Conseil et dépistage volontaire communautaire
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EF	Expertise France
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	Information Education Communication
LGBTI	Lesbienne Gay Bisexuel Transgenre Intersexué
IST	Infections sexuellement transmissibles
MALI	Mouvement Alternatif pour les Libertés Individuelles
MENA	Middle East North Africa (Moyen Orient et Afrique du Nord)
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PC	Populations Clés
PEC	Prise En Charge
PF	Planning Familial
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PPE/TPE	Prophylaxie (Traitement) Post Exposition
PREP	Prophylaxie Pré Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère -Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDR	Réduction Des Risques
S&D	Stigmatisation & Discrimination
SE	Suivi Evaluation
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SOS PE	SOS Pairs Educateurs
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TasP	Traitement comme Prévention (Treatment as Prevention)
TROD	Test Rapide à Orientation Diagnostique
UDI	Usager de Drogues par voie Intraveineuse
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

PREAMBULE	7
LE RÉFÉRENTIEL EN BREF	8
VOLET I	
LES PS & LES HSH AU MAGHREB FACE AU VIH	
Typologie, données épidémiologiques & facteurs de vulnérabilité	10
TYPOLOGIE	12
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	13
FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	14
VOLET II	
LA PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH AVEC LES HSH & LES PS AU MAGHREB	
Bref état des lieux	18
CADRE STRATÉGIQUE	20
SERVICES ET PRESTATIONS	21
VOLET III	
LA PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH AVEC LES HSH & LES PS AU MAGHREB	
Préalables, principes d'action, prestations, circuit d'opérationnalisation et acteurs	26
PRÉALABLES	28
PRINCIPES D'ACTION	29
LE PAQUET DES PRESTATIONS ESSENTIELLES	32
LE CIRCUIT D'OPÉRATIONNALISATION DE LA PRÉVENTION COMBINÉE DES IST/VIH	34
LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION COMBINÉE DES IST ET DU VIH AVEC LES HSH & LES PS	34
VOLET IV	
LA PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH AVEC LES HSH & LES PS AU MAGHREB	
Repères méthodologiques et modalités pratiques	36
FICHE 1 - CARTOGRAPHIER LES SITES FRÉQUENTÉS PAR LES PS ET LES HSH	38
FICHE 2 - DOCUMENTER LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES LES BESOINS ET LES RÉALITÉS	41
FICHE 3 - DÉFINIR LE PAQUET DES PRESTATIONS/ACTIVITÉS ESSENTIELLES	47
FICHE 4 - MOBILISER LE NOYAU DUR DES ACTEURS ET TRAVAILLER EN RÉSEAU	50
FICHE 5 - SUIVRE & ÉVALUER LA QUALITÉ DES PRESTATIONS/ACTIVITÉS	54
ANNEXES	
ANNEXE 1 - PRESENTATION SYNTHÉTIQUES DES ASSOCIATIONS DE LA PLATEFORME	62
ANNEXE 2 - LIENS VERS DES RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES EN FRANCAIS	66

PRÉAMBULE

La déclaration politique sur le VIH/sida de juin 2011, faite lors de la réunion de haut niveau sur le VIH de l'Assemblée Générale des Nations Unies, sous-titrée « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », a identifié des actions prioritaires à mettre en place pour impacter et mettre fin à l'épidémie à VIH. Il s'agit notamment de : l'intégration de la lutte contre le sida dans les stratégies de développement ; **la mise en place de l'approche de prévention combinée** ; l'optimisation de l'efficacité et les synergies entre les programmes ; et le renforcement de la mobilisation communautaire. Ces actions sont encore aujourd'hui prioritaires.

La prévention combinée de l'infection à VIH est un concept qui part d'une bonne connaissance de l'épidémie à VIH pour la mise en place d'actions à haut impact, tenant compte des avancées scientifiques en la matière, se rapportant à trois volets principaux : **le volet comportemental**, qui vise à faire évoluer les individus vers l'adoption de comportements à moindre risque d'infection par le VIH ; **le volet biomédical**, qui permet la détection des personnes séropositives et leur mise sous traitement, le traitement pré- et post- exposition au VIH, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, des hépatites et la prévention de la transmission verticale de la mère à l'enfant; et **le volet structurel** qui vise l'amélioration de l'environnement d'intervention, en agissant sur les barrières à l'accès à la prévention et aux soins, ainsi que les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les populations-clés et de faire obstacle aux changements de comportement. Il s'agit d'une approche intégrée, basée sur la synergie d'action entre les différentes parties prenantes, où les populations et communautés concernées sont pleinement associées à toutes les étapes de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Les différents plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida des pays de la région MENA ont fixé des objectifs ambitieux en matière de prévention combinée en direction des populations clés, particulièrement exposées aux risques d'infection par le VIH, mais, le concept, lui-même, n'est pas compris de la même manière par tout le monde et on ne retrouve souvent pas une réelle synergie d'action entre tous les acteurs concernés, et, encore moins, un système de référencement adéquat permettant d'optimiser l'utilisation de tous les services mis en place. Il est par ailleurs paradoxal de constater, par exemple, que le préservatif, qui est le principal outil de prévention - souvent fourni par le ministère de la Santé- soit utilisé comme preuve lors de l'arrestation des travailleurs-ses du sexe (TS) par les représentants du ministère de l'Intérieur comme c'est le cas au Maroc, en Mauritanie et en Algérie. De même, la stigmatisation et la discrimination sont souvent décrites comme obstacles majeurs pour l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH pour les populations clés et les personnes vivant avec le VIH.

Le présent référentiel est structuré autour de deux volets. Le premier volet dresse un bref état des lieux, des acquis et des limites des programmes de prévention du VIH avec les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les travailleuses du sexe (TS) dans quatre pays (Algérie, Maroc, Mauritanie et Tunisie). Le second volet propose des préalables et des repères de référence, définis de manière consensuelle, pour faciliter l'opérationnalisation, harmoniser les pratiques et renforcer la qualité des programmes de prévention combinée avec les TS et les HSH dans des contextes socio-culturels similaires à ceux du Maghreb.

Le comité de pilotage, qui a coordonné le processus d'élaboration de ce référentiel, tient à remercier toutes les personnes impliquées dans ce travail.

Le comité de pilotage



Selon l'ONUSIDA, « l'approche de la **prévention combinée** vise à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles (pour agir sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels qui peuvent fragiliser les personnes et freiner leur accès à la santé), biomédicales (pour favoriser un accès continu et durable au dépistage, aux préservatifs/gels et aux antirétroviraux préventifs), comportementales (pour favoriser l'adoption de comportements individuels et collectifs favorables à la santé), fondées sur les droits de l'homme et justifiées, dans le cadre d'une épidémie locale qui a été étudiée et comprise »¹. Cette définition, a été officialisée pour la première fois au cours de la réunion de haut niveau sur le VIH de l'Assemblée Générale des Nations Unies en juin 2011 à New York.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, désignés par le sigle **HSH en français** et par le sigle **MSM en anglais** (Men having Sex with Men). Ces appellations, utilisées à partir des années 90 dans le champ des sciences du comportement social, désignent selon ONUSIDA² « tous les hommes, y compris les transgenres, qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ce indépendamment de la façon dont ils se définissent sur le plan de l'orientation sexuelle ; du fait qu'ils aient également des relations sexuelles avec des femmes ; de la fréquence et du contexte (travail de sexe par exemple) de leurs rapports "homosexuels" ». Plus neutres, moins spécifiques que les termes homosexuels ou gays, HSH et MSM sont des qualificatifs jugés plus aptes à rendre compte de la diversité des perceptions identitaires, des réalités sociales et des pratiques sexuelles des hommes qui pratiquent le sexe avec d'autres hommes.

Selon l'ONUSIDA, les termes de **Travailleur-se du Sexe (TS) ou de Professionnel-le du Sexe (PS)** désignent toutes les personnes âgées de plus de 18 ans, femmes, hommes ou transgenres, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus. Dans ce référentiel, le terme TS ou PS désigne spécifiquement les femmes âgées de plus de 18 ans, dont les revenus proviennent essentiellement de la vente de services sexuels.

LE RÉFÉRENTIEL EN BREF

Cadre général

Ce référentiel¹ de la prévention combinée des IST/ VIH avec les HSH et les PS femmes au Maghreb², a été élaboré au cours du premier trimestre 2018, à l'initiative de la coordination de la Plateforme MENA de la Coalition PLUS.

Réseau international d'ONG communautaires de lutte contre le sida et les hépatites virales fondé en 2008, Coalition PLUS⁵ agit dans près de 40 pays et auprès d'une centaine d'organisations de la société civile. A travers le principe de gouvernance partagée qui la régit, notre coalition implique 14 organisations adhérentes, du Nord et du Sud, dans la prise de décision stratégique. S'inscrivant dans la démarche communautaire, Coalition PLUS milite pour que les personnes infectées, affectées ou particulièrement vulnérables au VIH et au VHC soient systématiquement associées aux processus décisionnels, de réalisation et d'évaluation des programmes de santé qui les concernent. A travers les différents programmes de son Secrétariat et ses 6 Plateformes sous-régionales d'interventions, elle a pour objectif de renforcer les capacités des associations communautaires, tout en organisant des espaces privilégiés de partage de connaissances et d'expertise.

La Plateforme Coalition PLUS MENA, hébergée et coordonnée par l'Association de lutte contre le sida (Maroc), regroupe trois autres associations de la région : l'APCS (Algérie), l'ATL-MST Sida (Tunisie) et SOS Pairs Educateurs (Mauritanie) (cf. présentation résumée de ces associations en annexe). Pilotée de manière concertée par un comité impliquant des représentants de toutes les structures membres, la Plateforme a deux missions principales : le renforcement des capacités de ses adhérents et le développement de synergies régionales en matière de lutte contre le VIH/sida.

Le référentiel est réalisé dans le cadre du projet « Accès à des services de santé de qualité pour les populations clés » financé par l'initiative 5% gérée par l'agence française de coopération technique internationale, Expertise France⁶. Cette initiative est mise en œuvre grâce à un financement équivalent à 5% de la contribution attribuée par la France au Fonds Mondial (FM). Elle vise à répondre aux demandes en expertise technique des pays bénéficiaires des subventions du FM, pour les appuyer dans la conception, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la mesure de l'impact des subventions allouées »⁷.

1 Guide de terminologie publié par l'ONUSIDA en octobre 2011

2 Définition du terme HSH traduite à partir d'un document en Anglais publié par l'USAID et consultable sur http://www.msasia.org/tl_files/resources/0906/Investing_in_HIV_prevention_for_men_who_have_sex_with_men_Averting_a_Perfect_Storm.pdf

3 Le terme référentiel est utilisé ici dans le sens d'un document proposant des principes d'action, des repères méthodologiques et des bonnes pratiques, définis de manière participative, et destinés à renforcer la qualité des programmes de prévention combinée avec les HSH et les PS au Maghreb.

4 La région du Maghreb regroupe 5 pays intégrant la Libye. Dans ce manuel, ce terme, utilisé pour des raisons de facilité, ne recouvre toutefois que les 4 pays membres actuellement de la Plateforme MENA.

5 <http://www.coalitionplus.org/>

6 <https://www.expertisefrance.fr/>

7 <http://www.initiative5pour100.fr/qui-sommes-nous/initiative-5/>

Objectifs et public destinataire

Destiné à tous les décideurs, associatifs et institutionnels, impliqués dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes de prévention combinée du VIH chez les HSH et les PS dans des contextes similaires à ceux du Maghreb, ce référentiel vise pour l'essentiel à :

- Dresser un bref état des lieux de la prévention combinée du VIH avec les HSH et les PS au Maghreb ;
- Valoriser et favoriser le partage d'expériences réussies menées par les quatre associations membres de la Plateforme Coalition PLUS MENA ;
- Proposer des repères de référence, définis de manière concertée, pour faciliter l'opérationnalisation et renforcer la qualité des programmes de prévention combinée avec les HSH et les PS dans des contextes socioculturels et sanitaires similaires à ceux du Maghreb.

Modalités d'élaboration

Le document, rédigé par une personne ressource externe, mobilisée par la coordination de la Plateforme Coalition Plus MENA, s'est construit selon une démarche participative structurée autour de trois modalités principales :

Une consultation préalable d'acteurs, associatifs et institutionnels, impliqués dans la prévention combinée avec les HSH et les PS

Cette consultation qui visait à renforcer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité des repères proposés dans le référentiel, a croisé des données recueillies selon trois méthodes complémentaires :

- Une mission de quatre jours en Mauritanie ;
- Un questionnaire écrit auto-administré complété par les responsables de l'APCS, l'ALCS et l'ATL ;
- Des entretiens à distance avec des acteurs impliqués dans des actions de prévention combinée du VIH avec les HSH et les PS en Algérie, au Maroc et en Tunisie.

Les résultats de cette consultation ont été croisés et complétés avec des données collectées dans le cadre d'une revue documentaire interne et externe (cf. liste des documents étudiés en annexe)

Un atelier de validation de la version provisoire du document

Cette rencontre, qui s'est déroulée les 22 et 23 mars à Casablanca, a permis de finaliser et de valider de manière collective, les repères proposés dans le référentiel. Y ont participé 20 acteurs, 15 associatifs et 5 institutionnels, impliqués dans la lutte contre le VIH/sida dans les quatre pays représentés actuellement dans la Plateforme (cf. liste plus haut).

La finalisation du référentiel sur la base des résultats de l'atelier

Le référentiel, finalisé sur la base des résultats de l'atelier ci-avant, a été validé par les membres du comité de pilotage de la Plateforme Coalition PLUS MENA (cf. liste plus haut).

Contenus

Les repères proposés dans ce manuel, fondés sur les recommandations des acteurs consultés, s'inscrivent en cohérence avec les normes de qualité de la prévention combinée du VIH définies au niveau international. Ils prennent également en compte les réalités locales et régionales. Et ce de manière à renforcer leur pertinence et ainsi, faciliter leur appropriation et leur opérationnalisation au regard des spécificités socio culturelles, sanitaires, économiques et juridiques des pays membres de la Plateforme Coalition PLUS MENA.

La pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité dans la durée de ces repères nécessite de les actualiser en continu, avec des représentants des deux communautés concernées (HSH et PS).

Ces actualisations doivent prendre en compte l'évolution d'une part, des besoins des communautés et d'autre part, de l'offre de prévention combinée définie au niveau national et international.

Les contenus du document sont structurés autour de quatre volets :

- **Le premier volet** définit les principales catégories des HSH et des PS au Maghreb, puis leur situation épidémiologique et les déterminants de leur vulnérabilité face au VIH ;
- **Le volet deux** dresse un bref état des lieux des acquis et limites de la prévention combinée des IST et du VIH avec les HSH et les PS dans la région ;
- **Le troisième volet** définit les modalités d'opérationnalisation de la prévention combinée du VIH avec les HSH et les PS en précisant ses préalables, ses principes d'action, son circuit de mise en œuvre, ses acteurs et les prestations jugées essentielles au Maghreb ;
- **Le dernier volet** enfin, détaille, sous la forme de fiches pratiques, les repères méthodologiques relatifs aux principales étapes du circuit de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la prévention combinée avec les HSH et les PS au Maghreb.

VOLET I

LES PS & LES HSH

AU MAGHREB

FACE AU VIH

**Typologie,
données épidémiologiques
& facteurs de vulnérabilité**

TYOLOGIE

Les HSH

Au Maghreb, les HSH, selon des données empiriques et d'études bio-comportementales, se répartiraient dans trois catégories principales :

Les identitaires assumés, du moins dans un environnement sécurisé et non hostile. Ces HSH, plus instruits, plus jeunes, vivent essentiellement dans les grandes villes. Certains d'entre eux se revendiquent comme des activistes sur les réseaux sociaux francophones et arabophones dédiés à la promotion et à la défense des droits LGBTI. Dans la Tunisie post révolution, ces activistes se font de plus en plus visibles, y compris à travers la création légale d'associations identitaires comme Shams⁸ ou Mawjoudin, ou des associations de DH centrés sur les populations LGBTI comme Damj⁹ qui milite pour la justice et l'égalité des droits. Dans les trois autres pays du Maghreb, il existe des groupes LGBTI structurés, très actifs sur les réseaux sociaux, mais informels ou localisés dans des pays européens. C'est le cas de l'association marocaine Kikif, dont le siège est situé en Espagne.

Les travestis/transgenres¹⁰, appelés Gordjiguene (Homme/ Femme en langue Wolof) en Mauritanie, qui se perçoivent comme des femmes et s'habillent et se maquillent en tant que telles quand le contexte le permet. Cette catégorie d'HSH, du fait de la visibilité de son orientation sexuelle, est la plus stigmatisée et la plus discriminée, selon les témoignages recueillis au cours du diagnostic réalisé.

Les bisexuels, célibataires ou mariés, ils se définissent comme des hétérosexuels et déclarent n'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes, en assumant toujours le rôle actif, que :

- dans le cadre de rapports tarifés (travail de sexe). Cette catégorie est appelée gigolos au Maroc et beznessa en Tunisie ;
- de façon ponctuelle, quand les circonstances ne leur permettent pas de pratiquer le sexe avec des partenaires féminins. Ces HSH de circonstance comme les définissent certains chercheurs se retrouvent en particulier parmi les jeunes, les détenus ou les travailleurs mobiles comme les routiers et les marins. Au Maroc, selon des données d'études réalisées entre 2010 et 2015, 3% chez les jeunes, 9% chez les routiers et 12% chez les prisonniers ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. En Mauritanie, les données d'une étude bio comportementale avec les HSH, réalisée en 2014, mettent en évidence des rapports « homosexuels » chez 5,4% des routiers et 3,8% des marins-pêcheurs.

Plus globalement, les données d'étude montrent que de nombreux HSH ont des partenaires sexuels féminins, voire se marient du fait de la pression sociale et culturelle. Une étude bio comportementale réalisée par l'APCS en 2015 avec 916 HSH, dans plusieurs villes de l'Algérie, montre ainsi que « la majorité ont également des relations hétérosexuelles (pour faire comme les autres et ne pas attirer l'attention). Dans la région du sud la majorité sont mariés et beaucoup sont séropositifs »²

Les PS/TS femmes

Les femmes impliquées dans le commerce du sexe au Maghreb se répartissent également en trois catégories principales.

Il y a d'abord **les occasionnelles**, issues des classes moyennes, voire aisées, qui pratiquent le sexe tarifé, de façon ponctuelle, pour améliorer leur train de vie, payer leurs études ou/et s'offrir des produits de marque. Ces occasionnelles se recruteraient essentiellement parmi les étudiantes.

Viennent ensuite les **PS dites de luxe** qui proposent leurs services, de façon ponctuelle ou régulière, sur des sites internet ou via des réseaux de proxénétisme structurés.

Il y a enfin les **TS dites populaires**, généralement peu scolarisées, qui pratiquent des tarifs allant de 5 à 20 euros, présentes dans les maisons closes, dans les hôtels de passe ou dans les sites ouverts comme les parcs, les gares routières, les stations d'essence, les festivals traditionnels comme les Moussems au Maroc. Cette dernière catégorie se retrouve aussi bien dans les villes, que dans les zones rurales.

Les TS populaires, les plus nombreuses selon les données d'études, sont considérées comme les plus vulnérables au VIH, du fait de leur précarité sociale et économique, et font ainsi partie des populations prioritaires des programmes associatifs mis en place au Maghreb.



« L'échelle plus importante de la diffusion de cette « prostitution populaire » dans la société urbaine où elle a cours, la rend prioritaire en matière de prévention du VIH/SIDA. Elle se distingue notamment par le profil des femmes qui y sont actives, qui ont souvent un niveau bas d'éducation et se trouvent en situation de précarité économique, ainsi que par les tarifs qui y sont pratiqués, qui sont le plus souvent modestes et par conséquent abordables pour le citoyen moyen résidant dans les quartiers populaires de la ville. »
Extrait de l'étude

« Statut de la prostitution en Mauritanie : Etat des lieux et perspectives en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA » réalisée par la sociologue Amel Dadah en Mauritanie, et publiée en avril 2006 par SOS PE, Enda Santé et l'Open Society Initiative For West Africa.

8 <http://shams-tunisie.com/>





9 <https://www.damj.co/>

10 Transgenre : « Personne possédant une identité sexuelle différente de celle de son sexe de naissance. Cela peut concerner aussi bien les hommes que les femmes ». Guide de terminologie, ONUSIDA, octobre 2011.

11 Pr. A. Tajeddine & all, étude nationale bio- comportementale auprès des populations clé, APCS et Faculté de Médecine d'Oran, 2015.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

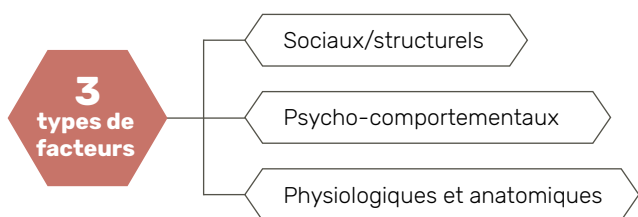
Les HSH et les PS, ainsi que le montre le tableau ci-dessous (données ONUSIDA et pays 2016/2017), sont, avec les UDI, les populations les plus exposées au VIH au Maghreb.

	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Prévalence en population générale adulte	0,1%	0,1%	0,5%	0,015%
Prévalence HSH	4,3%	4,3%	44,4%*	9,1%
Prévalence PS	5,2%	1,3%	4%	0,94%

* chez les HSH testés dans le cadre d'une étude bio-comportementale RDS effectuée en 2014 dans plusieurs villes du pays.

Les prévalences chez les HSH et les PS sont calculées en rapport avec la taille estimée de ces populations ou en fonction du nombre des personnes testées dans le cadre d'études bio comportementales. Beaucoup plus élevées que les prévalences en population générale, elles sont révélatrices de l'extrême vulnérabilité de ces deux groupes.

Une vulnérabilité plurifactorielle, reliée à :



Les déterminants socio-structurels de la vulnérabilité face au VIH ont été mis en évidence dès les premières années de l'épidémie.



LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

« Les déterminants sociaux de la santé sont communément employés dans la santé publique en tant que concept générique englobant non seulement les facteurs sociaux ayant une influence sur la santé, mais aussi les facteurs économiques, culturels ou environnementaux, y compris ceux codés dans les lois et les politiques ainsi que ceux liés à des normes collectives. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde »¹².

Le déficit immunitaire (VIH) affecte en effet principalement les personnes, qui, comme c'est le cas des PS et des HSH au Maghreb, souffrent d'un ou de plusieurs « déficit (s) statutaire(s) »¹³ liés à leur marginalisation et criminalisation du fait de leur mode de vie, de leur identité/orientation sexuelle, de leur genre, de leur statut social et juridique, de leur addiction, etc.

Les déterminants sociaux de la santé influencent fortement les capacités psychologiques des personnes à adopter des comportements favorables à leur santé.

La vulnérabilité des HSH et des PS face au VIH s'explique également par des facteurs anatomiques et psychologiques communs.

C'est la conjonction de ces différents facteurs, socio-structurels, psycho-comportementaux et physiologiques, détaillés ci-après, qui explique les prévalences élevées détaillées plus haut, et classe ainsi les PS et les HSH parmi les populations clés les plus exposées au VIH dans les pays de la région.



POPULATIONS CLÉS (PC)

Le terme Populations clés (PC) désigne selon l'ONUSIDA « les populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre. Leur mobilisation est indispensable à la réussite d'une riposte au virus, en ce sens qu'elles sont essentielles (clés) aussi bien pour la dynamique de l'épidémie que pour la riposte »¹⁴. Dans tous les pays, les PC intègrent les personnes vivant avec le VIH. Chaque pays doit définir les autres populations estimées clés pour l'épidémie et pour la riposte en fonction du contexte épidémiologique et social. Au Maghreb, les principales populations clés en plus des PVVIH, sont généralement les HSH,

les PS, les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), les détenus et les migrants. Le Fond Mondial (FM) propose une définition plus politique qui considère que les PC sont « les personnes fortement exposées au VIH qui n'ont qu'un accès limité aux services et sont confrontées à la criminalisation, à la marginalisation ou à des atteintes aux droits de l'Homme »¹⁵.

Une personne peut appartenir en même temps à plusieurs populations clés. Un HSH par exemple peut être à la fois PS, UDI, migrant et détenu. C'est pour mieux prendre en compte cette appartenance et vulnérabilité plurielles, que certains organismes et associations commencent à utiliser le concept de populations multi clés.

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Une vulnérabilité physiologique commune

Les prévalences élevées du VIH chez les PS femmes et les HSH s'expliquent notamment par des caractéristiques physiologiques et anatomiques qui favorisent les risques de transmission du VIH au cours de rapports sexuels, vaginaux et anaux, non protégés avec une personne séropositive à la charge virale non indétectable. Une charge virale (mesure du virus dans le sang) indétectable depuis plus de six mois réduit en effet le risque de transmission du VIH. A condition que le taux d'observance aux traitements soit supérieur à 95% et qu'aucun des deux partenaires ne souffre d'IST.

Selon des données d'étude, citées dans un article¹⁶ publié en juin 2009, sur le site français SidaSciences, « le rapport sexuel non protégé le plus à risque est le rapport anal réceptif (pénétration anale par un partenaire séropositif). Le risque est estimé entre 5 et 8 pour mille lors de chaque rapport. Pour un rapport vaginal non protégé le risque est estimé à environ 1 pour mille lors de chaque rapport, mais avec un risque de transmission 2 à 4 fois plus élevé pour les femmes ».

Ces risques de transmission plus élevés sont associés principalement à¹⁷ :

- Une concentration plus importante du virus dans le sperme que dans les sécrétions vaginales ou dans le mucus rectal ;
- La largeur de la surface exposée et la fragilité des muqueuses vaginales et anales plus susceptibles de se déchirer ou de fissurer au cours des rapports sexuels, favorisant ainsi l'entrée du VIH. Chez les femmes, cette fragilité est accentuée à l'adolescence du fait de l'immaturité du col de l'utérus et de la faible production de mucus vaginal ; et lors de la ménopause à cause de la sécheresse vaginale et de l'amincissement de la paroi interne du vagin. L'utilisation de produits asséchants, plantes, minéraux, et les lavages au savon trop fréquents, contribuent à renforcer encore un peu plus cette fragilité. Chez les HSH, le risque de déchirure des muqueuses anales est renforcé par l'absence de lubrification naturelle. C'est ce qui explique la nécessité d'associer impérativement du gel à base d'eau au port du préservatif dans le cas de pénétration anale.

13 Concept issu d'une communication effectuée par le sociologue français et fondateur de l'association AIDES Daniel Defert

14 http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_fr.pdf

15 https://www.theglobalfund.org/media/5945/publication_keypopulations_focuson_fr.pdf

16 Claire Riton, *Quels facteurs influencent le risque de transmission sexuelle du VIH ?* 26/06/2009 <http://sidasciences.inist.fr/?Quels-facteurs-influencent-le>

17 Patricia FENER, *Vulnérabilité des femmes au VIH/sida et aux Infections sexuellement transmissibles*, 2009 sida sciences,

<http://sidasciences.inist.fr/?Vulnerabilite-des-femmes-au-VIH>



STIGMATISATION¹⁸

الوصم

« Processus qui consiste à déconsidérer et à dévaluer le *التقليل من القيمة* *une personne du fait de son statut sérologique, son orientation sexuelle, son mode de vie, sa classe sociale, son statut économique, son sexe, son âge* ».

DISCRIMINATION¹⁹

التمييز و التفريق في المعاملة بين الأشخاص

« Manière qui consiste à traiter de façon injuste une *personne stigmatisée. L'injustice peut aller jusqu'à priver cette personne de ses droits* ».
La stigmatisation ne se traduit pas toujours par de la discrimination.

GENRE

النوع الجنساني

« Le genre renvoie à la construction sociale de l'identité masculine ou féminine. Les rôles sociaux de genre sont attribués respectivement aux hommes et aux femmes selon les normes et traditions culturelles. Le plus souvent, les rôles sociaux de genre ne se basent pas sur des impératifs biologiques ou physiques mais sur des stéréotypes et des normes déterminant ce que les hommes et les femmes peuvent et devraient faire. Ces rôles comprennent les tâches, responsabilités, droits et devoirs des hommes et des femmes dans un contexte social, économique, politique et culturel donné »²⁰.

ORIENTATION SEXUELLE

التوجه الجنسي

« Capacité de chacun(e) à éprouver une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle (accompagnée de relations intimes et sexuelles ou non) envers des personnes du sexe opposé (hétérosexualité), du même sexe (homosexualité) ou des deux sexes (bisexualité) »²¹.

VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG) OU L'ORIENTATION SEXUELLE

العنف الجنساني

« Tout acte de violence basé sur le genre [ou orientation sexuelle], qui est de nature à causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris des menaces de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée »²².
La VBG ou l'orientation sexuelle peut prendre des formes variées : insultes, humiliation, moqueries, menaces, isolement, exclusion, agressions physiques, harcèlement sexuel, viols, criminalisation, spoliation, discrimination à l'embauche, refus de soin, inégalité salariale, etc.

- L'existence d'IST non traitées multipliant par 10 le risque de transmission sexuelle du VIH. Chez les femmes, les IST seraient en effet dans 50 à 80% asymptomatiques. Mais même lorsque les symptômes sont là, au Maghreb, les PS femmes tardent à consulter par crainte d'être stigmatisées. Ce non recours aux soins concerne également les HSH souffrant d'IST localisées au niveau des muqueuses anales.

Un environnement socio-culturel hostile

Les HSH et les PS sont les deux groupes sociaux les plus stigmatisés au plan social et culturel au Maghreb, du fait de leur mode de vie, de leur genre et de leur orientation sexuelle. Cette stigmatisation, qui cible les HSH et les PS dont l'orientation sexuelle ou le mode de vie sont les plus visibles, est la source de discriminations et de violences multiples.

Au Maroc, les associations dédiées à la défense des DH et libertés individuelles dénoncent régulièrement les violences homophobes envers les personnes « suspectées » d'être homosexuelles²³. Ces violences qui surviennent aussi bien dans la sphère privée que publique, sont le fait des familles, du voisinage, de l'entourage professionnel et des services de l'ordre.

En Tunisie, un rapport sur la situation des personnes LGBTQI, publié le 22 février 2017 par un collectif d'associations identitaires et de défense des droits humains, liste de manière très précise les nombreuses violations/violences sociales, politiques et médiatiques à caractère homophobe²⁴. Ce rapport dénonce notamment le test anal, classé comme un acte de torture, par les instances internationales actives dans le champ des DH.

Les femmes impliquées dans le commerce du sexe sont également très stigmatisées et discriminées dans la région, mais seraient un peu « mieux tolérées » que les HSH selon les témoignages recueillis pendant l'élaboration de ce manuel. C'est ce qui expliquerait certainement qu'elles aient été les premières à bénéficier de programmes de prévention appuyés institutionnellement dans les différents pays de la région.

En Algérie, l'étude Stigma Index des personnes concernées par le VIH, publiée en juin 2015 par le ministère de la santé, montre que les HSH et PS sont les plus stigmatisées et les plus discriminées des PVIH²⁵.

¹⁸ Définition adaptée du guide de terminologie de l'ONUSIDA, édition 2015

¹⁹ Ibid.

²⁰ Manuel de formation « genre et VIH », association Moto Action, Cameroun, <https://www.motoaction.org/>

²¹ Guide de terminologie de l'ONUSIDA, Ibid.

²² Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 1993, http://gender.care2share.wikispaces.net/file/view/Training+Manual+GBV_Anaruz.pdf

²³ <https://www.stophomophobie.com/tag/aswat/#>

²⁴ <https://www.damj.co/wp-content/uploads/2014/09/Rapport-UPR-LGBTQI-Tunisie.pdf>

²⁵ Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH en Algérie, juin 2015, <http://www.aidsalgerie.org/telechargement/category/3-etudes#>

Une précarité économique souvent plus accentuée

Les HSH, en particulier les « travestis/transgenre » et les PS dites populaires font souvent partie des catégories socio-économiques les plus pauvres. Les données empiriques montrent que la pauvreté économique, liée généralement à l'absence de scolarisation et de qualification professionnelle, à la difficulté d'obtenir un emploi décent du fait de l'exclusion sociale, est le premier facteur de recours au commerce sexuel dans les pays de la région. La précarité économique a été identifiée au plan international comme un des principaux obstacles à la capacité de négocier l'usage du préservatif dans le cadre de rapports sexuels tarifés.

La pauvreté limite également l'accès aux services de santé. Les HSH et les PS sont en effet réticents, par peur de la S&D, à fréquenter les centres de santé publics, qui proposent des soins gratuits ou à coût modéré. Et les tarifs pratiqués dans le privé, de 10 à 50 euros et plus selon les pays, sont souvent trop élevés pour les plus précaires d'entre eux et elles.

Des lois qui criminalisent l'homosexualité et le sexe hors mariage

Les rapports homosexuels et le sexe tarifé (à l'exception de la « prostitution » féminine réglementée par l'Etat en Tunisie et en Algérie) sont criminalisés et pénalisés dans tous les pays du Maghreb. Les peines appliquées par la loi vont généralement d'amendes à des peines de prison de 6 mois à 3 ans.

■ Les dispositions législatives relatives aux rapports sexuels entre personnes de même sexe

En Algérie, au Maroc et en Tunisie, les rapports sexuels entre personnes de même sexe entraînent des peines d'emprisonnement variant entre deux mois à trois ans, ainsi que des amendes allant de 46 à 120 euros. Ces peines sont généralement appliquées.

En Mauritanie, l'article 308 du code pénal adopté en 1983 qui définit d'« acte contre nature » les rapports entre personnes de même sexe, préconise la peine de mort. Mais, les données recueillies, à la fois auprès des personnes consultées au cours de la mission en Mauritanie, et sur internet, montrent que cette peine n'est plus appliquée, comme le confirme l'extrait suivant issu d'un article publié sur le site Aidspace, l'observateur indépendant du Fond Mondial²⁶. « Officiellement, la République islamique de Mauritanie est l'un des onze pays où l'homosexualité est encore passible de la peine de mort. En réalité, ce châtiement n'est plus appliqué depuis 1987, ni contre des homosexuels ni contre quiconque. De l'avis général, le niveau d'intolérance contre les gays n'est pas comparable avec des pays comme l'Iran, ou même le Sénégal voisin ».

Les données recueillies ont également montré qu'à l'inverse des autres pays de la région, les HSH vivant dans les grandes villes mauritaniennes sont rarement inquiétés par les autorités. C'est ce qui expliquerait le fait que plusieurs HSH sénégalais, maliens et gambiens, se soient réfugiés à Nouakchott²⁷. « Si tu te comportes normalement, tu n'as pas de problèmes. Mais les nouveaux HSH nous emmènent des problèmes. Ils portent des habits de femmes, ils mettent des produits [du maquillage] et se font des mariages, comme au Sénégal. »

■ Les dispositions législatives relatives au travail du sexe

En Algérie et en Tunisie une partie du commerce du sexe féminin est réglementé et autorisé. Le travail de sexe clandestin est par contre pénalisé. L'article 231 du code pénal tunisien prévoit ainsi des amendes de 20 à 200 dinars et des peines de prison de 6 mois à 2 ans, pour toutes les femmes, « hors les cas prévues par les règlements en vigueur, qui par gestes ou par paroles, s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution, même à titre occasionnel ». En Algérie, « les délits de prostitution sont passibles de « peines d'emprisonnement de 2 à 5 ans et d'amendes de 500 à 2000 dinars » (art. 343 du code pénal).

Au Maroc, l'article 502 du code pénal prévoit « des peines d'emprisonnement d'un mois à un an et des amendes de 200 à 500 Dirhams pour quiconque, qui par gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, procède publiquement au racolage ».

En Mauritanie, il n'existe pas de lois spécifiques au commerce du sexe, mais l'article 307 du code pénal mauritanien préconise que « tout musulman majeur de l'un ou l'autre sexe, coupable de crime de Zina (sexe hors mariage) commis et constaté soit par quatre (4) témoins, soit par l'aveu de l'auteur, soit en ce qui concerne la femme par l'état de grossesse, sera puni publiquement, s'il est célibataire, d'une peine de flagellation de cent (100) coups de fouet et d'un an d'emprisonnement. » (Art 307 du code pénal mauritanien).

La pénalisation/criminalisation sont les principaux déterminants de la vulnérabilité socio structurelle des HSH et des PS au Maghreb et ailleurs. Ils favorisent et légitiment la stigmatisation et la discrimination à l'égard de ces deux populations et freinent de ce fait leur accès à la santé (prévention, dépistage et soin).

ONUSIDA confirme ainsi dans son document stratégique « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » pour la période 2016-2021, que « la criminalisation des minorités sexuelles et de genre, du commerce du sexe et de la consommation de drogues contribue à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'encontre des populations clés, y compris par les acteurs étatiques, et constitue un obstacle de taille à une riposte au sida fondée sur les droits et des données probantes »²⁸. Mettre fin au sida passe donc nécessairement selon l'ONUSIDA par « la suppression des lois, politiques et pratiques punitives, de la stigmatisation et de la discrimination qui entravent l'efficacité des ripostes face au VIH »²⁹.

C'est cette stratégie qui est mise en avant par les activistes de la lutte contre le sida et par les militants des DH au Maghreb dans le cadre de leur plaidoyer pour la création d'un environnement social et juridique juste et inclusif pour les populations clés les plus stigmatisées dont les HSH et les PS.

Le plaidoyer pour la dépénalisation au Maghreb des rapports sexuels entre personnes de même sexe est ainsi porté depuis quelques années par des associations de défense des libertés individuelles et des DH dont certaines LGBTI, nationales (notamment l'AMDH, MALI, KIF KIF, ASWAT, au Maroc, DAMJ, Mawjoudin, Shams, ATFD en Tunisie), régionales (M Coalition MENA, l'Alliance Globale des Communautés pour la Santé et les Droits, ...) et internationales (Amnesty International, Avocats sans frontière, Open society, MSM Global forum, ...)

26 R. Bourgoing, La Mauritanie, le Fond Mondial et la discrète inclusion des homosexuels dans la réponse contre le sida, décembre 2014, http://aidspace.org/fr/gfo_article/la-mauritanie-le-fonds-mondial-et-la-discr%C3%A8te-inclusion-des-homosexuels-dans-la-r%C3%A9ponse

27 Ibid.

28 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf

29 Ibid.

La dépénalisation du « commerce du sexe » est moins prise en compte par les associations maghrébines. Du moins, selon les données recueillies dans le cadre de l'élaboration du référentiel. Mais de nombreuses voix s'élèvent pour demander la décriminalisation des relations consenties entre deux personnes de sexe différent, non liées par le mariage.

Le plaidoyer pour la dépénalisation de l'homosexualité et des relations sexuelles hors mariage entre adultes consentants, souligne notamment que la criminalisation /discrimination des personnes, sur la base de leur orientation sexuelle, leur genre, leur mode de vie, leur liberté sexuelle, sont en contradiction avec certaines conventions internationales ratifiées par les gouvernements maghrébins. Des conventions qui garantissent l'égalité des droits et le respect des libertés individuelles, censées avoir la primauté sur le droit interne du pays.

Les militants de la dépénalisation pointent également du doigt la contradiction des lois criminalisant l'homosexualité et le sexe hors mariage avec certaines dispositions constitutionnelles favorables à l'égalité des droits sociaux, culturels, économiques de tous les citoyens et citoyennes.

A titre d'exemple, le préambule de la nouvelle Constitution marocaine votée en 2011³⁰, affirme, d'une part, « *l'attachement du Maroc aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus et, d'autre part, l'engagement du Maroc à protéger et promouvoir les dispositifs des droits de l'Homme, de bannir et combattre toute discrimination à l'encontre de quiconque* ».

Le rapport sur la situation des personnes LGBTQI en Tunisie souligne également la non-conformité de la criminalisation des relations homosexuelles avec l'article 21 de la constitution tunisienne de 2014 qui affirme que « *les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et en devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination* ».

Une fragilité psychologique qui freine le vouloir se protéger/soigner

Les liens entre vulnérabilité socio-structurelle (stigmatisation, pénalisation, précarité économique, violence basée sur le genre, etc.) et vulnérabilité psycho comportementale au VIH ont été mis en évidence au niveau international³¹. Les déficits statutaires, favorisent l'auto-stigmatisation et impactent négativement le vouloir se protéger/se soigner.

Le mal être psychologique qui résulte des différents déficits statutaires listés ci dessus peut également encourager l'usage abusif de substances-actives, alcool, psychotropes, drogues illégales, qui réduisent la vigilance et favorisent les comportements à risques.

Il n'existe pas d'étude démontrant de manière objective cette réalité au niveau de la région, à l'exception de l'évaluation de la santé des HSH dans le monde arabe³², conduite par le réseau M-Coalition Mena³³, via un questionnaire auto administré, auprès de 128 HSH de la région dont 26,36% originaires du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie). Cette enquête, dont les résultats ne sont pas très représentatifs au plan statistique, vu le nombre de répondants, montre néanmoins des constats assez parlants concernant la santé mentale des HSH dans la région :

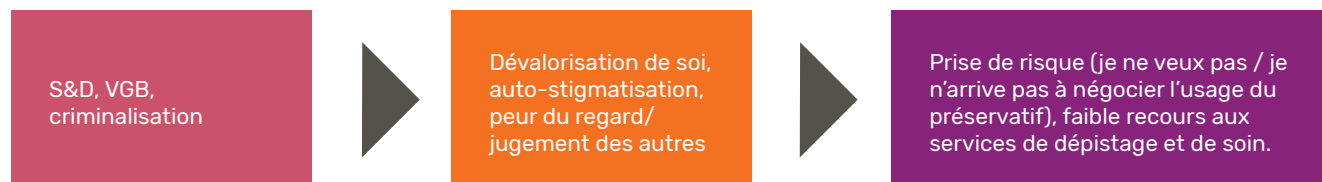
77% des HSH consultés ont ainsi déclaré avoir manifesté des symptômes de dépression

52% ont eu des idées suicidaires sans passer à l'acte

23% ont déclaré un recours fréquent aux substances psycho actives, alcool et drogues

10% ont fait des tentatives de suicide

La revue documentaire, n'a pas montré l'existence d'évaluation similaire pour les PS, mais les données empiriques remontées par les différentes personnes consultées mettent en évidence un mal être psychologique global et des symptômes dépressifs déclarés et observables : culpabilité, auto-stigmatisation, repli sur soi, sentiment d'impuissance, fatigue, difficulté à agir, tristesse, etc.



30 http://www.amb-maroc.fr/constitution/Nouvelle_Constitution_%20Maroc2011.pdf

31 Aggleton P, Wood K, Malcolm A, Parker R. HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case Studies of Successful Programmes. Geneva; 2005. Disponible à l'adresse : http://data.unaids.org/UNA-docs/JC999-HRViolations_en.pdf

VOLET II

**LA PRÉVENTION
COMBINÉE DU VIH
AVEC LES HSH & LES PS
AU MAGHREB**

Bref état des lieux

CADRE STRATÉGIQUE

Une offre essentiellement associative

Les programmes de prévention combinée du VIH avec les PC en général, et les HSH et PS en particulier, sont assurés essentiellement, pour ne pas dire exclusivement par les associations thématiques ou identitaires quand elles existent. Ce qui est cohérent au regard des politiques et des législations en vigueur dans les pays de la région. Il est difficile, ainsi que rappelé par certains des acteurs institutionnels consultés, d'agir officiellement et directement en tant que structure étatique auprès de populations criminalisées, dont l'existence est tabou. Les PNLS de la région, conscients de l'importance d'agir avec les PC, appuient par pragmatisme l'action associative envers les HSH et les PS.

Les associations de la Plateforme Coalition PLUS MENA ont été souvent les premières à agir avec les PC dont les PS et les HSH. Et leur offre a toujours veillé à combiner des services/actions qui agissent de façon concomitante sur les différents leviers de la prévention : *le savoir, le vouloir et le pouvoir adopter des comportements favorables à la santé.*

De fait, et ainsi que l'ont souligné plusieurs des militants associatifs consultés, la prévention combinée était déjà pratiquée dans la région, avant même que ce concept ne soit officialisé au niveau international.



« On a toujours fait de la prévention combinée, mais sans la nommer, ni l'opérationnaliser de manière structurée selon les normes recommandées actuellement ».

Et cette réalité n'est pas spécifique au Maghreb. Elle est la règle dans tous les programmes de lutte contre le VIH utilisant une approche globale.

Les premiers programmes de prévention communautaire au Maghreb avec les PS et les HSH, centrés essentiellement sur le dépistage, la prévention du VIH, l'accompagnement psychologique et social, ainsi que la prise en charge des IST, ont démarré au début des années 90.

Au Maroc, c'est l'ALCS qui a commencé avec la mise en place à Casablanca en 1990 d'un projet de prévention de proximité avec les PS féminines, puis de son premier programme avec les HSH en 1993. Depuis, ses programmes se sont élargis à la plupart des villes du Maroc. D'autres associations thématiques, l'OPALS, l'AMSED, ALIS et l'ASCS dans le sud se sont impliqués avec les PS et les HSH à partir du milieu des années 2000.

En Algérie et en Tunisie, les projets structurés avec les PS ont été mis en œuvre vers la fin des années 90. Les actions avec les HSH ont démarré dans le cadre d'un partenariat avec l'Alliance Internationale contre le VIH au milieu des années 2000. Ce sont l'ATL Tunis et l'APCS à Oran qui ont été les principaux pionniers dans ce domaine. Mais d'autres associations sont également actives actuellement dans le cadre de la prévention combinée avec les PS et /ou les HSH dans ces deux pays : notamment ATIQS, ATL Sfax, Damj, ATP+, Shams, en Tunisie, ANISS et AIDS en Algérie.

En Mauritanie, l'association SOS PE, impliquée, en 2003, dans la mise en œuvre des premiers programmes de prévention communautaires du VIH avec les HSH et les PS demeure le principal acteur de la lutte contre le sida auprès de ces deux populations.

Une prise en compte institutionnelle catalysée par l'appui du FM

Le FM qui conditionne généralement son appui à la prise en compte des PC, a catalysé l'offre de prévention combinée avec les HSH et les PS au Maroc et en Tunisie. Les différents documents stratégiques, notes conceptuelles pour le FM et les plans stratégiques nationaux, priorisent ces deux populations. Et la part dédiée à la prévention combinée avec les HSH et les PS sur les fonds attribués à la lutte contre le sida par le FM, progresse.

En Mauritanie, les avancées dans ce domaine sont entravées par la difficulté du SENLS (secrétariat exécutif national de lutte contre le sida), principal bénéficiaire du FM, à planifier et à opérationnaliser les actions prévues dans le cadre de la subvention attribuée pour la période 2016/2018. Et cette difficulté n'est pas spécifique aux populations clés, jugées prioritaires selon les propos recueillis auprès des acteurs mauritaniens consultés.

En Algérie, les HSH et les PS, sont depuis quelques années parmi les PC ciblées en priorité dans les politiques nationales. Cette stratégie a valu au pays de bénéficier à nouveau de l'appui du Fond Mondial qui s'était retiré depuis quelques années. La subvention accordée, signée officiellement en mars 2017, mais non encore opérationnalisée devrait appuyer essentiellement les programmes associatifs auprès des PC dont les HSH et les PS.

L'appui du FM a également favorisé une meilleure représentativité des PC dans les instances nationales de concertation et de planification stratégique. En particulier dans le CCM.

Cette prise en compte a cependant été jugée insuffisante par certains des acteurs consultés, parce que :

- 1) les PS et les HSH sont représentés parfois par des personnes n'appartenant pas à ces communautés ou jugées peu aptes à assurer de manière efficace leur mandat;
- 2) les représentants des PC ne disposent pas des moyens techniques et financiers à même de leur permettre de se concerter avec leurs pairs et de porter ainsi une parole plus collective.

Un membre du CCM marocain, n'appartenant pas aux PC, a toutefois souligné l'apport important des représentants des PS et des HSH : *« Ils apportent beaucoup, la connaissance des besoins, des problèmes de leurs pairs. Ce sont eux qui nous ont alertés sur les limites des centres de soin, sur la stigmatisation, en s'appuyant sur des cas concrets et bien argumentés ».*

Une pérennité financière fragile

La prévention combinée avec les HSH et les PS est financée exclusivement sur des fonds internationaux, dont principalement ceux attribués par le FM. La menace du retrait de ce soutien, de plus en plus réelle, devrait donc impacter très négativement les progrès, voir les acquis et la pérennité de la prévention combinée avec ces deux populations dans la région. C'est dans cette perspective que les associations du Maghreb, appuyées par des coalitions internationales, comme Coalition PLUS ou l'Alliance in-

ternationale contre le VIH, plaident le maintien, en cas de retrait du FM, du financement des programmes ciblant les PC dont les HSH et les PS. Les données recueillies montrent que ce plaidoyer a été entendu et que des alternatives sont étudiées pour garantir la pérennité du financement des programmes de prévention combinée ciblant les PC. En particulier pour le volet biomédical : test, préservatif, gel et traitement antirétroviral.

SERVICES ET PRESTATIONS



SANTÉ SEXUELLE

Selon la définition de l'OMS, la santé sexuelle est « un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité et non seulement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités [...]. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels doivent être respectés et protégés »³⁴.

L'offre disponible en matière de santé sexuelle dans les pays du Maghreb, focalisée essentiellement, voir exclusivement, sur le bien être physique : santé reproductive, diagnostic et traitement des IST, est souvent inaccessible pour les HSH et les PS. A la fois pour des raisons socioculturelles et économiques.

Les personnels des centres de santé publique, qui proposent des soins généralement gratuits ou à des tarifs modérés, sont en effet jugés très stigmatisants et très discriminants. Il est donc difficile d'y avoir recours, en particulier pour les personnes non mariées, dans le cas d'IST ou tout autre problème de santé pouvant visibiliser des pratiques sexuelles criminalisées socialement et juridiquement.

Le secteur privé, du fait de la primauté de l'intérêt lucratif, se montre parfois moins excluant. Mais, les HSH et PS les plus précaires n'ont pas les moyens de payer les consultations médicales spécialisées, parfois trop coûteuses, ainsi que souligné précédemment.

Les associations thématiques impliquées dans le cadre de la prévention combinée ont donc opté pour la plupart pour la mise en place de consultations IST/santé sexuelle spécifiques pour les populations clés en général, et pour les HSH et les PS en particulier. Elles ont également mis en place un système d'orientation vers des médecins spécialisés, privés ou publics, respectueux des libertés individuelles et PS/HSH compatibles.

Ces offres cependant ne sont pas forcément bien connues et ne suffisent pas au regard des besoins en matière de santé sexuelle de l'ensemble des HSH et des PS.

Une offre de dépistage qui se diversifie

L'accès au dépistage demeure faible, à la fois en population générale, et parmi les PC dont les HSH et les PS. Une PVVIH sur 3, voire 5, en moyenne selon les pays, ignore sa séropositivité. Et un grand pourcentage de personnes est encore diagnostiqué à un stade tardif de l'infection.

Dans le cas des PS et des HSH, l'accès au dépistage serait limité, selon des données empiriques, confirmées par les résultats d'études biocomportementales, du fait les obstacles suivants :

Freins liés aux personnes :

- Crainte d'être victime de la S&D et du non respect de la confidentialité dans les structures de soins classiques ;
- Crainte de visibiliser des pratiques criminalisées socialement et juridiquement
- Crainte de savoir/découvrir sa séropositivité



« On est fragiles, on a peur de se montrer dans les centres de soin. L'année dernière, 4 amis MSM sont décédés dans mon entourage. Ils avaient peur d'aller se faire dépister. Ici, quand tu vas dans un centre de santé, tu te voiles pour ne pas être reconnu ».

34 http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

Freins liés à l'offre de dépistage

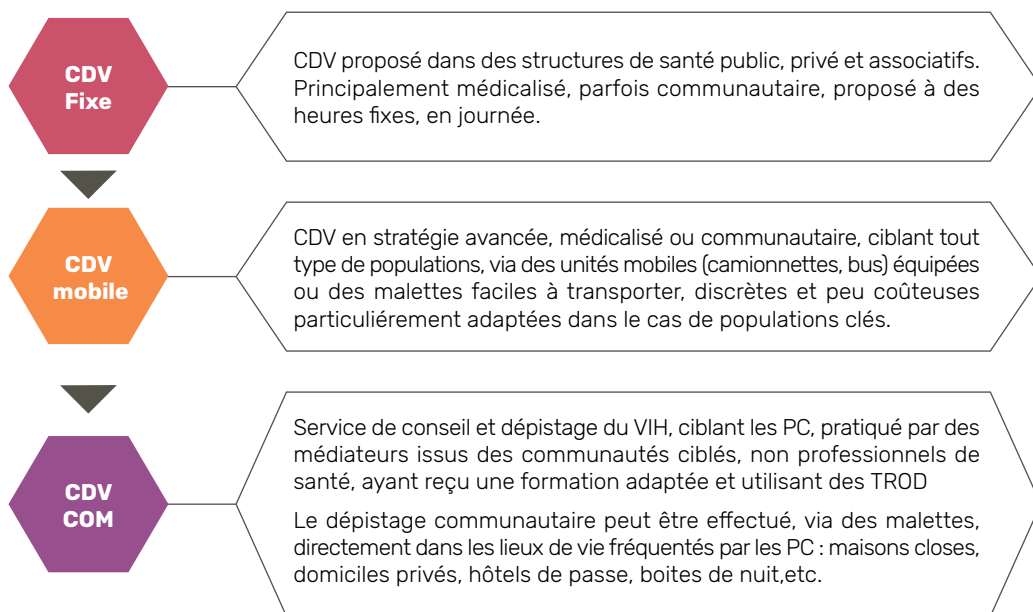
- Eloignement et inadaptation des horaires d'ouverture des CIDAG fixes
- Unités mobiles très coûteuses et peu compatibles avec l'anonymat souhaité par les PS/HSH
- Manque de prestataires formés et respectueux des besoins spécifiques et des droits sexuels des HSH/PS en particulier dans le secteur de santé public

Pour réduire ses barrières, certains pays du Maghreb, sous la pression du secteur associatif thématique VIH, ont diversifié les modalités de dépistage et élargi l'offre grâce notamment aux financements attribués par le Fond Mondial.



« Pour faciliter l'accès au dépistage, il faut qu'il y ait non un seul modèle de dépistage, mais plusieurs pour que les personnes puissent choisir en fonction de leur besoins l'offre qui leur convient le mieux », Pr. Mehdi Karkouri, président de l'ALCS.

L'offre de dépistage disponible au Maghreb est structurée, selon les pays, autour de trois modalités complémentaires :



Selon les données recueillies, le dépistage communautaire est la stratégie jugée la plus adaptée pour les HSH et les PS. Proche géographiquement, flexible, adaptée aux contraintes horaires, elle est assurée par des pairs formés au plan technique et éthique dans des endroits sécurisés, choisis par les personnes testées elles-mêmes. Cette modalité est actuellement mise en œuvre de manière structurée auprès des HSH et des PS par l'ALCS depuis 2015 dans plusieurs villes au Maroc. Les résultats des différentes évaluations, internes et externes, de cette expérience, montrent l'efficacité du dépistage communautaire pour favoriser le recours au test VIH de personnes jamais testées et très réticentes à utiliser les services des CDV fixes ou mobiles médicalisés.

En Mauritanie, les intervenants de SOS PE, formés dans le cadre des activités de la Plateforme Coalition PLUS MENA ont démarré en mars 2018, le dépistage communautaire avec les PC dans la ville de Nouakchott. Ce service est proposé notamment dans les locaux de deux centres de santé publique partenaires de l'association.

En Algérie, ce modèle est pratiqué de manière ponctuelle depuis quelques années auprès de la population générale et des populations clés.

En Tunisie enfin, dont la loi n'autorise pas encore ce type de dépistage, l'ATL plaide fortement pour son introduction légale.

Une prévention biomédicale entravée par des dysfonctionnements structurels

Les méthodes préventives proposés aux HSH et aux PS dans le cadre du volet biomédical de la prévention combinée diffèrent d'un pays à l'autre et ne correspondent pas toujours aux normes préconisées au niveau international (cf. schéma ci-dessous) ni même parfois aux besoins les plus élémentaires des populations.



Les données recueillies ont en effet montré que l'accès à l'offre biomédicale, dans certains pays de la région, est entravé par :

- des difficultés d'approvisionnement en matière de préservatifs et de lubrifiants. Ainsi en Mauritanie, les gels lubrifiants ne sont pas disponibles. SOS PE a démarré un plaidoyer dans ce sens auprès du SENLS et du FNUAP ;
- des ruptures de réactifs pour les tests de dépistage et les examens biologiques comme la charge virale ;

- des ruptures du traitement antirétroviral,
- des délais d'attente d'accès aux centres de référence sida pour les personnes testées séropositives qui s'allongent. Ce qui favorise de nombreux perdus de vue et impacte ainsi de façon négative la cascade des soins préconisée par l'ONUSIDA pour ralentir la progression de l'épidémie à l'horizon 2020.



Ces dysfonctionnements structurels menacent notamment l'accessibilité dans la durée à des méthodes de prévention sexuelle utilisant le traitement antirétroviral, comme la PrEP, la PPE/TPE, voire même le TasP.

Un volet structurel souvent difficile à mettre en œuvre

Pour rappel, et ainsi que défini dans un chapitre précédent, le volet structurel de la prévention combinée, selon ONUSIDA, consiste pour l'essentiel à agir sur les différents déterminants sociaux (culturels, juridiques, éducatifs, économiques, religieux, politiques) qui peuvent freiner le vouloir et le pouvoir se protéger et se soigner des PS et des HS. Toutes les personnes consultées ont souligné l'importance de ce volet.



« Une prévention combinée sans droits, ce n'est pas de la prévention combinée »

Agir de façon efficace sur les différents déterminants structurels pour impacter positivement et durablement le *pouvoir se protéger/soigner* des HSH et des PS, nécessite une approche plurisectorielle. Les associations thématiques spécialisées sida, disposent rarement, pour ne pas dire jamais, des compétences et des moyens nécessaires pour agir en toute autonomie, et de façon efficace sur tous ces facteurs. La seule stratégie possible est de *faire ensemble* en travaillant en réseau. Mais, ce travail plurisectoriel, qui est un des fondements de la prévention combinée, serait souvent difficile à opérationnaliser pour les PS et les HSH maghrébins. En particulier au niveau étatique. Les PNLS, gérés par les ministères de la santé, paraissent en effet souvent bien isolés face aux autres départements ministériels.



LE TRAITEMENT COMME PRÉVENTION (DIT «TASP»)

Pour les personnes séropositives et leurs partenaires séronégatifs

Aujourd'hui, il est scientifiquement prouvé que lorsque une personne séropositive prend un traitement anti-VIH de manière efficace (prise régulière des médicaments et atteinte durable (minimum 6 mois) d'une charge virale indétectable) et qu'elle a en plus une prise en charge globale (counseling et suivi médical régulier avec contrôle de la charge virale + dépistages et traitements des autres IST), cette personne, et son/ses partenaire(s) bénéficie(nt) d'une très bonne protection contre la transmission du VIH lors de relations sexuelles sans préservatif.

LE PPE/TPE : PROPHYLAXIE/TRAITEMENT POST-EXPOSITION

Pour une personne séronégative, juste après une prise de risque, à prendre dans les premières heures (maximum 72h).

Ce traitement d'urgence peut réduire fortement le risque de transmission du VIH mais il est assez lourd et souvent assorti d'effets secondaires. Il doit être entamé au plus tard dans les 72h qui suivent la prise de risque, et se prolonge durant un mois. Mais plus vite on le prend, plus son efficacité augmente.

23



Car comme le résume parfaitement la sociologue égyptienne, Shereen El Feki, auteur du livre « *La révolution du plaisir : enquête sur la sexualité dans le monde arabe* »³⁷, « ces populations vivent dans l'ombre et les gouvernements ont des difficultés à engager le dialogue avec elles, car même si le ministre de la Santé leur tend la main, le ministre de l'Intérieur peut leur tendre l'autre main et les jeter en prison ».

Cette limite serait reliée principalement à la criminalisation, mais aussi à la stigmatisation et au rejet socioculturel qui caractérisent en général les attitudes à l'égard de l'homosexualité et du travail du sexe au Maghreb.



36

PREP : PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION

Pour les personnes séronégatives très fortement exposées à un risque d'infection au VIH

Ce traitement préventif consiste à proposer à des personnes séronégatives de prendre du Truvada (combinaison de deux ARV à dose fixe : Ténéfovir et Emtricitabine, pris par les personnes séropositives pour bloquer le VIH), dans le but de diminuer le risque d'infection par le VIH lors de relations sexuelles sans préservatif. La PrEP s'adresse à des personnes particulièrement exposées au risque d'infection au VIH. Le traitement peut être proposé selon deux modalités de prise : en continu (prises quotidiennes) ou de façon intermittente pour des prises de risques planifiés et ponctuelles. Dans le cas des HSH et des PS, concernés par les programmes de prévention combinée mis en œuvre au Maghreb, les recommandations préconisent une prise en continu. Les rapports chez les PS sont fréquents. Et les HSH maghrébins, du fait des différents facteurs de vulnérabilité détaillés plus haut, ont souvent des rapports sexuels, non planifiés. Au Maroc, l'ALCS, en lien avec le PNL, l'UGFM et l'ONUSIDA, a démarré depuis le mois d'Avril 2017 un projet pilote visant à tester la faisabilité de la PrEP au bénéfice de 400 PS et HSH dans trois villes. Ce programme, en cours d'évaluation, est pour l'instant le seul expérimenté au Maghreb³⁶. Mais, toutes les associations de la Plateforme plaident pour l'introduction de la PrEP dans le paquet des prestations biomédicales proposées aux HSH et aux PS.

Du côté des associations, la mise en réseau, nécessaire à l'efficacité de la prévention combinée du VIH, est notamment freinée par la difficulté de s'organiser de façon structurée et de trouver un système de coordination et de gouvernance démocratique, acceptable pour tous. La concurrence qui caractérise souvent les relations entre les organisations de la société civile, impliquées dans la lutte contre le VIH/sida, serait le principal obstacle. Les associations ne sont par ailleurs pas toujours jugées légitimes pour coordonner des réseaux impliquant des représentants de l'Etat.

L'idéal, pour contourner cette limite, serait, selon les propos recueillis, que les organismes décentralisés des PNL, assurent cette coordination inter associative et inter institutionnelle. Mais, cela ne semble pas être encore le cas.

Les associations membres de la Plateforme Coalition PLUS MENA ont su toutefois trouver des alternatives en proposant en interne des programmes de soutien structurel impliquant de façon informelle, ponctuelle ou durable, divers acteurs impliqués dans le volet structurel de la prévention combinée: défenseurs des DH, leaders religieux, juristes, acteurs de l'autonomisation économique des personnes vulnérables, etc.

L'ATL a ainsi mis en place, en lien avec des juristes membres de l'association Avocats sans Frontières, un centre d'aide juridique, situé au centre de Tunis. Cette structure, dédiée aux populations clés (PVVIH, UDI, HSH, PS, détenus), propose des services d'écoute et de conseil juridique.

L'ALCS a mené, sur des fonds privés et institutionnels, en partenariat avec l'Agence du Développement Social, un programme d'appui aux AGR, Amali, accordant des prêts sans intérêts à des PVVIH et à des PC dans sept villes du Maroc. 183 AGR ont été appuyées dans le cadre de ce programme, permettant selon l'évaluation interne réalisée en 2016 de générer les résultats suivants : « 100% des bénéficiaires ont eu confiance en soi, 35% déclarent qu'ils ne souffrent plus de la stigmatisation. 49% ont acquis leur indépendance financière et 27% ont retrouvé une meilleure estime de soi ».

Toutes les associations de la Plateforme ont mis en place par ailleurs des dispositifs de formation ou de lobbying destinés à favoriser la création d'un environnement social, juridique, religieux juste et inclusif à l'égard des HSH et des PS.

L'ATL organise régulièrement des ateliers sur le thème des droits, de l'éthique et de la lutte contre le sida pour des soignants, des magistrats, des journalistes...

L'ALCS a organisé plusieurs sessions de formation depuis 1997 ciblant les media pour favoriser un traitement de la question sida en général, et des populations clés en particulier, plus respectueux de l'éthique. Ces formations portent aussi bien sur la terminologie à utiliser, que sur les représentations sociales envers les PVVIH et les PC.

Des actions de sensibilisation et de plaidoyer pro actif, menés en partenariat avec des organisations de DH associatives comme l'AMDH (association marocaine des DH) ou institutionnelle comme le CNDH (Conseil National des DH) sont également organisées auprès de représentants de la police et de la justice, de structures de la société civile, de syndicats, etc.

L'APCS et SOS PE ont noué des alliances durables avec des religieux éclairés favorables à l'inclusion sociale des PVVIH dont les HSH et les PS.

36 <http://www.alcs.ma/1040-1040>

37 <https://www.amazon.fr/r%3C3%A9volution-plaisir-Enqu%3C3%AAte-sexualit%3C3%A9-monde-ebook/dp/B00J9BU8FI>

SOS PE, consciente de l'impact de la religion sur les pratiques des Mauritaniens, a noué depuis plusieurs années un partenariat structuré avec l'association des Imams de Mauritanie. C'est dans le cadre de cette alliance, qu'a été réalisée une vidéo³⁸, disponible en ligne, mettant en scène le secrétaire général de l'association des Imams et des oulémas (théologiens) de Mauritanie, répondant aux questions concernant la position de l'Islam face au sida. Les réponses apportées déconstruisent les représentations sociales stigmatisantes et plaident toutes pour l'inclusion des personnes concernées par le VIH.

L'APCS a démarré en 2013 un projet de sensibilisation d'une quinzaine d'imams de la ville d'Oran. L'objectif principal de cette action : convaincre ces leaders religieux, très influents, de l'intérêt de tenir des prêches favorables à l'inclusion sociale et à au droit à la santé des populations clés. Il s'agissait également de rappeler l'utilité, en termes de santé publique, de tenir un discours de prévention pragmatique qui va au delà de l'abstinence et de la fidélité. Ou du moins de ne pas s'opposer publiquement au port du préservatif. Ce projet qui se poursuit toujours aurait porté ces fruits dans la mesure où certains de ces imams sont devenus des alliés durables de l'APCS dans son plaidoyer en faveur de la création d'un environnement socioculturel inclusif et respectueux des droits des PC.

L'implication des religieux éclairés dans la lutte contre le VIH sida, est également mise en avant au niveau institutionnel. La plupart des PNLS dans la région ont ainsi mis en place des programmes de sensibilisation et de formation destinés à « sensibiliser les gens à l'importance de la prévention contre la maladie, ainsi qu'à la nécessité de suivre ses patients, de rompre leur isolement social et d'améliorer leurs conditions de vie et financières, en vertu des principes d'enseignement tolérant de l'Islam »³⁹.

38 <https://www.youtube.com/watch?v=t-v3ET8ka8M&t=416s>

39 Les imams de Mauritanie élaborent une stratégie de lutte contre le sida, C.R.I.D.E.M, 12,04, 2010, http://www.cridem.org/C_Info.php?article=42637

VOLET III

**LA PRÉVENTION
COMBINÉE DES IST/VIH
AVEC LES HSH & LES PS
AU MAGHREB**

**Préalables, principes d'actions,
prestations, circuit d'opérationnalisation
et acteurs**

PRÉALABLES

La qualité de la prévention combinée du VIH avec les PC est conditionnée par un certain nombre de facteurs dépendant des gouvernements en place et des partenaires financiers, nationaux et internationaux, de la lutte contre le VIH/sida au Maghreb.

Les militants associatifs interviewés dans le cadre de l'élaboration du référentiel ont mis en avant les préalables détaillés ci-après, dont la plupart s'inscrivent en cohérence avec les recommandations de l'ONUSIDA⁴⁰.

Garantir la pérennité financière de la prévention combinée avec les PC

La menace que les programmes ciblant les HSH et les PS ne soient pas financés directement par les Etats au Maghreb est réelle selon les données recueillies. Plusieurs militants consultés ont ainsi rappelé que la prise en compte des HSH et des PS dans les politiques gouvernementales de lutte contre le sida dans plusieurs pays de la région ne s'est souvent faite que grâce aux conditionnements imposés par le FM.

Renforcer la cohérence /décloisonnement des politiques nationales de lutte contre le sida

Favoriser une meilleure intersectorialité entre les différents départements d'Etat en matière de lutte contre est IST/VIH est crucial pour lever certaines des barrières structurelles limitant l'efficacité de la prévention combinée. Il serait essentiel par exemple que les ministères de l'Intérieur et de la Justice, cessent d'utiliser le fait d'avoir des préservatifs, comme preuves et motifs d'arrestations abusives pour homosexualité ou travail de sexe. Ces préservatifs sont pourtant fournis essentiellement par les ministères de la Santé ! Cette pratique abusive et contraire aux politiques officielles de lutte contre le sida, est monnaie courante dans les quatre pays de la région malgré le plaidoyer continu des associations pour y mettre fin.

Favoriser la création d'un environnement social, sanitaire et juridique juste et inclusif

La criminalisation et la discrimination qui en résulte, constituent ainsi que souligné dans un précédent chapitre, les principaux obstacles à l'accès des PS et des HSH aux services de lutte contre le sida disponibles. Or, comme le rappelait le directeur exécutif de l'ONUSIDA dans un article du monde publié en septembre 2014, « la fin de l'épidémie ne se fera pas en délaissant « l'accès universel » et en lui substituant des « obstacles universels » qui continuent à obliger les populations clés à se cacher »⁴¹.

Favoriser la décentralisation et l'élargissement de l'offre de prévention combinée

Selon les preuves mises en évidence par l'ONUSIDA⁴², « la prévention du VIH fonctionne lorsqu'elle a lieu à grande échelle et de manière intensive [...]. Une modélisation mathématique, citée en exemple par l'ONUSIDA, fondée sur les données de l'Afrique du Sud indique ainsi que « l'utilisation du préservatif a progressé lorsque la distribution de préservatifs a augmenté, ce qui a réduit l'incidence nationale du VIH entre 2000 et 2008 ». L'intensification, la décentralisation et la continuité des programmes de prévention combinée avec les PC est donc un déterminant essentiel de l'efficacité de la lutte contre le VIH/sida. Ce passage à l'échelle dépend essentiellement de l'engagement politique national et de la pérennité des financements internationaux.

Garantir la disponibilité en quantité suffisante, de façon continue et sur l'ensemble du territoire, des intrants nécessaires aux prestations proposées dans le volet biomédical de la prévention combinée

Préservatifs masculins et féminins, gels lubrifiants, matériels à usage unique pour les HSH/PS et usagers de drogues, réactifs pour le dépistage, traitements des IST et antirétroviraux.

Démédicaliser pour favoriser une meilleure accessibilité des prestations biomédicales

La démedicalisation consiste à déléguer certaines prestations biomédicales, dépistage, dispensation des ARV dans le cadre de la PrEP ou de la PPE, assurées généralement par des médecins à des acteurs communautaires, issus ou proches des populations clés. Et ce de manière à encourager un meilleur recours à ces services. Bien entendu, les soignants communautaires doivent être sélectionnés sur la base de critères objectifs et formés en continu. Et ce afin de disposer des connaissances et des compétences pratiques nécessaires à la qualité des services proposés. La démedicalisation est un des thèmes mis en avant dans le cadre du plaidoyer de Coalition PLUS au niveau international.



40 Accélérer la prévention combinée, afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500000 d'ici 2020, ONUSIDA, octobre 2015, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf

41 http://www.lemonde.fr/idees/article/2014/09/03/malgre-les-progres-le-virus-du-sida-sevit-toujours_4480996_3232.html

42 Accélérer la prévention combinée, afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500000 d'ici 2020, ONUSIDA, octobre 2015, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf

PRINCIPES D'ACTION

Les acteurs institutionnels et associatifs consultés ont également souligné la nécessité de mettre en pratique les principes d'action listés ci-après. Principes destinés à renforcer la pertinence, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficacé des programmes de prévention combinée mis en œuvre avec les HSH et les PS au Maghreb.

S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé globale et positive

Agir efficacement sur les trois niveaux de la prévention combinée, le biomédical, le comportemental et le structurel, nécessite de s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé telle que définies par l'OMS dans le cadre de la charte d'Ottawa⁴³.



PROMOTION DE LA SANTÉ

« Les programmes de promotion de la santé se réfèrent à une définition globale et positive de la santé qui positionne la promotion de la santé comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ce processus décline des interventions qui visent l'égalité en matière de santé ; les résultats se situent en termes de qualité de vie et de bien-être »⁴⁴. La promotion de la santé est ainsi une approche globale qui vise à influencer de manière positive à la fois :

- Les facteurs individuels qui influent les comportements en termes de prévention et de soins
- Les déterminants sociaux de la santé qui peuvent freiner le savoir, le vouloir et le pouvoir se protéger/soigner des communautés concernées

Faire avec

Faire avec les populations concernées est la base de la démarche communautaire qui fonde les actions des différentes associations membres de la Plateforme Coalition PLUS MENA.

« Les projets qui reposent sur les priorités et les savoirs communautaires ont en effet plus de chance d'être efficaces et durables parce qu'ils sont pertinents et acceptables pour les bénéficiaires »⁴⁵.



COMMUNAUTÉ

Il existe différentes définitions de ce concept.

La communauté naturelle fait référence à une population dont les membres partagent des conditions, modes de vie, caractéristiques, pratiques, problèmes, besoins, communs. C'est le cas des HSH et des PS. L'appartenance à ce type de communauté n'est pas toujours perçue et assumée de manière consciente par les personnes qui la composent.

La communauté socialement construite repose sur l'existence d'un sentiment d'identification et d'appartenance assumée fondée sur une communauté des besoins, normes, vécus, problèmes,...C'est le cas des personnes LGBTI qui s'identifient en tant que telles.

La communauté organisée est une communauté socialement construite qui s'organise de manière formelle ou informelle pour agir en faveur des intérêts individuels ou collectifs des personnes qui la composent.

La démarche communautaire en santé selon une définition établie par un groupe de chercheurs, coordonnée par le Dr. Bruno Spire, militant anti-sida, ancien président de l'association AIDES :

- « Se fonde sur la mobilisation des groupes concernés, qui expriment des intérêts et des besoins ;
- Réside dans l'idée de ne pas seulement faire « pour » mais bien de faire « pour, par et avec la communauté » ;
- Répond à une démarche ascendante (des membres de la communauté vers les sphères du pouvoir politique) ;
- Mobilise le savoir profane et l'expérience individuelle et collective ;
- Promeut l'empowerment et l'autonomie des individus et des groupes ;
- Vise une transformation sociale, notamment la reconnaissance des droits, besoins et expressions des minorités ».

43 Définition adaptée de la charte d'Ottawa, OMS, 1986 par l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation par la Santé en France, <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/385/02.htm>

44 Définition adaptée de la charte d'Ottawa, OMS, 1986 par l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation par la Santé en France, <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/385/02.htm>

45 Cf. site de la FIDA (Fonds International pour le Développement Agricole).

46 Spire B., Nosedà V., Douris V. « Tentative de définition de la recherche communautaire », Papier présenté lors de la 5ème Conférence Francophone VIH/sida, Casablanca, 18-31 mars(2010).

Faire avec nécessite de s'inscrire dans une démarche d'empowerment⁴⁷ communautaire qui renforce de façon concomitante les trois leviers qui favorisent l'adoption des comportements favorables à la santé :

- *Le pouvoir intérieur (être et vouloir)* qui se réfère à l'image de soi, l'estime de soi, la confiance en soi et l'identité ;
- *Le pouvoir de (savoir, savoir faire, avoir)* : capacité de prendre des décisions, de s'organiser, de résoudre les problèmes et de développer une certaine créativité qui rend apte à accomplir des choses. La notion renvoie donc aux capacités intellectuelles (savoir et savoir-faire) ainsi qu'aux ressources matérielles (avoir) ;
- *Le pouvoir avec* : capacité de s'organiser collectivement, de s'entraider avec les membres de sa communauté et de s'allier avec des partenaires externes pour réaliser un objectif commun.



L'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE

est le « processus de renforcement du pouvoir personnel et collectif conférant aux individus, aux familles et aux communautés la capacité d'agir pour améliorer leurs situations et leurs conditions de vie »⁴⁸.

Faire avec exige que les HSH et les PS concernés soient impliqués en continu dans les décisions et les choix stratégiques et opérationnels destinés à favoriser leur accès à des activités de prévention combinée du VIH. Cette participation pourrait se faire à travers l'organisation d'ateliers de concertation réguliers, destinés à recueillir le point de vue et les recommandations des utilisateurs sur la qualité des services/prestations proposés. Les associations peuvent également envisager la mise en place de comités de pilotage impliquant des représentants issus des communautés concernées.

Faire avec consiste aussi à privilégier les candidatures de coordinateurs et d'intervenants issus (pairs) ou très proches de ces communautés. Et quand cela n'est pas possible de s'assurer que les candidats sont aptes à agir dans le respect des principes éthiques de la relation d'aide avec ces populations. Il est également essentiel de s'assurer au préalable de leur comptabilité et leur sensibilité communautaire.

Faire avec devrait également inciter les associations de lutte contre le sida à plaider fortement pour une représentativité effective et plus efficace des PC dans les instances de décision et de planification stratégique, nationales et locales, de la lutte contre le sida au Maghreb.

Faire avec enfin pourrait aussi consister, quand les contextes socioculturels et juridiques le permettent, à renforcer le pouvoir agir (empowerment) et s'organiser de façon autonome des communautés HSH et PS dans le cadre de la lutte contre le sida en particulier, et de l'égalité des droits en général. Dans un premier temps, cette auto-organisation peut se faire sous la forme de groupes d'entraide structurés au sein des associations de promotion des droits humains et des libertés individuelles.

Faire ensemble

Faire ensemble consiste à privilégier, dans la mesure du possible, les programmes de prévention combinée du VIH, concertés, impliquant le maximum d'acteurs institutionnels et associatifs, thématiques sida ou non, intervenant avec les HSH et les PS. Cela pourrait se faire, en fonction des contextes, selon des modalités diversifiées, pouvant aller du réseau structuré à des partenariats informels et ponctuels (cf. détails plus loin).

Faire ensemble devrait aussi consister à nouer des partenariats avec des centres de santé publique pour favoriser une meilleure prise en compte des HSH et des PS. Et ce de manière à faire reconnaître dans la durée leur droit à la santé. La mission première des associations de lutte contre le sida, n'est pas de se substituer à l'Etat, mais d'expérimenter, de faire la preuve de la faisabilité, et de favoriser le transfert dans le secteur public, de réponses de santé de qualité, inclusives. C'est en cela que consiste le rôle réformatrice du secteur associatif.

Faire ensemble au plan opérationnel favorise la complémentarité et la continuité des activités et des services proposés dans le cadre de la prévention combinée.

Faire ensemble dans le cadre du plaidoyer permet de mieux faire entendre les voix favorables à des politiques législatives et sanitaires justes et inclusives des PS et des HSH.

Contextualiser pour favoriser la sécurité et l'inclusion sociale des PS et des HSH

Contextualiser, consisterait selon les propos recueillis, à proposer des programmes de prévention combinée avec les HSH et les PS, réalistes, acceptables, qui prennent en compte les contraintes sociales, culturelles, juridiques, économiques et sanitaires de chaque pays.

Contextualiser ne doit surtout pas se faire au détriment du bien-être des populations concernées ; ni limiter l'ambition de favoriser l'accès à la meilleure offre de prévention combinée possible. La mission première des associations de lutte contre le sida est d'agir en effet, et en continu, dans le sens d'offrir les services les plus complets, les plus efficaces et les plus durables à leurs usagers. Ce sont les stratégies pour y arriver qui doivent être adaptées aux réalités locales. Et ce de manière à ne pas induire des effets inverses à ceux recherchés.

Parmi les stratégies recommandées par les personnes consultées, dont des HSH :

- **Agir en toute discrétion et éviter la médiatisation non maîtrisée** des données épidémiologiques et des actions ciblant les HSH et les PS pour éviter de les mettre en danger en réactivant l'hostilité à leur égard ;

« On peut faire beaucoup, mais dans la discrétion et en douceur. Sans bousculer, sans trop de bruit ».

- **Privilégier la concertation et le lobbying plutôt que le plaidoyer frontal** pour renforcer la qualité de l'offre de prévention combinée et l'inclusion sociale des HSH et des PS ;

47 Sophie Charlier & all, *L'approche de l'empowerment des femmes : un guide méthodologique*, Commission Femmes et Développement, Bruxelles, juin 2007

48 Jean Pierre Deslauriers, *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir personnel et collectif*, Série pratiques sociales n° 15, CERIS (centre d'études et de recherche en intervention sociale), Université du Québec, Avril 2007.

« Dans des contextes socio-culturels hostiles comme les nôtres, un plaidoyer de masse agressif et frontal est inefficace, voire nuisible. Il vaut mieux nouer des alliances et s'inscrire dans une démarche de lobbying fondé sur l'écoute et le respect mutuel ».



LE PLAIDOYER

Le plaidoyer⁴³ « est la défense active d'une idée ou d'une cause par des stratégies et des méthodes qui influencent les opinions et les décisions de personnes et d'organisations. Le plaidoyer vise la création ou la modification de politiques, lois ou réglementations ou toute décision affectant la vie des citoyens. Il s'adresse donc généralement aux décideurs, notamment politiques, ainsi qu'à tous ceux dont les opinions et les actions influencent les décideurs, comme les médias, les célébrités, etc. ». Le plaidoyer peut être **pro actif** et agir en amont pour anticiper les problèmes ou **réactif en** intervenant en aval après l'apparition/aggravation des problèmes.

Le plaidoyer peut utiliser trois stratégies complémentaires : **Stratégie de sensibilisation et de mobilisation** qui consiste à capter l'intérêt des cibles directes, à obtenir le soutien des cibles indirectes et créer un environnement favorable au thème du plaidoyer. Cela peut se faire par le biais de rencontres, d'ateliers, de conférences, de colloques, de publications dans les médias.

Stratégie de négociation et de coopération (lobbying) avec les décideurs /cibles directes qui repose sur des correspondances, des rencontres formelles et informelles.

Stratégie de confrontation qui vise à faire pression (de façon publique ou non) sur les cibles directes en s'appuyant sur les cibles indirectes et les alliés. Les méthodes utilisées dans ce cadre de stratégie peuvent être la pétition (limitée aux alliés/cibles indirectes ou ouvertes à tous), les communiqués de presse, les conférences de presse, les manifestations publiques, les interviews dans les médias,...

■ Mettre en évidence les bénéfices en matière de santé publique de l'inclusion des PS et des HSH

Dans les contextes socioculturels et juridiques hostiles aux PS et aux HSH, les messages de plaidoyer pour leur inclusion, fondés sur les principes d'équité et de respect des droits humains sont souvent inaudibles. Il serait plus pertinent et efficace selon les données recueillies, auprès des personnes consultées et à travers les documents étudiés, de mettre en avant les bénéfices collectifs en terme de santé publique. Favoriser l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des HSH et des PS peut en effet contribuer notamment à :

- Réduire la prévalence du VIH dans la population générale. Comme souligné précédemment, de nombreux HSH dans les pays de la région se marient et ont des enfants pour mieux se conformer

aux normes sociales et culturelles. Les clients des PS sont issus de toutes les catégories sociales et sont souvent des hommes mariés et des pères. Renforcer les capacités des HSH et des PS à se protéger/soigner contre les IST et le VIH contribue donc à protéger la population générale : hommes, femmes et enfants.

- Baisser les coûts occasionnés par la prise en charge biologique et médicale des IST et de l'infection par le VIH.

Prioriser les PC les plus précaires et agir sur tous les facteurs de risque

Les programmes de prévention combinée associatifs devraient cibler en priorité les HSH et les PS les plus précaires au plan économique, les plus stigmatisés socialement, ce qui renforce leur vulnérabilité face au VIH.

Les actions devraient également prendre en compte la pluralité des facteurs qui exposent aux risques d'infection par le VIH. Comme souligné dans un paragraphe précédent, on peut appartenir en même temps à plusieurs populations clés. Un HSH peut ainsi être usager de drogues par voie IV et travailleur de sexe. Il faut donc que les messages délivrés dans le cadre du volet psycho-comportemental prennent en compte les différents facteurs/pratiques qui favorisent le risque de transmission des IST et du VIH et ne pas se focaliser uniquement sur le risque déclaré ou le plus visible. Le matériel de prévention distribué doit également prendre en compte cette pluralité des risques et inclure non seulement le préservatif et le gel, mais aussi le des seringues à usage unique.

Documenter en continu les représentations, les besoins, les réalités et les effets

ONUSIDA recommande de fonder les programmes de prévention combinée sur des preuves éclairées (issues de la recherche et de l'évaluation) et sur des actions dont la pertinence et l'efficacité ont été démontrées de façon empirique. Il est donc essentiel de mettre en place un dispositif de suivi-évaluation (cf. modalités plus loin dans le document) destiné à :

- Explorer de manière régulière les représentations sociales (croyances, perceptions, connaissances), les besoins et les réalités des HSH et des PS pour favoriser l'appropriation des savoirs et des services proposés dans le cadre de la prévention combinée.

LA MÉTAPHORE DE LA CRUCHE VIDE EN SANTÉ PUBLIQUE⁵⁰

Raymond Massé, médecin et anthropologue québécois explique l'échec d'actions de santé publique par le fait notamment que les acteurs de la prévention et du soin prennent rarement le temps d'explorer les perceptions, croyances, savoirs pré-alables, réalités de leurs publics. Ils partent en effet du postulat que la tête / « cruche » des personnes prises en charge est vide. Or, ce n'est jamais le cas. Les « cruches » sont souvent pleines. Et si on essaie de les remplir sans savoir ce qu'il y'a déjà dedans, elles risquent de déborder et tous les nouveaux savoirs, comportements recommandés, n'ont aucune chance d'être entendus, compris et appropriés. rences de presse, les manifestations publiques, les interviews dans les médias,...

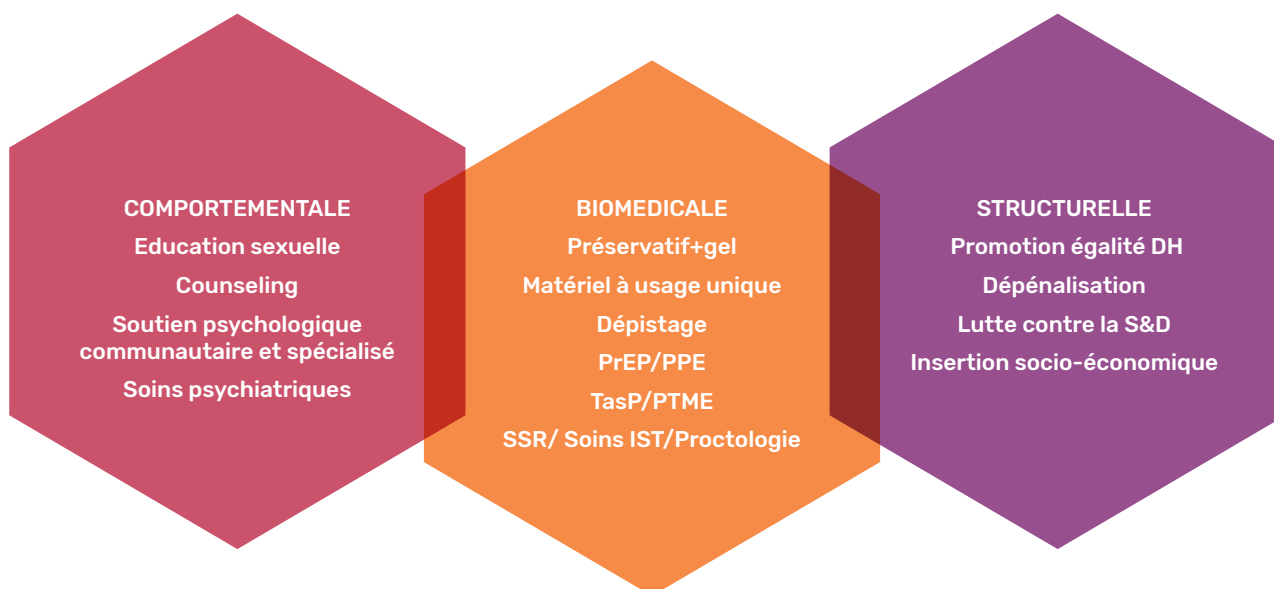
■ **S'assurer en continu de la qualité des modalités d'opérationnalisation des activités / prestations proposées et évaluer leurs résultats et leurs effets du point de vue des**

HSH et des PS accompagnées (cf. modalités détaillées dans la fiche pratique 5 du volet 4 du référentiel).

LE PAQUET DES PRESTATIONS ESSENTIELLES

Le paquet optimal universel pour la prévention combinée avec les populations clés devrait s'organiser autour de prestations détaillées dans le schéma suivant :

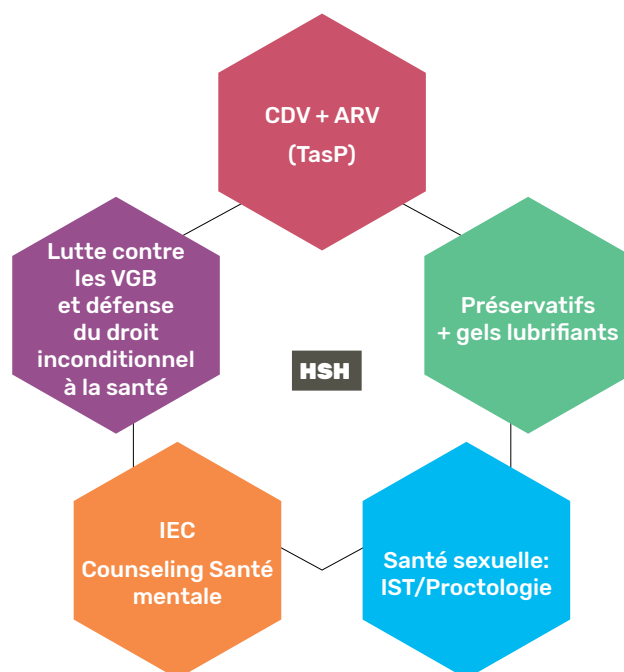
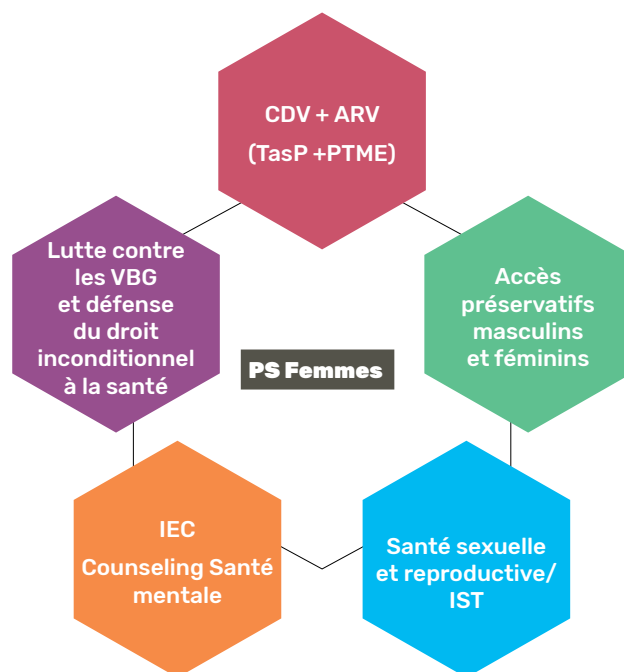
32



Ces activités/prestations ne sont pas toujours réalisables dans leur totalité, dans tous les pays de la région, du fait des contraintes contextuelles détaillées dans le chapitre précédent.

⁵⁰ Raymond MASSÉ, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1995.

Les acteurs associés à l'élaboration de ce référentiel se sont donc mis d'accord sur des paquets communs de prestations jugées essentielles pour les PS femmes et pour les HSH.



Ces prestations de base sont quasi similaires à celles recommandées par l'ONUSIDA pour les pays à revenus faibles ou intermédiaires, dans son document de référence « Accélérer la prévention combinée du VIH » publié en octobre 2015.

Bien entendu, quand les contextes et les ressources le permettent, ces paquets doivent impérativement tendre le plus possible à s'élargir, en s'assurant au préalable de leur disponibilité dans la durée, à toutes les prestations recommandées dans le paquet optimal universel.

LE CIRCUIT D'OPÉRATIONNALISATION

DE LA PRÉVENTION COMBINÉE DES IST/VIH

Le circuit d'opérationnalisation de la prévention combinée est similaire dans l'ensemble au cycle de projet communautaire et à la roue de la qualité de Deming (cf. schéma plus loin).



34

Les modalités de réalisation de chacune des étapes de ce circuit seront détaillées dans le volet 4 du référentiel.

LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION COMBINÉE

DES IST ET DU VIH AVEC LES HSH & LES PS

Les programmes de prévention combinée avec les HSH et les PS au Maghreb sont opérationnalisés par quatre catégories d'acteurs, rémunérés ou volontaires :

Les intervenants de proximité (éducateurs pairs notamment), issus ou proches de la communauté dont la mission consiste à :

- Participer à la réalisation des cartographies et à la documentation des besoins des HSH et des PS repérés ;
- Renforcer les connaissances et répondre aux questions sur les IST et le VIH : modes de transmission, prévention, dépistage et soins ;
- Distribuer et expliquer le mode d'emploi du matériel de prévention : préservatifs masculins et féminins, gels lubrifiants, matériel d'injection unique ;
- Distribuer des supports d'information sur les IST et le VIH : brochures, dépliants, CD-ROM, DVD ;
- Encourager le recours au dépistage et aux soins des IST et du VIH
- Orienter vers les services de dépistage du VIH, les consultations IST, les programmes PrEP et PPE quand ils existent ;
- Assurer l'accueil au sein des associations des HSH et des PS mobilisés sur les sites de rencontre ;

- Participer à l'animation des activités collectives (information, convivialité, auto-support) proposés dans l'association ;
- Compléter et faire remonter les supports de suivi-évaluation
- Documenter et faire remonter les problèmes/freins (S&D, violences, refus de soins,...) qui nourrissent le plaidoyer pour un environnement juste et inclusif.

Les chargés, coordinateurs, responsables de projets qui ont pour missions de :

- Coordonner, accompagner et superviser le travail des intervenants de proximité ;
- Faciliter le travail en réseau entre les différents intervenants (internes et externes) impliqués dans la prévention combinée du VIH ;
- Planifier et suivre la mise en œuvre technique et financière des programmes ;
- Coordonner et superviser la collecte et la remontée des données pour le plaidoyer et le suivi-évaluation ;
- Rédiger et diffuser les rapports rendant compte de la réalisation et de l'efficacité des prestations proposées.

Les prestataires de soins médicaux et psychosociaux (internes et externes) chargés du dépistage dans ces différentes modalités, des consultations IST, de la prise en charge médicale et psychosociale, du conseil juridique : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, médiateurs thérapeutiques, conseillers psychosociaux, psychologues, conseillers juridiques, avocats, etc. Les prestataires externes, volontaires ou indemnisés, peuvent être issus du secteur public, privé ou associatif.

Les plaideurs/défenseurs des droits humains impliqués dans les actions de plaidoyer (lobbyings, sensibilisations, formations, médiations, etc.) destinées à favoriser la création d'un environnement socioculturel, juridique et sanitaire juste et inclusif.

Les intervenants de proximité, les coordinateurs de projets et les prestataires de soin internes doivent impérativement bénéficier d'un module de formation initial commun, structuré autour des contenus suivants :

- Savoirs scientifiques sur le VIH, modes de transmission, modalités de dépistage (médicalisé et communautaire), méthodes de prévention (ARV (TasP, PPE, PrEP) + préservatif + gel et en fonction des besoins matériel, d'injection/usage de drogue à usage unique) ;
- Savoirs sur les IST ;
- Données contextuelles sur la situation épidémiologiques, les caractéristiques sociodémographiques, la situation légale et les facteurs de vulnérabilité face au VIH des HSH et des PS ;
- Prévention combinée du VIH avec les populations clés en général et les HSH et PS en particulier : définition, principes d'action, composantes et bénéfices ;
- Principes éthiques, attitudes et technique d'écoute active/relation d'aide ;
- Circuit de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la prévention combinée avec les HSH et les PS.

Des sessions d'actualisation et de renforcement de ces savoirs de base sont fortement recommandées pour garantir, dans la durée, la qualité des interventions et des prestations proposées dans le cadre de la prévention combinée. Il serait utile, dans la mesure du possible, d'associer les prestataires de services externes, mobilisés dans le cadre d'un travail en réseau structuré

et régulier, à cette session commune. Cela permettrait de renforcer la cohérence des modalités, éthiques et méthodologiques, d'opérationnalisation de l'offre de prévention combinée dans sa globalité.

Des modules complémentaires, animés par des formateurs internes ou des experts partenaires, pourraient être proposés de façon plus spécifique sur d'autres thématiques jugées utiles en fonction des tâches assurées par chaque catégorie d'intervenants :

- La cartographie et le DCP ;
- Le dépistage communautaire ;
- Le soutien psychologique et la santé mentale ;
- Les violences sexuelles ;
- Le processus de changement du comportement ;
- Le plaidoyer ;
- L'animation d'activités éducatives participatives ;
- Le suivi-évaluation.

Bien entendu, et conformément aux principes de la pédagogie participative, pratiquée par toutes les associations de la Plateforme Coalition PLUS MENA, les formations doivent associer des méthodes d'apprentissage complémentaires :

- Magistrales (exposés, lectures, etc.) adaptées aux savoirs théoriques et conceptuels ;
- Participatives/interactives (mises en situation, travaux de groupes, jeux de rôle, démonstrations, etc.) adaptées au savoir-être (attitudes, compétences relationnelles) et au savoir-faire (compétences techniques/pratiques).

VOLET IV

**OPERATIONNALISER
LA PRÉVENTION
COMBINÉE DES IST/VIH
AVEC LES HSH & LES PS
AU MAGHREB**

**Repères méthodologiques
et modalités pratiques**

FICHE 1

CARTOGRAPHIER LES SITES FRÉQUENTÉS PAR LES PS ET LES HSH ⁵¹

La cartographie des sites, c'est...

... un outil de géolocalisation et de collecte d'informations qui a pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Dans quels quartiers / dans quels lieux se retrouvent généralement les populations clés concernées par les programmes de prévention combinée ?
- Quelles sont les caractéristiques des populations qui fréquentent ses sites : nombre, typologie, âge, sexe, niveau scolaire, pratiques ?
- Quelles sont les modalités de fréquentation des sites ?
- Ces sites sont-ils accessibles ? Comment ? Sont-ils sécurisés ?
- Quels sont les services disponibles en proximité ?

La cartographie des sites permet de ...

- Décentraliser et élargir l'offre de prévention combinée au plus grand nombre de PS et de HS, y compris les plus invisibles. Sans la cartographie, les programmes de proximité risquent d'être limités aux populations clés aux endroits les plus accessibles et de négliger les lieux où sont réellement concentrées les populations les plus vulnérables ;
- Evaluer les moyens humains et les prestations à mobiliser pour couvrir les besoins des populations présentes sur les différents sites ;
- Renforcer la complémentarité et l'efficacité (rapport coût/efficacité) des programmes en se répartissant les sites avec les autres structures intervenant dans le cadre de la prévention combinée auprès des HSH et des PS dans une même zone géographique. Et ce de manière à éviter les doublons et élargir l'offre au plus grand nombre de personnes.

La cartographie des sites, comment ?

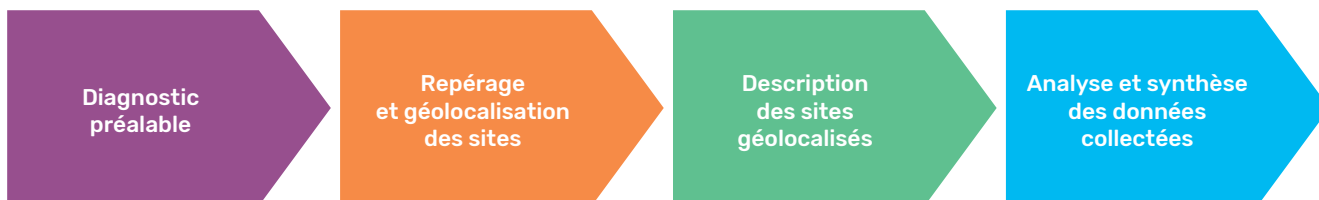
Deux modalités sont utilisées dans le cadre de l'opérationnalisation de la prévention combinée des IST et du VIH avec les PC.

La cartographie à objectif d'intervention qui vise essentiellement, à recueillir les données nécessaires, pour planifier, actualiser et réajuster l'offre de prévention combinée. Ce type de cartographie est mené directement par les intervenants de proximité, avec la supervision des coordinateurs des projets. Les données collectées doivent être actualisées de manière régulière, tous les mois par exemple dans le cas de l'APCS. En effet, les lieux de fréquentation des populations clés peuvent changer selon les saisons (hiver, été), suite à des descentes de police, des cas de violence, de l'ouverture de nouveaux endroits commerciaux (cafés, boîtes de nuit), etc. L'offre de service de proximité peut également évoluer.

La cartographie pour l'estimation des tailles des populations, qui consiste à calculer avec plus de précision le nombre des HSH et des PS à cibler dans le cadre de la prévention combinée, pour évaluer les ressources humaines et financières à mobiliser. L'estimation, selon des méthodes statistiques fiables, des tailles des populations clés est cruciale, selon l'ONUSIDA et l'OMS⁵², pour convaincre les bailleurs et les décideurs de mobiliser les ressources nécessaires pour assurer un meilleur accès au dépistage, soins et traitements des IST et du VIH.

Les cartographies pour estimer les tailles concernent généralement plusieurs villes, et nécessitent donc plus de temps et de moyens financiers et humains. Elles sont réalisées, tous les deux ou trois ans, par des équipes formées à cet effet, constituées d'un coordonnateur/point focal local, de superviseurs organisés par zone ou par populations clés, de recenseurs et d'informateurs clé. Ces équipes sont généralement appuyées par des consultants externes, mobilisés généralement par le Fonds Mondial ou ONUSIDA.

La mise en œuvre de ces deux cartographies s'organise autour des étapes détaillées dans le schéma suivant :



⁵¹ Les repères détaillés dans ce paragraphe sont adaptés en partie d'un manuel pédagogique relatif à la mobilisation des réseaux ACT de prévention combinée, élaboré par Latifa Imane pour le compte du ministère de la Santé du Maroc

⁵² *Lignes directrices relatives à l'estimation des tailles des populations les plus exposées au VIH*, OMS /ONUSIDA, 2011

1. Le diagnostic préalable

Une étape préalable à toute cartographie consiste à organiser un recueil des données auprès de représentants des populations clés concernées pour répondre aux questions suivantes :

Quels sont les quartiers où se retrouvent les catégories les plus vulnérables et les moins présentes dans les files actives des associations ? Quand (périodes, journées, horaires) est-il le plus pertinent de réaliser la cartographie ? Quelles sont les personnes ressources qui peuvent faciliter la réalisation de la cartographie ?

2. Le repérage et la géolocalisation des sites

Cette étape consiste à repérer et à situer (à l'aide d'un GPS éventuellement) géographiquement les sites fréquentés par les populations clés concernées par la cartographie.

3. La caractérisation des sites géolocalisés

Cette troisième étape permet de recueillir les informations suivantes :

- Localisation et typologie du site : site ouvert (parc, forêt, rue) ou site fermé (café, hôtel, hammam, maison close, douche,...) ; son environnement, son accessibilité, sa sécurité ;
- Les modalités de fréquentation du lieu qui peuvent différer en fonction des contraintes, des saisons,... Il s'agit d'identifier les jours et les horaires de grande affluence ;
- Le nombre et les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau scolaire, catégorie,) et le degré de vulnérabilité de la population clé qui fréquente le site ;
- Les caractéristiques des autres populations qui fréquentent le site : clients, personnes ressources,...
- L'offre de services et le nombre de prestataires disponibles en proximité pouvant être mobilisés dans le cadre de la prévention combinée.

4. L'analyse et la synthèse des données

Les données recueillies au cours de la cartographie sont analysées de manière concertée dans le cadre de réunions associant les différents acteurs impliqués, puis synthétisées sous forme de tableaux généralement.

Les données ne doivent être partagées qu'avec les personnes impliquées dans le projet et couvertes par le principe de la confidentialité/secret professionnel. Tous les acteurs associés à la collecte et à l'analyse des données doivent signer au préalable un contrat d'engagement spécifiant le respect de la confidentialité des données et le principe de bienveillance à l'égard des PC recensées dans le cadre de la cartographie.

Tableau de synthèse des données sur les sites et les populations clés

Données documentées	Résultats
Nom, typologie et localisation du site	
Nombre et profil des PC présentes sur le site	
Jours et heure de forte affluence	
Autres populations fréquentant le site	
Accessibilité et sécurité	
Autres informations pertinentes (clients, personnes ressources,...)	

Répertoire des services/prestataires de proximité

Prestations	Structures	Personnes contacts
Dépistage		
Santé sexuelle/IST/Proctologie/PF		
PEC /Traitement VIH		
Soutien juridique		
Soutien économique		
Lutte contre les VGB		
Soutien psychologique et santé mentale		

LES MÉTHODES STATISTIQUES

POUR L'ESTIMATION

DES TAILLES DES PC⁵³

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent l'utilisation de plusieurs méthodes statistiques pour estimer la taille des populations clés. Trois d'entre elles, les plus utilisées au Maghreb, sont détaillées ci-dessous : le dénombrement direct, la capture et recapture et la méthode du multiplicateur basée sur l'utilisation des services. Le dénombrement direct peut être mis en œuvre en routine et sans appui méthodologique externe dans le cadre des cartographies à visée d'intervention. Les deux autres méthodes à l'inverse nécessitent une expertise pointue en matière de statistiques et ne sont généralement opérationnalisées que dans le cadre d'études ou de cartographie à visée stratégique de grande ampleur.

⁵³ Les méthodes statistiques décrites sont adaptées du document « Lignes directrices relatives à l'estimation des tailles des populations les plus exposées au VIH, publié par l'OMS et l'ONUSIDA en 2011.

■ **Le dénombrement direct**

Cette méthode relativement simple à utiliser selon les données recueillies consiste à :

- 1) choisir un échantillon, un tiers par exemple, parmi les sites préalablement repérés dans le cadre de la cartographie,
- 2) comptabiliser une par une chaque personne appartenant à la population clé ciblée, PS ou HSH, présente sur ces sites. Ce comptage doit s'effectuer dans un laps de temps très court pour éviter de compter deux fois les PC qui se déplaceraient d'un site à l'autre.
- 3) multiplier le nombre des PC comptés par le nombre de l'ensemble des sites recensés dans la zone géographique couverte : quartier ou ville.

Le dénombrement direct n'est efficace que dans le cas où :
 1) tous les sites sont bien comptabilisés et accessibles
 2) les PC qui les fréquentent sont visibles et peu mobiles. Sinon, le nombre de PC comptabilisés peut soit être surestimé, soit sous estimé.

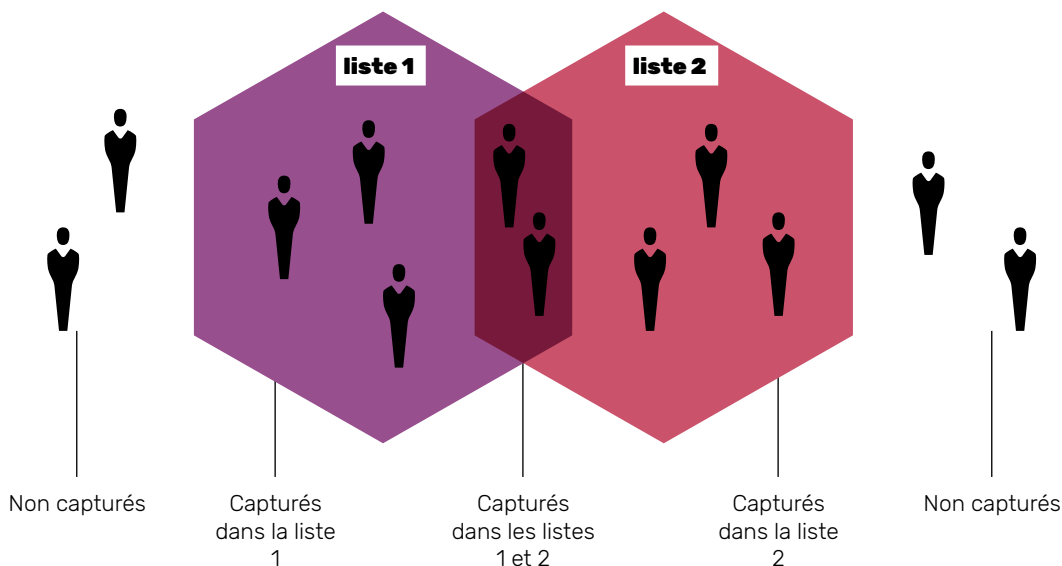
■ **La méthode de capture - recapture⁵⁴**

Cette méthode, très utilisée en épidémiologie, permet d'estimer le nombre des populations présentes sur les sites géo localisés à des heures où les PC ciblées sont présentes en grand nombre.

Elle consiste à capturer 2 échantillons à 2 moments différents sur chacun des sites, pour chacune des populations clés, aux mêmes jours/heures à une semaine d'intervalle, par des équipes différentes : une pour la capture, l'autre pour la recapture.

1. La capture (premier passage) : la première équipe de recenseurs, « marquent » les PC recensées une carte /objet unique, difficile à trouver ailleurs.
2. La recapture (second passage) : une équipe de recenseurs différents dénombre toutes les PC présentes sur le site, celles « marquées » lors de la capture en leur demandant de présenter ou décrire l'objet unique reçu, et celles « non marquées ».

Illustration de la méthode de capture - recapture⁵⁵



Le nombre (nb) total des PC recensées et marquées au cours de la capture (liste/C 1) X par le nombre total des PC recensées et marquées lors de la recapture (liste/C 2) / par le nb de personnes capturées à la fois en liste 1 et liste 2 (R) = taille estimée des PC (N)

$$C1 \times C2 / R = N$$

■ **La méthode du multiplicateur basée sur l'utilisation des services**

Cette méthode consiste à estimer la taille de la population clé en se basant sur deux sources de données :

- 1) Le nombre de PC ayant utilisé sur une période donnée un service : dépistage, soins IST, soutien psychologique,
- 2) Taux de couverture par ce même service selon des informations collectées au cours d'une recherche locale ou nationale couvrant la même période

Illustration :

En 2017 : 16.000 PC ont effectué un test VIH et 30% des PC interviewées dans le cadre d'une enquête bio comportementale ont été couvertes par le test la même année

Donc la taille estimée des PC est
16 000 X 100 / 30 = 53 333

54 Point méthodologie: méthode capture-recapture - SantePub-Rouen www.santepub-rouen.fr/Archives/fichier229.ppt

55 Figure copiée à partir du document « Lignes directrices relatives à l'estimation des tailles des populations les plus exposées au VIH, Ibid.

FICHE 2

DOCUMENTER LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

LES BESOINS ET LES RÉALITÉS⁵⁶

Documenter les représentations sociales, les besoins et les réalités, c'est ...

... mettre en place des modalités de diagnostic qualitatives et participatives destinées à répondre aux questions suivantes :

- Que savent, pensent, les PC sur les IST et le VIH ?
- Quelles sont leurs facteurs de vulnérabilités spécifiques ?
- Quels sont leurs besoins en matière de prévention combinée des IST et VIH ?
- Quels sont les obstacles qui peuvent freiner leur accès aux prestations disponibles ?

Cette étape est essentielle dans un contexte comme celui du Maghreb, marqué par un manque cruel de données issues de la recherche en sciences sociales. Et pour cause, les HSH et les PS, du fait de leur criminalisation, sont souvent une population invisible et donc difficilement accessible pour des chercheurs universitaires utilisant des méthodes de recherche classiques.

C'est pour pallier à cette pénurie de données de nature universitaire, que les associations de lutte contre le sida membres de la Plateforme Coalition PLUS MENA, ont décidé d'ancrer leurs interventions avec les PC dans des démarches de recherche communautaires à visée opérationnelle.



LA RECHERCHE COMMUNAUTAIRE

Selon la définition de l'Association canadienne de recherche sur le VIH⁵⁷ : « La recherche communautaire réunit des chercheurs et des membres de la communauté afin d'identifier les problématiques, de recueillir, analyser et interpréter les données et de décider de quelle façon utiliser les résultats pour éclairer les politiques, modifier la pratique et améliorer les conditions dans la collectivité. »

Coalition PLUS et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) ont publié en 2012 un guide méthodologique intitulé « *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire* » disponible en ligne⁵⁸. Ce document définit et détaille les différentes étapes de mise en œuvre des recherches action communautaire dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

Documenter les représentations, les besoins et les réalités, permet de ...

...renforcer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité des activités et des prestations proposées dans le cadre de la prévention combinée

Documenter les représentations, les besoins et les réalités, nécessite de ...

■ Respecter les principes éthiques de la recherche avec les populations stigmatisées socialement qui consistent à :

- favoriser le consentement libre et éclairé des personnes enquêtées en leur fournissant toutes les informations nécessaires sur les avantages et les risques éventuels ;
 - protéger l'anonymat des sources et la confidentialité des données recueillies en mettant en place des modalités qui garantissent le respect, par les intervenants/chercheurs, des principes de secret professionnel et non nuisance aux intérêts des personnes enquêtées ;
 - définir des modalités de partage et de diffusion des résultats les plus aptes à favoriser l'inclusion sociale des PC. Les données de recherche peuvent être utilisées (surtout dans les médias) à l'encontre des intérêts des populations clés. Il faut donc se montrer très vigilant concernant la manière dont ses données (quantitatives ou qualitatives) sont présentées. Les chiffres qui montrent que les populations clés sont très exposées aux risques, doivent être contextualisés pour ne pas renforcer la stigmatisation et discrimination envers cette population. L'idéal serait d'en faire des arguments pour plaider pour plus de programmes de qualité (prévention et soin), pour un meilleur respect des droits des personnes... Une prévalence importante est souvent le signe d'une vulnérabilité accrue liée à l'incapacité des personnes à se protéger/soigner à cause de la stigmatisation, des tabous, de l'absence d'une offre de prévention et de soin adaptée...
- **Veiller à ce que toutes les sous catégories des HSH et des PS soient consultées** et non seulement ceux les plus visibles et les plus accessibles.
- **Utiliser des méthodes de recherche et de diagnostic qui favorisent la participation communautaire** comme le DCP, la cartographie ou les méthodes RDS...
- **Actualiser en continu les données recueillies :**
- cette actualisation permet de réajuster et améliorer les prestations proposées en prenant en compte les évolutions des besoins et des contextes.

⁵⁶ Les repères détaillés dans cette partie sont adaptés de plusieurs manuels élaborés par Latifa Imane pour le compte de la direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies (DELM) du ministère de la Santé au Maroc.

⁵⁷ <https://pvsq.org/recherche-communautaire-0>

⁵⁸ <http://www.coalitionplus.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/07/GUIDEfr.pdf>

Modalités de recueil des données

Explorer et documenter les réalités, les problèmes et les besoins des populations clés dans le cadre de la prévention combinée peut croiser des données recueillies selon plusieurs modalités :

- **Des exercices d'exploration des représentations sociales des communautés concernées** pour identifier et comprendre les croyances, connaissances, explications, perceptions, relatives à un thème, besoin, problème donné (VIH, IST, dépistage, soin, etc.) ;
- **Diagnostics communautaires participatifs (DCP)** pour explorer les réalités, les problèmes et les besoins des HSH et des PS recensés sur les sites géolocalisés au cours de la cartographie ;
- **Explorations et évaluations effectuées au cours des prestations et des activités proposées dans le cadre de la prévention combinée.** Il s'agit de mettre en place des modalités et des supports (fiches de recueil, rapports d'activités,...) qui permettent d'explorer, de consigner et de faire remonter les besoins, les problèmes, les points de vue des PC accompagnées sur les services existants ;
- **Etudes bio-comportementales du type RDS :** ces recherches qui consistent à combiner des recherches sur la séroprévalence du VIH, sur les comportements qui peuvent exposer aux risques et sur l'accès aux services ;
- **Revue documentaire :** il s'agit de répertorier et d'analyser tous les documents regroupant des données sur les HSH ou les PS : articles de presse, données d'études, rapports d'activités,...

L'essentiel de ces méthodes peuvent être mises en œuvre en routine, de manière autonome, par les intervenants de la prévention combinée.

Les études bio-comportementales par contre nécessitent une expertise méthodologique pointue et des ressources humaines et financières plus importantes. Elles ne sont donc réalisées que tous les 3 ou 5 ans avec l'appui de chercheurs spécialisés mobilisés par l'Etat et les bailleurs comme le FM.

L'exploration des représentations sociales

Une représentation sociale c'est quoi ?

Les représentations sociales sont déterminées par un ensemble de facteurs : croyances religieuses et culturelles, ses opinions, ses connaissances, son éducation.



LA REPRÉSENTATION SOCIALE

« La représentation sociale est une vision fonctionnelle du monde permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place) »⁵⁹.

Explorer en continu les représentations sociales, pourquoi ?

La manière dont un HSH ou une PS se représente le VIH, les IST, leur dépistage, leur traitement peut influencer de façon positive ou négative les comportements de prévention et le recours aux prestations proposées dans le cadre de la prévention combinée.

Il est donc essentiel d'explorer en continu la manière dont les HSH et les PS mobilisées dans le cadre de la prévention combinée s'explique, vivent, perçoivent les problèmes vécus et les solutions proposées. Cela permet d'identifier, d'anticiper et d'agir sur les freins éventuels qui peuvent limiter l'adoption de comportements préventifs favorables à la santé.

Explorer les représentations sociales, comment ?

L'exploration des représentations sociales peut se faire dans plusieurs cadres : diagnostics participatifs communautaires, consultations médicales et psychosociales individuelles, groupes de paroles,...

Il existe plusieurs méthodes participatives pour explorer les représentations sociales en santé.

- Les brainstormings (voir modalités plus loin) ;
- Les entretiens individuels et collectifs utilisant des questions ouvertes : Que savez vous sur les IST/ VIH ? Que pensez vous des IST/ VIH ? Comment se protéger contre les IST/VIH ?, etc. ;
- L'utilisation de supports visuels, photos ou dessins, pour faciliter l'expression des personnes consultées.

Les supports visuels facilitent en effet l'exploration des représentations sociales aussi bien dans le cadre d'un entretien individuel, que dans une activité de groupe. On peut soit créer son propre support en sélectionnant des images sur internet, soit utiliser des photos langages⁶⁰ disponibles auprès de structures spécialisées dans la prévention et l'éducation pour la santé en France, en Belgique et au Québec.

L'exercice consiste à étaler les différents supports devant la personne/les personnes et les inviter à choisir l'image qui évoque le mieux ce qu'elle(s) pensent(nt), ressent(nt), save(nt), concernant un thème donné : transmission, prévention, dépistage, soins, etc.

Le diagnostic communautaire participatif

Un DCP, c'est quoi ?

Le DCP est un exercice de recherche active qui place les communautés et leurs partenaires en situation de réflexion, d'analyse, de discussions et de débats contradictoires sur les problèmes et les besoins communautaires.

Un DCP est la première étape de la mise en place d'un projet à base communautaire fondé sur les principes directeurs de la participation, de la démocratie, de l'équité et de la transparence. Il doit toujours déboucher sur une action concrète qui va être menée avec les populations concernées.

59 ABRIC (J-C) Psychologie de la communication. Théories et méthodes. Ed Armand Colin Paris 1999

60 Le photo langage[®] est une méthode d'animation, créée par des psychologues et sociologues français en 1965. Il se présente sous la forme d'un ensemble de photos ou dessins et a pour objectif de faciliter la parole sur un sujet donné. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-39.htm>

Un DCP, pourquoi ?

Utilisé depuis de nombreuses années en développement et en santé, le DCP permet d'identifier avec les communautés concernées leurs besoins, problèmes et de définir avec elles les solutions jugées les plus réalistes, les plus pertinentes, les plus acceptables et les plus efficaces au regard de leurs capacités, contraintes et contextes.

Un DCP, comment ?

Le DCP s'organise sous la forme d'entretiens individuels, de focus group et d'exercices collectifs, menés dans le cadre de la cartographie notamment, avec les PC identifiés et mobilisés. Les thèmes abordés explorent principalement :

- Les facteurs de vulnérabilité liés à la personne: croyances, attitudes et comportements, situation économiques;
- Les déterminants sociaux de la santé liés à l'environnement social, juridique et culturel ;
- Les besoins/problèmes liés à l'offre de services : prévention, dépistage, soin médical, soutien psychosocial, assistance juridique,...

Exemples de méthodes d'exploration collectives à utiliser dans le cadre des DCP

Pour faciliter l'expression dans le cadre des activités collectives il est conseillé d'utiliser des méthodes d'exploration participative comme celles présentées ci-dessous. On peut aussi utiliser plusieurs méthodes en même temps.

■ L'exercice des 5 pourquoi ⁶¹

C'est un outil de questionnement systématique destiné à remonter aux causes profondes d'une situation, d'un problème. Il consiste à se poser la question 'Pourquoi ?' au moins cinq fois de suite pour être sûr de remonter aux causes profondes structurelles du problème énoncé.

Exemple :**1) Pourquoi le recours au CDV des PC du site A est il faible?**

Parce qu'ils sont réticents à se faire dépister ;

2) Pourquoi sont ils réticents?

Parce qu'ils pensent que le dépistage ne sert à rien

3) Pourquoi pensent ils que le dépistage ne sert à rien ?

Parce qu'ils ne sont pas bien informés ;

4) Pourquoi ne sont ils pas bien informés... ?

Parce qu'aucune offre de prévention du VIH n'est disponible dans le site A;

5) Pourquoi aucune offre de prévention du VIH n'est disponible dans le site A?

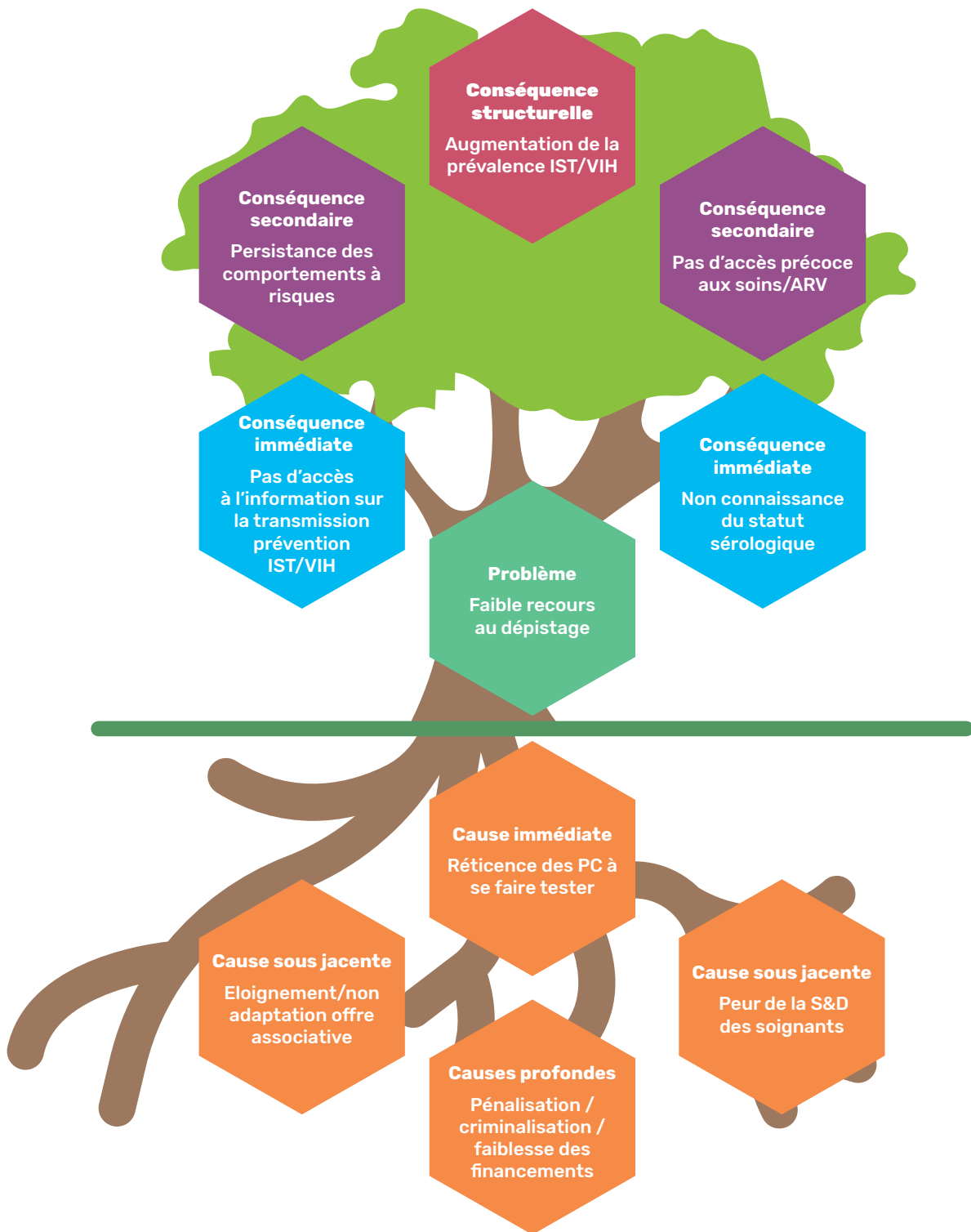
Parce que le site est non sécurisé du fait des nombreuses violences policières

Le principal problème/obstacle au recours au CDV est donc les violences policières. Dans ce cas, la réponse prioritaire consiste à mettre en place une action de lobbying (sensibilisation/formation) pour faire évoluer les pratiques policières et créer les conditions d'une intervention de prévention sécurisée sur le site A.

⁶¹ Guide méthodologique du travail en commun http://www.iaat.org/telechargement/guide_methodo/stimuler_idees.pdf

■ **L'Arbre à problèmes / analyse causale**⁶²

C'est une méthode participative qui consiste à analyser de façon approfondie les causes et les effets d'un problème. Le problème prioritaire est représenté par le tronc de l'arbre. Les causes ou facteurs du problème sont représentés par les racines, et les conséquences ou effets par les branches.



62 Source : http://www.making-prspinclusive.org/uploads/media/Analyse_Arbre.pdf

■ Brainstorming⁶³

Le brainstorming, également appelé remue méninges ou tempête de cerveau, est une technique d'animation interactive qui permet de recueillir le point de vue d'un groupe de participants sur une thématique, problème ou activité donnée.

Il faut prévoir deux personnes, un animateur et un rapporteur. L'animateur pose les questions, répartit la parole de manière équitable, rappelle les règles à respecter pour favoriser la participation de toutes les personnes présentes : non jugement, confidentialité, ne pas se couper la parole,...

L'animateur explique les objectifs de la rencontre : recueil des besoins ou évaluation des effets... Puis pose la question ou les questions (de préférence pas plus de trois et de façon progressive).

Il faut privilégier les questions ouvertes. C'est-à-dire celles qui

Exemple :

- 1) Quels sont selon vous les principaux facteurs qui favorisent les risques des IST et du VIH dans votre communauté ?
- 2) Quelles sont les solutions/activités qui peuvent aider les personnes de votre communauté à mieux vous protéger ?

n'imposent pas des réponses par oui ou par non ?

Le rapporteur note toutes les propositions y compris celles jugées fausses ou farfelues. Un brainstorming ne doit pas durer plus de 60mn en totalité et doit se clôturer par une synthèse de la part de l'animateur des principaux points qui sont ressortis de la discussion.

Une étude bio-comportementale, pourquoi ?

Les résultats des études bio-comportementales constituent une base essentielle pour la définition, planification et le financement des stratégies nationales de prévention combinée avec les populations clés.

Une étude bio-comportementales RDS, comment ?

La conduite d'études RDS nécessite d'être encadrée par des chercheurs ayant une bonne maîtrise, théorique et empirique, de ce type de méthode.

Les études bio-comportementales RDS démarrent toujours par une consultation communautaire, appelée recherche formative, réalisée à travers des focus groupes.

Cette exploration préalable vise pour l'essentiel à renforcer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité des modalités de réalisation de l'étude. Des représentants des communautés ciblées par la recherche sont ainsi invités à répondre aux questions suivantes :

- La communauté est elle organisée en réseaux /sous-groupes?
- Quelle communication/interaction entre ces différents réseaux ?
- Quels sont les lieux/sites les plus adaptés pour la réalisation des interviews et les tests de dépistage ?
- Quelle est la forme la plus appropriée pour les incitations primaires pour encourager la participation et les incitations secondaires destinées à donner envie aux personnes déjà enquêtées de mobiliser d'autres répondants dans leur réseau ?

Les autres étapes de l'étude se déroulent selon les modalités décrites dans le schéma ci-dessous issu d'une présentation power point réalisée par l'ALCS⁶⁴.

Les études bio-comportementales RDS

Une étude bio comportementale RDS, c'est quoi ?

Une étude bio-comportementale comporte deux volets :

1. Un volet comportemental qui explore et documente les connaissances, besoins, pratiques à risques et facteurs de vulnérabilités des personnes enquêtées face aux IST/VIH ;
2. Un volet bio-médical qui vise à dépister les personnes enquêtées pour connaître le taux de prévalence VIH/IST parmi cette communauté.

Les études bio-comportementales avec les HSH et les PS au Maghreb utilisent la méthode RDS (respondent driven sampling, en Français, échantillonnage déterminé selon les répondants).

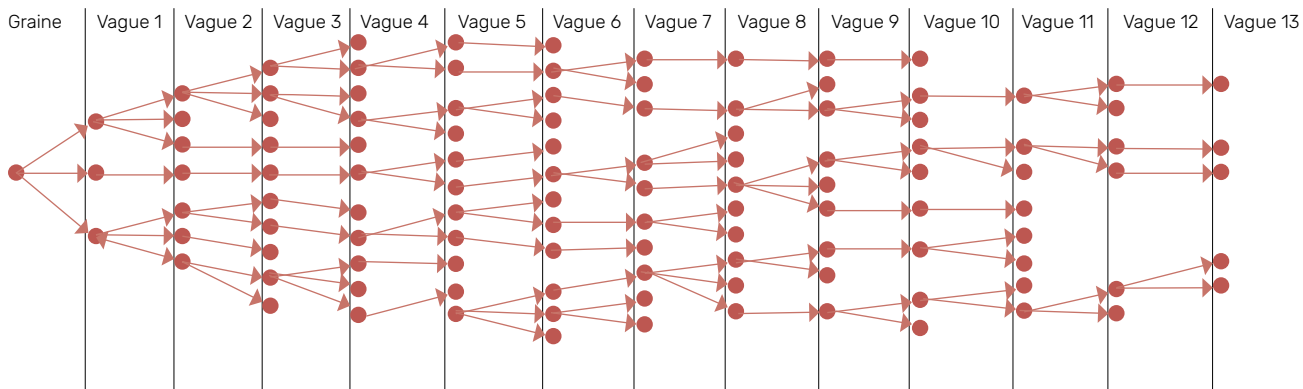
Cette méthode de recrutement utilisée pour la première fois en 1997 dans le cadre d'une recherche ciblant des usagers de drogues par voie IV aux USA, est particulièrement adaptée aux populations « cachées » du fait de leur criminalisation ou stigmatisation sociale. Elle consiste en une sorte de boule de neige destinée à identifier et toucher le plus grand nombre de personnes ciblées par l'étude bio-comportementale (voir modalités ci-après)

⁶³ Source : guide " Normes et standards de la prévention des IST et du VIH auprès des travailleuses du sexe au Maroc", Ministère de la santé, mars 2012.

⁶⁴ <https://fr.slideshare.net/alcsmaroc/prsentation-de-ltude-migrants-rds>

Méthode de recrutement : Respondents Driven Sampling (RDS)

- Chaîne de recrutement par les pairs : chaque personne peut recruter un nombre limité de participants (habituellement 3)
- Répondants : se connaissent en tant que membres de la population cible. Reliés par un réseau dont ils peuvent rapporter la taille
- Recrutement commence par des graines parmi la population cible ayant un large réseau social et selon les caractéristiques
- Graine recrutent 3 participants éligibles (première vague) grâce à des coupons



FICHE 3

DÉFINIR LE PAQUET

DES PRESTATIONS/ ACTIVITÉS ESSENTIELLES

Définir le paquet des prestations essentielles, c'est ...

Déterminer, en se basant sur les données recueillies au cours des différentes méthodes de diagnostic/ recherche menées auprès des HSH et des PS de recherche, les activités et les prestations de prévention combinée jugées les plus appropriées. A la fois au regard des besoins des communautés et des contraintes contextuelles locales. Ces prestations doivent comprendre ad minima celles détaillées dans le paquet de services essentiels définis par les personnes consultés et présenté plus haut dans ce référentiel et couvrir les différents volets de la prévention combinée : biomédical, comportemental et structurel.

Définir le paquet des prestations essentielles, pourquoi ?

Définir le paquet de prestations essentielles facilite l'évaluation des ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'opérationnalisation de la prévention combinée.

Définir le paquet des prestations essentielles, comment ?

Conformément aux principes de la démarche communautaire, la définition du paquet des prestations essentielles devrait se faire dans le cadre de réunions impliquant des représentants des communautés concernées (éducateurs pairs, leaders communautaires, associations identitaires quand elles existent,...). Il est également essentiel d'associer si faisable, des représentants des principaux partenaires techniques et financiers de la prévention combinée avec les HSH et les PS dans le pays : ONUSIDA, FM, PNLS, associations des droits humains, etc.

La concertation peut se structurer autour de trois temps :

- 1) La présentation et la validation des résultats des différents diagnostics réalisés en amont ;
- 2) La définition en se basant sur une grille (cf. exemple ci-dessous) scorée, utilisant plusieurs critères, des besoins/problèmes qu'il faut prendre en compte en priorité ;
- 3) Le choix, en se basant également sur une d'analyse grille scorée (cf exemple ci -dessous), des activités / prestations à proposer, jugées les plus pertinentes, acceptables, réalisables et efficaces au regard des besoins priorités et des contextes nationaux/locaux.

Exemple 1: Grille de priorisation des besoins et problèmes

Nature et descriptif des problèmes / besoins	Critères de priorisation et score (0 pas grave- 5 crucial)			
	Ampleur et fréquence	Potentiel de nuisance	Faisabilité technique et financière	Score total
	Combien de personnes sont concernées et selon quelle fréquence?	Conséquences négatives au plan individuel, collectif et structurel Prise en compte au niveau institutionnelle et associative	Disponibilité/capacité de mobilisation des ressources humaines et matérielles nécessaires pour répondre au besoin/problème	
Biomédical				
Pr 1				
P2				
Comportemental				
Pr 1				
Pr2				
Structurel				
Pr 1				
P2				

Exemple 2 : Grille d'analyse et de sélection des prestations/activités

Volet	Critères d'analyse / score (0 activité non adaptée/5 activité essentielle)					
	Problème/ besoin	Solutions envisagées	Acceptabilité sociale et culturelle	Faisabilité technique et financière	Efficacité potentielle (résultats, effets, impact)	Efficiency technique et financière
Biomédical						
Comportemental						
Structurel						

L'analyse de l'efficacité potentielle et de l'efficacité technique et financière nécessite de se référer aux résultats /effets de projets d'activités similaires menées dans des contextes socioculturels et sanitaires proches de ceux du pays.

Les prestations définies sont proposées selon une démarche d'accompagnement intégré, à travers un guichet unique ou dans le cadre d'un système de référence contre référence (cf. détails dans la fiche 4).

FOCUS

Sur des expériences réussies d'accompagnement intégré dans le cadre de la prévention combinée des IST/VIH avec les PS et les HSH au Maghreb

Guichets uniques



ACCOMPAGNEMENT INTÉGRÉ

« Processus de gestion et de délivrance qui permet aux PC accompagnées par une association de bénéficier dans la durée et sur un territoire donné de l'ensemble des prestations essentielles définies dans le cadre de la prévention combinée »⁶⁵.

GUICHET DE PRESTATIONS UNIQUE

Délivrance de l'ensemble des prestations essentielles dans un même espace/lieu géré par l'association. Au lieu de référer les personnes vers des prestataires externes, ce sont ces derniers qui assurent, de façon bénévole ou rémunérée, des permanences au sein du lieu unique. Cette approche favorise la sécurisation et le continuum des soins pour les publics les plus stigmatisés socialement comme les HSH et les PS.

Le centre les Jasmins pour les femmes usagères de drogues à Tunis

Le 8 mars 2016, l'ATL Tunis a inauguré officiellement le centre Les Jasmins pour les femmes usagères de drogues, qui sont pour la plupart impliquées dans le travail sexuel.

Le centre propose des services d'appui psychologique, social, ergo thérapeutique, juridique et psychiatrique. Des activités récréatives, culturelles et sportives, sont également disponibles. Cette offre est complétée par un dispositif d'insertion professionnelle destinée à favoriser l'autonomisation économique des femmes accompagnées. Et ce de manière à renforcer leur pouvoir se protéger/se soigner dans la durée.

⁶⁵ Définition adaptée à partir d'un document élaboré par la Haute Autorité de la Santé (HAS) en France pour favoriser l'intégration territoriale des services sanitaires, socio-médicaux et sociaux, septembre 2014, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_integrations_25_09_2014.pdf



La clinique sexuelle des HSH à Marrakech

La clinique sexuelle des HSH, Dar El Borj⁶⁶, a été ouverte en 2010 par l'ALCS avec l'appui de l'association française Sida Info Service et un financement du FM et de la mairie de Paris.

Réservée spécifiquement aux HSH, la clinique propose un ensemble de services qui associe PEC médicale spécialisée (IST, proctologie, dermatologie,...), proposées en interne ou fournies par des médecins privés et prises en charge financièrement par l'ALCS pour les HSH les plus nécessiteux ; soutien psychologique assuré par un psychologue clinicien, médiation sociale et thérapeutique, aides financières d'urgence et activités récréatives. La clinique est ouverte deux jours par semaine et mobilise une équipe de 5 intervenants : 1 coordinateur, 1 conseiller, 1 médecin, 1 psychologue et 1 médiateur thérapeutique, issus ou compatibles avec les communautés HSH.

L'ALCS prévoit d'ouvrir cinq nouvelles cliniques sexuelles sur le modèle de Dar el Borj, dans d'autres villes du Maroc. Ces cliniques seront ouvertes à différentes PC dont les HSH et les PS.

Travail en réseau (volet biomédical)



L'inclusion du CDV communautaire dans des centres de santé du secteur public

SOS PE a démarré depuis un an un projet pilote consistant à intégrer des CDV gérés par des acteurs associatifs au sein de centres de santé public. Pour l'instant, ce projet est mis en œuvre dans deux centres périphériques de Nouakchott. Cette initiative, très innovante dans la région, est motivée principalement par la volonté de pérenniser, de rapprocher l'offre de prévention et de dépistage VIH du plus grand nombre de personnes. Contribuer à renforcer la qualité de l'offre publique dans ses volets éthiques, psychosociaux et biomédicaux, est également un objectif.

⁶⁶ <https://www.facebook.com/DarAlBorj/photos/a.821955454625470.1073741828.818166585004357/893672044120477/?type=3&theater>

FICHE 4

MOBILISER LE NOYAU DUR

DES ACTEURS ET TRAVAILLER EN RÉSEAU⁶⁷

Mobiliser le noyau dur des prestataires et travailler en réseau, c'est ...

- définir les compétences techniques à mobiliser pour opérationnaliser les activités et les prestations retenues au cours de l'étape 3 ;
- identifier les compétences techniques existantes en interne et s'assurer qu'elles sont suffisantes pour couvrir les différentes tâches nécessaires. Dans le cas contraire, il faudra mobiliser les financements nécessaires pour recruter et former de nouveaux acteurs (intervenants/prestataires) en se basant sur les repères détaillés dans le volet 3 ;
- évaluer les compétences qu'il faudra mobiliser en externe pour assurer les prestations définies et non disponibles en interne à l'association ;
- identifier et mobiliser les prestataires externes et définir avec eux les modalités du travail en réseau.

Mobiliser le noyau dur des prestataires et travailler en réseau, pourquoi ?

Aucune structure, quelles que soient ses ressources, ne peut proposer en autonomie les différentes prestations essentielles de la prévention combinée des IST/VIH avec les PS et les HSH telles que définies dans le cadre de ce référentiel.

Il est donc crucial de travailler en réseau, de façon opérationnelle, avec des acteurs, institutionnels et associatifs, issus des trois secteurs d'intervention de la prévention combinée.

Travailler en réseau pluridisciplinaire permet de façon plus spécifique de :

- renforcer l'efficacité, l'efficience (en évitant les doublons et en réduisant les coûts) et le continuum des activités/prestations/soins proposées dans le cadre de la prévention combinée ;
- favoriser une meilleure inclusion sociale des PS et des HS.

Il est également impératif, de travailler en réseau avec des alliés externes pour favoriser un environnement structurel juste et inclusif. C'est ce qui a été fait, ainsi que souligné dans le volet 2 de ce référentiel, par toutes les associations de la Plateforme Coalition PLUS MENA qui ont mis en place des actions de lobbying/formations, formalisées ou non, destinées à mobiliser des alliés pour favoriser l'inclusion sociale des populations clés et des PVVIH. Les alliés mobilisés dans ce cadre sont principalement des journalistes, des imams, des élus, des acteurs associatifs issus de la mouvance démocratique, des soignants, des magistrats ou des policiers.



LE NOYAU DUR DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION COMBINÉE

Le noyau dur des acteurs de la prévention combinée désigne le regroupement opérationnel et concerté d'acteurs internes et externes pluridisciplinaires qui mutualisent leurs compétences et leur offre pour favoriser l'accès des HSH et des PS au paquet commun des prestations essentielles défini dans le cadre de ce référentiel.

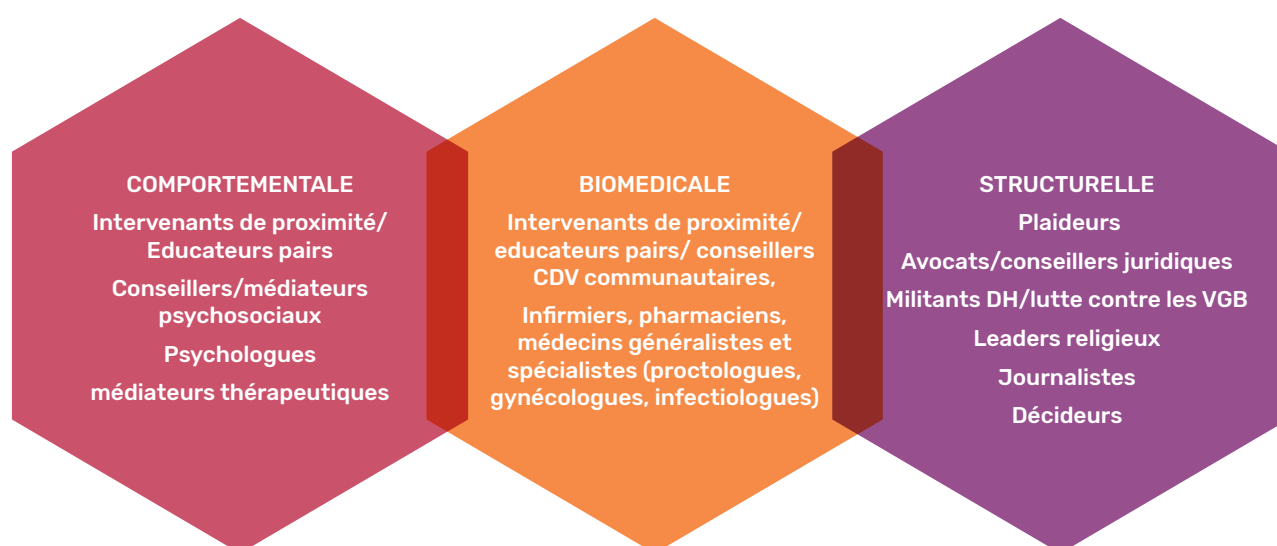
LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Le travail en réseau désigne l'ensemble des mécanismes mis en œuvre pour favoriser la coordination, la coopération, la mutualisation et la communication entre les différents acteurs/structures impliqués composant le noyau dur des prestataires de la prévention combinée des IST/VIH avec les PC. La qualité du travail en réseau est favorisée par la transparence, le respect mutuel et de la concertation régulière.

⁶⁷ Les contenus détaillés dans cette fiche sont adaptés en partie d'un document, intitulé « mobiliser et structurer des réseaux d'action communautaire transversale pour la prévention combinée du VIH avec les PC au Maroc ». Ce document a été élaboré par Latifa Imane pour le compte de la direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies (DELM) du ministère de la Santé du Maroc, sur la base de travaux réalisés par d'autres consultants.

Mobiliser le noyau dur des prestataires et travailler en réseau, comment ?

Etape 1 : Etablir la liste des compétences à mobiliser pour fournir les prestations essentielles à proposer dans le cadre du paquet commun défini



51

Etape 2 : Définir les prestations pouvant être proposées en interne et évaluer le nombre et profil des acteurs

Volet	Prestations	Dispensé en interne	Non dispensé en interne
Biomédical	CDV (fixe, mobile, communautaire)		
	Préservatifs féminins, masculins et gels		
	Matériel d'usage de drogues à usage unique		
	TasP, PPE		
	Soins IST/SSR/Proctologie		
Comportemental	Education sexuelle		
	Counseling /empowerment pour le changement de comportement		
	Soutien psychologique spécialisé		
	Soins psychiatriques/santé mentale		
Structurel	Défense du droit inconditionnel à la santé		
	Lutte contre les VGB		

Etape 3: Renforcer le nombre et les compétences des prestataires internes

Parfois, les compétences techniques existantes ne suffisent pas à assurer de manière efficace les tâches/prestations planifiées en interne. Dans ces cas, il faudra mobiliser les fonds nécessaires au recrutement et à la formation de RH complémentaires. Et ce

en se conformant aux repères définis dans le paragraphe relatif aux acteurs de la prévention combinée détaillée dans le cadre du volet 3 du référentiel.

Etape 4: Répertoire et mobiliser les prestataires externes

1) Les intervenants de proximité et les coordinateurs des projets HSH et PS établissent la cartographie des services/prestataires externes pouvant s’impliquer dans la prévention combinée.

Volet	Prestataires	Nom/Adresse, téléphone, horaires d’ouvertures et modalités d’accès (gratuité ou non)	Noms personnes contacts (si structure)
Biomédical	CDV public ou associatif		
	Centre de diagnostic/laboratoires publics ou privés		
	Associations RDR UDI		
	Médecins généralistes public ou privé		
	Médecins spécialisés (gynécologues, proctologue)		
	Centre de référence ARV (TasP, PPE, PrEP)		
Comportemental	Psychologues		
	Psychiatres		
Structurel	Associations identitaires		
	Associations des droits humains		
	Avocats/juristes		
	Centre d’écoutes/associations VGB		

2) Des contacts sont pris avec les structures/prestataires identifiés pour :

- expliquer les besoins/attentes des PC concernées en matière de prévention combinée des IST/VIH et plaider l’utilité, pour les personnes et la société, de les prendre en compte ;
- s’assurer que ces acteurs : 1) sont PS ou HSH compatibles ; 2) partagent les valeurs et les principes éthiques défendus par les associations de la Plateforme Coalition PLUS MENA ;
- définir les modalités du travail en réseau/référence-contre référence ;



LA RÉFÉRENCE/CONTRE RÉFÉRENCE

La référence/contre référence est le système qui structure l'orientation des HSH et des PS accompagnée, vers les différents prestataires impliqués dans la mise en œuvre l'offre de prévention combinée des IST/VIH.

La référence = un prestataire (éducateur pair, conseiller psychosocial, médecin,...) de l'association oriente la personne accueillie/accompagnée vers un prestataire externe (psychologue, psychiatre, avocat,...).

La contre référence = un prestataire externe oriente des HSH ou des PS vers l'association.



La référence/contre référence nécessite au préalable de :

- S'assurer du consentement éclairé de la personne orientée qui doit être consciente des avantages et des limites éventuelles de l'orientation ;
- Bien cerner les besoins/problèmes qui justifient la référence
Une bonne orientation nécessite d'avoir bien cerné les problèmes à solutionner pour :
 - définir le type d'appui à mobiliser ;
 - bien choisir le prestataire externe le compétent.

■ Sélectionner les informations à communiquer au prestataire externe sélectionné

Les informations relatives à la personne référée doivent être sélectionnées avec l'accord de la personne orientée et libellées de manière à :

- permettre au prestataire sollicité de comprendre les besoins justifiant l'orientation et être ainsi en mesure d'y répondre de façon pertinente et efficace ;
- ne pas nuire et renforcer la stigmatisation à l'égard de la personne orientée.

L'orientation peut se faire à travers une prise de contact téléphonique, un accompagnement physique (le prestataire interne accompagne directement la personne orientée vers le service sollicité), ou une fiche d'orientation à remettre par la personne au prestataire externe. Cette fiche peut s'organiser autour des contenus suivants :

- Code unique (sans nom/ni adresse) permettant d'identifier la personne et de faciliter son suivi tout en protégeant son anonymat ;
- Informations relatives à la situation globale de la personne jugées pertinentes à partager avec le prestataire externe pour faciliter la compréhension/prise en compte du problème qui justifie la référence ;
- Nature et justification de l'appui sollicité.

Pour s'assurer de la suite donnée à la référence, il est utile de reprendre contact avec le prestataire sollicité. Il est également important d'explorer la satisfaction de la personne référée concernant la prestation/appui fournis.

FICHE 5

SUIVRE & ÉVALUER LA QUALITÉ DES PRÉSTATIONS /ACTIVITÉS

Suivre et évaluer la qualité des prestations /activités, c'est ...

...mettre en place un dispositif, intégré dans les différents volets de l'offre de prévention combinée opérationnalisée, de recueil et d'analyse d'indicateurs rendant compte de la qualité du processus de mise en œuvre et de l'efficacité (résultats, effets et impact) des prestations et activités proposées.

Un dispositif SE efficace doit impérativement croiser des indicateurs d'effectivité et d'efficacité. Les programmes de prévention combinée au Maghreb, ont souvent tendance à se focaliser sur des indicateurs quantitatifs, rendant compte essentiellement des activités/prestations et non des effets générés. Cette limite n'est pas spécifique à la région. Les changements qualitatifs, comme le degré *d'empowerment* (par ex. en ce qui concerne l'image de soi, la confiance en soi) individuel ou collectif, le changement de comportement, l'évolution des représentations sociales sur les HSH et les PS, sont souvent difficiles à évaluer de façon objective. Mais, calculer le nombre de personnes contactées, de préservatifs distribués, ne permet pas de mesurer les effets en termes d'adoption de comportements favorables à la santé. On peut en effet écouter les messages de prévention sans les mettre en pratique, accepter des préservatifs, sans jamais les utiliser.

« Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. »

Albert Einstein

Il est donc impératif de qualifier, puis quantifier, les effets recherchés à travers les activités et services proposés dans le cadre de la prévention combinée.

Exemples d'indicateurs d'efficacité qualitative

INDICATEURS OBJECTIFS (OBSERVABLES) :

- Proportion des PS/HSH qui ont fait le test VIH lors des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Baisse des violences policières /arrestations abusives à l'égard des PS et des HSH

INDICATEURS SUBJECTIFS (DÉCLARÉS)

- Taux des PS/HSH qui déclarent utiliser systématiquement un préservatif à chaque rapport sexuel avec les partenaires irréguliers ou réguliers
- Proportion des PS/HSH estimant être mieux accueillis dans les services de santé publique



LE SUIVI (ÉVALUATION DU PROCESSUS) OU MONITORING EN ANGLAIS

Le suivi (évaluation du processus) ou monitoring en anglais est le dispositif qui consiste à recueillir et à analyser, de manière systématique et tout au long de la période d'exécution, les indicateurs décrivant les modalités de mise en œuvre (qui, quand, où, comment, avec quels publics,...), et rendant compte de la qualité de gestion et de l'état d'avancement d'un programme. Le suivi est un dispositif interne, opérationnalisé directement par les acteurs du projet.

L'ÉVALUATION

L'évaluation est une appréciation, utilisant des critères et des indicateurs objectifs, effectuée de manière périodique (à mi parcours, à la fin ou quelques temps après la clôture), de projets (activités/prestations) en cours de réalisation ou achevés. Les évaluations permettent de répondre à des questions relatives à la qualité du processus de mise en œuvre et à l'efficacité (résultats et effets) des activités/prestations réalisées. L'évaluation peut être menée en interne par des acteurs de l'association non impliqués dans le projet ou par des évaluateurs externes.

LA QUALITÉ

La qualité dans le cadre de la prévention combinée des IST/VIH, peut être définie, en adaptant la définition de la qualité des soins de l'OMS⁶⁸, comme « une démarche qui doit permettre de garantir l'accès de chaque HSH/PS qui le souhaite à une combinaison de prestations/activités de nature biomédicale, comportementale ou structurelle, lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel des avancées scientifiques en terme de prévention et la prise en charge médicale des IST/VIH, au meilleur coût pour un même résultat, sans risque de nuisance et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de relations avec les prestataires internes et externes impliqués ».

UN CRITÈRE D'ÉVALUATION

Un critère d'évaluation est une norme/élément de référence qui permet d'apprécier la qualité/réussite d'un projet. Les critères généralement utilisées dans le cadre de l'évaluation de projets sont : la pertinence, la cohérence interne et externe, l'efficacité, l'efficacéité et la pérennité.

UN INDICATEUR ÉVALUATIF

Un indicateur évaluatif est une variable, quantitative ou qualitative, subjective (déclarée) ou objective (observée) qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention. C'est ce que l'évaluateur doit regarder pour évaluer et mesurer le degré de conformité à un critère de qualité.

Pour être pertinents, les indicateurs d'efficacité qualitative, relatifs notamment à la satisfaction, au bien être, à l'empowerment, doivent nécessairement être définis avec des représentants des communautés concernées.

Il serait ainsi utile d'organiser des ateliers utilisant des méthodes d'animation participative pour explorer du point de vue des PC concernées les indicateurs qui attestent :

- la qualité d'une prestation/activités ;
- l'efficacité de ces prestations/activités.

Suivre et évaluer la qualité des activités et prestations permet de...

- Décrire et montrer ce qui est fait (effectivité) ;
- Vérifier et améliorer la pertinence, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficacité des modalités /processus de mise en œuvre des différentes activités/prestations ;
- Documenter du point de vue des acteurs et des HSH/PS concernées, l'efficacité, résultats et effets, générés par les activités et prestations mises en œuvre ;
- Faciliter la redevabilité vis-à-vis des partenaires techniques et financiers et renforcer ainsi la crédibilité/fiabilité de l'association. La qualité de la redevabilité conditionne la capacité à mobiliser les fonds.

Suivre et évaluer la qualité des prestations /activités, comment ?

La démarche qualité en prévention et promotion de la santé, consiste à utiliser des méthodes de recueil de données et des modèles opérationnels pour évaluer la gouvernance, le processus de mise en œuvre et les résultats/effets d'un projet.

Le recueil des données peut se faire notamment selon les modalités détaillées ci-après :

- **Des diagnostics communautaires participatifs (DCP)** au démarrage des projets pour questionner les besoins, les réalités des HSH et des PS et recueillir leurs recommandations concernant les stratégies et les réponses jugées les plus pertinentes et les efficaces. Le DCP de départ sert également à définir les indicateurs qui vont permettre d'évaluer les résultats et les effets générés par les projets. Il est en effet impératif de disposer d'indicateurs sur la situation de départ, afin de pouvoir identifier ce qui a changé grâce aux prestations fournies ;
- **Des rencontres d'évaluation de la satisfaction et des effets**, organisés tous les trois ou six mois avec les intervenants et des représentants des usagers des activités avec les HSH et les PS ;
- **Des réunions d'auto-évaluation régulière, en interne, et avec les partenaires externes**, pour questionner la pertinence, l'effectivité, la cohérence et l'efficacité des programmes mis en œuvre ;



PERTINENCE

Capacité d'un projet à répondre aux besoins des personnes et à solutionner les problèmes identifiés dans un contexte donné

EFFICIENCE

Adéquation des résultats du projet avec les ressources (techniques, matérielles et financières) et le temps mobilisés.

EFFICACITÉ

Capacité d'un projet à atteindre les objectifs fixés et à produire ainsi les résultats et effets attendus.

RÉSULTAT

Extrant (produits), réalisations ou effets positifs ou négatifs d'une action

EFFET

Changement escompté ou non, attribuable directement ou indirectement à une action.

IMPACT

Ensemble des changements significatifs et durables dans la vie et l'environnement des personnes et des groupes concernés ayant un lien de causalité direct ou indirect avec le projet

REDEVABILITÉ

capacité à rendre compte de façon claire et vérifiable des résultats atteints en référence au mandat/objectifs fixés et des fonds alloués.

- **Des évaluations externes** assurées par des consultants indépendants quand les ressources financières le permettent. La majorité de bailleurs sont actuellement favorables à la prise en compte de ce type d'évaluation dans les financements attribués. L'évaluation externe ne remplace pas l'autoévaluation réalisée en interne, et de façon autonome, par les promoteurs et les acteurs du projet, mais en renforce l'objectivité.

Il existe également plusieurs outils/supports pouvant guider et faciliter le suivi-évaluation de la qualité de projets de prévention et de promotion de la santé. Les principaux d'entre eux sont présentés ci-après⁶⁹.

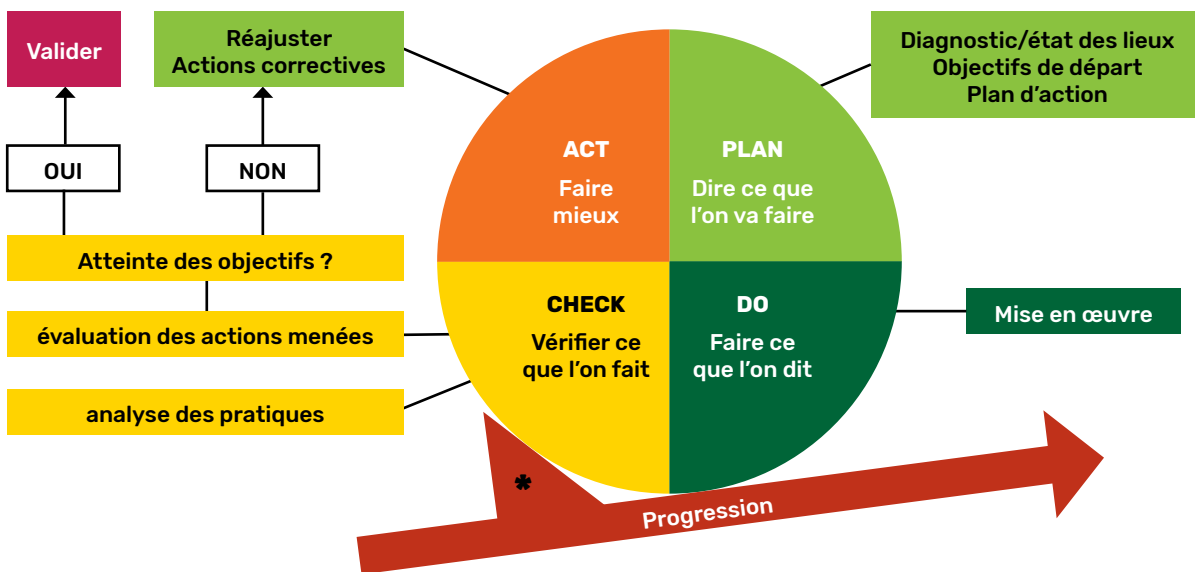
■ **Le cycle de gestion de la qualité de Deming**

Cette méthode développée par l'expert en management qualitatif américain, William Edwards Deming⁷⁰, consiste à répéter les quatre phases (planifier, mettre en œuvre, analyser et réajuster) décrites dans le schéma ci-dessous dans une logique d'amélioration continue.

Pour en savoir plus sur l'utilisation du cycle de la qualité de Deming, vous pouvez consulter :

Une vidéo de 5 mn sur YouTube en cliquant sur le lien suivant <https://www.youtube.com/watch?v=7HBaQhVvP1M>

Roue de Deming



* La cale symbolise la consolidation et le maintien des efforts

■ **L'outil Preffi 2.0 pour l'évaluation de l'efficacité de la promotion pour la santé**⁷¹

Preffi 2.0 est un outil d'évaluation de l'efficacité des interventions dans le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé. Il est fondé sur des données issues à la fois de la recherche scientifique et de la pratique professionnelle. Cet outil opérationnel, a été élaboré par le NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention) et adapté par l'INPES (Institut français de la Prévention et de l'Education pour la Santé).

Preffi 2.0 analyse la qualité des différentes phases du cycle de planification, mise en œuvre et SE d'un projet de promotion de la santé, en utilisant des critères/indicateurs documentés à l'aide de questions fermées (Oui ou Non). Chaque indicateur se voit ensuite attribuer une appréciation (faible, moyen, fort). C'est la somme de ces notes qui permet de juger de la qualité globale du projet dans ses différentes phases.

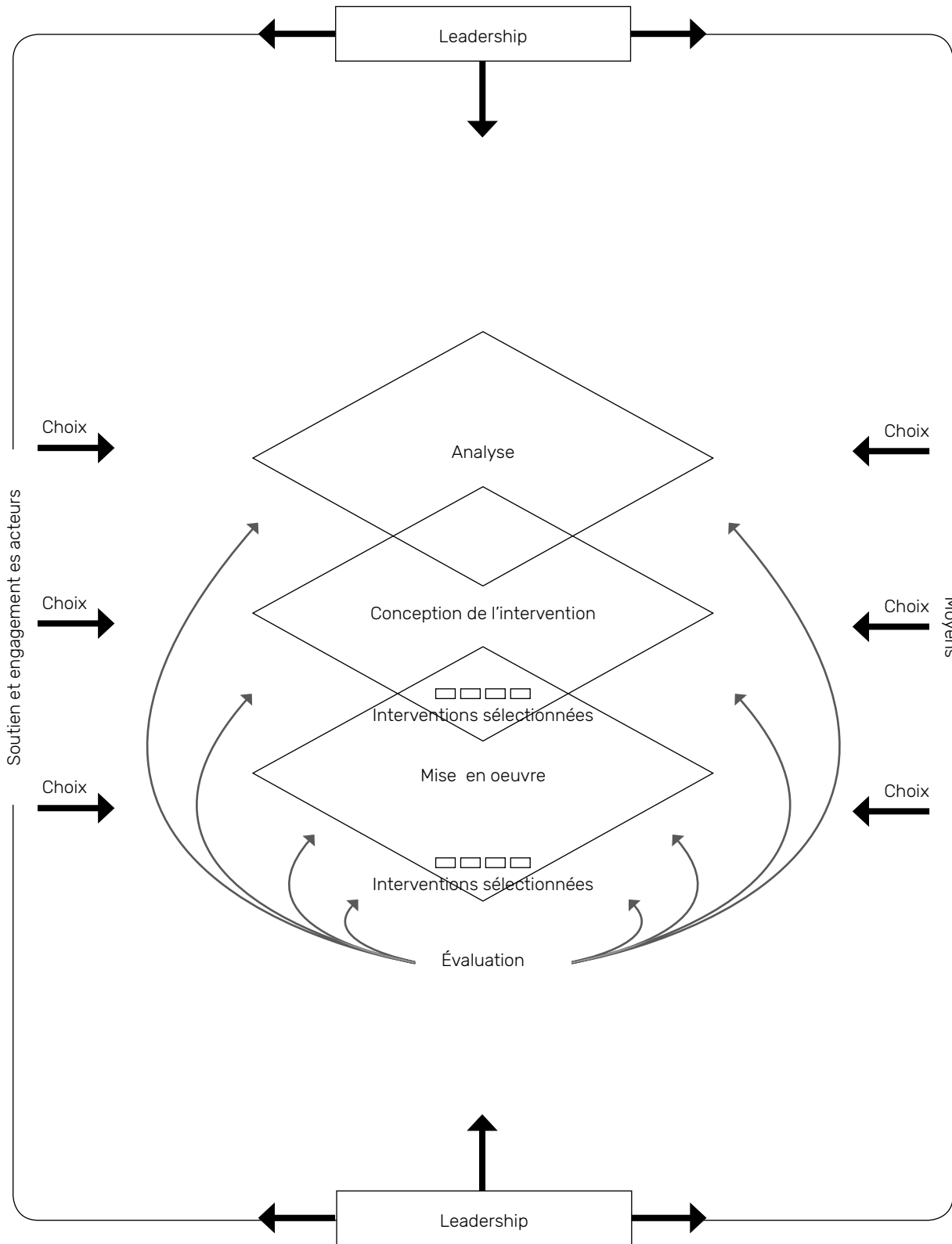
Preffi 2.0 peut être utilisé dans le cadre de la planification, du pilotage et de la gestion, et de l'évaluation des programmes communautaires de prévention combinée des IST et du VIH à différents niveaux :

- l'élaboration de stratégies/politiques de santé nationales pour effectuer l'analyse du /des problèmes, définir les objectifs les plus pertinents, choisir les interventions et les prestations les plus acceptables/ efficaces ;
- l'opérationnalisation des stratégies nationales au niveau d'une région, une ville, un site.

Pour en savoir plus sur l'outil Preffi 2.0, il est utile de consulter le guide détaillant son mode d'emploi en cliquant sur le lien suivant : http://inpes.santepubliquefrance.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf

70 <http://qualite-aquitainepdca.com/apropos/methode-pdca/>

71 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/ressources-methodologiques/outils/preffi.asp>



■ **L'outil suisse de la catégorisation des résultats**

Cet outil développé par l'agence suisse pour la promotion de la santé et adapté par l'INPES a pour objectif de faciliter l'atteinte et l'évaluation, des résultats, des effets et des impacts en termes de changement de comportements individuels et de déterminants structurels de la santé. Il est organisé autour de quatre colonnes :

Colonne A : Stratégies/actions de promotion de la santé visant à modifier positivement les déterminants de la santé comportementaux, biomédicaux et structurels

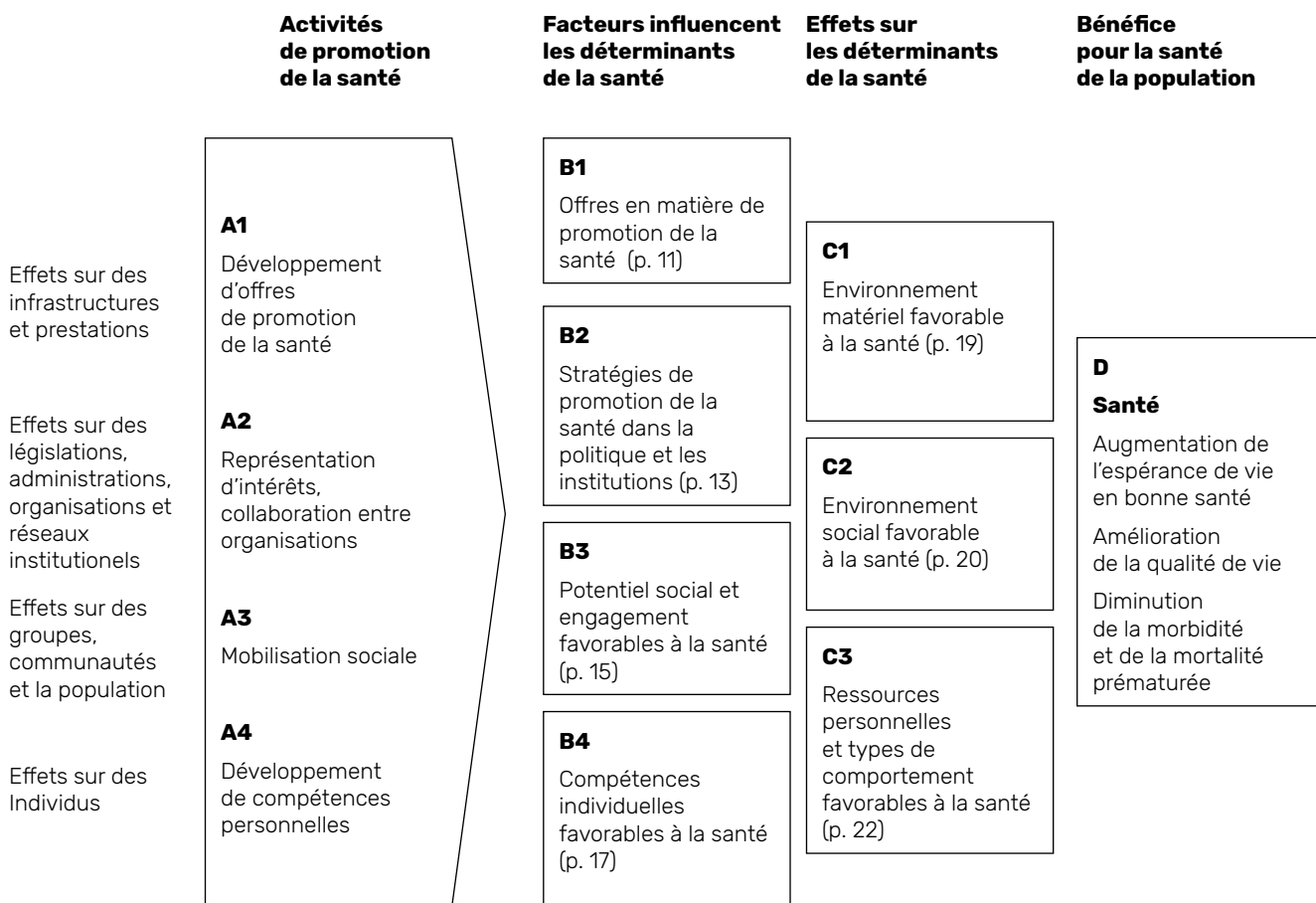
Colonne B : Facteurs influençant les déterminants de la santé

Colonne C : Effets positifs sur les déterminants de la santé, comportements individuels et environnement structurel

Colonne D : Impact et bénéfices pour la santé de la communauté/population

Pour en savoir plus sur cet outil, il est utile de consulter le guide détaillant son mode d'emploi en cliquant sur le lien suivant : http://inpes.santepubliquefrance.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



■ Le guide d'amélioration de la qualité des actions en promotion de la santé

Ce manuel, élaboré par des associations de promotion de la santé françaises, dont AIDES, en partenariat avec l'INPES, définit les étapes de mise en œuvre de la démarche qualité, puis propose cinq grilles thématiques organisées autour de 19 critères destinés à auto-évaluer, puis renforcer la qualité de :

Dynamique associative

- 1.1 Adhésion aux principes et valeurs de promotion de la santé
- 1.2 Politique globale d'amélioration de la qualité
- 1.3 Partenariat
- 1.4 Mobilisation des compétences et des ressources

Principes promotion de la santé

- 2.1 Approche globale et positive de la santé
- 2.2 Vers une prise en compte des inégalités sociales de santé
- 2.3 Renforcement des ressources personnelles des populations
- 2.4 Participation des populations concernées

Analyse de situation

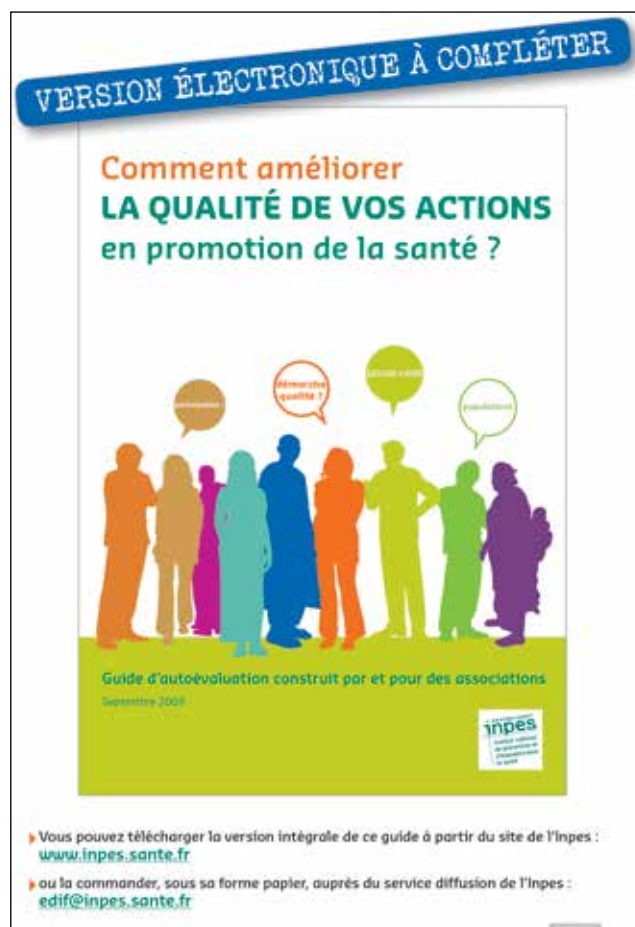
- 3.1 Analyse globale du contexte
- 3.2 Besoins, demandes et attentes
- 3.3 Ressources mobilisables

Planification de l'action

- 4.1 Objectifs
- 4.2 Méthodes et outils d'intervention adaptés
- 4.3 Budget prévisionnel
- 4.4 Évaluation de l'action

Animation et gestion de l'action

- 5.1 Responsabilités et collaborations pour la mise en œuvre
- 5.2 Communication interne et externe
- 5.3 Suivi de l'action
- 5.4 Approches globale et durable



ANNEXES

ANNEXE I**PRESENTATION SYNTHETIQUES DES ASSOCIATIONS****DE LA PLATEFORME****APCS -ALGERIE**

Nom complet	Association de Protection Contre le Sida (APCS Algérie) HAK EL WIKAYA
Acronyme	APCS
Date de création	1998
Statut juridique	Association nationale Algérienne à caractère médico social Statut juridique : Agrément N° 22 DGVAAL/DVA/SDA/1
Lieu d'implantation du siège social	Oran
Organes de gouvernance élus	CA Bureau national
Couverture géographique	Nationale
Domaines d'intervention dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida	Prévention combinée de l'infection par le VIH avec les populations clés (PC) Dépistage fixe (2 CDV), mobile et communautaire Prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH Formation et renforcement des capacités Plaidoyer pour l'accès au traitement, à la prévention et aux droits des personnes vivant avec le VIH et des PC Recherche épidémiologique et bio-comportementale
Organes de gouvernance	CA Bureau national
Intervenants	500 volontaires et salariés permanents/vacataires
Publics concernés	Populations clés : usagers de drogues, PS, HSH, migrants Populations vulnérables : Etudiants Personnes vivant avec le VIH et leur entourage Grand public
Statut dans la Plateforme Coalition PLUS MENA	Partenaire et membre consultatif du comité de pilotage
Site internet et courriel	https://fr-fr.facebook.com/apcs31/

**ALCS-MAROC**

Nom complet	Association de Lutte Contre le Sida
Acronyme	ALCS
Date de création	1988
Statut juridique	Association nationale reconnue d'utilité publique en 1993
Lieu d'implantation du siège social	Casablanca
Organes de gouvernance élus	Conseil d'Administration national composé d'élus nationaux et locaux représentant toutes les antennes de l'association Bureau National (6 membres) Bureaux régionaux et locaux
Nombre d'antennes	19
Domaines d'intervention dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida	Prévention combinée de l'infection par le VIH avec les populations clés RDR UDI Dépistage fixe (25 CIDAG), mobile et communautaire Prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH Recherche communautaire Formation et renforcement des capacités Plaidoyer pour l'accès au traitement, à la prévention et aux droits des personnes vivant avec le VIH et PC Collecte de fonds privés
Intervenants	500 volontaires et salariés permanents/vacataires
Publics concernés	Populations clés : usagers de drogues, PS, HSH Populations vulnérables : Routiers, détenus, ouvrières saisonnières, migrants Personnes vivant avec le VIH et leur entourage
Statut dans la Plateforme Coalition PLUS MENA	L'ALCS fait partie des 4 membres fondateurs de Coalition PLUS L'association assure la coordination et le secrétariat de la Plateforme Coalition PLUS MENA
Site internet et courriel	http://www.alcs.ma/ alcs@menara.ma



SOS PE

Nom complet	SOS Pairs éducateurs
Acronyme	SOS PE
Date de création	1999
Statut juridique	Association reconnue légalement depuis 2002
Lieu d'implantation du siège social	Nouakchott
Organes de gouvernance élus	CA et Bureau national
Couverture géographique	Nationale
Domaines d'intervention dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida	Prévention combinée de l'infection par le VIH avec les HSH et les PS Dépistage fixe, mobile et communautaires Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH SSR Plaidoyer pour l'accès au traitement, à la prévention et aux droits des personnes vivant avec le VIH et des PC Recherche bio comportementale
Publics concernés	PC : HSH et PS Publics vulnérables : femmes et jeunes Personnes vivant avec le VIH et leur entourage
Statut dans la Plateforme Coalition PLUS MENA	Membre décisionnaire de la Plateforme Membre du comité de pilotage
Site internet et courriel	http://sospair.org/


ATL TUNIS

Nom complet	Association Tunisienne de lutte contre les MST et le sida, Tunis (ATLMST/SIDA, Tunis)
Acronyme	ATL Tunis
Date de création	1990
Statut juridique	Association à caractère scientifique
Lieu d'implantation du siège social	Tunis
Organes de gouvernance élus	CA et Bureau
Couverture géographique	Nationale
Domaines d'intervention dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida	Prévention combinée de l'infection par le VIH avec les PC RDR UDI Dépistage fixe Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH Plaidoyer pour l'accès au traitement, à la prévention et aux droits des personnes vivant avec le VIH et des PC Recherches bio comportementales
Publics concernés	PC : HSH, PS, UDI et détenus Grand Public Personnes vivant avec le VIH et leur entourage
Statut dans la Plateforme Coalition PLUS MENA	Membre décisionnaire de la Plateforme Membre du comité de pilotage
Site internet	http://www.atlmstsida.org/viewpage.php?page_id=9 https://www.facebook.com/permalink.php?id=117626454968765&story_fbid=527689477295792

ANNEXE II

LIENS VERS DES RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES EN FRANÇAIS

Prévention combinée des IST/ VIH avec les HSH et les PS

- <https://plateforme-elsa.org/category/populations-cles/>
- http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/20151019_JC2766_Fast_tracking_combination_prevention
- http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2012/20120920_MSM_MENA
- http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/fr/
- https://www.aidsalliance.org/assets/000/003/036/alliance_mena_msm_case_study-fr_original.pdf?1498822492

Prévention biomédicale

- http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/Oral_preexposure_prophylaxis_questions_and_answers
- <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-prevention-diversifiee-combinee/vih-prevention-diversifiee-combinee-concept.htm>

Droits humains, lutte contre la S&D et contre les VBG

- <https://plateforme-elsa.org/category/plaidoyer/>
- <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/confronting-discrimination>
- <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/fast-track-human-rights>
- https://www.aidsalliance.org/assets/000/000/899/90669-Comprendre-et-lutter-contre-la-stigmatisation-liee-au-VIH-dans-la-region-MENA-Guide-pour-l'action_original.pdf?1407754286

Réseaux internationaux et régionaux de lutte contre le VIH avec les HSH et les PS

- <http://m-coalition.org/>
- <http://www.africa-gay-rights.org/>
- <http://msmgf.org/>
- <https://www.fhi360.org/projects/linkages-across-continuum-hiv-services-key-populations-affected-hiv-linkages>



PLATEFORME COALITION PLUS MENA

Plateforme Coalition PLUS MENA
Latifa Bella, Chargée de mission à l'international, latefa.bella@gmail.com
Rue Salim Cherkaoui Quartier des hopitaux 20000 Casablanca MAROC
+212 522 22 31 13 / 14
www.alcs.ma

