USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

PEPFAR

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

International HIV/AIDS Alliance
Ensemble pour mettre fin au SIDA

Guide Pratique

Analysons nous-mêmes nos besoins

Guide pratique pour réaliser des Diagnostics Communautaires Participatifs pour répondre aux besoins en santé sexuelle des HSH dans la région MENA

Ce document a été produit grâce au généreux concours du Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR) et le Bureau Moyen Orient de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue d'USAID ou du gouvernement américain.

A propos de l'Alliance Internationale contre le VIH/SIDA

Nous sommes une alliance innovante d'organisations nationales, indépendantes, de la société civile, unies par notre vision d'un monde sans sida.

Nous sommes engagés en faveur de l'action conjointe, du travail auprès des communautés par l'action locale, nationale et mondiale ciblant le VIH, la santé et les droits humains.

Nos actions sont guidées par nos valeurs : les vies de tous les êtres humains se valent toutes et chacun a le droit d'accéder aux informations et services de VIH dont il a besoin pour mener une vie saine.

L'Alliance est attachée à une approche de programmation du VIH et de plaidoyer y afférent fondée sur les droits humains. Nous reconnaissons que le respect, la protection et la promotion des droits humains sont essentiels à la prévention du VIH et à l'atténuation de son impact social et économique. Nous luttons pour la réalisation des droits humains de toutes les personnes affectées par le VIH, en nous attaquant non seulement au VIH, mais également aux questions générales de santé et de développement.

Remerciements

Ce guide pratique a été élaboré par l'Alliance Internationale Contre le VIH/Sida dans le cadre du programme régional « Répondre aux besoins des populations clefs dans la région MENA » soutenu par USAID. Nous remercions chaleureusement le Bureau d'USAID pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord pour son précieux soutien à ce programme durant 10 années.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude aux organisations partenaires qui sur le terrain ont contribué à l'élaboration de cet outil, ont réalisé des diagnostics communautaires participatifs auprès des HSH au démarrage du programme, et utilisent cette méthodologie participative et de mobilisation communautaire pour la conception de leurs interventions auprès d'autres populations clefs : ATL en Tunisie, SIDC, Helem et OPV au Liban, APCS en Algérie, AMSED, ASCS et OPALS-Fes au Maroc.

Le financement a été assuré par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération AID-OAA-A-11-00015 dont le contenu, sous la responsabilité du Projet LMG (Leadership Management and Governance), ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

International HIV/AIDS Alliance
91–101 Davigdor Road
Hove, East Sussex
BN3 1RE
United Kingdom
Tél : +44 1273 718 900
Fax : +44 1273 718 901
Email : mail@aidsalliance.org

Organisation caritative enregistrée sous le numéro : 1038860

www.aidsalliance.org

© 2015, International HIV/AIDS Alliance

Les informations contenues dans cette publication peuvent être librement reproduites ou utilisées pour toute cause à but non lucratif sans l'accord préalable de l'Alliance Internationale contre le VIH/Sida, à condition que celle-ci soit citée comme la source de l'information.

Conception et illustrations : Jane Shepherd

Table des matières

Introduction du guide 4

Dans quel contexte ce guide a-t-il été produit ? 4

Qu'est-ce qu'un DCP ? 6

Pour quelles raisons est-ce qu'on mène un DCP ? 6

Pourquoi mener des DCP avec les HSH ? 7

A qui est destiné ce guide ? 8

Quels sont les objectifs du guide ? 9

Quels sont les contenus du guide ? 9

Comment utiliser ce guide? 11

1 Partie 1 : Collecte des données pendant le DCP 12

1. La préparation pratique du DCP 13

La sélection des sites pour mener le DCP 13

Les contacts avec les populations cibles et les communautés qui vont participer au DCP 13

La constitution des équipes du DCP 15

La formation des équipes du DCP 17

Le choix et la répartition des outils à utiliser pour la collecte des données 17

Préparation du matériel 17

La durée du DCP et l'élaboration du planning 18

2. Outils pour collecter les données pendant le DCP 19

Outil 1 : Mon univers 21

Outil 2 : Le HSH dans sa famille 26

Outil 3: Mon corps et ma sexualité 30

Outil 4 : Pratiques sexuelles des HSH et prise de risques 34

Outil 5: Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté 40

Outil 6 : Nos problèmes 45

Outil 7 : Le moment de vérité 53

Outil 8 : Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté 56

3. Attitudes et comportements des animateurs du DCP 60

Attitudes et comportements appropriés envers les membres de la communauté 60

Facteurs qui contribuent à nos changements individuels d'attitudes et de comportements 61

Bonnes pratiques pour l'animation des séances de DCP 62

4. La documentation du DCP 64
Les fiches à utiliser pour la documentation de la collecte des données 64
Les réunions de documentation 67

2 Partie 2 : Dépouillement et analyse des données du DPC 70

Introduction 71

5. Dépouillement et analyse thématiques des données 78
Principes de base de l'analyse des données 78
Préparation de l'analyse des données 78
Méthodologie pour dépouiller et analyser les données recueillies 79
Consignes pour le dépouillement et l'analyse thématiques des données 82

6. Méthodologie pour l'analyse des problèmes auxquels on veut répondre 87
Analyse des problèmes de santé sexuelle prioritaires 88
Analyse des chaînes causales de problèmes 91
Analyse de qui est concerné par les problèmes 94
Enoncé des problèmes de santé sexuelle 95

7. Présentation des résultats du DCP aux participants du DCP : validation de l'analyse des problèmes et besoins de la population cible 99
Objectifs de la présentation aux participants du DCP 99
Contenus de la présentation aux participants du DCP 99
Organisation des réunions de présentation aux participants du DCP 100
Intégration des commentaires des participants du DCP dans l'analyse 100

8. Présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux 100
Qui inviter? 100
Objectifs de la présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux 100
Contenus de la présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux 101

9. Elaboration du rapport final du DCP 101
Objectifs du DCP 101
Description du processus 101
Résultats présentés sous forme thématique 102
Analyse des besoins prioritaires de santé liés à la santé des HSH 102
Leçons tirées du DCP 103
Rédaction du rapport 103

10. Planning des réunions de dépouillement, d'analyse et de présentation des données du DCP 105

3 Partie 3 : Elaboration d'un projet sur la base du DPC 106

Introduction 107

11. Le choix des stratégies 108

Quelles sont les stratégies potentielles pour répondre aux problèmes de la population cible ? 108

Avec qui va-t-on travailler pour mettre en œuvre ces stratégies ? 112

Ces stratégies sont-elles viables ? (faisabilité ou viabilité) 113

Quel sera l'impact de ces stratégies ? 114

Ces stratégies seront-elles durables ? (durabilité ou pérennité) 115

Sélection finale des stratégies 116

12. Elaboration du cadre du projet 121

Définition de l'objectif général et des objectifs spécifiques du projet en lien avec les stratégies 121

Evaluation du projet 123

Identification et programmation des activités : calendrier des activités 125

Suivi du projet 128

Elaboration du budget prévisionnel 130

Annexe 1 : Récapitulatif du processus de DCP et d'élaboration de projet 131

Liste des abréviations

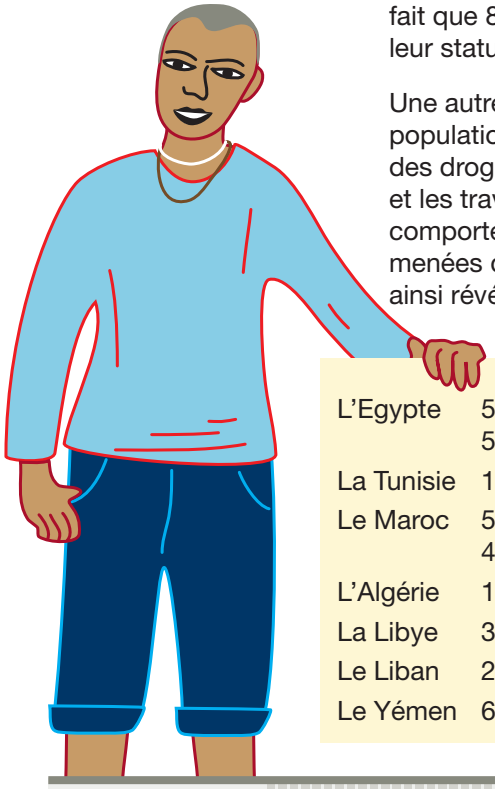
DCP	Diagnostic Communautaire Participatif
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGBT	Lesbienne, gay, bisexuel(le), transsexuel(le)/transgenre
MENA	Moyen Orient et Afrique du Nord
ONG	Organisation non-gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine

Introduction du guide

Dans quel contexte ce guide a-t-il été produit ?

La région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient (MENA) est classée parmi les régions à faible prévalence du VIH. Cependant, la progression du nombre de nouvelles infections dans la région MENA est considérée avec préoccupation, et MENA est une des deux régions du monde où la progression de l'épidémie est la plus rapide. Entre 2001 et 2012, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région a augmenté de 76 %, avec de nouvelles infections en hausse de 55 %, et 16,500 décès liés au SIDA (contre 6,000 en 2001, soit une hausse de 176 %). La région est également marquée par une très faible couverture de traitement antirétroviral (8 % en 2012). Ce niveau très faible est notamment dû au fait que 80 % des personnes vivant avec le VIH dans la région ne connaissent pas leur statut sérologique.

Une autre caractéristique de l'épidémie est son caractère concentré parmi les populations les plus exposées, en particulier parmi les personnes qui s'injectent des drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les travailleuses du sexe. Durant ces dernières années, plusieurs études séro-comportementales sur la prévalence du VIH chez ces populations clefs ont été menées dans différents pays de la région, notamment parmi les HSH. Elles ont ainsi révélé les résultats présentés dans la figure 1 ci-après :

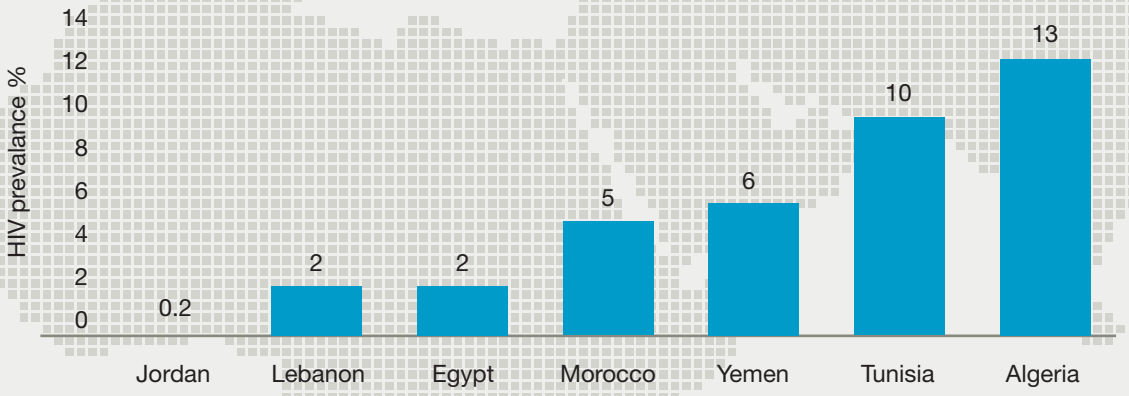


L'Egypte	5,7 % au Caire et 5,9 % à Alexandrie
La Tunisie	10,1 %
Le Maroc	5,6 % à Agadir, 4,8 % à Marrakech
L'Algérie	13 %
La Libye	3,1 %
Le Liban	2 %
Le Yémen	6 %

Ces données mettent en évidence l'existence d'une épidémie concentrée parmi les HSH vivant dans MENA, ce qui est directement lié à la discrimination et stigmatisation qu'ils subissent et les empêchent d'accéder aux informations et moyens de prévention, de se faire dépister et se soigner.

Ces données confirment les craintes de nombreux acteurs, notamment l'ONUSIDA, concernant le risque d'augmentation massive du nombre de contaminations, en raison des facteurs suivants :

Figure 1. Prévalence du VIH parmi les HSH dans les pays sélectionnés de la région MENA[1]



1. UNAIDS, *The gap report*, p.82. Disponible à : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

- La prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) suggère que l'utilisation de préservatifs et/ou les pratiques de réduction des risques sont actuellement insuffisamment répandues. Dans la région MENA comme ailleurs, un certain nombre de HSH tendent à avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires sexuels multiples. D'autre part, on sait que les personnes qui souffrent d'IST non traitées sont plus vulnérables à l'infection par le VIH.
- Dans MENA, de nombreux HSH sont mariés et ont également des relations sexuelles avec des femmes. La plupart du temps ces relations sexuelles ne sont pas protégées non plus, ce qui place les partenaires féminines de ces hommes (et leurs futurs enfants, le cas échéant) dans une situation à risque et favorise la propagation de l'épidémie.
- Les tabous sociaux et religieux liés à la répréhension des rapports sexuels entre hommes et les risques de discrimination à l'encontre des HSH conduisent ceux-ci à dissimuler leur orientation et/ou pratiques sexuelles, notamment aux professionnels de santé. Ceci rend difficile le dépistage et le traitement du VIH et des autres IST. En raison de ce contexte, il n'existe pas encore beaucoup de programmes de prévention et de soins spécifiques pour les HSH dans la région.

Par ailleurs, la plupart des pays de la région criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe et poursuivent les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres sur la base de leur identité de genre ou orientation sexuelle. Lorsque les environnements juridiques et sociaux punissent, stigmatisent et discriminent les HSH, ceux-ci sont moins susceptibles d'avoir une connaissance suffisante des risques liés au VIH, d'accéder aux services de prévention du VIH, y compris le dépistage volontaire, ou d'accéder aux moyens de prévention tels que les préservatifs et lubrifiants à base d'eau. Ils sont également moins susceptibles de s'organiser et participer de façon significative à la conception et la mise en œuvre de programmes de prévention, la sensibilisation par les pairs ou autres initiatives au niveau communautaire.

Les caractéristiques épidémiologiques et socio-culturelles du MENA plaident en faveur de l'extension de programmes de prévention et soutien ciblés auprès des HSH. Les leçons apprises dans d'autres régions du globe montrent que là où la prévalence du VIH est faible, le fait de concentrer les efforts de prévention sur les personnes qui ont des pratiques sexuelles avec un fort risque de transmission du VIH permet non seulement de protéger ces personnes mais également de maîtriser la propagation de l'épidémie au niveau de la population générale.

Le programme *Répondre aux besoins des HSH dans la région MENA* d'USAID et l'Alliance

En 2005, l'Alliance Internationale contre le VIH/SIDA (l'Alliance) a lancé le programme intitulé *Répondre aux besoins des populations les plus exposées au risque d'infection du VIH dans la région MENA*. Financé par USAID, ce programme régional consiste en une série d'interventions auprès les HSH vivant en Algérie, Maroc, Tunisie et Liban. Ce programme soutient des organisations de la société civile (OSC) dans ces quatre pays afin de renforcer leur prestation de services et d'améliorer leur capacité d'influencer leur environnement pour améliorer l'accès aux services de santé pour les HSH. Les organisations partenaires sont l'ATL en Tunisie, AMSED, l'ASCS et OPALS-Fès au Maroc, l'APCS en Algérie et SIDC, Helem et Oui pour la Vie au Liban.

Le programme a mis en place des programmes de sensibilisation dans plus de 10 sites dans ces pays, où les organisations partenaires offrent un ensemble de services de prévention combinée visant les HSH conformément aux normes internationales. Après 10 ans de mise en œuvre, ce programme a atteint des résultats significatifs à différents niveaux – individuel, communautaire,

institutionnel, structurel. Il a tout d'abord eu un impact significatif sur les vies des HSH bénéficiaires : le développement personnel (des compétences à la vie, l'estime de soi), l'accès aux services de prévention, de soins et de soutien et le développement des comportements de prévention. Il a contribué de manière significative à la mobilisation communautaire, l'autonomisation et la participation des HSH dans la réponse au VIH. Par ailleurs, les efforts de sensibilisation menés par les associations partenaires ont contribué à sensibiliser les autorités de santé sur les vulnérabilités et les besoins spécifiques des HSH et à réduire la stigmatisation dans les centres de soins de santé et dans d'autres structures.

Dès le démarrage de ce programme, l'Alliance a préconisé une approche qui permette de travailler sur le terrain en étroite collaboration avec la population clef concernée ; c'est-à-dire les HSH, de façon à mieux cerner leurs besoins et les solutions qui peuvent leur être apportées par rapport aux IST/VIH/SIDA. L'Alliance et ses partenaires se sont engagés dans la mise en œuvre de Diagnostics Communautaires Participatifs (DCP). Utilisés dans le cadre de programmes de développement, les DCP ont fait leur preuve comme instruments efficaces d'identification des besoins de communautés très diverses et de mobilisation de ces communautés.

Dans la mesure où travailler avec les HSH reste quelque chose de relativement nouveau et/ou sensible pour les organisations non-gouvernementales (ONGs) au Maghreb et au Moyen Orient en raison du contexte socioculturel, l'Alliance a élaboré ce guide pour permettre aux organisations partenaires de mener des DCP avec des HSH en prenant en compte tous les aspects spécifiques du travail avec cette population.

Qu'est-ce qu'un DCP ?

Un DCP est un processus qui permet de collecter des informations sur la situation et les besoins d'une communauté en impliquant cette communauté dans la collecte et l'analyse des informations grâce à une méthodologie participative. De façon concrète, cela veut dire qu'on organise des réunions sur le terrain avec des membres de la communauté ; on discute dans des groupes restreints en utilisant une série d'exercices souvent ludiques: dessins, brainstorming, etc.

Une fois les informations collectées, celles-ci sont analysées pour mettre en place des projets qui répondront au mieux aux besoins qui ont été identifiés avec et par la communauté.

Un DCP est la première étape de la mise en place d'un projet à base communautaire. Il doit en effet déboucher sur une action concrète qui va être menée avec et pour les populations cibles.

C'est également un processus de recherche puisqu'on collecte et on analyse des données selon une méthodologie précise. D'une certaine façon, on peut dire que c'est de la recherche-action puisque le seul objectif de la collecte et de l'analyse des données est l'action que l'organisation qui mène le DCP va entreprendre.

Il faut remarquer que les données auxquelles on s'intéresse dans un DCP sont avant tout qualitatives ; c'est-à-dire qu'on privilégie les opinions, les croyances et les pratiques des gens.

Pour quelles raisons est-ce qu'on mène un DCP ?

Mettre en place des programmes pour des populations sans avoir analysé avant leurs besoins ne sert à rien car on risque de ne pas répondre à leurs besoins réels ou de répondre à côté.

Contrairement à des techniques d'analyse des besoins qui passent par une collecte des données par des personnes extérieures à la communauté, le DCP

permet de faire participer activement les populations concernées. Ce ne sont pas des personnes extérieures qui viennent dans la communauté, posent quelques questions et ne reviennent jamais. Dans le cas du DCP, la méthodologie utilisée permet aux membres de la communauté de participer à une réflexion approfondie sur leur situation, d'identifier et de classer leurs besoins par ordre de priorité.

Parce que les membres de la communauté se sentent partie prenante du processus de collecte des données, et plus tard de l'analyse de ces données, ils seront beaucoup plus motivés pour s'impliquer ensuite dans les programmes et projets qui vont être mis en place. Le DCP est donc aussi une façon efficace de mobiliser la communauté.

Pourquoi mener des DCP avec les HSH ?

Mener un DCP avec des HSH a pour objectif de collecter des informations qui conduiront à la mise en place d'actions qui, d'une part, réduiront la transmission du VIH et des IST parmi les HSH et, d'autre part, permettront d'offrir des services de soutien aux HSH, notamment à ceux qui sont séropositifs. Les thèmes principaux qui sont explorés dans ce type de DCP sont les suivants :

Les connaissances, attitudes et comportements des HSH et de leurs partenaires sexuels par rapport aux sujets suivants :

- Les questions de santé liées à la sexualité
- Les IST
- Le VIH/SIDA
- L'homosexualité et les pratiques sexuelles entre hommes
- L'information disponible sur ces sujets
- Le rôle de la famille, de la communauté et des prestataires de services de prise en charge

Les dynamiques relationnelles entre HSH et les interactions existantes entre les HSH et leur environnement :

- Comment les gays et autres HSH communiquent-ils entre eux et avec les autres ?
- Quels types d'interactions existent dans le cadre des activités sexuelles entre hommes ?
- Quelle est l'importance de la stigmatisation et la discrimination pour l'adoption de mesures préventives efficaces contre le VIH et les IST ?
- Qui peut aider les hommes gays et autres HSH face aux crises émotionnelles, psychologiques et dans le domaine de la santé ?
- Quelle est l'importance des institutions sociales comme la famille, l'école, les services de santé publique dans la vie des hommes gays et autres HSH ?

Les obstacles à l'accès aux services :

- Quels sont les obstacles les plus importants qui empêchent les hommes gays et autres HSH de bénéficier des services de soutien et prise en charge (gouvernementaux, privés, communautaires, formels et informels) ?
- Quels sont les points d'entrée pour des actions viables ?

Le cadre conceptuel du DCP avec des HSH est résumé dans le schéma suivant :

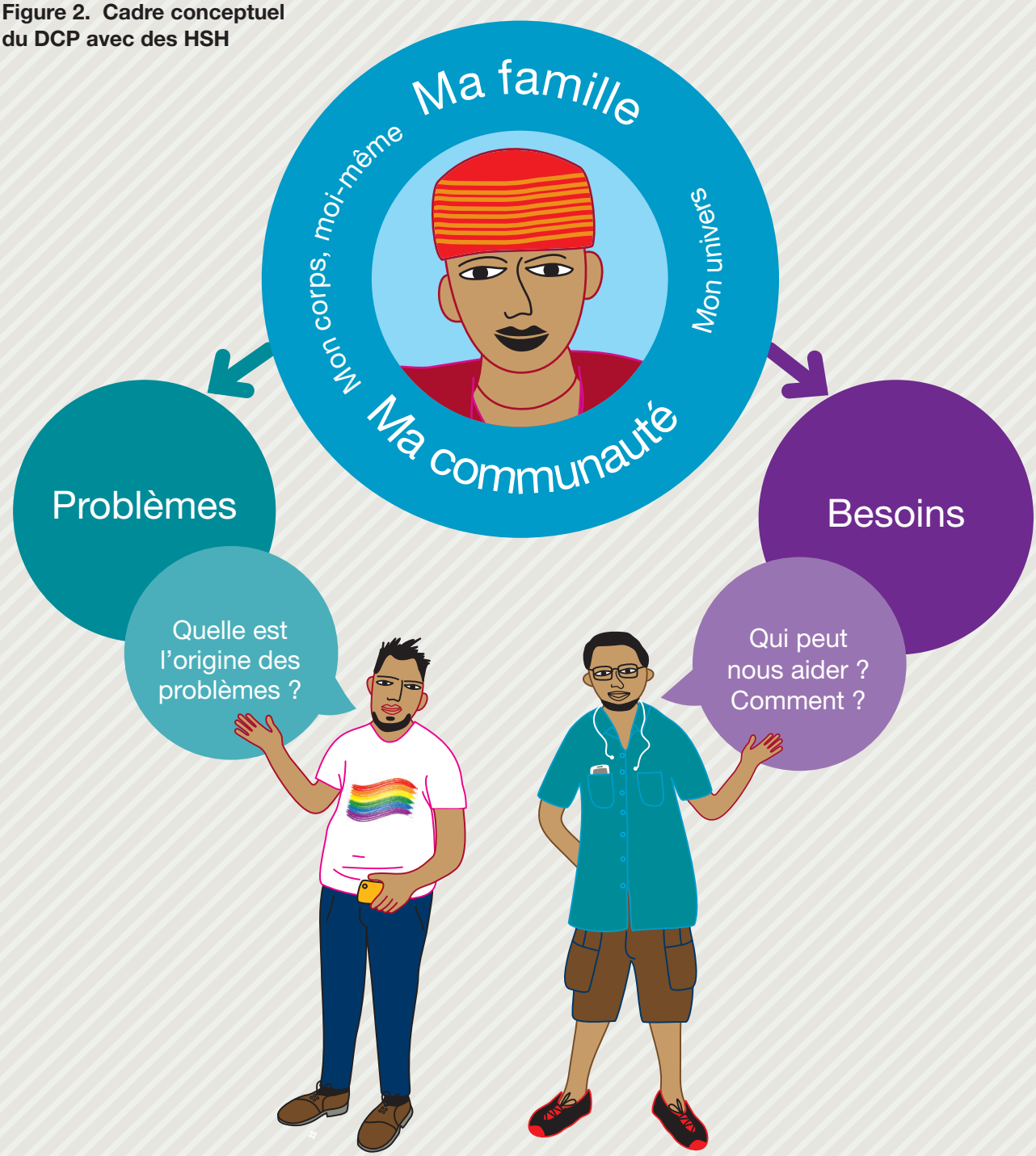
- On part de l'individu : comment vit-il et se vit-il en tant que HSH ?
- On analyse ensuite l'individu dans son contexte familial et social.
- On analyse ses problèmes et ses besoins en tant qu'homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, plus particulièrement ceux qui sont liés à la santé.
- On cherche aussi à bien comprendre l'origine des problèmes identifiés.

- Enfin, on fait le point sur les personnes et structures dans la communauté qui peuvent aider les HSH à surmonter les problèmes et répondre aux besoins en matière de santé et de sexualité.

A qui est destiné ce guide ?

Ce guide est destiné à des personnes qui vont mener des DCP avec des HSH. Ces personnes sont notamment les personnels et bénévoles des associations et ONG qui ont déjà des activités de prévention des IST/VIH/SIDA et de soutien destinées aux HSH, ou à celles qui souhaitent s'engager dans cette voie. Parmi les associations et ONG pour lesquelles ce guide a été conçu, figurent bien-sûr celles qui sont issues de la communauté HSH.

Figure 2. Cadre conceptuel du DCP avec des HSH



Comme ceci a déjà été mentionné, le guide est avant tout destiné aux associations et ONG du Maghreb et du Moyen Orient dans le cadre du programme régional de l'Alliance pour mieux répondre aux besoins des HSH face au VIH/SIDA et aux IST.

Quels sont les objectifs du guide ?

Le guide est avant tout un guide pratique. Même s'il donne quelques explications brèves sur certains points de théorie, il donne surtout des informations pratiques sur les méthodes qu'on utilise pendant le DCP, depuis la collecte des données sur le terrain jusqu'à l'élaboration d'un projet associatif destiné à répondre aux besoins des HSH dans une communauté donnée.

Le guide doit être utilisé pour la formation initiale et continue des personnels et des bénévoles des associations qui vont constituer les équipes de DCP. C'est donc tout d'abord un support de formation pour les personnes qui animeront ces sessions de formation. C'est aussi un ouvrage de référence à utiliser à toutes les étapes du DCP pour la mise en œuvre de celui-ci.

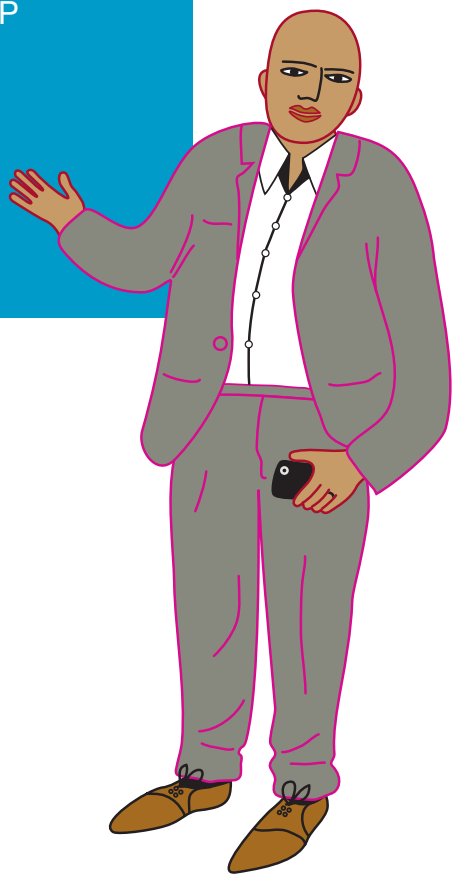
Quels sont les contenus du guide ?

Le guide est divisé en trois parties. Ces trois parties décrivent de façon chronologique tout le processus qui va de la collecte des données sur les besoins des HSH dans le domaine de la santé liée à la sexualité jusqu'à l'élaboration du projet conçu pour répondre à certains de ces besoins.

Partie 1 :
Collecte des données pendant le DCP

Partie 2 :
Dépouillement et analyse des données du DCP

Partie 3 :
Elaboration d'un projet sur la base du DCP



Partie 1 : Collecte des données pendant le DCP

Le premier chapitre donne des informations détaillées sur la façon dont on doit préparer un DCP dont la population cible est les HSH. Les informations concernent les points suivants :

- La sélection des sites dans lesquels on va mener le DCP
- Les contacts avec les populations cibles et les communautés qui vont participer au DCP
- La constitution et la formation des équipes qui vont mener le DCP
- La préparation du matériel qui va être utilisé
- La durée du DCP

Le deuxième chapitre présente un certain nombre d'outils qui permettent de collecter des informations auprès de la population cible. Les outils sont en fait des exercices participatifs qui permettent aux membres des populations cibles de s'impliquer dans les discussions grâce à différentes méthodes. Ces exercices sont animés par les équipes du DCP avec de petits groupes issus de la population cible. Chaque outil est présenté sous forme de fiche technique qui permet aux animateurs du DCP de savoir exactement comment utiliser ces outils. Toutes les fiches techniques sont également accompagnées de guides de discussion pour aider l'animateur à mener les discussions avec les participants.

Le troisième chapitre fait le point sur les attitudes et les comportements des animateurs et des autres membres des équipes pendant le DCP, au sein des équipes mêmes et avec les participants. Comme dans tout processus participatif, attitudes et comportements appropriés sont en effet essentiels pour la réussite du DCP.

Enfin le quatrième chapitre explique comment doit être faite la documentation du processus et des données recueillies pendant toute la phase de collecte des données.

Partie 2 : Dépouillement et analyse des données du DCP

La deuxième partie donne toutes les informations pratiques pour faire le dépouillement des données recueillies pendant les séances de DCP avec la population cible sur le terrain – c'est-à-dire la classification, la lecture approfondie et systématique des informations collectées – ainsi que l'analyse de ces données.

Il décrit notamment comment à partir des données collectées on peut classer les besoins ou problèmes identifiés par ordre de priorité et analyser les relations entre les différents problèmes. Ceci permet d'énoncer clairement les problématiques les plus importantes dans le domaine de la santé et de la sexualité des HSH dans la communauté.

L'analyse des données étant aussi un processus participatif, cette partie explique comment présenter les résultats de l'analyse aux participants du DCP, de façon à ce qu'ils les valident.

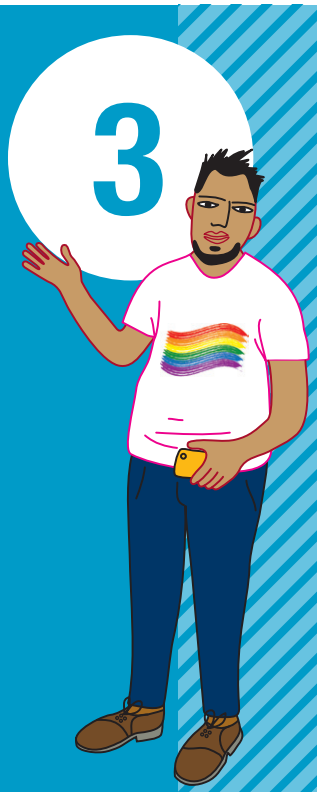
Par ailleurs on démontre l'intérêt de présenter les résultats du DCP aux acteurs locaux qui sont des partenaires potentiels pour la mise en œuvre du ou des projets qui seront élaborés sur la base du DCP. Finalement la deuxième partie détaille les contenus du rapport final.

Partie 3 : Elaboration d'un projet sur la base du DCP

La troisième partie du guide décrit la méthodologie pour que l'association ou l'ONG qui mène le DCP puisse identifier les stratégies qui vont répondre aux besoins prioritaires des populations cibles grâce aux séances de travail sur le terrain. On explique les deux étapes fondamentales de cette phase : l'identification des solutions pour répondre aux problèmes d'une part et la sélection des solutions les plus appropriées d'autre part.

Une fois les stratégies identifiées et sélectionnées, l'association doit élaborer le projet sur la base de ces stratégies. La troisième partie explique donc la façon de procéder pour obtenir tous les éléments nécessaires à l'élaboration du projet et à sa présentation au(x) bailleur(s) de fonds et aux partenaires :

- Comment formuler les objectifs généraux et spécifiques du projet que les stratégies sélectionnées vont permettre d'atteindre
- Comment identifier les activités qui vont être mises en œuvre pour apporter des solutions aux problèmes des HSH dans la communauté, et le calendrier de ces activités
- Comment calculer le coût de mise en œuvre du projet (budget prévisionnel)
- Comment déterminer les mécanismes pour s'assurer que les activités prévues auront bien lieu comme prévu et qu'elles auront l'impact souhaité (suivi et évaluation)



Comment utiliser ce guide?

Les trois parties du guide doivent être utilisées par les personnels et bénévoles des associations impliquées dans un DCP en fonction de l'étape du DCP à laquelle ils se trouvent. Chaque membre de l'équipe du DCP devrait avoir un exemplaire de ce guide pour pouvoir s'y référer lorsque cela est nécessaire. Il est préférable que l'ensemble des contenus des trois parties du guide soit au moins parcourus par les équipes du DCP avant de commencer le DCP.

1

Partie 1 : Collecte des données pendant le DCP

Dans cette partie

1. La préparation pratique du DCP
2. Outils pour collecter les données pendant le DCP
   - Outil 1 : Mon univers
   - Outil 2 : Le HSH dans sa famille
   - Outil 3 : Mon corps et ma sexualité
   - Outil 4 : Pratiques sexuelles des HSH et prise de risques
   - Outil 5 : Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté
   - Outil 6 : Nos problèmes
   - Outil 7 : Le moment de vérité
   - Outil 8 : Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté
3. Attitudes et comportements des animateurs du DCP
4. La documentation du DCP

1. La préparation pratique du DCP

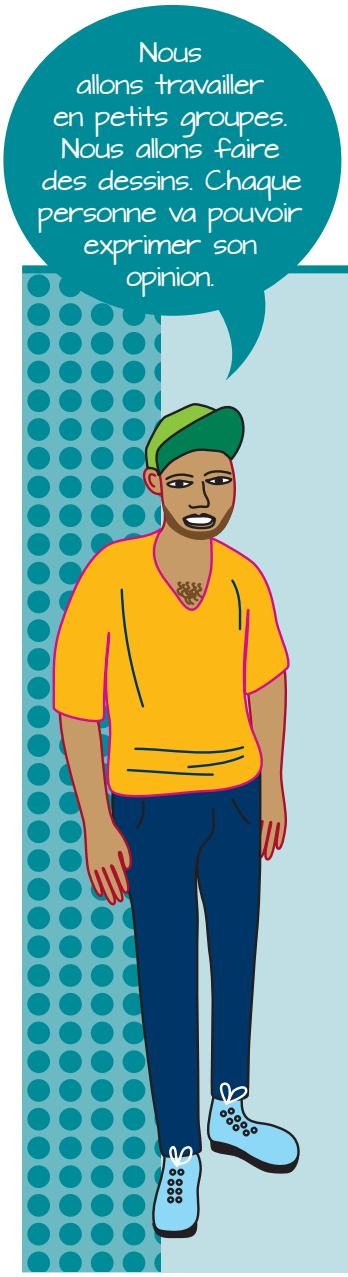
La sélection des sites pour mener le DCP

- Il ne faut pas oublier que le projet d'intervention que vous allez élaborer à la fin du DCP devra être mis en œuvre sur les sites où sera organisé le DCP. Vous avez donc deux possibilités pour choisir les sites :
  - Soit vous choisissez des zones dans lesquelles votre organisation est déjà présente à travers d'autres activités. Cela vous donne des avantages comme une bonne connaissance du terrain et de certains acteurs. Quand vous travaillez au sein de communautés que vous connaissez déjà, vous pouvez utiliser le DCP pour renforcer et approfondir des partenariats existants.
  - Soit vous choisissez des zones dans lesquelles votre organisation n'est pas encore présente. Cela peut être nécessaire si vous savez de façon informelle que des HSH ont des besoins importants dans une zone donnée et qu'il n'y a aucune structure pour répondre à ces besoins.
- Quel que soit le site, choisi il faut y aller et faire des repérages, notamment de tous les endroits stratégiques qui sont les lieux de passage, rencontre et socialisation des HSH sur les sites choisis. C'est dans ces endroits que vous pourrez rencontrer les HSH qui participeront au DCP. Pour repérer les endroits stratégiques, on peut procéder à la fois par observation et par contact avec des personnes clés de la communauté. Les repérages sont d'autant plus faciles qu'il y a déjà des HSH dans l'équipe du DCP car ils peuvent avoir une meilleure connaissance du terrain.
- Il faut vérifier sur le terrain toutes les informations que vous recevez des personnes clés avant d'organiser les séances de DCP.
- Les endroits dans lesquels vous organiserez les réunions avec les membres de la communauté pour collecter les informations dépendront du site lui-même, des populations avec lesquelles vous allez travailler, de leur disponibilité et de leur visibilité. Il faut que les personnes se sentent à l'aise dans les lieux choisis. Certains peuvent préférer la rue, un parc, alors que d'autres participants préfèreront un endroit privé, une salle de réunion par exemple. De façon générale, Il faut que les lieux de réunion offrent des garanties de sécurité et de confidentialité pour les participants. Si vous trouvez des endroits appropriés pendant les repérages, il est préférable de confirmer avec les personnes responsables la possibilité de les utiliser pour le DCP et vous pouvez éventuellement les réserver.
- Le nombre de sites doit être limité pour permettre à vos équipes d'organiser plusieurs réunions avec la communauté dans chaque endroit stratégique.

Les contacts avec les populations cibles et les communautés qui vont participer au DCP

- Vous devez identifier des personnes clés qui elles-mêmes connaissent bien les sites que vous avez choisis pour le DCP et les personnes qui les fréquentent. Ainsi ces personnes clés pourront vous mettre en contact avec des participants potentiels du DCP. Les personnes ou contacts clés comprennent les catégories suivantes :
  - Leaders gays
  - Patrons d'établissements fréquentés par des HSH – saunas, cafés, bars, discothèques, etc.
  - Professionnels de la santé et travailleurs sociaux qui connaissent les sites, qui ont des relations avec des participants potentiels, et qui peuvent vous aider à ouvrir des portes
  - Responsables d'associations
  - Travailleurs du sexe travaillant sur le site.

- Vous devez vous présenter aux personnes clés et les informer de manière brève sur les activités de votre organisation, votre intention de mener des actions sur le terrain pour les HSH. Expliquez qu'avant de commencer à travailler avec les HSH, vous voulez faire le point avec ceux qui fréquentent le site sur leurs problèmes et leurs besoins. Si vous prononcez « diagnostic communautaire participatif », expliquez clairement ce dont il s'agit. Faites savoir qu'il est très important d'obtenir la participation active des hommes gays et d'autres HSH du site. Une lettre de présentation expliquant de manière générale votre travail sera très utile à ce moment-là.
- Dans chaque site, c'est à vous de déterminer les catégories de population avec lesquelles vous allez travailler. Si vous choisissez par exemple un quartier où il y a des lieux de drague, des bars, etc. vous avez intérêt à travailler avec les différentes catégories de HSH qui fréquentent le quartier : gays, travailleurs sexuels et leurs clients, travestis, etc. Dans d'autres cas vous pouvez cibler une catégorie particulière.
- Pendant les visites exploratoires sur les sites stratégiques, et pendant les entretiens avec les personnes clés identifiées, il faut essayer d'estimer le nombre de HSH qui se réunissent dans les différents endroits stratégiques. Il ne s'agit pas de faire un recensement, mais d'avoir une estimation du nombre de personnes que vous pouvez potentiellement contacter. Ces estimations serviront de base pour comparer avec les données chiffrées qui seront recueillies par les équipes durant le DCP.
- Il est parfois nécessaire de prendre contact avec les autorités de police avant de commencer la collecte sur le terrain pour éviter par exemple que les équipes du DCP ne soient importunées par des policiers sur certains lieux stratégiques comme les lieux de drague ou de prostitution. Il faut aussi penser à la sécurité des participants pendant le DCP.



La présentation du DCP aux personnes clés et membres des populations cibles

A chaque fois que vous rencontrerez des personnes de la communauté qui n'ont pas encore participé au DCP, et avant de solliciter leur participation, vous devrez leur donner un certain nombre d'informations sur le DCP.

Quelles informations donner quand vous présentez le DCP ?

- Expliquer les objectifs du DCP de façon claire et brève, sans utiliser de jargon.
- Demander aux personnes présentes si c'est clair et répondre à leurs questions.
- Expliquer brièvement la méthodologie utilisée pour le DCP, par exemple : « Nous allons travailler en petits groupes. Nous allons faire des dessins. Chaque personne va pouvoir exprimer son opinion. »

Pourquoi faire une présentation du DCP à chaque participant ?

- C'est une marque de respect pour les personnes qui donnent un peu de leur temps et partagent des informations avec vous. L'approche participative est basée sur le respect total des membres de la communauté qui participent au diagnostic.
- Comme dans tout processus de recherche, les participants ont le droit à l'information avant d'accepter de participer.
- Les informations données aux participants ou participants potentiels permettent de mettre les personnes en confiance.
- Si les participants savent exactement pour quelles raisons le DCP est mené, la quantité des informations partagées sera plus importante et la qualité sera meilleure.

La constitution des équipes du DCP

- La meilleure façon de mener un DCP est à travers de petites équipes de trois à quatre personnes qui vont collecter les informations. La participation dans l'équipe d'une personne qui connaît bien les endroits stratégiques est recommandée car cela facilitera la confiance et l'immersion dans la communauté. Décidez toujours de la composition de vos équipes avec les membres de la communauté et suivez leurs recommandations.
- Au moment de préparer votre travail en équipe sur le terrain, il faut définir très clairement le rôle que chacun va jouer durant le DCP. Il y a trois rôles principaux au sein d'une équipe de DCP :
  - **L'animateur :** La personne qui anime les séances de DCP doit être quelqu'un qui se sent très à l'aise pour mener des discussions. Il/elle doit avoir des compétences pour utiliser les outils visuels de manière claire et efficace. Il/elle doit aussi savoir comment poser des questions stratégiques. Cette personne doit être préparée pour faire une présentation simple du DCP afin de donner des explications sur les objectifs et la durée du DCP.
  - **Le documentaliste :** Ce membre de l'équipe documente toutes les discussions de manière discrète, en demandant la permission des participants pour ne pas gêner leur coopération. Il/elle doit prendre en note les informations données par les participants quand ils expliquent les dessins, cartes et autres outils visuels qu'ils ont produits. Pour ce faire, le documentaliste utilise les fiches pour la documentation des séances de collecte des données qui figurent dans ce guide.
  - **L'observateur :** Ce membre de l'équipe observe le processus et devient l'assistant du facilitateur et/ou du documentaliste selon les besoins. La personne qui observe doit être capable de donner aux autres membres de l'équipe du feedback sur le processus du DCP.

Si les membres de l'équipe le décident, ils peuvent changer de rôles suivant les séances de DCP mais une personne doit coordonner l'équipe. Par ailleurs une seule personne doit avoir la responsabilité de collecter, classer et conserver les matériaux recueillis pendant le travail sur le terrain. Cette personne doit maintenir un journal détaillé des activités menées et des matériaux collectés. La conservation des matériaux est cruciale et indispensable au moment de faire l'analyse.

Tout au long du DCP, chaque équipe doit se réunir avant chaque séance pour la préparer : salle, matériel, animation, répartition des rôles. Elle doit se réunir également après la séance afin de remplir les fiches pour la documentation des données collectées et classer les matériaux qui ont été produits par les participants pendant la séance (grandes feuilles avec dessins, cartes, tableaux).

Lorsqu'une ONG ou association dispose de plusieurs équipes pour mener un DCP, il faut qu'il y ait **un coordinateur**. Le coordinateur sera chargé notamment d'élaborer le plan de travail et de le faire respecter par les différentes équipes. Il organisera également des réunions de coordination au début et pendant le DCP. C'est également le coordinateur qui jouera un rôle moteur dans la préparation et l'organisation des réunions de dépouillement et d'analyse des données.

Il est également nécessaire de nommer un(e) **documentaliste principal**(e) qui sera en charge de la rédaction du rapport final du DCP. Ce documentaliste peut être l'une des personnes qui a joué le rôle de documentaliste dans l'une des équipes du DCP ou une autre personne qui a de bonnes capacités de synthèse, d'analyse et de rédaction. Le rôle précis du documentaliste principal est décrit au chapitre 4 « La documentation du DCP ».

Les responsabilités du coordinateur pendant la collecte des données

Planifier le DCP

- Planifier avec les responsables de chaque équipe le démarrage et le déroulement de la collecte des données : dates, répartition entre les équipes des outils de collecte qui vont être utilisés avec les participants du DCP, distribution des rôles entre les membres de chaque équipe, lieux utilisés pour les séances de collecte.
- Organiser des réunions de planification par équipe.
- Etablir le calendrier de travail par écrit et le distribuer à toutes les équipes (voir l'exemple de grille de planification de collecte des données, page 19).
- Etablir une base de données des coordonnées des participants au DCP pour pouvoir les contacter facilement.
- Organiser une réunion générale de planification avec tous les membres des différentes équipes.
- Fournir un appui technique pour que les animateurs se préparent à l'animation des différents exercices qu'ils vont utiliser avec les participants.
- Faire la liste du matériel nécessaire (avec la répartition par équipe).
- Acheter tout le matériel nécessaire pour qu'il soit disponible au démarrage du DCP et le remettre aux responsables de chaque équipe.
- Faire un budget prévisionnel pour la collecte des données et les autres étapes du DCP.

Coordonner le déroulement du DCP

- Organiser et animer des réunions de coordination avec des représentants des différentes équipes pendant la collecte des données.
- Communiquer de manière régulière avec les responsables de chaque équipe.
- Vérifier que les équipes ont le matériel nécessaire tout au long de la collecte des données.
- Coordonner l'utilisation des lieux de réunion.
- Gérer les problèmes qui pourraient survenir entre les membres des équipes, avec les participants, les collègues de l'organisation ou toute autre personne.
- Gérer le budget alloué au DCP.

Superviser la documentation du processus du DCP

- Veiller à ce que les équipes remplissent correctement les fiches pour la documentation du DCP.
- Faire un compte-rendu hebdomadaire du déroulement du DCP aux équipes afin d'identifier rapidement ce qui fonctionne et ce qui fonctionne moins bien. Cela permettra d'identifier et de répondre aux difficultés rapidement et donc d'améliorer le processus au fur et à mesure.
- Organiser une réunion de compte-rendu à mi parcours et une à la fin de la collecte des données.
- Faire un compte-rendu hebdomadaire du travail des différentes équipes au partenaire/bailleur.

Le coordinateur fait le lien en permanence avec le partenaire ou bailleur qui finance le DCP.

La formation des équipes du DCP

Il faut que tous les membres des équipes du DCP aient reçu la même formation avant d'aller sur le terrain. La formation initiale doit couvrir tous les aspects présentés dans l'introduction et la première partie de ce guide.

La formation à l'utilisation des outils pour la collecte des données doit être pratique ; c'est-à-dire que les personnes formées doivent s'entraîner en groupe à utiliser les outils (en tant qu'utilisateurs) et à expliquer la procédure d'utilisation de chaque outil aux futurs participants.

Le choix et la répartition des outils à utiliser pour la collecte des données

Les outils sont en fait des exercices participatifs qui permettent aux membres des populations cibles de s'impliquer dans les discussions sur leurs besoins et leurs problèmes grâce à différentes méthodes d'animation. Le choix des outils et leur répartition entre les équipes du DCP répondent à plusieurs critères :

- Choisir si on veut discuter des thèmes spécifiques avec certaines catégories de HSH et sélectionner les outils parce qu'ils portent sur ces thèmes précis. Par exemple, on peut vouloir approfondir le thème des pratiques sexuelles uniquement avec les jeunes hommes impliqués dans le travail sexuel.
- Si, au contraire, on veut aborder les mêmes thèmes avec les différentes catégories de HSH, il faut veiller à utiliser les mêmes outils avec différents groupes ou avec des groupes où plusieurs catégories de HSH sont représentées.
- Aborder les mêmes thèmes avec un nombre suffisant de participants pour que l'information collectée ne soit pas représentative d'un nombre trop limité de personnes. Il faut donc qu'on utilise le même outil ou des outils qui couvrent des thèmes similaires avec plusieurs groupes de participants.

Préparation du matériel

Matériel pour l'animation des séances de collecte des données

- La plupart des activités que vous allez mener dans le cadre du DCP impliquent l'utilisation d'outils visuels : dessins, cartes, diagrammes. Assurez vous de préparer suffisamment à l'avance tout le matériel que vous allez utiliser. Voici une liste indicative du matériel que vous pouvez utiliser :
  - Grandes feuilles de papier
  - Marqueurs de différentes couleurs
  - Papier blanc format A4
  - Papier de couleur
  - Scotch
  - Bâtons de colle
  - Ciseaux
  - Stylos
  - Elastiques (pour grouper les feuilles à la fin des séances de collecte des données)

Si, pour une raison quelconque, vous oubliez ou vous n'avez pas tout ce matériel, soyez créatifs et utilisez les matériels disponibles : journaux ou revues, posters, etc.

Matériels pour l'équipe

L'équipe doit se munir d'un certain nombre de fiches qui sont présentées dans ce guide :

- **Les fiches techniques qui décrivent chaque outil :** il faut que les animateurs de séances de DCP aient les fiches techniques qui décrivent les outils qu'ils vont utiliser. Ces fiches doivent être photocopiées à partir de ce volume.
- **Les guides de discussion** correspondent à chaque outil**.** Ces guides de discussion sont présentés dans ce volume après la fiche technique de chaque outil.
- **Les fiches pour la documentation** de la collecte des données : c'est la responsabilité des documentalistes d'avoir en quantité suffisante des photocopies des fiches correspondantes aux différents outils qu'ils vont documenter.

Les autres matériels nécessaires aux membres de l'équipe sont :

- **Le journal de terrain :** Chaque membre de l'équipe devrait être muni d'un cahier dans lequel il/elle peut noter au jour le jour comment se déroule le DCP :
  - ce qui se passe – les réunions qui ont lieu, le nombre et type de participants, etc.
  - comment ça se passe – les succès, les difficultés
  - les informations les plus importantes qui sont collectées.
- Il faut aussi identifier quels **matériels d'information sur le VIH, les IST et la sexualité** sont disponibles, notamment en arabe, et préparer des dossiers informatifs qui seront distribués aux personnes participant au DCP. Cette distribution sera ad-hoc car le DCP n'est pas une activité d'éducation par les pairs.

La durée du DCP et l'élaboration du planning

Le DCP commence vraiment lorsque sont finies toutes les démarches de préparation : identification des personnes clés dans les différents sites, présentation du processus, identification des locaux/endroits où l'on va faire les réunions, préparation du matériel, contact et invitation des participants potentiels, etc.

La durée du DCP dépend également :

- du nombre de personnes impliquées dans les équipes et de leur disponibilité
- de la disponibilité des populations cibles sur le terrain car les horaires du DCP doivent totalement s'adapter aux habitudes de vie de ces populations.

Toutefois, le DCP ne peut pas être organisé sur une période trop longue car sinon, aussi bien les équipes que les participants, risquent de se démotiver et de se démobiliser. On estime que le DCP prend en moyenne entre 10 et 12 jours de travail sur le terrain répartis entre les soirées, les week-ends, etc ; c'est-à-dire entre quatre et cinq semaines au total (voir exemple de grille page 19)

Les séances de démarrage peuvent être plus longues à cause du manque d'expérience des équipes, mais ce temps se réduira considérablement au fur et à mesure que l'équipe accumulera de l'expérience et gagnera en confiance. On sent parfois qu'il n'y a plus d'informations nouvelles et à ce moment-là on peut passer à l'utilisation d'autres outils.

Important !

Il est nécessaire que l'équipe programme une courte réunion à la fin de chaque séance de DCP et une réunion plus longue à la fin du DCP pour organiser et réviser les matériaux collectés, les notes prises sur le terrain, les fiches de documentation remplies, en préparation pour l'atelier d'analyse des données collectées pendant le DCP.

Exemple de grille pour la planification de la collecte des données

DATE	HORAIRE	SITE	MEMBRES ÉQUIPE	RÔLES	ACTIVITÉ (OUTILS À UTILISER)	POPULATION CIBLE (CATÉGORIES)	MATÉRIEL NÉCESSAIRE
15/11	19h-21h		Mohamed Nadia Aziz	Animateur Observateur Documentaliste	Mon Univers	Gays, HSH clients saunas (30-50 ans)	Grandes feuilles de papier, feuilles couleur, ciseaux, colle, marqueurs, fiches de documentation « Mon univers »
	21h-22h		Idem		Réunion de synthèse		
20/11	14h-18h		Leila Charbel Younes	Animateur Observateur Documentaliste	Mon corps et ma sexualité Pratiques sexuelles Le moment de vérité	Jeunes gays (18-30 ans)	Grandes feuilles de papier, feuilles A4, marqueurs, Fiches de documentation pour chaque outil « Mon univers », schéma organes génitaux, brochures prévention
	18h-19h		Idem		Réunion de synthèse		

2. Outils pour collecter les données pendant le DCP

Ce chapitre présente un certain nombre d'outils participatifs qui permettent de collecter des informations auprès des HSH pendant les séances de DCP.

Chaque outil est présenté ici sous forme de fiche technique qui contient les éléments suivants :

- Le **nom de l'outil**
- L'**objectif de l'outil** : notamment du point de vue de la collecte des informations ; c'est-à-dire le type d'informations qu'on veut recueillir
- La **procédure** : c'est-à-dire la façon d'utiliser l'outil, décrite étape par étape
- La **technique utilisée** : c'est une façon brève de décrire l'approche méthodologique de l'outil ; par exemple « réflexion », « dessin », etc.
- Le **format de l'outil** : ceci décrit la façon de grouper les participants quand on utilise cet outil, soit individuellement, soit en binômes, soit en sous-groupes, soit en plénière (le grand groupe au complet)
- Le **matériel dont les participants et l'animateur** ont besoin quand ils utilisent cet outil

- La **durée d'utilisation de l'outil** : celle-ci est une estimation et dépend du nombre de participants et des conditions réelles dans lesquelles est mené l'outil au cours du DCP ; c'est-à-dire le lieu, la disponibilité des participants, etc.
- Les **observations** : ce sont des commentaires destinés à attirer l'attention de l'animateur sur des éléments importants de l'outil, soit au niveau de la méthodologie soit au niveau des contenus ; par exemple les thèmes sur lesquels il faut insister

Les outils sont classés dans un certain ordre de progression logique. Toutefois, vous n'aurez pas le temps d'utiliser tous les outils avec toutes les catégories de participants. Ce sera donc à vous de choisir quels outils utiliser avec quels groupes, ainsi que l'ordre dans lequel vous voulez les organiser.

Chaque outil est suivi d'un modèle de **guide de discussion qui regroupe les questions à poser aux participants quand on utilise cet outil**. Ce guide doit aider l'animateur à ne pas oublier de questions importantes. Cependant ce n'est pas un questionnaire dont les questions doivent être posées les unes à la suite des autres. Comme son nom l'indique, c'est un instrument pour aider l'animateur à mener les discussions. D'autre part, ce guide aide la ou les personnes chargées de prendre les notes sur les discussions.

Qu'est-ce qu'on veut dire par outil dans un DCP ?

Les outils sont en fait des exercices participatifs qui permettent aux membres des populations cibles de s'impliquer dans les discussions sur leurs besoins et leurs problèmes grâce à différentes méthodes d'animation : dessins, brainstorming, etc. Ces exercices sont animés par les équipes du DCP avec de petits groupes issus de la population cible. Dans certaines circonstances, certains outils peuvent aussi être utilisés individuellement.

Outil 1 : Mon univers

Durée

2 heures

Technique

- Réflexion individuelle
- Partage en binôme et en plénière

Format

- Individuel
- Binôme
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papier
- Feuilles de couleur
- Ciseaux
- Colle
- Marqueurs

Objectifs

- Mettre les participants du DCP en confiance en leur permettant de parler de leur univers intime de façon non intrusive.
- Collecter des informations sur :
  - **les interactions** entre le HSH et les membres de sa famille, son entourage, la communauté, les institutions, etc.
  - **les réseaux de soutien du HSH** (les personnes importantes et proches ; les personnes importantes, mais éloignées ; les personnes sur lesquelles on peut compter ; les personnes avec lesquelles on peut partager ; etc.)
  - **les phénomènes de stigmatisation**, auto-stigmatisation, homophobie en raison de l'homosexualité et/ou de la séropositivité.

Procédure

Il existe plusieurs façons d'utiliser cet outil :

1. L'animateur remet à chaque participant un lot de bouts de papier de couleurs différentes et une grande feuille de papier. Chaque participant se représente au centre d'une grande feuille de papier puis il représente son univers personnel autour de lui : les personnes (ou organisations) importantes et proches ; les personnes (ou organisations) importantes, mais éloignées ; les personnes sur lesquelles il peut compter ; les personnes avec lesquelles il peut partager ; les « ennemis » ; etc. Chaque élément de son univers doit être représenté par des bouts de papier de formes et couleurs différentes collés sur une grande feuille de papier. Par exemple, tous les proches sont représentés avec la même couleur et la même forme, etc.
2. Chaque participant est ensuite invité à partager avec un autre participant (en fonction de la taille du groupe).
3. En plénière, chaque participant présente et commente pour les autres son univers relationnel.
4. Pour la collecte des données, l'équipe du DCP exploite la production des participants en leur posant des questions basées sur le guide de discussion ci-joint.

Une autre façon d'utiliser l'outil est la suivante :

1. L'animateur remet à chaque participant des marqueurs et une grande feuille de papier. Chaque participant commence par se représenter au centre d'une grande feuille de papier puis il dessine les autres éléments de son univers. Les participants sont entièrement libres dans la façon dont ils représentent leur univers (symboles, couleurs, etc.)
2. Les étapes suivantes sont les mêmes que précédemment.

On peut aussi mélanger les procédures en donnant à la fois des bouts de papier et des marqueurs.

Observations

- Cet outil est intéressant à utiliser au début du DCP car il permet aux participants de s'ouvrir comme souvent ils n'ont pas eu l'occasion de le faire auparavant. Comme le disait un participant dans un atelier à Casablanca (Maroc) :

  « Souvent la personne n'arrive pas elle-même à se situer dans son univers. L'outil c'est une façon de comprendre soi-même avant de pouvoir en parler aux autres. »

- Cet outil met en confiance. Il permet de parler de son homosexualité d'une façon non intrusive.
- Par rapport à un questionnaire, c'est une technique beaucoup plus impliquante. L'outil génère de l'information mais l'approche n'est pas « extractive ».
- Attention : il y a un impératif de confidentialité qui fait que chacun ne dit que ce qu'il veut partager avec l'équipe et les autres participants. On ne doit pas poser de questions embarrassantes ; par exemple, interroger les participants sur leur statut sérologique par rapport au VIH.
- Il ne faut pas oublier que l'outil a aussi pour but de collecter des informations dans le cadre du DCP. Lorsque les dessins sont terminés, il faut donc poser des questions et prendre des notes sur la façon dont chaque participant présente et interprète son univers. On peut utiliser le guide de discussion des questions à poser ci-joint pour poser les questions.
- L'axe majeur de la réflexion est comment la personne a construit son univers en tant que personne ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais on peut aussi axer les discussions sur l'homosexualité ET le VIH si par exemple on travaille avec un groupe d'HSH séropositifs. L'outil permet d'identifier notamment les phénomènes de rejet (stigmatisation, auto-stigmatisation, homophobie) dont peut souffrir un homme séropositif dans sa communauté. Si on centre l'analyse sur l'homosexualité, on s'attachera par exemple à relever les phénomènes de rejet qui frappent notamment un travesti ou un homme efféminé. Cela permet déjà d'identifier les stratégies de prévention et de soutien en fonction des différentes catégories de HSH.
- Il faut noter les différences dans les explications données par les participants en fonction de leurs vécus respectifs par rapport à l'homosexualité et éventuellement par rapport à la séropositivité : par exemple, sont-ils gays et ouverts, ou dans le placard ? Sont-ils séropositifs ou non ?

Attention !

Ce guide est fait pour aider l'animateur à traiter les thèmes les plus importants pendant les discussions avec les participants. **Ce n'est pas un questionnaire**. Ne posez jamais toutes les questions les unes après les autres aux participants. Essayez plutôt de les poser naturellement au moment le plus opportun pendant les discussions : par exemple, en rebondissant sur ce que dit l'un des participants. Si certains thèmes ont déjà été abordés pendant les discussions, ce n'est pas la peine de revenir dessus.

CODE FICHE

Outil 1 : Mon univers
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

- Écrivez dans la première colonne le nom, prénom ou pseudonyme du participant qui a donné les informations.
- Dans la deuxième colonne, identifiez les individus proches du participant qu'il a mentionnés dans son univers : membres de la famille, partenaires ou amis.
- Dans les deux colonnes suivantes, marquez un X si les personnes mentionnées par chaque participant sont accessibles ou inaccessibles ; c'est-à-dire si on peut parler facilement avec elles de sa condition de HSH, ou si on ne peut pas en parler du tout, et pourquoi.

PARTICIPANT	PERSONNES PROCHES DU PARTICIPANT : membre de la famille, partenaire, ami, etc.	ACCESSIBLE (le participant peut parler avec cette personne de sa condition de HSH)	INACCESSIBLE (le participant ne peut pas parler de sa condition de HSH)

CODE FICHE

Outil 1 : Mon univers
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

Ecrivez dans la deuxième colonne les informations qui répondent aux questions type que vous avez posées pendant la séance.

QUESTIONS TYPE (GUIDE DE DISCUSSION)	INFORMATIONS/RÉPONSES
Est-ce que c'est facile ou difficile pour vous de parler de sexe ? De votre homosexualité ? De vos pratiques sexuelles avec d'autres hommes ?	
Quelles sont les personnes dans votre univers avec lesquelles vous pouvez parler de sexe ? Pour quelles raisons ?	
Avec quelles personnes de votre univers vous ne pouvez pas parler de ces sujets ? Pour quelles raisons ?	
Quels sont les sujets liés à la sexualité dont vous pouvez parler plus facilement avec ces personnes et pour quelles raisons ?	
Quels sont les sujets liés à la sexualité dont il est difficile ou impossible de parler avec ces personnes et pour quelles raisons ?	
Est-ce que c'est la même chose si vous êtes un homme qui est ouvertement gay, un HSH, une personne qui vit avec le VIH ?	

CODE FICHE

Outil 1 : Mon univers
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°3

- Utilisez ce tableau pour noter d'autres informations données par les participants que vous avez trouvées particulièrement importantes.
- Lorsque vous jugez que certains propos tenus par les participants valent la peine d'être cités textuellement, notez-les ici. Ces citations doivent être mises entre guillemets.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES : Aspects clés identifiés dans les univers des participants, autres observations et commentaires, et citations

Outil 2 : Le HSH dans sa famille

Durée

30 minutes

Technique

Réflexion en sous groupes avec dessins

Format

- Sous-groupes
- Plénière

Matériaux

- Stylos/marqueurs
- Papiers
- Grandes feuilles de papier

Observations

- Si le groupe avec lequel vous travaillez est petit, vous pouvez utiliser seulement l'une des deux techniques (portrait de famille ou discours), ou bien les faire utiliser l'une après l'autre par les participants.
- L'équipe du DCP doit bien noter les explications données par les groupes sur le dessin qui représente la famille et conserver les grandes feuilles de papiers avec les bulles de bande dessinée de façon à faire l'analyse ensuite.

Objectif

Collecter des informations sur :

- les discours et attitudes des membres des familles vis-à-vis des HSH quand ils apprennent qu'un garçon/homme de la famille est HSH
- les interactions entre le HSH et les membres de sa famille et son entourage
- les réseaux de soutien du HSH (les personnes importantes et proches ; les personnes importantes mais éloignées ; les personnes sur lesquelles on peut compter ; les personnes avec lesquelles on peut partager ; etc.)
- les phénomènes de stigmatisation, auto-stigmatisation, homophobie en raison de l'homosexualité.

Procédure

1. L'animateur donne les consignes en groupe. Il explique qu'il y aura plusieurs petits groupes et qu'ils vont utiliser deux types de techniques :
   - Certains groupes vont dessiner sur une grande feuille de papier un portrait de famille (famille proche) dans lequel il y a un fils gay. Ils doivent représenter le gay au milieu du dessin. Puis il faut dessiner la mère, le père, les frères et sœurs, etc. Certains membres de la famille connaissent l'homosexualité du fils, les autres non.
   - D'autres groupes vont imaginer les discours qui sont tenus par les différents membres d'une famille quand ils apprennent qu'un des fils de la famille est gay.
2. Puis on établit des petits sous-groupes de maximum cinq personnes. Certains sous-groupes font le portrait, les autres sous-groupes travaillent sur les discours.
3. Dans le portrait, les participants doivent illustrer visuellement sur une grande feuille de papier la situation au sein de la famille, notamment les relations/interactions entre la famille proche et le reste de la famille, les voisins, le quartier.
4. Dans les groupes qui travaillent sur les discours, chaque participant doit d'abord imaginer ce que dirait la mère, le père, etc. Ils le mettent en commun et écrivent les phrases les plus typiques dans des bulles de dialogue (comme si c'était le dialogue d'une bande dessinée) sur des grandes feuilles de papier.
5. En plénière, on commence par la présentation des portraits faite par des représentants de chaque sous-groupe. Les participants expliquent les interactions. Puis les autres sous-groupes présentent les bulles de dialogue. Si certains participants le souhaitent, ils peuvent représenter un jeu de rôles basé sur les dialogues.
6. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.

CODE FICHE

Outil 2 : Le HSH dans sa famille

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

Écrivez dans la deuxième colonne une synthèse des informations fournies par les participants, d'après les questions du guide de discussion.

QUESTIONS TYPE (GUIDE DE DISCUSSION)	INFORMATIONS RECUEILLIES
Est-ce que c'est facile ou difficile de parler de sujets liés au sexe – y compris l'homosexualité – dans une famille ? Pour quelles raisons ?	
Avec qui pouvez-vous parler de sexualité et d'homosexualité dans votre famille ? Pour quelles raisons?	
Parler de sexualité dans la famille : est-ce que c'est la même chose pour les gays et les hommes hétérosexuels ? Pour quelles raisons ?	
Qui dans la famille initie les jeunes garçons/hommes sur les questions liées au sexe et la sexualité ?	
Qu'est-ce que la famille proche dit ou fait si elle découvre qu'un jeune homme (marié ou pas) de la famille a des rapports sexuels avec d'autres hommes ?	
Quelles sont les réactions des autres membres de la famille ? Comment est-ce que les voisins peuvent réagir ?	
Qu'est-ce qui se passe généralement quand un jeune gay/HSH a un problème d'IST ?	
Qu'est-ce qui se passe généralement quand un jeune gay/HSH a le VIH/SIDA ?	
Quelles sont les conséquences d'avoir une personne séropositive dans la famille ? Sur les plans émotionnel, économique, social ?	

CODE FICHE

Outil 2 : Le HSH dans sa famille

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

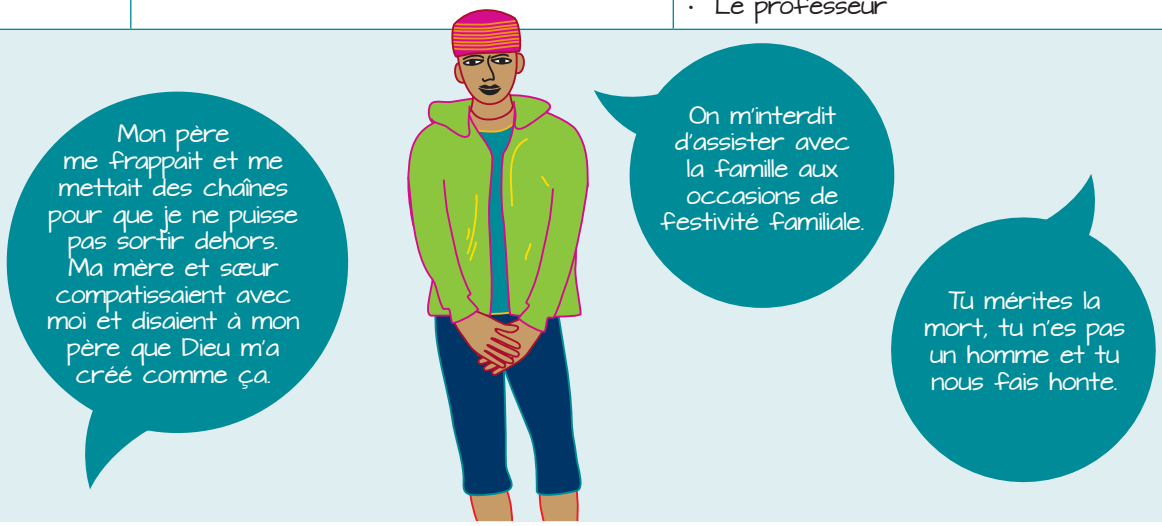
- Notez dans la première colonne les différents membres de la famille cités par les participants.
- Dans la seconde colonne, écrivez textuellement les paroles que les membres de la famille ont dites au HSH lorsqu'ils ont découvert que celui-ci avait des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- Dans la colonne suivante, écrivez comment le HSH a réagi : réponse verbale ou réaction non verbale (silence, il a pleuré, il a fui, etc.).
- Dans la dernière colonne, enregistrez les réflexions faites par le groupe en plénière.

QUI EST LE MEMBRE DE LA FAMILLE ?	QU'EST-CE QU'IL/ELLE A DIT ?	COMMENT EST-CE QUE LE HSH A RÉAGI ? (Réponse verbale ou réaction non verbale)	RÉFLEXIONS DU GROUPE SUR LES DISCOURS DE LA FAMILLE VIS-À-VIS DU HSH
Exemple : la mère			
Exemple : le père			
Exemple : le frère aîné			

Exemples à l'issue de DCP menés au Maroc et en Tunisie

De multiples réalités existent concernant les réactions des membres de l'entourage des HSH. Certains HSH se trouvent plus soutenus que d'autres.

	CEUX QUI DANS L'ENTOURAGE SOUTIENNENT LES HSH	CEUX QUI DANS L'ENTOURAGE SONT HOSTILES AUX HSH
Tunis	· Les amis (tous) surtout les amis proches homosexuels · La/les sœurs (pour certains participants) · Des cousins (presque tous) · Des voisins	· Toute la famille, pour certains participants · Les parents, surtout le père · Les cousins et les cousines
Tétouan	· La mère, pour la majorité des catégories des HSH participants, notamment les efféminés, soutiennent les HSH · La sœur pour toutes les catégories · La cousine · Le frère pour les placards et gays · Les amis hétéros · Les clients réguliers pour les professionnels de sexe	· Le père · Les religieux · La police · La famille · Le frère pour les efféminés et les professionnels de sexe · Tante · Voisins · Cousins · Frère · Grands-parents · Collègues de l'école ou du travail
Rabat	· La mère · La sœur · Cousins · Tante · Amis · Petit frère	· Le père · Le frère · Grands parents · Voisins · Famille · La police · Collègues de l'école ou du travail · Les religieux
Kenitra	· La mère · L'épouse du cousin · Tante · Amis intimes · Gays friendly · La sœur si elle est professionnelle de sexe	· Le père · Le grand frère pour les efféminés et les professionnels de sexe plus · Les voisins · Le client · Le religieux · La police · Le professeur



Outil 3: Mon corps et ma sexualité

Durée

60 minutes

Technique

Dessin du corps, échanges en binômes puis en plénière

Format

- Individuel
- Binômes
- Plénière

Matériaux

- Feuilles blanches
- Stylos ou marqueurs
- Schéma de l'appareil génital
- Brochures d'information

Objectifs

- Evaluer les connaissances des participants sur l'appareil génital de l'homme et donner des informations pour compléter.
- Collecter des informations sur les pratiques sexuelles des participants, et notamment les pratiques les plus courantes et celles qu'ils préfèrent.

Procédure

Première partie

1. L'animateur demande aux participants de dessiner sur une feuille une silhouette qui les représente et de dessiner sur cette silhouette les éléments de leur appareil génital : parties externes et parties internes.
2. Puis, le facilitateur demande aux participants de réfléchir sur le nom et la fonction de chaque élément le composant.
3. Le facilitateur demande aux participants de se retrouver en binômes et d'échanger sur ce qu'ils ont dessiné et écrit.
4. L'animateur convoque la plénière et à partir d'un schéma préparé à l'avance explique aux participants le nom et la fonction de chaque élément de l'appareil génital.

Deuxième partie

5. L'animateur demande à chaque participant :
   - d'étudier la silhouette qu'il a dessinée précédemment et d'identifier toutes les parties du corps qui peuvent donner du plaisir
   - de faire une liste des pratiques sexuelles préférées parce qu'elles donnent le plus de plaisir
   - de partager sur leurs pratiques sexuelles, celles qu'ils préfèrent en fonction du plaisir qu'ils prennent. On peut par exemple demander aux participants de se grouper par deux ou trois puis de discuter.
6. On fait ensuite une synthèse en plénière.
7. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.

Observations

- Commencer avec un dessin permet de mettre les personnes en confiance pour ensuite parler de choses plus intimes et plus délicates.
- Cet outil provoque une grande joie chez les participants, mais en réalité il est un prétexte pour aborder avec l'outil suivant la question de la relation entre ces pratiques et la vulnérabilité des HSH par rapport aux IST/VIH/SIDA.

- Les participants auront certainement beaucoup de questions sur l'appareil génital. Il est donc nécessaire que les membres de l'équipe de DCP soient prêts à y répondre même si l'objectif premier du DCP n'est pas de donner des informations. Au besoin, il faut vous munir de brochures d'information existantes.
- L'animateur peut aussi poser des questions pour évaluer non seulement les connaissances des participants mais aussi leurs croyances sur un certain nombre de questions liées au fonctionnement de l'appareil génital. En effet ces croyances sont souvent capitales dans l'adoption ou non de comportements de prévention.[2] Ces informations permettent aussi de mieux comprendre la dynamique de l'infection. Les questions peuvent être les suivantes (entre autres) :
  - *D'où vient le sperme ? D'où viennent les spermatozoïdes ?*
  - *Où est-ce qu'on produit le sperme ?*
  - *Est-ce qu'on a parlé de l'odeur et du goût du sperme ?*
  - *Est-ce qu'on a parlé du désir d'éjaculation dans soi ou d'éjaculer à l'intérieur du partenaire ? Est-ce qu'on a parlé du sperme sur le corps ?*
  - *Est-ce qu'on a parlé de la présence de matières fécales lors de la pénétration ?*

  Il faut savoir poser des questions sans être agressif.
- Ce n'est pas un outil facile pour les raisons suivantes :
  - manque de connaissances, notamment sur les parties internes de l'appareil génital
  - on ne connaît pas les mots techniques pour donner les explications
  - la pudeur/la timidité sont aussi des obstacles pour pouvoir décrire l'appareil génital
  - il faut faire très attention quand on utilise cet outil avec des hommes qui ne sont pas très ouverts sur leur sexualité.
- Avec cet outil, on peut aussi commencer à apprendre des informations sur les endroits dans lesquels les participants ont les pratiques sexuelles dont ils parlent.
- L'animateur ne doit pas s'impliquer dans la discussion en parlant de ses propres pratiques sexuelles.
- Avec cet outil, il n'est pas encore question des risques liés à certaines pratiques sexuelles. On explorera en profondeur les risques plus tard pendant le DCP. On parle d'abord des pratiques en elles-mêmes. Si des personnes commencent à poser des questions sur les risques liés aux pratiques, il faut leur expliquer qu'on en parlera ensuite.

2. Il y a une croyance basée sur le Coran qui dit que le sperme est produit à partir des os du bas du dos et de la cage thoracique des hommes et des femmes.

CODE FICHE

Outil 3 : Mon corps et ma sexualité
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

- D'abord, posez la question suivante : *Comment vous êtes-vous sentis en utilisant cet outil ? Pourquoi ?*
- Écrivez dans la deuxième colonne les informations fournies par les participants en réponse aux questions types posées pendant l'outil (guide de discussion).
- Notez vos observations et commentaires dans la troisième colonne.

QUESTIONS TYPE (GUIDE DE DISCUSSION)	INFORMATIONS RECUEILLIES	OBSERVATIONS, COMMENTAIRES
Où et comment est-ce que les jeunes gays/HSH apprennent des informations sur le sexe et la sexualité ?		
Quel type de langage utilisez-vous pour parler de sujets et de problèmes liés au sexe et à la sexualité ?		
Est-ce que vous pensez qu'il est important de connaître les organes sexuels et l'appareil génital ? Pour quelles raisons ?		
Quels types de problèmes, infections et/ou maladies liées aux organes sexuels et à l'appareil génital connaissez-vous ?		
A quel âge est-ce que les jeunes gays/HSH commencent-ils à avoir des rapports sexuels ?		
Qu'est-ce qui se passe généralement quand un jeune gay/HSH découvre qu'il a une infection sexuellement transmissible ? Comment est-ce qu'il se sent généralement ? A qui en parle-t-il ?		
Où (dans quels endroits) est-ce qu'un jeune gay/HSH qui a un problème d'IST peut aller quand il a besoin d'un traitement et de soutien ?		
Quels types de services devraient être disponibles dans ces endroits ?		

CODE FICHE

Outil 3 : Mon corps et ma sexualité
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

Révisez les notes que vous avez prises dans vos journaux de terrain et écrivez ci-dessous les citations les plus importantes par rapport au thème de l'outil.

QU'EST-CE QUE LES PARTICIPANTS ONT DIT ?

Outil 4 : Pratiques sexuelles des HSH et prise de risques

Durée

1 heure

Technique

- Réflexion individuelle
- Synthèse commune

Format

- Individuel
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papier
- Feuilles blanches
- Stylos

Objectifs

- Collecter des informations sur :
  - les liens que les participants établissent entre leurs pratiques sexuelles (et autres) et les IST/VIH/SIDA
  - les stratégies de prévention des IST/VIH/SIDA connues des HSH et leur mise en œuvre
  - la façon dont les participants évaluent leur propre vulnérabilité et ce qu'il faut faire pour la réduire.
- Aider les participants à évaluer leur propre vulnérabilité et ce qu'il faut faire pour la réduire.

Procédure

1. L'animateur remet à chaque participant la liste des pratiques sexuelles ci-jointe.
2. L'animateur demande à chaque participant de cocher les cases en fonction de sa propre réalité.
3. En plénière, l'animateur examine chaque pratique avec les participants pour voir en quoi cette pratique peut exposer le HSH aux IST ou au VIH/SIDA et ce qu'on peut faire individuellement et collectivement pour empêcher d'être infecté par une IST.
4. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.
5. L'animateur explique pour finir que cet outil peut aussi permettre aux participants d'évaluer leur propre vulnérabilité et de voir ce qu'ils peuvent faire pour la réduire.

Observations

Bien que le DCP ne soit pas une action de prévention, il faut aussi donner quelques informations de base sur le VIH et les IST, sinon les participants risquent d'être frustrés. On peut aussi orienter les participants vers des structures qui peuvent donner plus d'informations.

Exemples de pratiques sexuelles entre HSH

Distribuez la copie à chaque participant.

Demandez aux participants de cocher les réponses.

- Pénétration anale
- Je suis un HSH actif
- Je suis un HSH passif
- Je suis à la fois actif et passif
- J'aime sucer le pénis de mon partenaire
- J'aime avaler le sperme de mon partenaire
- Je n'avale jamais le sperme de mon partenaire
- J'aime lécher l'anus de mon partenaire
- J'aime doigter mon partenaire
- J'aime être doigté
- J'ai plusieurs partenaires sexuels
- J'utilise des préservatifs à chaque rapport
- J'utilise des préservatifs la plupart du temps
- J'utilise des préservatifs de temps en temps
- Je n'utilise presque jamais de préservatifs
- J'éjacule à l'intérieur de mon partenaire quand je le pénètre
- Je n'utilise pas de préservatif mais je n'éjacule jamais à l'intérieur de mon partenaire quand je le pénètre
- J'aime que mon partenaire éjacule à l'intérieur de moi quand il me pénètre
- Je me fais pénétrer sans préservatif mais je ne laisse jamais mon partenaire éjaculer à l'intérieur de moi

CODE FICHE

Outil 4 : Pratiques sexuelles et prise de risques
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

Grille d'enregistrement des données recueillies avec le questionnaire sur les pratiques sexuelles. Relisez les questionnaires et, pour chaque pratique, notez le nombre total de réponses positives des participants.

EXEMPLES DE PRATIQUES SEXUELLES CITÉS DANS LE QUESTIONNAIRE	NOMBRE TOTAL DES RÉPONSES POSITIVES DES PARTICIPANTS
Pénétration anale	
Je suis un HSH actif	
Je suis un HSH passif	
Je suis à la fois actif et passif	
J'aime sucer le pénis de mon partenaire	
J'aime avaler le sperme de mon partenaire	
Je n'avale jamais le sperme de mon partenaire	
J'aime lécher l'anus de mon partenaire	
J'aime doigter mon partenaire	
J'aime être doigté	
J'ai plusieurs partenaires sexuels	
J'utilise des préservatifs à chaque rapport	
J'utilise des préservatifs la plupart du temps	
J'utilise des préservatifs de temps en temps	
Je n'utilise presque jamais de préservatifs	
J'éjacule à l'intérieur de mon partenaire quand je le pénètre	
Je n'utilise pas de préservatif mais je n'éjacule jamais à l'intérieur de mon partenaire quand je le pénètre	
J'aime que mon partenaire éjacule à l'intérieur de moi quand il me pénètre	
Je me fais pénétrer sans préservatif mais je ne laisse jamais mon partenaire éjaculer à l'intérieur de moi	

CODE FICHE

Outil 4 : Pratiques sexuelles et prise de risques
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

- Écrivez dans la deuxième colonne les informations fournies par les participants en réponse aux questions posées.
- Notez vos observations et commentaires dans la troisième colonne.

QUESTIONS TYPE (GUIDE DE DISCUSSION)	INFORMATIONS RECUEILLIES	OBSERVATIONS, COMMENTAIRES
Est-ce que c'est facile ou difficile d'échanger avec d'autres personnes sur vos pratiques sexuelles préférées ? Pour quelles raisons ?		
Quelles sont vos pratiques sexuelles préférées ?		
Est-ce que vous vous sentez honteux ou rejeté par d'autres gays/HSH à cause de vos pratiques sexuelles préférées ?		
Pour quelles raisons est-ce que vous pensez que certaines pratiques sexuelles peuvent vous faire courir le risque d'être infecté par le VIH ou une IST ?		
Est-ce que c'est la même chose pour les hommes qui sont ouvertement gays et pour les autres HSH ? Pourquoi à votre avis ?		

CODE FICHE

Outil 4 : Pratiques sexuelles et prise de risques
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°3

Révisez les notes que vous avez écrites dans vos journaux de terrain et écrivez ci-dessous les citations des participants par rapport au thème de la séance.

QU'EST-CE QUE LES PARTICIPANTS ONT DIT ?

Exemples à l'issue de DCP menés au Maroc

Le résultat de travail sur l'étape « Pratiques sexuelles et prise de risques » à l'issue de DCP menés dans différentes villes du Maroc

LES PERCEPTIONS DES PARTICIPANTS CONCERNANT LES COMPORTEMENTS À RISQUE AU COURS DES RELATIONS SEXUELLES	
TÉTOUAN	RABAT
· Pénétration anale violente · Avaler le sperme · Le contact sexuel dans les espaces publiques · Pénétration anale sans préservatif sans éjaculation · Pratique sexuelle orale · Pénétration anale dans les voitures et les camions	· Mauvaise utilisation du préservatif · Pratique sexuelle orale · Rapports sexuels en jeune âge · Non contrôle des sentiments
· Pénétration anale sans préservatif · Utilisation du lubrifiant à base lipide · Rapports sexuels dans les endroits non sécurisés · Prise de drogue lors des rapports sexuels	

Outil 5: Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté

Durée

1 heure

Technique

Cartographie des endroits de rencontre stratégiques et échanges d'information sur ces lieux, les HSH qui les fréquentent, les problèmes possibles, etc.

Format

- Travail en sous groupe
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papier
- Marqueurs

Observations

Si le nombre de participants est limité, faire un seul groupe.

Objectif

Collecter des informations sur :

- les lieux de rencontre des HSH (afin de planifier dans ces lieux des activités de sensibilisation)
- les difficultés que les HSH peuvent rencontrer dans ces endroits et comment les surmonter.

Procédure

1. L'animateur établit deux groupes et leur distribue des grandes feuilles de papier et des marqueurs de couleurs différentes.
2. L'animateur demande aux participants :
   - de dessiner une carte sur laquelle ils vont représenter les lieux de rencontre (bars, rues, etc.) qui sont fréquentés par les HSH
   - de présenter ce qui a été dessiné en mettant l'accent sur les types de HSH qu'on peut cibler dans ces différents endroits, les problèmes qu'on peut y rencontrer, les solutions possibles, etc.
3. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.
4. En plénière, l'animateur demande notamment aux participants de réfléchir ensemble aux stratégies qui peuvent permettre à des pairs éducateurs d'atteindre les HSH qui fréquentent ces endroits. L'animateur aide les participants à faire la synthèse de ces stratégies.

Guide de discussion à utiliser avec l'outil

- Quelles sont les principales traditions et règles dans cette communauté ? Qui est-ce qui les fait respecter et comment ?
- Dans quels endroits est-ce que les hommes gays/HSH se rencontrent ? Comment est-ce qu'ils communiquent ?
- Pour quelles raisons les endroits que vous avez identifiés sur la carte sont importants pour les hommes gays/HSH dans votre ville ?
- Dans quels endroits est-ce que les hommes gays/HSH préfèrent-ils avoir des rapports sexuels ? Pour quelles raisons?
- Quels sont les moments de la journée et de la nuit que les hommes gays/HSH préfèrent pour draguer et/ou avoir des rapports sexuels dans ces endroits ?
- Quels types de pratiques sexuelles ont-ils (baisers, caresses, masturbation, fellation, pénétration anale : protégée, non protégée, etc.) ?
- Est-ce qu'un homme gay est censé payer pour avoir des rapports sexuels dans ces différents endroits ? Ou bien est-ce qu'un homme gay espère être payé, en argent ou en nature, en échange de rapports sexuels ?
- Est-ce que les jeunes gays/HSH se protègent pendant les rapports sexuels dans ces différents endroits ?

Exemples à l'issue d'un DCP mené en Tunisie

Le résultat de travail sur l'étape « Cartographie des endroits fréquentés par des HSH » à l'issue d'un DCP mené en Tunisie

LES DANGERS ENCOURUS PAR LES HSH DANS LES LIEUX DE RENCONTRE					
	VOLS	AGRESSIONS PHYSIQUES	POLICE	FONDAMENTAL-ISTES RELIGIEUX	RISQUE DE RELATIONS SEXUELLES NON PROTÉGÉES
Cafés du centre ville			X		
Places du centre ville	X	X	X		X
Jardins publics	X	X	X	X	X
Hôtels (gigolos, bisexuels)			X		X
Restaurants (gays, bisexuels)			X		X
Hammams, bains maures			X		X
Gare	X	X	X		X
Plages			X		X
Cinémas	X	X	X		X
Zones touristiques			X		X
Boîtes de nuit (gays, transsexuels)			X		X

CODE FICHE

Outil 5 : Cartographie des endroits fréquentés par les HSH
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

- Ecrivez les endroits significatifs identifiés par les participants dans la première colonne.
- Dans les deuxième et troisième colonnes, écrivez de quel type d'endroit il s'agit (vous pouvez inclure plus de catégories).
- Décrivez pourquoi les personnes ont identifié les endroits mentionnés comme appartenant à une ou plusieurs catégories.

ENDROITS IDENTIFIÉS	QUI VA DANS CET ENDROIT ? (catégories de HSH)	ON Y FAIT QUOI ?	ENDROIT DANGEREUX ? Quel type de danger ? Pourquoi ?	SI ENDROIT SANS DANGER : Pourquoi ? Facteurs de sécurité ?

CODE FICHE

Outil 5 : Cartographie des endroits fréquentés par les HSH
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

- Écrivez dans la première colonne les endroits identifiés par les participants.
- Écrivez dans la colonne annexe quelques exemples des différents types de difficultés rencontrées dans ces endroits et comment elles peuvent être surmontées.

ENDROIT	QUELS TYPES DE DIFFICULTÉS RENCONTRENT LES HSH DANS CES ENDROITS ? Comment peuvent-ils les surmonter ?

CODE FICHE

Outil 5 : Cartographie des endroits fréquentés par les HSH
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°3

- Utilisez ce tableau pour noter les endroits que la population clé considère les plus importants pour y entamer des activités : prévention, lutte contre la discrimination, etc.
- Vous pouvez aussi écrire d'autres informations que vous avez trouvées importantes, ainsi que des citations des participants. Ces citations doivent être mises entre guillemets.

ENDROITS IDENTIFIÉS PAR LES PARTICIPANTS QUI SONT IMPORTANTS POUR LES FUTURES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION OU AUTRES, ET CITATIONS

Outil 6 : Nos problèmes

Durée

1 à 2 heures en fonction des problèmes à traiter

Technique

Classement

Format

- Petits groupes
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papier
- Marqueurs

Objectif

Collecter des informations sur :

- les problèmes que les HSH rencontrent, par ordre de fréquence
- les problèmes que les HSH rencontrent, par ordre de gravité
- les causes et les conséquences des problèmes identifiés
- les solutions que les HSH envisagent pour résoudre les problèmes identifiés.

Procédure

1. L'animateur constitue des petits groupes.
2. L'animateur demande à chaque groupe de faire un brainstorming pour dégager une liste de 10 problèmes ou difficultés que les HSH rencontrent, notamment en se basant sur les discussions qui ont déjà eu lieu quand on a utilisé les autres outils du DCP. Ils doivent écrire les problèmes sur une grande feuille de papier.
3. Ensuite, chaque groupe doit les classer par priorité selon deux critères : la fréquence des problèmes et la gravité des problèmes. « Parmi les 10 problèmes identifiés, quels sont les plus fréquents ? » et « Parmi les 10 problèmes identifiés, quels sont les plus graves ? ». On peut montrer sur une grande feuille de papier comment classer les problèmes en deux colonnes : une colonne « Fréquence » et une colonne « Gravité ». Chaque problème peut être écrit sur une carte ou feuille A4 et les cartes ou feuilles sont ensuite collées dans les colonnes « Fréquence » et « Gravité » suivant le classement des participants. Faire remarquer que certains problèmes peuvent être très fréquents mais ne sont pas considérés comme très graves. De la même façon, certains problèmes peuvent être considérés comme graves mais ne sont pas très fréquents.
4. L'animateur rassemble les participants et facilite le partage des résultats des travaux des petits groupes.
5. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint « Nos problèmes » n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.
6. L'animateur invite ensuite les participants à discuter des causes et des conséquences des problèmes identifiés (guide de discussion ci-joint « Nos problèmes – causes et conséquences »).

Observations

- Si le nombre de participants est limité, faire un seul groupe.
- Le classement en lui-même n'est pas final. Ce qui est intéressant pour le DCP, c'est de documenter les discussions qui entourent les choix des participants, notamment quand il y a des désaccords entre les participants sur le classement de chaque problème.

Nos problèmes

Guide de discussion à utiliser avec l'outil

- Pour quelles raisons pensez-vous que certains problèmes liés à la santé et à la sexualité sont plus fréquents que d'autres chez les gays/HSH ?
- Pour quelles raisons pensez-vous que certains problèmes liés à la santé et à la sexualité sont plus sérieux/graves que d'autres chez les gays/HSH ?
- Est-ce que la fréquence de ces problèmes est la même chez les gays (ouverts sur leur homosexualité) et les HSH qui sont dans le placard ? Est-ce que eux la perçoivent différemment ? Pour quelles raisons ?
- Est-ce que la gravité des problèmes liés à la santé et à la sexualité est perçue de la même façon par les gays (ouverts sur leur homosexualité) et les HSH qui sont dans le placard ? Pour quelles raisons ?
- Est-ce qu'il est utile pour les hommes gays et les HSH de connaître la fréquence et la gravité des problèmes de sexualité et de santé qui les touchent ? Pour quelles raisons ?

Nos problèmes : causes et conséquences

Guide de discussion à utiliser avec l'outil

- Quelles sont les principales causes à la racine des problèmes que vous avez identifiés ? Est-ce qu'on peut faire quelque chose ? Quoi ? Qui devrait être impliqué ? Est-ce que vous pensez que le gouvernement et les ONG ont un rôle à jouer ?
- Quels sont les points forts présents dans votre communauté qui peuvent être utilisés pour faire face aux causes du problème ?
- Quels sont les points faibles dans votre communauté qui aggravent les causes du problème ?
- Est-ce que les chaînes de conséquences sont les mêmes pour un jeune gay éduqué et pour un jeune gay qui n'est pas éduqué ? Pour un homme gay pauvre et pour un gay aisé financièrement ? Pour un jeune travesti et pour un jeune homo qui est dans le placard ? Pour quelles raisons?
- Qu'est ce qui est nécessaire pour interrompre l'enchaînement des conséquences ? Qui doit agir ? Comment ?

CODE FICHE

Outil 6 : Nos problèmes – classement des problèmes par fréquence

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

Notez les problèmes prioritaires selon la **fréquence** signalée par les participants et écrivez les raisons qu'ils ont discutées par rapport à la fréquence.

PROBLÈMES LES PLUS FRÉQUENTS	POURQUOI ?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

CODE FICHE

Outil 6 : Nos problèmes – classement des problèmes par gravité

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

Notez les problèmes prioritaires selon la **gravité** signalée par les participants et écrivez les raisons qu'ils ont discutées par rapport à la gravité.

PROBLÈMES LES PLUS GRAVES	POURQUOI?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

CODE FICHE

Outil 6 : Nos problèmes

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°3

- Choisissez les trois problèmes considérés comme les plus prioritaires en fonction de leur fréquence et de leur gravité, et notez-les dans la première colonne.
- Dans la deuxième colonne, écrivez les idées exprimées par les participants sur le genre d'action qu'on peut entreprendre pour répondre à ces problèmes.

SELON LEUR FRÉQUENCE ET LEUR GRAVITÉ, CES TROIS PROBLÈMES SONT LES PLUS IMPORTANTS POUR LES HSH	QU'EST-CE QU'ON PEUT FAIRE ?
1	
2	
3	

Exemples à l'issue de DCP menés au Maroc et en Tunisie

Résultat du travail sur l'étape « Cartographie des endroits fréquentés par des HSH » à l'issue d'un DCP mené en Tunisie

L'un des exercices du DCP a consisté à discuter avec les participants de leurs principaux problèmes. Dans un premier temps, ils ont listé ces problèmes, en ont choisi un certain nombre puis les ont classés par ordre de gravité (du plus grave au moins grave) et de fréquence (du problème le plus fréquent au moins fréquent).

CATÉGORIES DE HSH		GRAVITÉ DES PROBLÈMES (du plus grave au moins grave)	FRÉQUENCE DES PROBLÈMES (du plus fréquent au moins fréquent)
Etudiants : gays et HSH qui ne se définissent pas comme gays (Equipe 1)	1	Viol	Faible disponibilité des préservatifs et lubrifiants
	2	VIH	Forte présence des IST
	3	Persécutions par la police	Faible estime de soi
	4	Faible disponibilité des préservatifs et lubrifiant	Persécutions par la police
	5	Forte présence des IST	Manque de services de santé sexuelle
	6	Faible estime de soi	Discrimination
	7	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention
	8	Discrimination	Stigmatisation
	9	Stigmatisation	VIH
	10	Manque de services de santé sexuelle	Viol
Gigolos (Equipe 2)	1	VIH	Faible disponibilité des préservatifs et de lubrifiant
	2	Faible disponibilité des préservatifs et de lubrifiant	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention
	3	Faible estime de soi	Discrimination
	4	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention	Stigmatisation
	5	Viol	IST
	6	Discrimination	Persécutions par la police
	7	Stigmatisation	Manque de services de santé sexuelle
	8	IST	Viol
	9	Persécutions par la police	Faible estime de soi
	10	Manque de service de santé sexuelle	VIH

CATÉGORIES DE HSH		GRAVITÉ DES PROBLÈMES (du plus grave au moins grave)	FRÉQUENCE DES PROBLÈMES (du plus fréquent au moins fréquent)
Gays (efféminés ou non), HSH qui ne se définissent pas comme gays, bisexuels, gigolos (Equipe 3)	1	VIH	Rapports sexuels sans préservatifs
	2	IST	Discrimination
	3	Famille au courant de l'homosexualité	IST/VIH
	4	Stigmatisation	Faible disponibilité et utilisation des préservatifs et lubrifiants
	5	Manque de moyens financiers (pauvreté)	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention
	6	Faible disponibilité et utilisation des préservatifs et lubrifiants	Viol
	7	Viol	Stigmatisation
	8	Agressions	Agressions
	9	Manque d'information des HSH sur la sexualité, les IST/VIH, la prévention	Manque de lieux pour avoir des relations sexuelles et d'argent
	10	-	Regard de la société

Résultat du travail sur l'étape « Cartographie des endroits fréquentés par des HSH » à l'issue d'un DCP mené au Maroc

Tétouan

Les participants ont résumé les différents problèmes affectant la santé sexuelle identifiés au cours du DCP en catégories majeures. L'exercice révèle :

- manque d'éducation sexuelle
- absence de services médicaux spéciaux
- dangers des IST/VIH/SIDA
- sexe violent
- pénétration anale sans préservatif
- stigmatisation.

PROBLÈME	GRAVITÉ (de 1 à 4)	INQUIÉTUDE DES HSH PAR RAPPORT AU PROBLÈME (de 1 à 4)	IMPORTANCE DE RÉPONDRE À CE PROBLÈME (de 1 à 4)	TOTAL
Manque d'éducation sexuelle	4	4	4	12
Stigmatisation	3	4	4	11
Absence de services médicaux spéciaux	2	1	3	6
Dangers des IST/VIH/SIDA	4	4	4	12
Sexe violent	2	1	1	4
Pénétration anale sans préservatif	3	4	4	11
Sexe violent	2	1	1	4
Pénétration anale sans préservatif	3	4	4	11

Rabat

Les participants du DCP à Rabat ont également résumé l'ensemble des problèmes en matière de santé sexuelle identifiés au cours du processus. Ainsi, les principales catégories de problèmes pour les HSH à Rabat sont :

- le danger d'attraper le VIH
- pénétration anale sans préservatif
- peu d'informations sur les IST
- ignorance des services de santé.

PROBLÈME	GRAVITÉ DU PROBLÈME	INQUIÉTUDE/ INTÉRÊT DES HSH AU SUJET DU PROBLÈME	NÉCESSITÉ DE COMBLER MANQUE	TOTAL
Peur d'attraper le VIH	4	1	1	6
Pénétration anale sans préservatif	3	4	2	9
Risque d'être atteint d'IST	1	4	4	9
Manque de services de santé pour les HSH	2	2	3	7

Outil 7 : Le moment de vérité

Durée

45 minutes

Technique

Réflexion en petit groupes avec un dessin comme support, partage et discussion

Format

- Petits groupes
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papier
- Marqueurs

Objectif

Collecter des informations sur les causes immédiates d'un rapport sexuel anal non protégé.

Procédure

1. L'animateur explique qu'on va parler du risque que prend le HSH au cours d'un rapport sexuel non protégé.
2. Il explique aux participants qu'ils vont devoir créer ensemble une histoire réelle ou imaginée qui a conduit un HSH à une pénétration anale non protégée et représenter l'histoire sous forme de dessins.
3. L'animateur explique que l'histoire va être représentée à travers une bande dessinée. Il dessine six cases sur une grande feuille de papier et explique que dans la dernière case on montre la scène dans laquelle a lieu la pénétration anale non protégée. Les participants doivent vraiment imaginer ce qui s'est passé juste avant le rapport non protégé. On va explorer les causes intimes qui ont conduit à la situation. On doit partir de la case juste avant la case finale et reconstituer l'histoire à l'envers. Dans chaque case, il faut dessiner une des étapes qui ont conduit à la prise de risque.
4. L'animateur divise les participants en petits groupes, leur donne une grande feuille de papier qu'ils doivent séparer en six cases. Chaque groupe doit commencer par dessiner dans la dernière case une pénétration anale non protégée par un préservatif. Puis ils dessinent le reste de l'histoire.
5. Lorsque les groupes ont fini, l'animateur organise la restitution en plénière. Un représentant de chaque groupe va raconter son histoire en commençant par le début. Il est important que chaque groupe donne le plus de détails possibles sur l'histoire, ce que pensent les deux personnes qui ont le rapport non protégé, ce qu'ils se disent.
6. Pour la discussion en plénière, l'animateur demande aux participants de penser à leurs propres expériences en mettant l'accent sur la question suivante : « Quand arrive le moment de vérité, qu'est ce qui m'empêche d'utiliser le préservatif et m'expose ainsi au risque d'attraper une IST ou le VIH/SIDA ? » Il est aussi important de discuter des événements qui auraient pu éviter que le rapport ne soit pas protégé (exemples : endroit où a lieu le rapport, disponibilité du préservatif, etc.).
7. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants

CODE FICHE

Outil 7 : Le moment de vérité
Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

- Dans la première colonne, décrivez brièvement les thèmes de la bande dessinée. Utilisez une fiche pour chaque thème.
- Écrivez les informations que vous avez recueillies dans la deuxième colonne.

DÉCRIVEZ DE MANIÈRE SYNTHÉTIQUE LE THÈME DE LA BANDE DESSINÉE	
Quelles sont les pratiques sexuelles à haut risque que vous connaissez ?	
Pourquoi est-ce qu'elles sont si risquées ?	
A votre avis qu'est-ce qui fait qu'un homme gay ou HSH qui sait comment se protéger du VIH et des IST a tout de même des rapports sexuels non protégés ?	
Selon vous, pourquoi c'est si compliqué parfois d'agir selon les informations sur la prévention des IST/VIH que vous avez déjà ?	
A votre avis comment le personnage dans votre bande dessinée se sent-il avant d'avoir un rapport sexuel non protégé ? A quoi il pense ? Quelles sont les émotions et les sensations physiques qu'il ressent ?	
Si vous étiez à sa place dans la même situation, qu'est-ce que vous feriez ?	

CODE FICHE

Outil 7 : Le moment de vérité

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

Au cours de la discussion sur la bande dessinée, les participants ont identifié des moments où la chaîne des événements peut être interrompue. Notez des exemples pour chaque bande dessinée.

Bande dessinée 1	Stratégies pour interrompre la chaîne des événements
Bande dessinée 2	Stratégies pour interrompre la chaîne des événements
Bande dessinée 3	Stratégies pour interrompre la chaîne des événements
Bande dessinée 4	Stratégies pour interrompre la chaîne des événements

Outil 8 : Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté

Durée

1 heure

Technique

Discussion en petits groupes avec cartographie et plénière

Format

- Petits groupes
- Plénière

Matériaux

- Grandes feuilles de papiers
- Marqueurs
- Colle ou scotch
- Stylos

Observations

Il faut accepter toute l'information donnée par les participants. Il ne s'agit pas de corriger l'information donnée. Si certaines informations données paraissent bizarres, il faut plutôt poser des questions pour explorer un peu plus précisément ce que pensent les personnes.

Objectif

Collecter des informations sur :

- les structures qui offrent déjà des services formels et informels aux HSH dans la communauté
- les services et matériels de prévention fournis aux HSH dans ces structures
- les structures vers lesquelles on peut orienter les HSH en fonction de l'accessibilité, de la qualité et du coût de ces services
- les personnes ressources qui peuvent aider les HSH à résoudre leurs problèmes.

Procédure

1. L'animateur explique l'objectif de l'utilisation de l'outil. C'est de repérer les services qui sont disponibles et accessibles pour les HSH dans la communauté et les structures qui offrent ces services. Il faut définir ensemble ce qu'on entend par services : santé, soutien, prévention (préservatifs), etc. Il existe des services « formels » (par exemple les hôpitaux) et « informels » (par exemple les amis).
2. L'animateur répartit les participants en petits groupes.
3. Chaque groupe reçoit des grandes feuilles de papier, des cartes et des marqueurs de couleurs différentes. Ils doivent placer au centre d'une grande feuille de papier un HSH. Ensuite, ils représentent sur la grande feuille de papier les services formels et informels offerts aux HSH dans leur communauté ainsi que les structures qui offrent ces services. Ces services sont représentés en fonction de plusieurs critères : l'accessibilité, la qualité et le coût du service. On peut par exemple mettre une couleur si le service est jugé accessible, une autre s'il est de bonne qualité, et encore une autre s'il est bon marché. On peut aussi utiliser différents symboles.
4. L'animateur rassemble les participants en plénière après 15 à 30 minutes pour faire une synthèse.
5. Si certaines des questions qui figurent dans le guide de discussion ci-joint n'ont pas été abordées auparavant, l'animateur en discute avec les participants.

CODE FICHE

Outil 8 : Cartographie des structures qui peuvent offrir des services formels et informels aux HSH dans la communauté

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°1

Lisez les questions type (guide de discussion) et notez les informations que vous avez recueillies auprès des participants.

QUESTIONS TYPE (GUIDE DE DISCUSSION)	QU'EST-CE QUE LES PARTICIPANTS ONT DIT ?
Quels sont les obstacles auxquels un homme gay et efféminé ou un travesti doit faire face pour avoir accès à des services de santé ?	
Qu'est-ce qui fait que certains services sont plus accessibles que d'autres ?	
Quel rôle le gouvernement et les ONG peuvent jouer en offrant des services de santé liés à la sexualité et au VIH/SIDA ?	
Est-ce que c'est la même chose pour des gays dans le placard ou des HSH non efféminés ? Pour quelles raisons ?	
Selon vous, quels sont les types de services indispensables à votre communauté ?	
Selon votre, carte, quelles attitudes devraient avoir les professionnels de santé et autres prestataires de santé envers les gays et HSH ouverts sur leur orientation sexuelle ?	

CODE FICHE

Outil 8 : Cartographie des structures qui peuvent offrir des services formels et informels aux HSH dans la communauté

Fiche d'enregistrement des informations recueillies N°2

- Notez dans la première colonne les services les plus fréquemment mentionnés par les participants sur leurs cartes.
- Dans la deuxième colonne, écrivez les commentaires des participants à l'égard de l'accessibilité, la qualité, le coût de ces services et l'attitude des prestataires de service.
- Dans la case en bas du tableau, notez quelques idées fournies par les participants pour améliorer les services existants et pour créer ceux qui manquent.

SERVICES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉS PAR LES PARTICIPANTS	SONT-ILS ACCESSIBLES, DE QUALITÉ, BON MARCHÉ OU GRATUITS ? Quelle est l'attitude des prestataires de service ?

Que peut-on faire pour améliorer les services ? Quels services manquent ?

Exemples à l'issue de DCP menés au Maroc

Le résultat de travail sur l'étape « Cartographie des endroits fréquentés par des HSH » à l'issue d'un DCP mené au Maroc

OÙ VONT LES HSH POUR CHERCHER DU SOUTIEN ET POUR SE FAIRE SOIGNER LORSQU'IL Y A UN PROBLÈME EN RAPPORT AVEC LES IST/VIH/SIDA ?		
TÉTOUAN	RABAT	KENITRA
· Les partenaires sexuels · Les sœurs · Les amis HSH · Les cousines (en particulier les cousines homosexuelles) · Certains pharmaciens · La mère · Les cliniques privées	· Centre de santé loin de mon quartier (sans s'affirmer en tant que HSH) · Pharmacie qui est loin du lieu de résidence · Amis qui ont déjà eu la même maladie · Docteur privé et spécialisé · Amis HSH · Des amis favoris intimes · Mère · Amie intime femme · Cousins · Parfumeur · Docteur HSH · Les partenaires sexuels · L'association (ALCS)	· Amis intimes · Les médecins des centres de santé publics · Les médecins privés

LES OBSTACLES POUR ACCÉDER AUX SERVICES		
TÉTOUAN	RABAT	KENITRA
· Manque de conscientisation sur l'importance d'accéder aux services de prévention contre les IST/VIH/SIDA · Honte · Peur de s'afficher comme HSH · Manque d'argent · Enfermement sur soi · Manque de services de santé spécifiques	· Manque de services spéciaux · Manque d'information sur ces services · Le coût de la consultation privée · Manque de communication sur les programmes de prévention contre les IST · Absence d'associations intéressantes · Peur de s'afficher comme HSH · Honte · Stigmatisation du personnel de la santé · Coût de la consultation privée · Eloignement	· Manque d'associations spécialisées · Ignorance · Stigmatisation et discrimination du personnel de la santé

3. Attitudes et comportements des animateurs du DCP

Il est plus facile de changer des situations que des comportements

Il est plus facile de changer des comportements que des attitudes

Il est plus facile de changer des attitudes que des valeurs

Comme pour tout processus participatif, le succès du DCP dépend en grande partie des attitudes et du comportement des animateurs envers les participants. Si les participants se sentent à l'aise, ils s'impliqueront pleinement dans le processus. En revanche, si les attitudes et les comportements des animateurs ne favorisent pas la participation de la communauté, le DCP risque de ne pas permettre la collecte de données de qualité. Plus grave encore, si les membres de la communauté vivent le DCP comme un processus extérieur à eux-mêmes, il y a peu de chance qu'ils voient d'un bon œil les projets qui seront ensuite élaborés « pour » eux, ou qu'ils utilisent les services offerts, et moins encore, qu'ils jouent un rôle actif à l'avenir dans les actions menées par les associations et ONG qui ont mené le DCP.

Ce chapitre liste les attitudes et comportements des membres des équipes de DCP qui favorisent une bonne communication et une véritable coopération entre les personnels et bénévoles des associations et les participants du DCP. Un certain nombre de facteurs peuvent contribuer aux changements positifs d'attitudes et de comportements, qui sont également présentés ici.

Le chapitre récapitule aussi un certain nombre de bonnes pratiques en matière d'animation des séances de DCP.

Par ailleurs, le climat au sein des équipes du DCP doit aussi répondre à certaines règles qui sont présentées ici. En effet, il est peu probable que des personnes qui ne parviennent pas à travailler au sein d'une équipe puissent travailler correctement avec les membres de la communauté : par exemple, des personnes qui ne respectent pas leurs co-équipiers auront du mal à respecter les participants du DCP.

Attitudes et comportements appropriés envers les membres de la communauté

Attitudes fondamentales pour animer un DCP :

- Respecter les membres de la communauté : ce qu'ils savent, ce qu'ils croient, ce qu'ils pensent, ce qu'ils sont et ce qu'ils font
- Ne pas se croire supérieur aux membres de la communauté
- Valoriser les connaissances et les idées des participants
- Etre attentif aux besoins des membres de la communauté
- Etre humble
- Etre prêt à s'adapter
- Ne pas croire qu'on sait déjà tout
- Etre curieux
- Etre prêt à apprendre des autres
- Ne pas faire semblant de savoir
- Ne pas promettre des choses qu'on ne pourra pas faire

- Ne pas donner de leçons
- Ne pas faire la morale
- Ne pas juger les autres
- Etre conscient des préjugés qu'on peut avoir
- Etre transparent
- Etre conscient de ses limites et des limites du processus
- Ne pas chercher à imposer ses idées
- Faire preuve de neutralité

Comportements :

- Ecouter activement
- Ne pas couper la parole sans arrêt
- Poser des questions ouvertes
- Veiller à ce que chacun puisse s'exprimer équitablement
- Observer
- Sourire
- Rire des situations et de soi-même, pas des autres
- Saluer
- Remercier
- Traiter les gens avec bienveillance et gentillesse
- Parler assez fort mais ne pas crier
- Toujours expliquer ce qu'on fait
- Eviter les gestes « menaçants »
- Ne pas se moquer des participants ou les critiquer dans le groupe
- S'asseoir au même niveau que les participants
- Ne pas s'habiller pour impressionner les participants
- Parler dans un langage qui peut être compris par tous : ne pas employer de jargonni et de mots compliqués sans raison. Quand on emploie un mot compliqué, demander si quelqu'un peut l'expliquer ou l'expliquer soi-même
- Etre patient quand on écoute et quand quelqu'un ne comprend pas
- Créer un climat de confiance mutuelle

Facteurs qui contribuent à nos changements individuels d'attitudes et de comportements

- Réaliser que les membres de la communauté peuvent faire bien mieux que nous-mêmes. Ils ont la capacité d'analyser leurs problèmes et de suggérer des solutions appropriées.
- Etre conscient des attitudes et des comportements qui peuvent offenser et blesser les membres de la communauté.
- Réaliser que les concepts sont validés par l'expérience.
- Réaliser que le don d'écouter est l'un des principes de base pour changer d'attitudes et de comportements.
- Réaliser que le changement d'attitudes et de comportements requiert une auto-critique et une introspection permanente.
- Comprendre que le changement d'attitudes et de comportements commence avec nous-mêmes.
- Savoir que se connaître soi-même et être ouvert aux améliorations est le prélude au changement.
- Accepter que les échanges et interactions ont une valeur considérable.

Bonnes pratiques pour l'animation des séances de DCP

Avant la séance de DCP :

- Préparer tout le matériel qui sera nécessaire à l'animation de la séance et à la documentation de la séance :
  - une fiche logistique de documentation pour chaque outil qui va être utilisé
  - les fiches d'enregistrement des données correspondant aux outils photocopiées en nombre suffisant
  - une fiche de synthèse pour chaque outil qui va être utilisé.
- Se concerter avec les autres membres de l'équipe pour savoir exactement qui fait quoi.

Au début d'une séance de DCP :

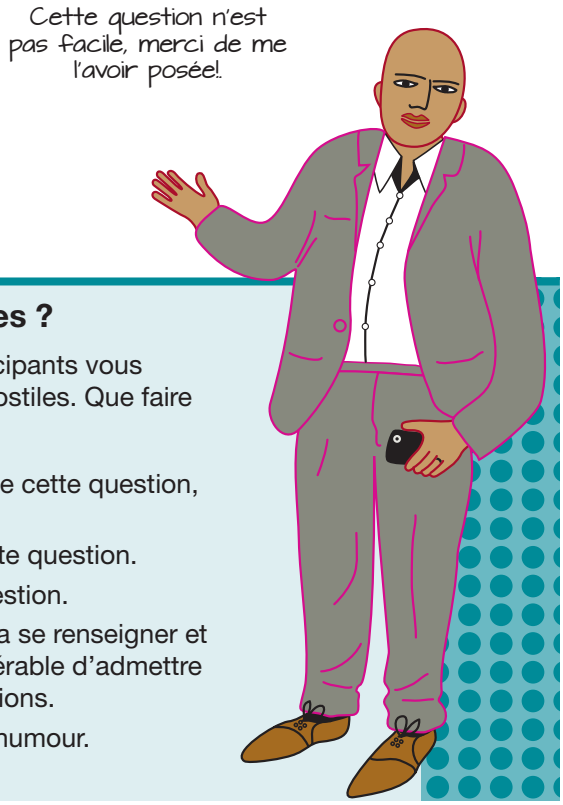
- Toujours faire asseoir les participants en cercle de façon à ce que tous puissent se voir. Ne jamais faire asseoir les participants les uns derrière les autres comme à l'école.
- Toujours expliquer au début de la séance pourquoi on est là. Cela signifie que on doit expliquer, de façon simple et brève, les objectifs du DCP et les objectifs de la séance elle-même.
- L'équipe du DCP doit se présenter.
- Permettre aux participants de se présenter comme ils le souhaitent : prénom et nom, prénom seulement, etc. en fonction des impératifs en matière de confidentialité. On peut utiliser des techniques de présentation autres que le tour de table, en incluant des éléments tels que le mouvement ou l'humour.
- Donner aux participants la durée approximative de la séance et vérifier que cela ne pose de problème pour personne.
- Expliquer brièvement aux participants la façon dont va se dérouler la séance : par exemple, discussions en petits groupes, utilisation de dessins, etc.
- Insister sur le caractère participatif du processus et répéter aux personnes présentes que si elles ont été invitées : c'est parce que leurs connaissances, idées et opinions sont très importantes.
- Expliquer aux participants que toutes leurs questions sont les bienvenues.
- Si la séance dure deux heures ou plus, prévoir des boissons et éventuellement quelque chose à manger.

Pendant la séance de DCP :

- Donner les consignes d'utilisation de chaque outil de façon très claire.
- Toujours s'assurer que les participants ont compris en leur posant des questions ou en leur demandant de reformuler les consignes.
- Ne pas parler pendant longtemps (plus de 10 minutes). C'est ce que disent les participants qui est important.
- Distribuer la parole pour permettre à tous les participants de s'exprimer.
- Répondre aux questions des participants.

A la fin d'une séance de DCP :

- Remercier les participants pour leur présence et leur participation.
- Faire le point sur les informations importantes qui ont été partagées pendant la séance. Cela permet aussi aux participants de valider ou compléter éventuellement ce qu'ils ont perçu comme étant les éléments essentiels de la discussion.
- Demander aux participants comment ils se sont sentis, si les activités leur ont paru intéressantes ou non, simples ou compliquées.
- Demander aux participants leurs éventuelles suggestions.



Comment traiter les questions difficiles ou hostiles ?

Lorsque vous animez une séance, il est possible que des participants vous posent des questions qui vous paraissent difficiles ou même hostiles. Que faire dans ces cas-là ?

- On peut demander à la personne pour quelle raison elle pose cette question, sans se fâcher.
- On peut demander à la personne ce qu'elle répondrait à cette question.
- On peut demander à quelqu'un d'autre de répondre à la question.
- Si on n'a pas la réponse, on peut dire à la personne qu'on va se renseigner et qu'on lui donnera une réponse plus tard. Il est toujours préférable d'admettre qu'on ne sait pas, plutôt que de donner de fausses informations.
- Dans tous les cas, il faut garder son calme et son sens de l'humour.

- Fixer un rendez-vous si d'autres séances sont prévues avec les mêmes participants.
- Donner les coordonnées où un membre de l'équipe peut être joint si besoin est (adresse et numéro de téléphone des associations qui mènent le DCP).

Attitudes et comportements appropriés au sein des équipes du DCP :

- Etre ponctuel
- Parler ouvertement et être ouvert
- Etre responsable et fiable
- Suivre le planning fixé
- Ecouter lorsqu'un membre de l'équipe parle
- Travailler dur
- Avoir de l'humour
- Etre poli
- Ne pas personnaliser les problèmes
- Ne pas fumer pendant les séances
- Comprendre et accepter les faiblesses des autres
- S'intéresser aux autres
- Faire attention à impliquer tout le monde
- Ne pas juger les autres
- Se respecter les uns les autres

4. La documentation du DCP

Documenter systématiquement les informations les plus pertinentes fournies par les participants pendant la phase de collecte des données est un moyen de faciliter la classification, la synthèse, l'analyse et l'utilisation des résultats du DCP. Pour une documentation efficace, il est souhaitable que les équipes du DCP sur le terrain enregistrent les données recueillies juste après avoir utilisé chaque outil.

Les fiches présentées dans ce guide ont été conçues pour aider les équipes du DCP à organiser et classer les informations collectées durant les séances du DCP sans perdre de temps. En effet elles peuvent être photocopiées et on peut écrire les informations recueillies directement sur ces fiches. Elles peuvent encore être adaptées en fonction des besoins.

Il existe plusieurs types de fiches :

- **Les fiches logistiques de documentation** pour chaque séance de collecte des données
- **Les fiches d'enregistrement des informations recueillies** grâce à chaque outil ou fiches d'enregistrement des informations recueillies.
- **Les fiches de synthèse** par séance de DCP et outil.

Les fiches à utiliser pour la documentation de la collecte des données

Les fiches logistiques de documentation

A chaque fois que vous utilisez un outil avec des membres des populations cibles au cours du DCP, il est nécessaire de noter un certain nombre d'informations :

1. Nom de la personne qui a utilisé l'outil
2. Nom de la ou des personnes qui ont participé au processus de documentation
3. Lieu où l'outil a été utilisé
4. Date et heure de l'utilisation de l'outil
5. Si l'outil a été utilisé en groupe ou individuellement (dans le cas d'un entretien individuel)
6. Nombre de participants (hommes, femmes, transgenres)
7. Types de populations clés auxquelles appartiennent les personnes avec qui a été utilisé l'outil. Notez si tous les participants appartiennent à la même population clé ou à des groupes spécifiques : par exemple, gays, travestis, transgenres, hommes hétérosexuels qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes de façon sporadique, personnes vivant avec le VIH. Écrivez ces informations en détail : par example, hommes gays vivant avec le VIH
8. Si cela est possible, notez les tranches d'âge des participants (une moyenne suffit).

Les rubriques 1 à 5 sont importantes pour deux raisons :

- Pendant la phase de collecte des informations du DCP, cela permet de suivre le travail des différentes équipes sur le terrain.
- Au moment de la synthèse et de l'analyse, cela permet de savoir qui a fait quoi et éventuellement de demander des précisions aux personnes en charge de l'animation et de la documentation lorsque les informations qui ont été notées ne sont pas claires.

Attention !

Les équipes sur le terrain doivent organiser les dessins, schémas, cartes, etc. produits par les participants du DCP le jour même de leur production.

Tous les matériaux recueillis doivent être identifiés : nom de l'outil, date, lieu et équipe responsable. Par ailleurs, chaque fiche dispose d'une case « code ». Le début du code doit être le même pour toutes les fiches qui ont été remplies pour la même séance. On peut ensuite ajouter un numéro pour distinguer chaque fiche. Le coordinateur et les membres du équipe du DCP doivent se mettre d'accord avant le début du DCP sur la façon dont ils vont codifier les fiches.

Exemple : Numéro de l'équipe de DCP + abréviation qui décrit l'outil + date de la séance pendant laquelle l'outil a été utilisée (jour et mois) + numéro de la fiche = 1-UNI-1012-1. Ce code correspondrait à la fiche logistique de documentation remplie par l'équipe 1 du DCP pour l'outil « Mon univers » utilisé le 10 décembre. La fiche d'enregistrement des données pourrait avoir le code 1-UNI-1012-2 et la fiche de synthèse le code 1-UNI-1012-3.

Toutes les fiches et les productions des participants doivent aussi être immédiatement classées pour l'étape ultérieure de l'analyse.

La personne responsable de ces tâches est le/la documentaliste de chaque équipe.

Les rubriques 6 à 9 sont essentielles pour la phase d'analyse :

- D'une part, elles permettent de « mesurer » globalement l'importance des données collectées par rapport au nombre des personnes avec qui a été utilisé l'outil (même si l'approche du DCP n'est pas statistique).
- D'autre part, elles offrent la possibilité d'analyser les informations recueillies par rapport au profil des personnes qui ont donné ces informations. Par exemple, on se demandera pendant l'analyse si ce sont plutôt des gays, des bisexuels, des transgenres qui ont donné telle ou telle information. C'est particulièrement important dans la mesure où on sait que la catégorie « HSH » regroupe en fait de nombreuses « sous-catégories ».

Si le même outil est utilisé avec plusieurs groupes, il est nécessaire de remplir une nouvelle fiche pour chaque groupe.

Les fiches d'enregistrement des informations recueillies

Comme leur nom l'indique, ces fiches servent à noter les informations recueillies auprès des participants du DCP. Elles sont adaptées aux différents outils et donc varient dans leur présentation en fonction des questions discutées lorsqu'on utilise chaque outil.

La plupart de ces fiches sont conçues de telle sorte qu'elles permettent de se focaliser sur les informations spécifiques qu'on essaye de recueillir par rapport au thème traité par chaque outil. Toutefois, certaines fiches permettent aussi de noter d'autres informations qui paraîtraient importantes aux équipes du DCP.

Attention !

Il est prudent de se munir d'un nombre suffisant de photocopies de ces fiches pour chaque séance car on ne peut pas toujours connaître à l'avance le nombre de participants. Or le volume d'informations varie en fonction du nombre de personnes qui participent à la séance.

Prenez au moins cinq photocopies de chaque fiche. Elles pourront être réutilisées par la suite soit par la même équipe, soit par une équipe différente.

Les fiches de synthèse

Comme leur nom l'indique, ces fiches permettent de faire une synthèse sur la façon dont chaque séance s'est déroulée et les résultats en terme de données recueillies. Sur une seule page vous pouvez donc récapitulez les informations suivantes :

Caractéristiques de la séance :

- Le type d'outil utilisé
- Date et durée de la séance
- Nombre et catégories de participants
- Sujets abordés

Déroulement de la séance :

- Ce qui a bien marché en termes de contenus, animation de la séance et participation des populations cibles
- Ce qui n'a pas bien marché en termes de contenus, animation de la séance et participation des populations cibles

Résultats de la séance :

- Ce que les participants ont dit – une ou deux citations marquantes
- Résumé des données essentielles recueillies pendant la séance

Les réunions de documentation

Il est important de se réunir après chaque séance de DCP avec les autres membres de l'équipe pour faire le point, même brièvement. Au cours de ces réunions, chacun pourra s'exprimer sur les points suivants :

- ce qui a bien marché
- ce qui n'a pas bien marché et ce qu'il faut améliorer pour les séances suivantes
- comment ill/elle est sentie(e).

On pourra aussi discuter des informations les plus importantes recueillies pendant la séance. Le/la documentaliste pourra lire rapidement les notes qu'il/elle a prises aux autres membres de l'équipe pour les compléter et les valider.

Ces réunions sont ainsi une occasion pour les documentalistes de remplir les différentes fiches.

Par ailleurs, lorsqu'il y a plusieurs équipes de DCP, le coordinateur supervisera la documentation et il organisera des réunions de compte-rendu à mi-parcours et à la fin de la collecte des données : la première pour faire le point et la seconde pour centraliser toutes les fiches remplies et les matériels collectés par les différentes équipes.

Les citations

Qu'est-ce qu'une citation ?

Une citation consiste à écrire ce qu'a dit un participant en utilisant exactement les mots qu'il a employés. La citation est placée entre guillemets pour montrer qu'on rapporte les propos d'une personne. Parfois on met la citation en italiques :

« Utiliser le préservatif est le dernier de mes soucis. »

(Citation extraite d'un rapport de DCP réalisé au Liban en 2005)

Comment on choisit une citation ?

On choisit d'écrire exactement ce qu'a dit un participant pour plusieurs raisons : les mots qu'il a utilisés sont particulièrement originaux (par exemple, il a utilisé de l'argot ou une expression locale) ; l'histoire racontée est particulièrement intéressante et exemplaire ; l'impact des mots utilisés est très fort sur le plan affectif.

« On vit une double vie. Avec les parents on a une vie, et avec le petit ami on en a une autre. »

(Citation extraite d'un rapport de DCP réalisé au Liban en 2005)

Pourquoi c'est important ?

Il est important d'avoir des citations pour le rapport qui sera écrit à l'issue du DCP. En effet, le rapport est avant tout une synthèse des données collectées une fois analysées. Pour le rendre plus agréable à lire et plus véridique, les citations sont indispensables.

CODE FICHE

Fiche logistique de documentation

Cartographie des structures qui peuvent offrir des services formels et informels aux HSH dans la communauté
1. Qui a utilisé l'outil (animateur/s) ?
2. Qui a participé à la documentation des informations fournies par les participants (documentaliste/s) ?
3. Lieu où l'outil a été utilisé :
4. Date de l'utilisation de l'outil et horaires :
5. L'outil a-t-il été utilisé en groupe ?
6. L'outil a-t-il été utilisé de manière individuelle ?
7. Nombre de participants : Hommes ..... Femmes..... Transgenres ..... Total.....
9. Âge (moyenne) :

CODE FICHE

Fiche de synthèse

Nom de l'outil ..... Numéro de l'outil .....

Date et durée de la séance ..... Nombre de participants .....

Catégorie(s) de participants .....

.....

Quels ont été les principaux sujets abordés ? .....

.....

.....

Qu'est-ce qui a bien marché ?

Contenus .....

.....

Animation .....

.....

Participation .....

.....

Qu'est-ce qui n'a pas bien marché et pourquoi ?

Contenus .....

.....

Animation .....

.....

Participation .....

.....

Ce que les participants ont dit (citations importantes) :

« .....

.....

.....»

Synthèse finale des résultats obtenus avec l'outi

.....

.....

.....

.....

.....

2

Partie 2 : Dépouillement et analyse des données du DPC

Dans cette partie

Introduction

5. Dépouillement et analyse thématiques des données
6. Méthodologie pour l'analyse des problèmes auxquels on veut répondre
7. Présentation des résultats du DCP aux participants du DCP : validation de l'analyse des problèmes et des besoins de la population cible
8. Présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux
9. Elaboration du rapport final du DCP
10. Planning des réunions de dépouillement, d'analyse et de présentation des données du DCP

Introduction

Des données à l'action : objectifs spécifiques de l'analyse thématique des données

Une fois les données collectées comme cela a été décrit dans la Partie 1 du guide, il faut les organiser puis les analyser. L'organisation des données s'appelle le dépouillement, c'est une classification et un examen minutieux et systématique des données de façon à en faire une dernière synthèse et une analyse.

Le dépouillement et l'analyse des données sont orientés vers l'objectif final du DCP, qui est l'élaboration d'un projet destiné à apporter des solutions aux problèmes identifiés au cours du DCP et à répondre aux besoins des HSH dans la communauté. C'est pourquoi tout au long de l'analyse, les membres de l'équipe doivent avoir en tête pour quelles raisons ils analysent les données liées à tel ou tel thème discuté et approfondi avec les participants du DCP. A chaque étape de l'analyse, l'équipe du DCP doit se poser la question suivante : « A quoi cette analyse va-t-elle me servir si je veux mettre en place un projet pour répondre aux besoins des HSH dans la communauté ? » Par exemple, à quoi est-ce que cela nous sert de bien connaître les pratiques sexuelles courantes et préférées des HSH ? C'est parce que tous les messages de prévention qui seront conçus et diffusés dans le cadre d'un projet de prévention destiné à cette population devront s'adapter exactement au type de pratiques sexuelles qu'ils ont.

Dans la perspective de l'élaboration d'un projet destiné à répondre aux besoins des HSH, l'analyse des données du DCP doit être menée à trois niveaux :

- **Niveau 1 Les facteurs individuels spécifiques aux HSH** (et HSH vivant avec le VIH) qui influent sur leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA
- **Niveau 2 L'environnement social des HSH** et comment il affecte leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA
- **Niveau 3 L'offre de services pour les HSH** dans le domaine de la santé liée à la sexualité et notamment aux IST/VIH/SIDA

En effet, les activités de prévention et/ou de prise en charge qui seront mises en œuvre dans le cadre d'un projet associatif vont intervenir à un ou plusieurs de ces niveaux :

- Pour faire changer les facteurs individuels qui rendent les HSH vulnérables aux IST/VIH/SIDA. Par exemple, l'association va organiser des formations pour les HSH sur un certain nombre de sujets pour qu'ils puissent changer leurs comportements sexuels.
- Pour influencer l'environnement social des HSH et rendre cet environnement plus favorable de façon à faire diminuer la vulnérabilité des HSH. Par exemple, l'association va faire du lobbying pour faire changer les lois.
- Pour améliorer l'offre de services destinés aux HSH dans le domaine de santé liée à la sexualité et notamment aux IST/VIH/SIDA. Par exemple, des services de soutien psychologique spécialisés vont être mis en place.

Le tableau sur la page suivante liste tous les thèmes abordés pendant la collecte des données dans la colonne « Qu'est-ce qu'on veut analyser ? » Ces thèmes ont été regroupés selon les trois niveaux d'analyse évoqués ci-dessus. On parle de dépouillement et d'analyse thématiques parce qu'on va travailler à partir des thèmes.

Pour chaque thème, vous retrouverez les outils qui ont été présentés dans la Partie 1 du guide et grâce auxquels vous avez pu recueillir des informations pendant la phase de collecte (colonne « A partir de quels outils ? » page 72). Pour chaque thème, le tableau offre également des pistes de réflexion sur l'utilité des données collectées pour l'élaboration du projet issu du DCP. Le tableau est donc une sorte

de cadre de référence pour le dépouillement et l'analyse des données du DCP et permet déjà de faire le lien avec la Partie 3 consacrée au processus d'élaboration de projet.

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
Facteurs individuels	Connaissances et croyances des HSH sur les IST/VIH/SIDA	■ Mon corps et ma sexualité ■ Pratiques sexuelles et prises de risques	■ Il faut savoir ce que les HSH savent déjà et ce qu'ils ne savent pas sur les IST/VIH/SIDA pour adapter l'information qui sera donnée ■ Il faut bien identifier les fausses croyances qui circulent pour pouvoir les corriger quand on fait de la prévention et du soutien	■ Liste des croyances erronées sur IST/VIH/SIDA ■ Liste des connaissances et croyances erronées sur la prévention des IST/VIH/SIDA
	Connaissances et croyances des HSH sur les facteurs de risque par rapport aux IST/VIH/SIDA	■ Mon corps et ma sexualité ■ Pratiques sexuelles et prises de risques	■ Il faut savoir ce que les HSH savent déjà et ce qu'ils ne savent pas sur les facteurs de risque IST/VIH/SIDA pour adapter l'information qui sera donnée ■ Il faut bien identifier les fausses croyances qui circulent pour pouvoir les corriger quand on fait de la prévention	■ Liste des croyances erronées sur les facteurs de risque par rapport aux IST/VIH/SIDA ■ Liste des croyances erronées sur la prévention des IST/VIH/SIDA
	Age des premiers rapports sexuels des HSH	■ Mon corps et ma sexualité	Il faut connaître l'âge des premiers rapports pour faire de la prévention avec les HSH au bon moment	■ Moyenne d'âge des premiers rapports sexuels
	Pratiques sexuelles les plus courantes des HSH	■ Pratiques sexuelles et prises de risques ■ Mon corps et ma sexualité	Il faut connaître les pratiques sexuelles les plus courantes des HSH pour cibler les messages de prévention sur ces pratiques	■ Liste des pratiques sexuelles préférées et les plus courantes des HSH
	Comportements à risque au cours des pratiques sexuelles chez les HSH	■ Pratiques sexuelles et prises de risques ■ Le moment de vérité	Il faut connaître les comportements à risque au cours des pratiques sexuelles chez les HSH pour adapter les messages et les actions de prévention qui seront menées en fonction de ces comportements	■ Liste des comportements à risque au cours des pratiques sexuelles chez les HSH

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
	Les facteurs de vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH	■ Le moment de vérité	Il faut bien identifier les facteurs de vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH pour que les actions mises en oeuvre par l'association réduisent ces facteurs de vulnérabilité	■ Liste des différentes catégories de HSH avec une échelle de discrimination : des plus discriminés aux moins discriminés ■ Echelle de discrimination : des plus discriminés aux moins discriminés selon les catégories des HSH qui ont participé au DCP ■ Liste des facteurs de vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH
	Les stratégies individuelles pour réduire les risques par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH	■ Pratiques sexuelles et prises de risques ■ Le moment de vérité	Il faut connaître les stratégies individuelles de réduction des risques déjà mises en place par les HSH pour les intégrer dans les stratégies promues par l'association	■ Liste des stratégies individuelles pour réduire les risques par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH
	Le langage approprié pour parler de sexualité avec les HSH	■ Mon corps et ma sexualité	Il faut connaître le langage approprié pour parler de sexualité avec les HSH : ■ pour en tenir compte dans les documents de prévention qui seront élaborés ■ pour que les personnes qui interviendront sur le terrain soient formées à comprendre et éventuellement à utiliser ce langage	■ Liste des termes employés par les HSH pour designer les organes sexuels et les pratiques sexuelles préférées

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
Contexte social des HSH	Les connaissances et croyances des familles et de la communauté sur l'homosexualité et les HSH	■ Le HSH dans sa famille	Il faut connaître connaissances et croyances des familles et de la communauté sur l'homosexualité et les HSH pour pouvoir agir directement auprès des familles et de la communauté, en donnant des informations qui permettent de combattre les fausses croyances.	■ Liste des connaissances et croyances erronées des familles et de la communauté sur l'homosexualité et les HSH
	Intégration ou pas des HSH dans leur environnement (phénomènes de stigmatisation, homophobie, etc.)	■ Mon univers	Il faut savoir si les HSH, et quelles catégories de HSH, sont intégrées ou pas, et comment, dans leur environnement pour concevoir des actions de lutte contre l'homophobie appropriées	■ Liste des formes de discrimination contre les HSH
	Les « alliés » et les « ennemis » des HSH en général dans leur entourage	■ Mon univers ■ Le HSH dans sa famille	Il faut identifier les « alliés » et les « ennemis » des HSH en général dans leur entourage pour mener des actions qui puissent éventuellement s'appuyer sur les alliés potentiels	■ Liste des confidents et des alliés des HSH ■ Liste des ennemis des HSH
	Les raisons pour lesquelles l'entourage et la société stigmatisent les HSH	■ Le HSH dans sa famille	Il faut connaître les raisons pour lesquelles l'entourage et la société stigmatisent les HSH pour entreprendre des activités ciblées qui vont prendre en compte chaque raison	■ Liste des motifs pour lesquels l'entourage et la société stigmatisent les HSH
	Les pratiques spécifiques, notamment sexuelles, qui renforcent la stigmatisation des HSH (y compris entre HSH)	■ Pratiques sexuelles et prises de risques	Il faut connaître les pratiques spécifiques, notamment sexuelles, qui renforcent la stigmatisation des HSH (y compris entre HSH) pour aider les HSH qui sont victimes de cette stigmatisation et pour entreprendre le cas échéant des activités ciblées qui informent objectivement les autres HSH sur ces pratiques	■ Liste des pratiques spécifiques, notamment sexuelles, qui renforcent la stigmatisation des HSH (y compris entre HSH)

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
Contexte social des HSH	Les attitudes et comportements vis-à-vis de la séropositivité et des HSH qui vivent avec le VIH	■ Le HSH dans sa famille	Il faut connaître les attitudes et comportements vis-à-vis de la séropositivité et des HSH qui vivent avec le VIH : ■ pour savoir de quel type de soutien ont besoin les HSH qui sont séropositifs ■ pour donner les informations adéquates sur la séropositivité aux HSH et combattre les attitudes de discrimination envers les HSH séropositifs	■ Liste des comportements négatifs et positifs vis-à-vis de la séropositivité et des HSH VIH+
	Lieux de rencontre et de socialisation des HSH	■ Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté	Il faut identifier les lieux de rencontre et de socialisation des HSH pour planifier des activités directement sur ces sites	■ Liste des lieux de rencontre et de socialisation des HSH
	Lieux identifiés comme représentant un danger et quel type de danger pour les HSH	■ Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté	Il faut connaître les lieux identifiés comme représentant un danger pour les HSH : ■ pour prévenir les HSH sur les dangers qu'ils courent ■ pour mettre au point des actions qui réduisent les dangers courus par les HSH, par exemple en prévoyant de collaborer avec les autorités compétentes	■ Liste des lieux identifiés comme représentant un danger et quel type de danger pour les HSH
	Stratégies pour surmonter les difficultés rencontrées par les HSH	■ Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté	Il faut connaître les stratégies individuelles déjà mises en place par les HSH pour surmonter les difficultés de façon à les intégrer dans les stratégies promues par l'association	■ Liste des stratégies utilisées par les HSH pour surmonter les difficultés rencontrées par les HSH

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
	Sources formelles et informelles d'information (ou de désinformation) pour les HSH sur la sexualité, l'homosexualité et la santé liée à la sexualité	■ Mon univers ■ Le HSH dans sa famille	Il faut connaître les sources formelles et informelles d'information (ou de désinformation) pour les HSH sur la sexualité, l'homosexualité et la santé liée à la sexualité : ■ pour collaborer avec ces sources en leur offrant des informations nouvelles ou des méthodes innovantes de faire circuler les informations parmi les HSH ■ pour corriger les fausses informations données par certaines sources	■ Liste des sources formelles et informelles d'information pour les HSH sur la sexualité, l'homosexualité et la santé liée à la sexualité ■ Liste des sources informelles d'information sur la sexualité dans l'entourage des HSH
Offre de services pour les HSH	Où vont les HSH quand ils ont des problèmes de santé lié à la sexualité (dont les IST/VIH/SIDA) pour se faire soigner et/ou chercher du soutien ? (services existants)	■ Le HSH dans sa famille ■ Mon corps et ma sexualité ■ Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté	Il faut connaître les services existants de prise en charge pour les HSH pour collaborer avec eux en offrant ; par exemple, des services complémentaires	■ Liste des endroits et personnes auxquels les HSH s'adressent quand ils ont des problèmes de santé liés à la sexualité
	Les services de santé liés à la sexualité qui manquent aux HSH	■ Mon corps et ma sexualité ■ Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté	Il faut identifier les services de santé liés à la sexualité qui manquent aux HSH : ■ pour créer ces services dans le cadre d'un projet si l'association en a les compétences ■ pour suggérer à d'autres structures de créer ces services	■ Liste des services de santé à la sexualité qui manquent aux HSH
	Les stratégies pour accéder aux populations cibles HSH sur leurs lieux de rencontre et de socialisation	■ Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté	Il faut identifier les stratégies pour accéder aux populations cibles HSH sur leurs lieux de rencontre et de socialisation de façon à rendre certaines de ces stratégies opérationnelles dans le cadre des projets élaborés par l'association	■ Liste des stratégies pour accéder aux populations cibles HSH sur leurs lieux de rencontre et de socialisation

CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPOUILLEMENT ET L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES				
	Qu'est-ce qu'on veut analyser ? Liste des thèmes discutés pendant la collecte des données	**A partir de quels outils ?** Outils utilisés pendant la collecte des données	**Pour quelles raisons analyser ces données ?** A quoi ça va nous servir pour l'élaboration du projet ?	**Qu'est-ce qu'on utilise pour consolider ?** Récapitulatif des synthèses du dépouillement des données produites sur les grandes feuilles de papier
Offre de services pour les HSH	Les obstacles pour accéder aux services existants destinés aux HSH (y compris le coût) et la qualité de ces services	■ Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté	Il est important d'identifier les obstacles pour accéder aux services existants destinés aux HSH (y compris le coût) et la qualité de ces services de façon à : ■ proposer des services qui ne présentent pas les mêmes obstacles. ■ intervenir auprès des structures qui proposent les services existants et les aider à réduire les obstacles à l'accès des HSH ■ elaborer des campagnes de plaidoyer pour faire supprimer les obstacles identifiés	■ Liste des obstacles que les HSH rencontrent pour accéder aux services existants qui leur sont destinés
	Rôle spécifique que peuvent jouer les ONG et associations dans les services de santé liés à la sexualité pour les HSH	■ Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté	Il faut connaître la perception que les HSH ont du rôle potentiel que peuvent jouer les ONG et associations dans les services de santé liés à la sexualité pour les HSH de façon à répondre à ces attentes	■ Liste des rôles spécifiques que peuvent jouer les ONG et associations dans les services de santé liés à la sexualité pour les HSH

5. Dépouillement et analyse thématiques des données

Le dépouillement et l'analyse des données sont thématiques : c'est-à-dire qu'on classe et analyse suivant les thèmes qui ont été discutés avec chaque outil. Ces thèmes sont ceux qui étaient abordés grâce aux guides de discussion fournis avec chaque outil (voir le tableau précédant).

Principes de base de l'analyse des données

Toutes les données collectées grâce au DCP ne peuvent pas être considérées comme crédibles. Il faut que leur analyse corresponde à certains critères :

- Il faut qu'on soit capable de distinguer **à quelles catégories de population se rapportent les données qu'on analyse**. Par exemple, si on dit que tous les HSH pratiquent la fellation, alors qu'on a seulement analysé des propos tenus par des groupes composés de travestis, l'analyse n'est pas valable.
- **Il faut éviter de généraliser l'analyse si on a discuté d'un thème avec un seul groupe** qui était composé de trois ou quatre personnes. Si les personnes qui étaient dans ce groupe ont dit qu'elles étaient parfaitement acceptées par leurs familles en tant que HSH, on ne peut pas conclure en disant que tous les HSH sont bien acceptés car le groupe n'est pas représentatif de tous les HSH du pays ni même de la communauté où le DCP a été organisé.
- Il faut toujours essayer **d'analyser un thème en comparant des données qui ont été collectées grâce à plusieurs outils**. On parle de « triangulation » de l'analyse parce que souvent on se base sur trois outils. Par exemple, les données collectées grâce à « Mon univers » nous donnent beaucoup d'informations sur la discrimination des HSH. Nous pouvons les comparer avec les données collectées avec « Le HSH dans sa famille » et peut-être avec celles recueillies grâce à d'autres outils. De cette façon on parvient à croiser les informations venues de sources différentes et à établir une forme de vérité.

Préparation de l'analyse des données

La préparation de l'analyse des données consiste en une classification systématique des fiches pour la documentation des séances de collecte des données qui ont été remplies pendant le DCP. Il existe trois types de fiches que vous avez remplies pendant le DCP :

- Les fiches logistiques de documentation
- Les fiches d'enregistrement des informations recueillies
- Les fiches de synthèse

Comment classer les fiches pour la documentation des séances de collecte des données qui ont été remplies pendant le DCP ?

Avant de commencer le classement, vérifiez que toutes les fiches utilisées pour une même séance portent bien le même numéro de code.

Les étapes de la classification sont les suivantes :

- Séparez **les fiches logistiques de documentation** qui serviront surtout à l'élaboration du rapport de DCP, notamment pour donner des informations sur quelques données objectives du DCP : nombre de séances, nombre de participants, etc. Pour l'analyse des données, ces fiches sont utiles uniquement pour nous renseigner sur qui a dit quoi (rubriques 7 à 9 de la fiche).
- Regroupez ensuite toutes les **fiches d'enregistrement des informations recueillies et les fiches de synthèse selon l'outil utilisé**. Cela veut dire que si l'outil « Mon univers » a été utilisé au cours de plusieurs séances avec différents

groupes sur différents sites, toutes les fiches d'enregistrement des informations recueillies et les fiches de synthèse qui ont un rapport avec cet outil doivent être rassemblées. Faites la même chose pour chaque outil jusqu'à ce que vous ayez plusieurs « tas » ou « dossiers », un par outil.

Pour faciliter l'analyse, tous les « tas » de fiches correspondant à chaque outil doivent être bien séparés les uns des autres lorsque vous allez commencer vos réunions d'analyse des données.

Attention !

Normalement pour chaque outil utilisé, vous devez avoir plusieurs fiches d'enregistrement des informations recueillies remplies pendant une séance et une seule fiche de synthèse remplie à la fin de la même séance. Veillez à ce que les fiches d'une même séance restent ensemble ainsi que les dessins, cartes ou autres productions des participants réalisées pendant la même séance.

Méthodologie pour dépouiller et analyser les données recueillies

Lorsque toutes les fiches d'enregistrement des données recueillies ont été matériellement séparées en différents « tas » ou « dossiers », un tas ou un dossier par outil, on va analyser les données recueillies grâce à chaque outil.

Répartition en sous-groupes pour dépouiller et analyser les informations recueillies grâce aux différents outils

Suivant le nombre de personnes qui participent aux réunions d'analyse des données, il est plus pratique et rapide de se séparer en sous-groupes de trois à quatre personnes qui vont travailler sur des outils différents avant de partager l'analyse avec l'équipe complète.

Pour plus de cohérence, il est préférable de répartir les membres de l'équipe de dépouillement et d'analyse en fonction des outils qu'ils ont utilisés sur le terrain.

Récapitulatif des étapes de dépouillement et d'analyse des données

Avant de faire le dépouillement thématique des données, il est nécessaire de **faire la synthèse des informations qui décrivent le déroulement objectif du processus de collecte des données**. Ces informations sont disponibles à travers les fiches logistiques de documentation et les fiches de synthèse. Elles concernent les éléments suivants :

- La période couverte par le DCP, y compris l'analyse et la validation des données
- La description des équipes – nombre de personnes impliquées et responsabilités
- Sites – nombre et types de sites où s'est déroulé le DCP
- Nombre et catégories de participants
- Méthode de recrutement des participants
- Méthodologie utilisée – thèmes abordés et outils utilisés, nombre de séances de collecte des données.

Cette synthèse peut être faite en sous-groupes. Chaque équipe du DCP fait sa propre synthèse et note les informations sur de grandes feuilles de papier.

On profite de cette étape en début de dépouillement pour faire **l'analyse des leçons à tirer du DCP**. Les mêmes sous-groupes (un par équipe du DCP) discutent des points suivants :

On profite de cette étape en début de dépouillement pour faire l'analyse des leçons à tirer du DCP. Les mêmes sous-groupes (un par équie du DCP) discutent les principales leçons apprises durant le déroulement du DCP. Ils notent leur conclusions sur de grandes feuilles de papier.

Chaque sous-groupe présente ensuite en plénière, à l'aide des grandes feuilles, à la fois les informations sur le déroulement objectif du DCP puis les leçons qualitatives à tirer du DCP.

Lorsque toutes les équipes du DCP ont fait leurs présentations, on peut faire une synthèse en discutant notamment des leçons tirées par chacun des groupes et en les comparant.

Le/la documentaliste principal(e) devra consigner ces différentes informations dans le rapport du DCP (voir le chapitre 9. Elaboration du rapport final du DCP).

LES ÉTAPES DU DÉPOUILLEMENT ET DE L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES		
	ÉTAPES	ACTIVITÉS
1.	**Regroupement des documents nécessaires au dépouillement pour chaque sous-groupe**	Chaque sous-groupe doit avoir à sa disposition les documents sur lesquels figurent les données, soit les données brutes soit les données déjà synthétisées : ■ Toutes les fiches utilisées pour la documentation – fiches logistiques de documentation, fiches d'enregistrement des données et fiches de synthèse ■ Productions des participants du DCP (dessins, cartes, etc.) ■ Dans certains cas, des rapports déjà préparés par les animateurs du DCP et les documentalistes
2.	**Consignes pour le dépouillement et l'analyse**	■ Expliquer les principes du dépouillement et de l'analyse. ■ Expliquer que chaque sous-groupe va faire le dépouillement sur une série de feuilles de dépouillement thématique. Sur ces feuilles figurent les thèmes qui ont été discutés avec les participants du DCP pour chaque outil. Il y a plusieurs grandes feuilles pour chaque outil, une feuille par thème. ■ Il suffit de relire les informations recueillies sur chaque thème telles qu'elles ont été notées sur les différentes fiches utilisées pour la documentation ou éventuellement sur les rapports écrits par les animateurs du DCP. Il faut alors noter les informations les plus importantes sur les feuilles de dépouillement thématique. ■ Chaque sous-groupe doit également regarder à nouveau les productions des participants du DCP (dessins, cartes, etc.) pour noter sur les feuilles de dépouillement thématique les éléments importants qui n'auraient pas été relevés par les documentalistes pendant le DCP. C'est la synthèse finale pour chaque thème. ■ Il y a également des grandes feuilles de papier pour noter les citations importantes en relation avec les thèmes explorés pour chaque outil. ■ Il y a enfin des grandes feuilles intitulées « Autres données essentielles » pour noter les données que les sous-groupes peuvent trouver dans les fiches de documentation et autres documents qu'ils dépouillent et qui n'auraient pas un rapport direct avec les thèmes correspondants à chaque outil.
3.	**Distribution ou affichage des feuilles de dépouillement thématique**	Les animateurs des réunions de dépouillement et analyse des données doivent préparer à l'avance les grandes feuilles en notant simplement en haut de chaque feuille le nom de l'outil et le thème correspondant (voir fiche « Consignes pour les animateurs »).
4.	**Accord sur la méthodologie à suivre et répartition des rôles**	Les membres de chaque sous-groupe se mettent d'accord sur les rôles respectifs de chaque membre du groupe : lecture des fiches, écriture de la synthèse des données recueillies et des citations sur des grandes feuilles de papier, etc. Il est important que chaque personne ait quelque chose de précis à faire pour éviter les pertes de temps.
5.	**Dépouillement des fiches de synthèse**	Les membres de chaque sous-groupe lisent les deux dernières rubriques des fiches de synthèse qui ont été remplies à la fin de chaque séance du DCP : ■ « Synthèse finale des résultats obtenus avec l'outil » ■ « Ce que les participants ont dit » Ils notent alors sur les grandes feuilles de dépouillement thématique ce qui correspond aux données essentielles à analyser. En fait ils récapitulent les données importantes recueillies grâce à chaque outil à travers toutes les séances de DCP qui ont eu lieu.
6.	**Dépouillement des fiches d'enregistrement des informations recueillies**	Comme les fiches de synthèse risquent de ne pas fournir toute l'information souhaitée, on lit ensuite les fiches d'enregistrement des informations recueillies qui ont été remplies à chaque fois que l'outil a été utilisé avec des groupes de participants. On complète alors le dépouillement avec les éléments qui manquaient dans les fiches de synthèse et on écrit les éléments manquants sur les feuilles de dépouillement thématique qu'on a commencés à remplir à l'étape 5. Si les fiches de synthèse ont été bien remplies, cette étape devrait être très courte.

LES ÉTAPES DU DÉPOUILLEMENT ET DE L'ANALYSE THÉMATIQUES DES DONNÉES		
	ÉTAPES	ACTIVITÉS
7.	**Dépouillement des productions des participants (dessins, cartes, tableaux sur grandes feuilles de papier)**	Finalement, on jette un coup d'œil à ce que les participants ont produit pendant les séances dans le cadre de l'utilisation de certains outils : dessins, cartes, tableaux, etc., comme par exemple les dessins réalisés par les participants qui ont fait l'exercice « Mon univers ». On examine si certains éléments d'information importants qui apparaissent dans ces productions n'ont pas été oubliés dans les fiches de synthèse et les fiches d'enregistrement des informations recueillies. Lorsque des éléments importants apparaissent, on les rajoute sur les feuilles de dépouillement thématique qu'on a commencés à remplir aux étapes 4 et 5.
8.	**Vérification des caractéristiques de la population cible**	Il est aussi important de ne pas attribuer des informations à une catégorie de population alors qu'elles ont été données par une autre catégorie, sinon la démarche n'est pas crédible et l'analyse n'est pas valide. On peut donc vérifier grâce aux fiches logistiques de documentation et aux fiches de synthèse (premières rubriques) quelles catégories de populations ont utilisé les outils et qui a dit quoi. Toutefois, il est préférable de noter ceci tout au long du processus de dépouillement. Exemples : ■ Si certaines pratiques sexuelles préférées ont été mentionnées uniquement par les travestis, on écrira « travestis » entre parenthèses en face de ces pratiques sur la grande feuille de papier qui présente la liste de pratiques sexuelles mentionnées par les HSH pendant le DCP. ■ Si l'âge des premiers rapports sexuels diffère suivant les catégories de HSH : par exemple, on remarque que les hommes qui se disent bisexuels ont eu leurs premiers rapports sexuels avec des hommes plus tôt, il est intéressant de le mentionner sur la grande feuille qui résume les données pour ce thème.
9.	**Consolidation du dépouillement des données**	Lorsque l'analyse des données recueillies grâce à chaque outil est terminée, il est nécessaire de comparer les données qui ont été recueillies sur le même thème grâce à des outils différents pour vérifier comment elles se complètent. Il s'agit de la consolidation du dépouillement des données. La grille de consolidation du dépouillement des données (voir le tableau « Cadre de référence pour le dépouillement et l'analyse thématiques des données » dernière colonne) récapitule tous les produits du dépouillement (c'est-à-dire toutes les grandes feuilles de papier qui présentent la synthèse des données importantes recueillies avec chaque outil). La grille montre aussi les données qui doivent être consolidées, en indiquant les grandes feuilles qui doivent être comparées. Exemple : on sait qu'on a recueilli des données sur les connaissances et les croyances des HSH sur les IST/VIH/SIDA grâce, à la fois, à l'outil « Mon corps et ma sexualité » et à l'outil « Pratiques sexuelles et prises de risque ». On affiche alors côte-à-côte les grandes feuilles sur lesquelles ont été écrites les synthèses des données dépouillées auparavant pour ces deux outils. On analyse si certaines des données se répètent, ce qui leur donne plus de poids pour l'analyse. Si les étapes 3 à 6 ont été conduites en sous-groupes, la consolidation doit se faire en plénière, avec l'ensemble de l'équipe chargée du dépouillement et de l'analyse. A ce stade, on peut en fait afficher toutes les grandes feuilles sur les murs de la salle où est réunie l'équipe de dépouillement et d'analyse de façon à ce que tous puissent avoir une vue d'ensemble des données collectées. C'est sur ces grandes feuilles que le/la documentaliste de l'analyse des données doit se baser pour écrire la partie du rapport du DCP qui fait la synthèse des résultats du DCP. Il/elle doit tenir compte de la consolidation des données.

Consignes pour le dépouillement et l'analyse thématiques des données

Consignes pour les animateurs/préparation du matériel

Les animateurs doivent préparer avant le début des réunions de dépouillement une série de grandes feuilles de papier sur lesquelles ils vont écrire deux éléments pour guider les sous-groupes en charge du dépouillement et de l'analyse thématiques :

- Le titre de l'outil de collecte des données pour lequel on fait le dépouillement et l'analyse
- Le thème de dépouillement et d'analyse. Il y a toujours plusieurs thèmes pour chaque outil et une grande feuille de papier pour chaque thème

Les grandes feuilles seront ensuite affichées sur les murs ou distribuées aux sous-groupes en fonction des outils pour lesquels ils font le dépouillement et l'analyse des données. Les consignes à donner aux membres des sous-groupes figurent sur le fiche « Consignes pour les membres des sous-groupes pour le dépouillement et l'analyse thématique des données ».

Liste des grandes feuilles de papier à préparer = feuilles de dépouillement thématique

Outil « Mon univers »

1. Liste des « confidents » et « alliés » des HSH
2. Liste des « ennemis » des HSH
3. Echelle de discrimination : des plus discriminés aux moins discriminés selon les catégories de HSH qui ont participé au DCP
4. Liste des formes de discrimination dont souffrent les HSH
5. Liste des sources informelles d'information dans l'entourage des HSH
6. Citations les plus intéressantes
7. Autres données essentielles

Outil « Le HSH dans sa famille »

8. Liste des connaissances et croyances erronées des familles sur l'homosexualité et les homosexuels
9. Liste des « confidents » et « alliés » des HSH
10. Liste des « ennemis » des HSH
11. Echelle de discrimination : des plus discriminés aux moins discriminés selon les catégories de HSH qui ont participé au DCP
12. Liste des formes de discrimination dont souffrent les HSH
13. Liste des motifs de stigmatisation des HSH
14. Liste des comportements négatifs et positifs vis-à-vis de la séropositivité et des HSH VIH+
15. Liste des sources informelles d'information dans l'entourage des HSH
16. Liste des endroits et personnes auxquels les HSH s'adressent quand ils ont des problèmes de santé liés à la sexualité
17. Citations les plus intéressantes
18. Autres données essentielles

Outil « Mon corps et ma sexualité »

19. Liste des connaissances et croyances erronées des HSH :
- sur le corps et la sexualité
- sur les facteurs de risque par rapport aux IST/VIH/SIDA
- sur la prévention des IST/VIH/SIDA

20. Liste des pratiques sexuelles préférées et les plus courantes des HSH

21. Moyenne d'âge des premiers rapports sexuels (en essayant de distinguer par catégories de HSH). On peut l'écrire sur la même feuille que les pratiques sexuelles

22. Liste des termes employés pour désigner les organes sexuels et les pratiques sexuelles

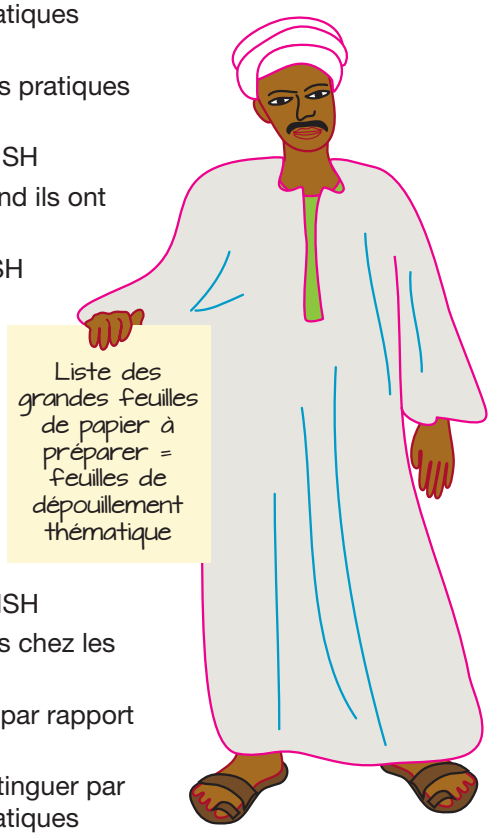
23. Liste des sources informelles d'information dans l'entourage des HSH

24. Liste des endroits et personnes auxquels les HSH s'adressent quand ils ont des problèmes de santé liés à la sexualité

25. Liste des services de santé liés à la sexualité qui manquent aux HSH

26. Citations les plus intéressantes

27. Autres données essentielles



Outil « Pratiques sexuelles et prises de risques »

28. Liste des connaissances et croyances erronées des HSH :
- sur le corps et la sexualité
- sur les facteurs de risque par rapport aux IST/VIH/SIDA
- sur la prévention des IST/VIH/SIDA

29. Liste des pratiques sexuelles préférées et les plus courantes des HSH

30. Liste des comportements à risque au cours des pratiques sexuelles chez les HSH

31. Liste des stratégies individuelles des HSH pour réduire les risques par rapport aux IST/VIH/SIDA

32. Moyenne d'âge des premiers rapports sexuels (en essayant de distinguer par catégories de HSH). On peut l'écrire sur la même feuille que les pratiques sexuelles

33. Liste des pratiques spécifiques des HSH qui renforcent leur stigmatisation

34. Liste des termes employés pour désigner les organes sexuels et les pratiques sexuelles préférées

35. Liste des sources informelles d'information sur la sexualité dans l'entourage des HSH

36. Citations les plus intéressantes

37. Autres données essentielles

Outil « Cartographie des endroits fréquentés par les HSH »

38. Liste des lieux de rencontre et de socialisation des HSH

39. Liste des lieux identifiés comme représentant un danger et quel type de danger

40. Liste des stratégies utilisées par les HSH pour surmonter les dangers rencontrés

41. Citations les plus intéressantes

42. Autres données essentielles

Outil « Le moment de vérité »

43. Liste des comportements à risque au cours des pratiques sexuelles chez les HSH

44. Liste des facteurs de vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA chez les HSH

45. Liste des stratégies individuelles des HSH pour réduire les risques par rapport aux IST/VIH/SIDA

46. Citations les plus intéressantes

47. Autres données essentielles

Outil « Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels dans la communauté »

48. Liste des endroits et personnes auxquels les HSH s'adressent quand ils ont des problèmes de santé liés à la sexualité

49. Liste des services de santé liés à la sexualité qui manquent aux HSH

50. Liste des obstacles que les HSH rencontrent pour accéder aux services qui leur sont destinés

51. Liste des stratégies pour accéder aux populations cibles HSH sur leurs lieux de rencontre

52. Liste des rôles que les ONG et associations peuvent jouer dans les services de santé liés à la sexualité pour les HSH

53. Citations les plus intéressantes

54. Autres données essentielles

Consignes pour les membres des sous-groupes

Il y a deux façons possibles de faire le dépouillement thématique en sous-groupes :

- **Si les différentes équipes du DCP ont utilisé les mêmes outils pendant la collecte des données**, afficher toutes les grandes feuilles de dépouillement thématique sur les murs. Les sous-groupes correspondant à chaque équipe vont faire le tour et remplir chaque grande feuille à tour de rôle. Chaque groupe utilise un marqueur de couleur différente ou note le numéro de son groupe en face des données inscrites pour qu'on sache ensuite à quel groupe correspond chaque donnée.
- **Si les différentes équipes du DCP ont utilisé des outils différents pendant la collecte des données**, on donne à chaque sous-groupe les grandes feuilles de dépouillement thématique qui correspondent aux outils qu'ils ont utilisés. Ils étalent ensuite les grandes feuilles sur le sol ou les collent toutes ensemble sur les murs pour pouvoir les remplir plus facilement.

Dans les deux cas, la méthode de dépouillement des données est la même :

- Lire les deux dernières rubriques des fiches de synthèse et examiner s'il y a des éléments en rapport avec les différents thèmes écrits sur les grandes feuilles de papier.
- Noter les informations les plus importantes sur la feuille de dépouillement thématique correspondante.
- Passer ensuite en revue les fiches d'enregistrement des informations recueillies pour repérer les informations sur le thème. Compléter ce qui a déjà été noté sur la feuille de dépouillement thématique.
- Regarder les productions des participants lorsque les participants ont eu l'occasion de dessiner, de faire des tableaux, des cartes, des listes et vérifier si on y trouve des informations supplémentaires. Finir de compléter ce qui a déjà été noté sur la feuille de dépouillement thématique.

Attention ! Dépouillement et analyse des données par catégories de HSH

Lorsque les membres des sous-groupes font la synthèse des données essentielles collectées sur les grandes feuilles, ils doivent penser à mentionner à quelles catégories de HSH se rapportent ces données lorsqu'elles concernent une ou plusieurs catégories spécifiques de HSH. Voici quelques exemples :

- Si certaines formes de discrimination affectent plus certaines catégories de HSH que d'autres, il faut noter les catégories entre parenthèses à côté. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les HSH s'adressent à des services différents selon leur identité sexuelle, il faut noter les catégories entre parenthèses à côté des services mentionnés. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les pratiques sexuelles préférées et courantes varient suivant les catégories de HSH, il faut noter ces catégories entre parenthèses à côté des pratiques mentionnées. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les comportements à risque pendant les rapports sexuels varient suivant les catégories de HSH, il faut noter ces catégories entre parenthèses à côté des risques mentionnés. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les dangers varient suivant les catégories de HSH, il faut noter ces catégories entre parenthèses à côté des dangers mentionnés. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les stratégies individuelles de réduction des risques varient suivant les catégories de HSH, notez ces catégories entre parenthèses à côté des stratégies mentionnées. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.
- Si les stratégies pour accéder aux populations cibles varient suivant les catégories de HSH, notez ces catégories entre parenthèses à côté des stratégies mentionnées. Si, en revanche, certaines données concernent tous les HSH, on n'ajoute rien.

Consignes pour la consolidation du dépouillement des données

Une fois que tous les sous-groupes ont terminé le dépouillement et la première phase d'analyse des données collectées avec chaque outil, on peut faire une consolidation du dépouillement ; c'est-à-dire un partage et une comparaison des données pour vérifier comment elles se complètent et aboutir à une synthèse finale qui apparaîtra dans le rapport du DCP. La consolidation se fait en plusieurs étapes.

- Les animateurs devraient regrouper toutes les grandes feuilles selon les trois grands niveaux d'analyse qui vont servir de cadre de référence pour toute l'analyse :
  - **Niveau 1 Les facteurs individuels spécifiques aux HSH** (et HSH vivant avec le VIH) qui influent sur leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA
  - **Niveau 2 L'environnement social des HSH** et comment il affecte leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA
  - **Niveau 3 L'offre de services pour les HSH** dans le domaine de la santé liée à la sexualité et notamment aux IST/VIH/SIDA

  La grille de consolidation des données (voir le tableau « Cadre de référence pour le dépouillement et l'analyse thématiques des données » page 72, dernière colonne) montre auquel des trois niveaux correspond chaque feuille de dépouillement thématique remplie par les sous-groupes à partir des différents outils.

Les grandes feuilles peuvent être affichées dans trois espaces différents de la salle, ou en partie en dehors de la salle de réunion si elle est trop petite :

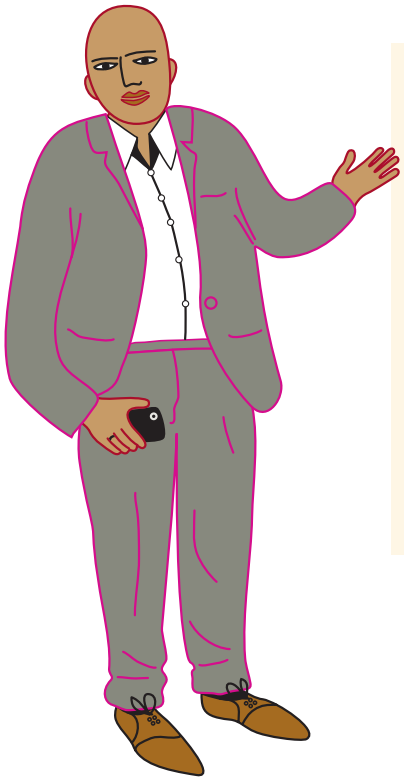
- L'espace « Invididus »
- L'espace « Contexte social »
- L'espace « Services »

Ces trois intitulés peuvent être notés sur des feuilles A4 et les feuilles A4 peuvent être placées sur les murs au dessus des feuilles de dépouillement thématique correspondantes pour que les membres de l'équipe de dépouillement et d'analyse se repèrent facilement.

- Tous les membres de l'équipe de dépouillement et d'analyse des données font le tour des trois espaces en lisant toutes les données affichées pour éventuellement faire ensuite des commentaires et poser des questions. C'est une démarche individuelle et chaque personne va à son rythme (maximum 20 minutes).
- Puis, tous ensemble, on fait le tour de toutes les feuilles du dépouillement thématiques affichées dans les trois espaces pour répondre aux éventuelles questions et discuter des commentaires sur les données qui se recoupent ou diffèrent. Les animateurs peuvent s'aider de la grille de consolidation des données présentée ci-dessous pour se souvenir des thèmes couverts par différents outils. Toutefois, la grille n'est pas nécessaire aux autres membres de l'équipe.

Grille pour la consolidation des données

- Revenez au tableau « Cadre de référence pour le dépouillement et l'analyse thématiques des données ». Dans la dernière colonne figurent toutes les synthèses des données qui ont été produites par l'équipe sur des grandes feuilles de papier au cours du dépouillement et de l'analyse.
- Lorsque le même type de données a été collecté plusieurs fois grâce à au moins deux outils différents, il faut afficher les grandes feuilles de papier avec les synthèses du dépouillement de chaque outil et il faut comparer les données : quelles données se répètent ? Quelles données sont uniques ? Ceci de façon à les consolider dans une seule synthèse par thème.



Exemple

Des données sur les croyances erronées des HSH sur les IST/VIH/SIDA ont été collectées grâce à deux outils. On a donc normalement deux synthèses de ces données sur deux grandes feuilles de papier différentes. Il faut rassembler les deux grandes feuilles et comparer les données pour voir ce qui est semblable ou non. De cette façon on obtient une synthèse globale de toutes les données collectées sur les croyances erronées des HSH sur les IST/VIH/SIDA.

6. Méthodologie pour l'analyse des problèmes auxquels on veut répondre

Comme cela a déjà été mentionné, l'objectif principal de l'analyse des données dans le cadre du DCP a pour but d'identifier clairement les besoins des populations cibles. Ces besoins sont souvent exprimés en termes de problèmes auxquels l'association ou ONG va aider les populations à apporter des solutions.

La phase suivante de l'analyse des données est donc entièrement focalisée sur **l'analyse des besoins et problèmes identifiés grâce au DCP**, ainsi que sur les causes et conséquences de ces problèmes.

L'analyse se base alors sur plusieurs éléments :

- Les problèmes exprimés par les populations cibles elles-mêmes et l'analyse qu'elles en ont faite, grâce aux outils « Nos problèmes » et « Causes et conséquences de nos problèmes ».
- Toutes les données qui ont été dépouillées au cours de la phase précédente du processus. Ces données permettent en effet de mieux analyser les problèmes cités par les populations cibles, en les mettant en contexte. Elles permettent notamment de comprendre les causes et les conséquences de certains des problèmes mis en avant par les HSH. D'autre part, il est possible que certains problèmes n'aient pas été exprimés directement par les participants du DCP au cours des séances pendant lesquelles a été utilisé l'outil « Nos problèmes ».

Les deux éléments de l'analyse se complètent mais il est clair que les problèmes exprimés par les populations cibles elles-mêmes doivent être privilégiés, au profit de problèmes qui seraient identifiés par l'équipe du DCP et qui n'auraient pas été cités par les participants. Il ne faut pas oublier un des principes fondamentaux du DCP : les populations concernées connaissent mieux leurs problèmes que les autres.

Toutefois identifier les besoins et les problèmes des populations cibles n'est pas suffisant. Il faut aussi les **classer par ordre de priorité** car aucune association ou ONG ne sera capable de répondre à tous les problèmes en même temps. Il va donc falloir choisir le ou les problèmes auxquels le projet qui va être élaboré va essayer d'apporter des solutions.

Par ailleurs il est nécessaire de classer les problèmes entre :

- problèmes de santé liés à la sexualité (et homosexualité) d'une part
- problèmes connexes qui correspondent aux facteurs qui rendent les HSH vulnérables aux problèmes de santé liés à leur sexualité, ceci aux trois niveaux déjà évoqués : niveau individuel, niveau du contexte social et niveau de l'offre de services.

Les problèmes connexes sont en fait des **causes immédiates** et des **causes profondes** des problèmes de santé sexuelle, c'est pourquoi il faut bien **comprendre comment les problèmes sont liés entre eux dans une chaîne de cause à effet ou « chaîne causale »**, car on s'aperçoit que certains problèmes sont en fait eux-mêmes les conséquences d'autres problèmes et en même temps les causes de certains autres problèmes (voir exemple dans le tableau ci-dessous).

EXEMPLE DE CLASSIFICATION ENTRE PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE ET PROBLÈMES CONNEXES			
Problèmes de santé sexuelle	Augmentation du nombre de contaminations par le VIH chez les HSH		
Catégories de problèmes connexes	Facteurs qui rendent les HSH vulnérables au niveau individuel	Facteurs qui rendent les HSH vulnérables dans le contexte social	Facteurs qui rendent les HSH vulnérables dans l'offre de services de santé liés à la sexualité
Problèmes connexes = causes immédiates et causes profondes des problèmes de santé sexuelle	■ Rapports sexuels non protégés ■ Méconnaissance des risques d'infection par le VIH ■ Mauvaise connaissance des moyens de prévention ■ Envie de prendre du plaisir sans contraintes	■ Stigmatisation des pratiques homosexuelles qui pousse les HSH à se cacher ■ Positions des autorités religieuses sur l'utilisation du préservatif ■ Etc.	■ Faible promotion de l'utilisation du préservatif ■ Manque de services de santé préventive destinés aux HSH

Avant de construire une réponse à un problème, il faut donc le situer dans une « chaîne causale » qui permettra de savoir exactement à quel niveau de la chaîne on doit agir pour faire changer les choses. En effet, si on agit sur un problème qui est en fait la conséquence d'un autre problème plus grave et qu'on ne fait rien pour trouver une solution au problème grave, on risque d'agir pour rien.

Enfin, il est capital de savoir **qui dans la population cible est le plus affecté par les problèmes** et aussi qui dans la communauté peut permettre de faire changer les choses et d'aider dans la recherche et la mise en place de solutions.

Analyse des problèmes de santé sexuelle prioritaires

Partir des problèmes identifiés par les participants du DCP eux-mêmes (outil « Nos problèmes »)

La première étape de l'analyse des problèmes prioritaires est de dépouiller et d'analyser les données recueillies auprès des participants grâce à l'outil « Nos problèmes » qui a normalement été utilisé avec plusieurs groupes de participants au cours de différentes séances de DCP.

La grille de dépouillement et d'analyse des données suivante donne des pistes pour mener à bien une analyse systématique des données sans perdre de temps.

Quand on commence cette séance d'analyse des problèmes, il est conseillé d'avoir sur les murs de la salle de réunion toutes les grandes feuilles de papier qui ont été produites pendant le dépouillement et l'analyse des données recueillies avec tous les autres outils.

CONSIGNES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES DE L'OUTIL 6 : NOS PROBLÈMES		
DONNÉES ESSENTIELLES À ANALYSER	MÉTHODE POUR FAIRE L'ANALYSE DE CES DONNÉES	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ANALYSE DES DONNÉES
Quels sont les problèmes les plus importants que les HSH rencontrent par ordre de fréquence (les problèmes auxquels ils doivent faire face le plus souvent) ? **Quels sont les problèmes les plus graves que les HSH rencontrent ?**	■ Placer sur le sol ou sur le mur toutes les grandes feuilles de papier que les participants du DCP ont réalisées en listant les problèmes que les HSH rencontrent le plus souvent et les problèmes que les HSH jugent les plus graves. ■ Un membre de l'équipe lit tous les problèmes qui figurent dans la colonne « problèmes les plus fréquents » de toutes les grandes feuilles tandis qu'un autre membre de l'équipe les écrit à nouveau sur des cartes/ feuilles A4 (un problème par carte). ■ Par ailleurs, l'animateur principal dessine une pyramide sur une grande feuille de papier. La pyramide doit avoir plusieurs étages. Il la fixe au mur ou la place sur le sol. L'animateur explique que la pyramide va permettre de prioriser les problèmes : les moins importants en bas, les plus importants en haut de la pyramide. Il demande aux membres de l'équipe d'examiner les classifications par ordre de priorité des problèmes en terme de fréquence effectuées par les participants pendant le DCP. L'équipe doit alors placer sur la pyramide les cartes avec chaque problème en essayant de faire la synthèse de ce que les participants du DCP ont exprimé. ■ Toute l'équipe regarde ensuite les colonnes des grandes feuilles de papier dans lesquelles les participants ont classé les problèmes par ordre de gravité. A partir de ces classements, ils vont déplacer les cartes avec les problèmes sur la pyramide pour que la classification par ordre de priorité reflète à la fois la fréquence et la gravité de chaque problème.	■ Pyramide présentant la classification par ordre de priorité des problèmes des HSH effectuée par les participants du DCP

En dehors des problèmes cités par les participants eux-mêmes, l'équipe peut identifier d'autres problèmes qui souvent sont des causes immédiates des problèmes exprimés par les participants.

CONSIGNES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES : ANALYSE APPROFONDIE DES PROBLÈMES (données collectées avec les autres outils du DCP)		
DONNÉES ESSENTIELLES À ANALYSER	MÉTHODE POUR FAIRE L'ANALYSE DE CES DONNÉES	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ANALYSE DES DONNÉES
Quels sont les problèmes connexes : ■ ce qui rend les HSH vulnérables aux IST/VIH/SIDA au niveau individuel ■ ce qui rend les HSH vulnérables aux IST/VIH/SIDA au niveau de leur contexte social ■ ce qui rend les HSH vulnérables aux IST/VIH/SIDA au niveau de l'offre de services existante	■ Lorsque l'équipe a placé tous les problèmes identifiés par les participants du DCP sur la pyramide des priorités, l'animateur principal va demander à tous les membres de l'équipe de regarder toutes les grandes feuilles de papier sur lesquelles figurent les synthèses du dépouillement des données. Ces feuilles devraient être affichées sur les murs dans trois espaces différents : « Individus », « Contexte social » et « Services ». ■ On divise les membres de l'équipe en trois sous-groupes, ces sous-groupes vont d'espace en espace et analysent s'ils peuvent identifier d'autres problèmes qui n'ont pas été mentionnés par les participants du DCP au cours des séances avec l'outil « Nos problèmes » et qui ne sont pas déjà sur la pyramide. Les problèmes identifiés peuvent l'être aux trois niveaux de l'analyse : facteurs individuels, contexte social, offre de services. Les membres de chaque sous-groupe sont invités à écrire chaque nouveau problème sur une carte ou feuille A4. Pour plus de clarté, on peut donner une couleur à chaque niveau de problèmes et espace correspondant. Par exemple, on aura des feuilles jaunes pour les problèmes au niveau individuel, des feuilles vertes pour les problèmes liés au contexte social et des feuilles bleues pour les problèmes liés à l'offre de services. ■ Une fois les cartes écrites par les trois sous-groupes, on place par terre toutes les cartes du niveau « individus » ensemble, toutes celles du niveau « contexte social » ensemble et toutes celles du niveau « services » ensemble. En plénière, on analyse si certaines cartes écrites par différents sous-groupes ne décrivent pas en fait les mêmes problèmes et on élimine celles qui sont en double. ■ L'animateur principal explique qu'il y a en fait deux grandes catégories de problèmes à ce stade : • D'une part, les problèmes de santé liés à la sexualité des HSH (ou problèmes de santé sexuelle) • D'autre part, les problèmes qui sont en fait les facteurs qui rendent les HSH vulnérables aux problèmes de santé liés à la sexualité, au niveau individuel, au niveau du contexte social et au niveau de l'accès aux services de santé. • Ce sont les problèmes connexes qui sont des causes immédiates et causes profondes des problèmes de santé. ■ L'animateur principal demande aux membres de l'équipe de choisir uniquement les problèmes qui sont véritablement des problèmes de santé liés à la sexualité. Il/elle les souligne, les entoure ou les coche sur les cartes. En général il n'y aura qu'un ou deux problèmes de santé sexuelle, les autres problèmes identifiés sont des causes immédiates ou profondes de ces problèmes.	■ Liste de problèmes connexes au niveau individuel, social et de l'offre des services identifiés par l'équipe sur la base du dépouillement et de l'analyse de l'ensemble des données ■ Classification entre problèmes sexuels et problèmes connexes

Figure 3. Exemple d'analyse approfondie des problèmes à l'issue d'un DCP mené au Maroc

Analyse des chaînes causales de problèmes

Un certain nombre de problèmes de santé liés à la sexualité ont donc été définis comme prioritaires. La nouvelle étape de l'analyse consiste à identifier parmi les problèmes connexes déjà discutés ceux qui sont les causes des problèmes de santé définis comme des priorités. On utilise un outil appelé « l'arbre à problèmes » qui permet de symboliser le problème prioritaire, ses causes profondes et immédiates ainsi que ses conséquences.

La distinction entre causes profondes et causes immédiates est particulièrement importante pour la suite du processus. En effet, l'identification des causes profondes du problème va aider à déterminer les stratégies pour trouver la ou les solutions aux problèmes.

Les causes immédiates vont correspondre aux changements qui seront attendus lorsqu'on mettra en place les stratégies. Elles ne sont pas toujours faciles à identifier. Chaque cause immédiate doit être directement liée à un problème de santé spécifique. Elle doit être indépendante des autres causes immédiates. Il existe rarement plus de trois ou quatre causes immédiates.

En revanche, il peut y avoir de très nombreuses causes profondes pour chaque cause immédiate. L'objectif de l'analyse n'est pas de les discuter toutes en détail. Il faut grouper les causes profondes selon les trois niveaux d'analyse déjà évoqués :

- Vulnérabilité liée aux caractéristiques spécifiques des HSH (niveau individuel)
- Vulnérabilité liée au contexte social des HSH
- Vulnérabilité liée à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH

Exemple d'analyse d'un problème de santé lié à la sexualité des HSH en utilisant l'arbre à problèmes

Problème prioritaire de santé lié à la sexualité des HSH	Augmentation du nombre de contaminations par le VIH chez les HSH à Beyrouth	
Causes immédiates	Rapports de pénétration anale sans utilisation de préservatifs	Faible prise en charge des IST
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH	• Absence de connaissances sur le VIH/SIDA • Mauvaise appréciation du risque de contamination par le VIH. Les HSH pensent que ça n'arrive qu'aux autres • Recherche du plaisir associé au risque • Faible estime de soi	• Méconnaissance des symptômes des IST • Méconnaissance des services disponibles • Auto-médication en cas d'IST
Causes profondes liées au contexte social des HSH	• Stigmatisation liée au VIH/SIDA qui oblige les personnes séropositives à se cacher, ce qui rend l'épidémie invisible et diminue la prise de conscience des risques • Stigmatisation de l'homosexualité qui oblige les HSH à avoir des rapports sexuels dans des conditions qui ne favorisent pas la prévention des risques de transmission du VIH/SIDA • Fatalisme qui conduit à des attitudes telles que « De toutes façons il faut bien mourir de quelque chose »	• De façon générale les hommes s'adressent moins aux services de santé • Sentiments de honte si on a des problèmes de santé liés à la sexualité (et aux organes sexuels) car la sexualité est un thème tabou
Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH	• Faible disponibilité des préservatifs dans les endroits où ont lieu les rapports sexuels entre HSH • Peu d'informations sur les pratiques sexuelles à moindre risque • Absence de campagnes d'information spécifiques destinées aux HSH • Coût élevé des préservatifs pour certains HSH	• Attitudes discriminatoires des professionnels de santé envers les HSH • Pas de promotion des services de santé liés à la sexualité dans la population en général et notamment chez les HSH

CONSIGNES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES : ANALYSE DES CAUSES IMMÉDIATES ET PROFONDES DES PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE DES HSH		
DONNÉES ESSENTIELLES À ANALYSER	MÉTHODE POUR FAIRE L'ANALYSE DE CES DONNÉES	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ANALYSE DES DONNÉES
Quelles sont les causes immédiates et les causes profondes des problèmes de santé liés à la sexualité des HSH que l'association a identifiés comme prioritaires ?	■ Préparer plusieurs grandes feuilles de papier collées ensemble pour former un grand rectangle de papier. Sur cette surface, l'animateur dessine un arbre soulignant clairement les branches de l'arbre, le tronc et les racines. Il peut y avoir beaucoup de racines sous la surface de la terre mais il doit y avoir seulement trois grandes racines qui s'enfoncent profondément dans le sol. Le dessin de l'arbre est placé sur le sol de façon à ce que tous les membres de l'équipe d'analyse le voient bien. ■ L'animateur explique qu'on va utiliser cet arbre pour analyser les phénomènes de causalité ou cause à effet entre les problèmes dont on a discuté jusqu'ici. Le tronc de l'arbre symbolise le problème de santé lié à la sexualité qui a été défini comme prioritaire. Les petites racines sous le sol sont les causes immédiates du problème. ■ Les trois grandes racines symbolisent chacune un groupe de causes profondes qui sont elles-mêmes ce qui provoque les causes immédiates. Les trois types de racines profondes sont les suivants : • Vulnérabilité liée aux caractéristiques spécifiques des HSH (niveau individuel) • Vulnérabilité liée au contexte social des HSH • Vulnérabilité liée à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH. ■ L'équipe doit commencer par sélectionner un des problèmes de santé prioritaires et placer la carte correspondante sur le tronc. ■ On reforme ensuite trois sous-groupes. Un sous-groupe doit placer sur l'arbre les cartes des problèmes qui sont liés aux HSH eux-mêmes (« Individus ») pour montrer les relations de cause à effet entre les différents problèmes identifiés, un autre sous-groupe place les cartes des problèmes liés au « contexte social ». Enfin le troisième sous-groupe place les cartes des problèmes liés à l'offre de « services ». Chaque sous-groupe doit notamment essayer de bien distinguer les causes immédiates du problème de santé et les causes profondes. Il faut bien insister sur le fait que la cause immédiate doit être directement liée au problème principal et elle est indépendante des autres causes immédiates ; c'est-à-dire qu'une cause immédiate ne peut pas être la cause d'une autre cause immédiate, sinon elle n'entre pas dans cette catégorie. ■ En plénière, on analyse ensuite la façon dont chaque sous-groupe a placé les cartes de problèmes sur l'arbre et chaque sous-groupe explique aux autres les relations de cause à effet entre les problèmes telles qu'ils les ont imaginées. En fonction des discussions, on peut déplacer certaines cartes sur l'arbre. ■ L'équipe doit faire la même chose pour chaque problème de santé prioritaire. Il faut qu'à la fin de l'exercice l'équipe puisse visualiser les différents arbres à problèmes. Il est impératif que le/la documentaliste reproduise le dessin avec des marqueurs sur d'autres grandes feuilles de papier. Ces arbres à problèmes devront aussi être reproduits dans le rapport final. ■ Si certaines cartes n'ont pas été choisies par l'équipe, on les classe dans la catégorie « autres problèmes ».	Arbres à problèmes présentant les causes immédiates et profondes de chacun des problèmes de santé prioritaires identifiés par l'association

Analyse de qui est concerné par les problèmes

Cette étape approfondit l'analyse des populations et personnes qui sont concernées par les problèmes identifiés, à deux niveaux :

- Les catégories de populations cibles qui sont les plus directement affectées par les problèmes. En effet, certains facteurs peuvent accentuer la vulnérabilité de certaines catégories ; par exemple, l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'ethnicité, l'identité sexuelle.
- Les groupes ou personnes qui sont les plus à même de faire changer les choses par rapport à ces problèmes. Les catégories les plus affectées par un problème n'ont pas toujours tous les moyens en leur possession pour faire changer les choses et résoudre le problème.

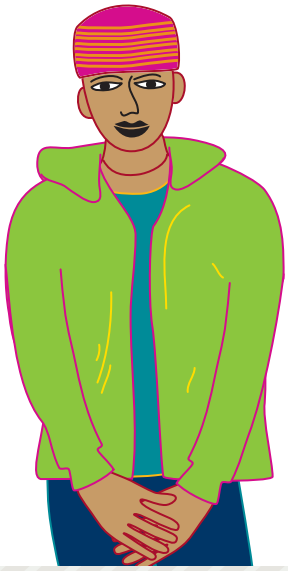
CONSIGNES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES : ANALYSE DES PERSONNES ET CATÉGORIES CONCERNÉES PAR LES PROBLÈMES		
DONNÉES ESSENTIELLES À ANALYSER	MÉTHODE POUR FAIRE L'ANALYSE DE CES DONNÉES	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ANALYSE DES DONNÉES
Quelles sont les catégories parmi les populations cibles qui sont les plus affectées par chacun des problèmes prioritaires ? **Quels sont les groupes et les personnes qui ont le plus d'influence pour faire changer les choses et favoriser les solutions des problèmes ?**	■ L'équipe doit commencer par l'un des arbres à problèmes. On commence par analyser le tronc; c'est-à-dire, le problème de santé lié à la sexualité jugé comme prioritaire. Les membres de l'équipe doivent répondre aux questions suivantes : • Quelles sont les catégories parmi les populations cibles qui sont les plus affectées par chacun des problèmes prioritaires ? Pour quelles raisons ? • Quels sont les groupes et les personnes qui ont le plus d'influence pour faire changer les choses et favoriser les solutions des problèmes ? Pour quelles raisons ? • Lorsqu'on fait l'analyse des groupes et personnes qui ont une influence, il faut généralement distinguer ceux qui ont une influence directe ou indirecte, et ceux qui ont une influence à court terme ou à plus long terme. ■ On divise l'équipe en trois sous-groupes. Chaque sous-groupe analyse un des trois niveaux de causes immédiates et profondes. Sur des Post-it, ils notent qui est concerné et collent un Post-it sur chaque carte de problème. ■ En plénière, chaque sous-groupe présente ce qu'il a écrit sur les Post-it et on ajoute éventuellement des catégories en fonction des suggestions du grand groupe. ■ Il est nécessaire que, parallèlement, le/la documentaliste note ces listes pour le reste du processus et le rapport final.	■ Pour chaque problème prioritaire, la liste des catégories parmi les populations cibles qui sont les plus affectées par le problème (et analyse des raisons) ■ Pour chaque problème prioritaire, la liste des groupes et personnes qui ont le plus d'influence pour faire changer les choses et favoriser les solutions du problème (et analyse des raisons)

Enoncé des problèmes de santé sexuelle

Lorsque l'équipe a finalisé l'analyse des problèmes, il est important de récapituler l'énoncé de chacun des problèmes de santé sexuelle car ces énoncés seront indispensables à l'élaboration du projet de l'association. Il est préférable que cette étape soit faite en petit comité ; par exemple, avec le/la documentaliste et le(s) coordinateur(s) de la phase de dépouillement et d'analyse. Le travail consiste à synthétiser la réflexion qui a été menée sur les problèmes de santé sexuelle et leurs causes immédiates et profondes selon le schéma qui figure ci-dessous.

Le travail d'énoncé récapitulatif des problèmes est facilité par les synthèses que le/la documentaliste a déjà effectuées tout au long du processus d'analyse. L'énoncé récapitulatif de chaque problème doit comprendre les éléments suivants :

- Problème de santé sexuelle des HSH jugé prioritaire.
- Causes immédiates du problème et personnes concernées.
- Causes profondes de chaque cause immédiate classées en trois catégories, ainsi que les personnes concernées :
  - vulnérabilité liée aux caractéristiques spécifiques des HSH (niveau individuel)
  - vulnérabilité liée au contexte social des HSH
  - vulnérabilité liée à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH.
- Autres problèmes qui ont été identifiés pendant le DCP mais qui ne figurent pas dans les arbres à problèmes parce qu'ils n'ont pas de lien direct avec la santé liée à la sexualité des HSH. L'équipe peut les inclure si elle juge que ces problèmes sont tout de même importants pour le travail que l'association va mener dans le domaine de la santé des HSH.



Enoncé de problème

Description brève du problème de santé lié à la sexualité des HSH qui a été identifié comme prioritaire

La première cause immédiate	La deuxième cause immédiate	La troisième cause immédiate

- Les catégories de HSH les plus affectées
- Les groupes et personnes qui ont le plus d'influence pour faire changer les choses et favoriser les solutions des problèmes
- Les sites

Des causes profondes de la première cause immédiate classées en trois catégories :	Des causes profondes de la deuxième cause immédiate classées en trois catégories :	Des causes profondes de la troisième cause immédiate classées en trois catégories :

- Les causes profondes en rapport avec les caractéristiques spécifiques des HSH (niveau individuel)
- Les causes profondes en rapport avec le contexte social des HSH
- Les causes profondes en rapport avec l'offre de services de santé liés à la sexualité des HSH

- Les catégories de HSH les plus affectées
- Les groupes et personnes qui ont le plus d'influence pour faire changer les choses et favoriser les solutions des problèmes
- Les sites

Exemple : Enoncé de problème produit à l'issue d'un DCP réalisé à Beyrouth

Le schéma suivant présente le problème prioritaire en matière de santé et d'IST/VIH/SIDA pour les HSH à Beyrouth. L'équipe du DCP a d'autre part classé tous les problèmes identifiés par le DCP en causes immédiates du problème de santé sexuelle et en causes profondes.

Les causes profondes sont réparties en trois catégories selon les trois niveaux d'analyse du DCP et niveaux d'intervention du futur projet qui sera mis en œuvre :

- Les facteurs de vulnérabilité individuels – les connaissances, croyances, attitudes, comportements et pratiques des HSH qui les rendent vulnérables aux IST/VIH/SIDA.
- Les facteurs de vulnérabilité liés au contexte social – les connaissances, croyances, attitudes et comportements des familles, de l'entourage et de la société qui rendent les HSH vulnérables aux IST/VIH/SIDA.
- Les facteurs de vulnérabilité liés à l'offre de services en rapport avec les IST/VIH/SIDA.

Entre parenthèses, après chaque problème, figurent les institutions et organisations qui ont le pouvoir d'influencer la résolution du problème.

Problème prioritaire de santé sexuelle pour les HSH à Beyrouth	Risques importants d'infection par les IST/VIH/SIDA chez les HSH à Beyrouth	
Causes immédiates	Pratiques sexuelles à risque non protégées	Manque de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH (facteurs individuels ou personnels)	HSH et gays en général · Recherche du plaisir malgré les risques pour la santé · Manque de stabilité sexuelle · Manque d'information sur les IST/SIDA (ONG, Ministère de la Santé, NAP, Ministère de l'Education Nationale, directeurs d'écoles) · Manque d'information sur le préservatif et fausses idées sur la sexualité et le plaisir (Ministère de la Santé, ONG de santé communautaire) · Idées fausses sur les rôles et pratiques sexuels (actif/passif) et les risques d'infection liés à ces pratiques et rôles (ONG qui travaillent avec les HSH) · Conceptions confuses des HSH sur l'identité sexuelle (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH, autres ONG, médias, directeurs d'école) · Consommation de substances comme les drogues ou alcool avant les rapports sexuels (Ministère de la Santé, ONG de santé communautaire et anti-drogue)	· Les HSH séropositifs doivent se cacher, ce qui rend l'épidémie de VIH invisible et diminue la prise de conscience des risques · Les HSH ne se font pas dépister pour les IST/VIH/SIDA · Les HSH ne connaissent pas les symptômes des IST/VIH/SIDA

	• Les HSH et gays sont obligés d'avoir des relations sexuelles dans des endroits peu appropriés pour se protéger et qui présentent même de multiples dangers • Préjugés des HSH entre eux (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH) • Faible acceptation/estime de soi (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH) • Sentiment d'isolement des HSH et gays du fait de l'absence d'une communauté (ONG qui travaillent avec les HSH, médias, directeurs d'école) • Sentiment de peur très fort : peur d'être découvert, de se faire rejeter, de se faire renvoyer du travail, etc. HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent • Prostitution ponctuelle ou régulière de jeunes HSH • Les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent ne peuvent pas négocier l'utilisation du préservatif vis avec leurs clients • Les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent avec de leurs clients ne se considèrent pas comme des prostitués	
Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH	• Pas d'accès à des préservatifs à prix réduit (Ministère de la Santé, importateurs) • Pas d'accès facile à des préservatifs, grâce à des distributeurs par exemple • Pas de campagnes de prévention qui visent les HSH et gays • Manque de sources d'information fiables sur la sexualité et l'homosexualité (médias) • Revues et films pour les HSH et gays non commercialisés car censurés (Ministère de l'intérieur, douanes) • Manque de lieux conviviaux pour les les HSH (ONG) • Manque d'informations sur les droits des HSH et gays au travail et ailleurs (Ministère du Travail, ONG) • Absence d'informations sur les risques encourus dans les lieux de rencontre des HSH et de consignes de sécurité (Municipalité, ONG)	• Pas de centres médicaux accueillants/homophiles pour les HSH qui sont séropositifs ou ont des IST (Ministère de la Santé, hôpitaux) • Attitudes discriminatoires des professionnels de santé envers les HSH • Manque de confidentialité au niveau des services de CDV et PEC • Pas de services d'écoute accessibles pour les HSH et gays (ONG, bailleurs de fonds) • Peu de services de CDV et prise en charge disponibles • Les tests de dépistage sont chers • Les horaires des services de prise en charge existants ne sont pas adaptés (ONG) • Le CDV n'est pas accessible aux mineurs sans accord des parents • Manque de promotion des services de santé déjà offerts aux gays/HSH (Services de santé, Affaires Sociales)

Causes profondes liées au contexte social des HSH (facteurs sociaux	• Discrimination au sein de la famille: rejet, insultes, violences (médias) • Discrimination particulièrement forte contre les hommes efféminés • Pas de protection des HSH par la loi et, au contraire, application de lois discriminatoires et répressives (parlementaires, juristes, police) • Conceptions fausses sur l'homosexualité et les homosexuels au sein de la famille et dans la société (ONG, média, éducateurs) • Pas d'éducation sexuelle dans la famille ni à l'école (Ministère de l'Education Nationale, directeurs d'écoles, educateurs, mouvements de jeunes) • Attitude discriminatoire des religions (autorités religieuses) • Pas d'investissements dans les projets concernant les HSH et les gays (Ministère des Affaires Intérieures, bailleurs de fonds) • HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent : pauvreté importante et besoin d'argent (Banque Mondiale)	• Rumeurs sur les HSH qui sont soupçonnés d'être séropositifs • Discrimination au sein de la famille : rejet, insultes, violences (ONG, médias) • Discrimination particulièrement forte contre les hommes efféminés • Pas de protection des HSH par la loi et, au contraire, application de lois discriminatoires et répressives (parlementaires, juristes, forces de l'ordre) • Conceptions fausses sur l'homosexualité et les homosexuels au sein de la famille et dans la société (ONG, médias, éducateurs) • Pas d'investissements dans les projets concernant les HSH et les gays (Ministère des Affaires Intérieures, bailleurs de fonds)

7. Présentation des résultats du DCP aux participants du DCP : validation de l'analyse des problèmes et besoins de la population cible

Lorsque l'équipe du DCP a dépouillé et analysé les problèmes de façon à pouvoir énoncer clairement les problématiques identifiées, il est nécessaire de présenter cette analyse aux membres des populations cibles qui ont participé au DCP.

Objectifs de la présentation aux participants du DCP

Présenter les résultats de l'analyse réalisée par l'équipe du DCP aux représentants des populations cibles qui ont participé au DCP a plusieurs objectifs :

- C'est une façon de remercier les personnes qui ont donné de leur temps et de leur énergie pendant le DCP.
- C'est une façon de continuer à impliquer les populations cibles et de les mobiliser :
  - Les personnes qui ont participé ont le sentiment qu'il y a une continuité dans le processus du DCP et une progression puisqu'elles ont accès à la synthèse de tout ce qui a été collecté pendant le DCP.
  - Elles peuvent se sentir motivées par le simple fait qu'on leur donne accès à de l'information et qu'on leur demande à nouveau leur avis sur l'analyse qui a été faite.
  - Grâce à l'analyse, elles ont une vue d'ensemble de la situation qui leur donne plus de moyens pour avoir envie d'agir.
  - En assistant aux réunions avec d'autres membres des populations cibles, des dynamiques de groupe informelles se créent. C'est particulièrement important pour les HSH qui se retrouvent avec d'autres HSH de façon visible, mais dans un environnement protégé et différent de celui des lieux de rencontre habituels. Pour des personnes qui n'ont aucune expérience associative, c'est souvent un premier pas.
- Demander aux participants de donner leur avis sur l'analyse des besoins/problèmes qui a été faite par l'équipe, permet de bien vérifier qu'on va dans la bonne direction.

Contenus de la présentation aux participants du DCP

- Remerciements pour avoir participé au DCP.
- Expliquer les objectifs de la réunion.
- Inviter les participants à se présenter.
- Rappeler brièvement quelques données sur le DCP lui-même : quand il s'est déroulé, les sites.
- Présenter les problèmes prioritaires de santé liés à la sexualité des HSH.
- Demander aux participants leurs questions et leurs commentaires sur les besoins et les problèmes tels qu'ils ont été définis sur la base des données collectées pendant le DCP : sont-ils d'accord ou pas ? Qu'est-ce qu'ils modifieraient ou ajouteraient ?
- Expliquer les étapes suivantes du processus, notamment l'élaboration de projets par l'association de façon à aider la population à répondre aux problèmes identifiés.
- Demander qui souhaite continuer à s'impliquer dans le processus.

Organisation des réunions de présentation aux participants du DCP

- Compte-tenu de la disponibilité des participants au DCP et des membres de l'équipe, il n'est généralement pas possible d'organiser plus de deux réunions.
- Il faut que les réunions soient organisées à des horaires pendant lesquels les personnes invitées sont disponibles.
- Il est recommandé de ne pas inviter trop de participants de façon à ce qu'ils puissent s'exprimer.
- Les réunions doivent avoir lieu dans un endroit accessible aux participants et qui apporte certaines garanties en termes de confidentialité et de sécurité.

Intégration des commentaires des participants du DCP dans l'analyse

- Il faut veiller à ce que les suggestions pertinentes soient intégrées dans les énoncés de problèmes avant de passer à la phase d'élaboration du projet.
- Les commentaires importants des participants doivent être intégrés dans le rapport final.

8. Présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux

Attention !

Cette présentation peut être combinée avec la présentation de validation aux participants du DCP si on manque de temps. Toutefois, ceci est déconseillé pour plusieurs raisons :

- Les participants du DCP risquent de ne pas s'exprimer du tout parce qu'ils seront gênés.
- Certains participants du DCP refuseront de participer pour des raisons de confidentialité.
- Certains participants du DCP peuvent même se sentir en danger.

Qui inviter?

Les personnes à inviter sont des personnes qui, à titre individuel ou institutionnel, sont des partenaires actuels ou potentiels de l'association. Ces partenaires pourront éventuellement collaborer dans le cadre du projet qui va être élaboré et mis en œuvre suite au DCP :

- Associations de lutte contre le VIH/SIDA
- Associations lesbienne, gay, bisexuel(le), transsexuel(le)/transgenre (LGBT)
- Autorités nationales de santé, y compris les structures en charge des IST/VIH/SIDA
- Professionnels de santé
- Services sociaux
- Institutions internationales qui travaillent dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA (ONG, bailleurs)
- Autorités nationales en charge de la justice et de la sécurité
- Institutions de recherche

Objectifs de la présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux

- Informer et mobiliser les partenaires actuels et potentiels pour la mise en œuvre du projet.
- Faire en sorte que des personnes ou structures ne mettent pas de bâtons dans les roues du projet qui va être mis en œuvre.
- Sensibiliser aux questions de santé liées à la sexualité des HSH.

Contenus de la présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux

- Expliquer les objectifs de la réunion.
- Inviter les participants à se présenter.
- Rappeler brièvement quelques données sur le processus du DCP lui-même : quand il s'est déroulé, les sites, le nombre de participants, les catégories de populations qui ont participé, les difficultés et les succès. Il est important d'insister sur le caractère participatif du processus.
- Présenter les problèmes prioritaires de santé liés à la sexualité des HSH tels qu'ils ont été analysés. On se base sur les énoncés de problèmes qui ont été produits à la fin de la réunion de dépouillement et d'analyse des données.
- Demander aux participants leurs questions et leurs commentaires, notamment sur les besoins et les problèmes tels qu'ils ont été définis sur la base des données collectées pendant le DCP.
- Expliquer les étapes suivantes du processus, notamment l'élaboration de projets par l'association de façon à aider la population à répondre aux problèmes identifiés.

9. Elaboration du rapport final du DCP

Le rapport final du DCP est un document très important pour plusieurs raisons :

- Pour les associations, c'est une base pour élaborer des projets.
- Il peut être distribué aux participants du DCP pour qu'ils aient accès aux résultats du DCP.
- Il doit être distribué aux partenaires existants et potentiels pour les sensibiliser à la situation des HSH.

Le rapport final du DCP doit comprendre les parties suivantes :

Objectifs du DCP

Ce bref chapitre rappelle pourquoi l'ONG a décidé de mener un DCP avec des HSH.

Description du processus

La description du processus doit couvrir les éléments suivants :

- La période couverte par le DCP, y compris l'analyse et la validation des données
- La description des équipes : nombre de personnes impliquées et responsabilités
- Sites : nombres et types de sites où s'est déroulé le DCP
- Nombre et profils des participants, méthode de recrutement des participants
- Méthodologie utilisée : thèmes abordés, outils utilisés, nombre de séances de collecte

Il faut que le rapport puisse être compris facilement par les membres de la population cible.

La description du processus est nécessaire pour assurer la crédibilité du DCP car il s'agit aussi d'une recherche et la méthodologie doit être suffisamment cohérente pour que les résultats du DCP soient pris au sérieux, notamment par les partenaires institutionnels.

Résultats présentés sous forme thématique

Ce chapitre présente la synthèse de l'analyse qui a été menée pour chacun des thèmes essentiels couverts par le DCP selon les trois niveaux d'analyse déjà présentés dans ce volume :

- Les facteurs de vulnérabilité individuels des HSH face aux IST/SIDA
- Les facteurs de vulnérabilité liés au contexte social
- Les facteurs de vulnérabilité liés à l'offre de services de santé sexuelle pour les HSH

Dans la partie consacrée aux facteurs de vulnérabilité individuels, on trouvera par exemple l'analyse des thèmes suivants :

- Les connaissances erronées et fausses croyances des HSH sur le VIH et les IST
- Les pratiques sexuelles les plus courantes des HSH
- L'âge moyen des premiers rapports sexuels
- Les comportements à risque des HSH au cours des rapports sexuels
- Les stratégies individuelles des HSH pour réduire les risques de transmission des IST/VIH/SIDA

En ce concerne les facteurs de vulnérabilité liés au contexte social, on doit présenter l'analyse des données en relation notamment avec les thèmes suivants :

- Les réactions de l'entourage des HSH à l'homosexualité
- Les formes de discrimination dont souffrent les HSH
- Les raisons de la discrimination
- Les lieux de rencontre et de socialisation des HSH identifiés. Pour cette section, il faut veiller à ne pas divulguer des informations qui pourraient mettre les HSH en danger. On décrira donc les catégories de lieux sans mentionner les noms exacts
- Les dangers que courent les HSH sur les lieux de rencontre

Enfin, la partie qui décrit les facteurs de vulnérabilité liés à l'offre de services de santé sexuelle pour les HSH doit comprendre les sections suivantes :

- Les sources d'information sur la sexualité
- Les lieux où les HSH vont chercher du soutien et se faire soigner quand ils ont des problèmes liés aux IST/VIH/SIDA
- Les obstacles pour accéder aux services existants
- Les services qui manquent
- La perception que les HSH ont du rôle des ONG et associations
- Les stratégies qu'ils ont identifiées pour que les ONG et associations aient accès aux HSH
- Les stratégies qu'ils ont identifiées pour aider les HSH

Analyse des besoins prioritaires de santé liés à la santé des HSH

Ce chapitre expose les besoins ou problèmes des HSH qui ont été identifiés comme prioritaires selon le modèle d'énoncé des problèmes qui a été déjà présenté dans ce volume.

Conjointement au schéma qui présente le ou les problèmes de santé sexuelle, leurs causes immédiates et profondes et les personnes/organisations concernées, le rapport doit comprendre une explication du schéma et de la façon dont on a abouti à ces résultats.

Leçons tirées du DCP

Ceci résume les contenus des fiches de synthèse des séances du DCP. Ces leçons ont dû être discutées avec toute l'équipe au début des réunions d'analyse. C'est par conséquent la synthèse finale qui figure dans ce chapitre du rapport. Les éléments abordés sont les suivants :

- Ce qui a bien marché – les succès
- Ce qui a moins bien marché – les difficultés
- Ce qu'on changerait si c'était à refaire

Rédaction du rapport

Le rapport doit être rédigé par un(e) documentaliste principal(e), avec éventuellement l'aide du coordinateur du DCP. Il doit être relu et discuté avec les responsables des ONG impliquées avant d'être finalisé. Il doit également être soumis au partenaire qui finance le DCP avant d'être diffusé.

Le/la documentaliste doit assister à l'ensemble des réunions de dépouillement et d'analyse des données et utiliser les productions qu'il/elle saisit sur ordinateur. Il/elle peut éventuellement se référer aux fiches qui ont été remplies pour la documentation du DCP pendant la phase de collecte.

Pour les chapitres qui présentent le déroulement du DCP et les leçons tirées, le/la documentaliste doit synthétiser les discussions de l'équipe de dépouillement et d'analyse au début de la première journée de dépouillement. Il peut utiliser également les fiches logistiques de documentation.

Pour le chapitre qui expose les résultats du DCP sous forme thématique, le/la documentaliste doit reprendre les synthèses que les membres de l'équipe de dépouillement et d'analyse ont produites sur les grandes feuilles de papier, y compris la consolidation du dépouillement des données.

Pour le chapitre qui résume l'analyse des besoins prioritaires de santé liés à la santé des HSH, il faut se reporter aux énoncés de problèmes produits à l'issue des discussions de l'équipe.

Exemple de plan du rapport de DCP

Introduction

1. **Les objectifs du DCP**

2. **Description du processus**

   Déroulement du DCP ; Equipe du DCP ; Sites du DCP ; Population du DCP ; Recrutement des participants ; Méthodologie utilisée et les thèmes abordés pendant le DCP ; Tableau – Récapitulatif du processus du DCP

Les résultats du DCP

3. **Les facteurs de vulnérabilité individuels**

   Les connaissances erronées et fausses croyances en relation avec le VIH/SIDA ; Les pratiques sexuelles les plus courantes ; L'âge moyen des premiers rapports sexuels ; Les comportements à risque au cours des relations sexuelles ; Les stratégies individuelles pour réduire les risques par rapport à la transmission des IST/VIH/SIDA

4. **Les facteurs de vulnérabilité liés au contexte social**

   Les réactions de l'entourage des HSH à l'homosexualité ; Les formes de discrimination dont souffrent les HSH ; Les raisons de la discrimination ; Les lieux de rencontre et socialisation des HSH et les dangers qu'ils présentent ; Tableau – Les dangers que courent les HSH dans les lieux de rencontre

5. **Les facteurs de vulnérabilité liés à l'offre de services de santé sexuelle pour les HSH**

   Où les HSH trouvent-ils des informations sur la sexualité ? ; Où vont les HSH pour chercher du soutien et se faire soigner quand il y a un problème en rapport avec les IST/VIH/SIDA ? ; Les obstacles pour accéder aux services ; Les services qui manquent ; Perceptions des HSH sur le rôle des ONG et associations ; Stratégies pour avoir accès aux populations cibles ; Stratégies pour aider les HSH

6. **Analyse des problèmes des HSH**

   Tableau – Récapitulatif des problèmes des HSH à l'issue de la phase d'analyse des données

Leçons tirées du DCP

7. **Les difficultés rencontrées**

8. **Les succès remportés**

10. Planning des réunions de dépouillement, d'analyse et de présentation des données du DCP

Les réunions de dépouillement et d'analyse des données doivent se dérouler pendant environ deux journées avec l'équipe complète du DCP.

Au cours d'une troisième journée, un groupe restreint peut synthétiser l'essentiel des résultats des discussions des deux premières journées et saisir ces données pour qu'elles puissent être disponibles sous forme de document pour la suite du processus. On peut ensuite organiser les réunions de présentation des résultats et de validation.

Le programme ci-dessous donne quelques pistes pratiques pour le déroulement du DCP.

PROGRAMME DES RÉUNIONS, D'ANALYSE ET DE PRÉSENTATION DES DONNÉES DU DCP		
JOURS	ACTIVITÉS	PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LES RÉUNIONS
Première journée	■ Présentation des objectifs et des étapes des réunions ■ Présentation des données statistiques du DCP : nombre de séances, de sites, de participants, etc. basée sur la synthèse des fiches logistiques de documentation ■ Présentation des conclusions sur le déroulement du processus du DCP : ce qui a bien marché, ce qui n'a pas marché, leçons à tirer, etc. basée sur le résumé des fiches de synthèse et discussion avec l'ensemble de l'équipe pour valider les conclusions ■ Présentation de la méthodologie générale pour le dépouillement et l'analyse des données ■ Dépouillement des données pour les outils (en sous-groupes) : Mon univers ; Le HSH dans sa famille ; Mon corps et ma sexualité ; Pratiques sexuelles et prise de risques ; Cartographie des endroits fréquentés par les HSH dans leur communauté ; Le moment de vérité ; Cartographie des structures qui offrent des services formels et informels aux HSH dans la communauté ■ Consolidation des données	Tous les membres de l'équipe du DCP disponibles, un(e) documentaliste principal(e) chargé(e) de la documentation de l'analyse des données et de la rédaction du rapport final du DCP, éventuellement un animateur extérieur
Deuxième journée	■ Dépouillement de l'outil : Nos problèmes ■ Analyse des problèmes prioritaires (matrice de classification par ordre de priorité) ■ Analyse des chaînes causales de problèmes (arbres à problèmes) ■ Analyse de qui est concerné par les problèmes ■ Enoncés des problèmes	
Troisième journée	■ Finalisation des énoncés des problèmes pour la présentation aux participants du DCP ■ Préparation des réunions de présentation et validation des données aux participants du DCP ■ Rédaction du rapport final du DCP	Les coordinateurs de l'équipe de DCP, un(e) documentaliste principal(e) chargé(e) de la rédaction du rapport final du DCP, animateur extérieur
Quatrième journée	■ Réunions de présentation et validation des données aux participants du DCP ■ Rédaction du rapport final du DCP	Les coordinateurs de l'équipe de DCP, un(e) documentaliste principal(e), des participants du DCP

3 Partie 3 : Elaboration d'un projet sur la base du DPC

Dans cette partie

Introduction

11. Le choix des stratégies

12. Elaboration du cadre du projet

Introduction

Après avoir identifié les besoins et problèmes des HSH dans la communauté, il faut analyser quelles sont les stratégies possibles pour apporter des solutions à ces problèmes. C'est en effet l'objectif du projet qui va être mis en œuvre au niveau communautaire.

La première phase de l'élaboration d'un projet porte sur le choix des stratégies pour trouver des solutions aux problèmes décrits dans les énoncés de problèmes produits à l'issue du DCP. Toutefois, il ne suffit pas de lister des stratégies. Il est nécessaire d'examiner pour chacune d'elles quelle est sa faisabilité, quel sera son impact et sa durabilité et avec qui on pourra la mettre en œuvre. C'est seulement après cet examen qu'on peut déterminer les stratégies les plus appropriées pour répondre au problème identifié dans un contexte donné.

Lorsque les stratégies sont choisies, **il faut ensuite les placer dans un cadre logique qui décrit l'ensemble du projet** que l'association a l'intention de mettre en œuvre pour répondre aux problèmes.

Le cadre logique du projet décrit les éléments suivants :

- L'objectif général et les objectifs spécifiques du projet
- Les plans de suivi et d'évaluation des activités du projet. On explique comment l'association fera pour vérifier que les activités se déroulent bien et qu'elles ont bien l'impact souhaité
- Le calendrier des activités du projet : toutes les activités présentées par ordre chronologique et en expliquant qui va faire quoi
- Le budget du projet

PROGRAMME DES RÉUNIONS D'ÉLABORATION DE PROJET		
JOURS	ACTIVITÉS	PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LES RÉUNIONS
Première journée	■ Identification des stratégies potentielles pour répondre aux problèmes de la population cible ■ Identification des groupes cibles, contacts et acteurs clés	Des membres de l'équipe du DCP disponibles, les coordinateurs, des responsables de l'association, éventuellement un animateur extérieur
Première journée	■ Choix des stratégies selon des critères de faisabilité, impact et durabilité ■ Formulation de l'objectif général et des objectifs spécifiques du projet	Les coordinateurs du DCP, des responsables de l'association, éventuellement un animateur extérieur
Deuxième journée	■ Elaboration du plan d'évaluation ; d'un calendrier provisoire des activités ; et du plan de suivi	
Troisième journée	■ Finalisation du calendrier des activités; et des plans de suivi et évaluation ■ Elaboration du budget prévisionnel	Les coordinateurs du DCP, des responsables de l'association y compris un responsable financier, éventuellement un animateur extérieur
Après les réunions	■ Finalisation du budget prévisionnel ■ Rédaction de la proposition de projet en regroupant tous les éléments élaborés pendant les réunions	Responsables de l'association

11. Le choix des stratégies

Les stratégies sont ni plus ni moins des manières ou des méthodes pour résoudre des problèmes. La décision de choisir une manière ou une méthode plutôt qu'une autre repose sur une analyse des avantages et des inconvénients de chaque méthode par rapport au problème identifié et au contexte. Ce chapitre présente donc la méthodologie pour analyser le pour et le contre de chaque méthode, notamment les critères utilisés.

Le choix de stratégies est une étape délicate car l'association est souvent tentée de proposer des stratégies qu'on connaît déjà, parce qu'on a l'habitude de travailler de cette façon, alors que de nouvelles stratégies peuvent être plus appropriées pour résoudre le problème identifié par le DCP. C'est pourquoi il est très important de bien prendre en compte les résultats de l'analyse : ils sont la base de l'élaboration du projet, pas un exercice théorique obligé qui est déconnecté des actions qui vont être menées.

Une autre difficulté du choix des stratégies est de se centrer sur le ou les problèmes prioritaires identifiés par le DCP. Il est clair que les HSH peuvent avoir de nombreux problèmes dans n'importe quelle communauté, mais un projet ne peut pas tout résoudre. Le risque est de vouloir trop faire avec un seul projet et de se disperser au lieu de bien répondre à un ou deux problèmes. Pour répondre à cette difficulté, il existe plusieurs pistes de travail :

- Il faut bien analyser les liens entre les différents problèmes et en particulier les liens entre les causes profondes des problèmes, car certaines causes sont communes à plusieurs problèmes. En mettant en place des stratégies qui s'attaquent à ces causes profondes, on peut ainsi éviter de ne répondre qu'à une toute petite partie des besoins des HSH.
- Il faut toujours envisager le travail en collaboration avec d'autres institutions et organisations qui, elles, peuvent répondre à des problèmes auxquels le projet ne pourra pas répondre seul. Un bon projet doit d'ailleurs proposer une réflexion sur les systèmes de référence et contre-référence qui peuvent fonctionner dans la communauté.

Quelles sont les stratégies potentielles pour répondre aux problèmes de la population cible ?

Une stratégie est une manière ou une méthode qu'on utilise pour résoudre un problème. Plus précisément c'est un ensemble d'actions coordonnées en vue d'atteindre un objectif. Il ne faut pas confondre la stratégie et les actions ou activités elles-mêmes.

La réflexion sur les stratégies commence avec l'analyse des causes profondes des problèmes de santé liés à la sexualité des HSH qui ont été identifiés au cours du DCP. Il faut notamment reprendre la classification qui a été effectuée entre les trois grandes catégories :

- Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH (facteurs individuels de vulnérabilité)
- Causes profondes liées au contexte social des HSH
- Causes profondes liées à l'offre de services en rapport avec la sexualité des HSH

Ces causes profondes ont été résumées dans les énoncés de problèmes qui ont été produits à l'issue de la phase d'analyse des données. Il faut donc repartir des énoncés de problèmes (voir un exemple d'énoncé de problèmes dans la Partie 2).

MÉTHODOLOGIE POUR L'IDENTIFICATION DES STRATÉGIES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ÉTAPE
Identifier une liste de stratégies potentielles pour répondre aux causes profondes du problème prioritaire de santé lié à la sexualité des HSH	■ Reprendre l'énoncé du problème de santé lié à la sexualité des HSH qui a été identifié comme prioritaire. Les participants commencent par examiner les **causes profondes liées au contexte social des HSH**. Ils doivent identifier toutes les stratégies possibles pour répondre à chacune de ces causes. Pour aider les participants, on leur distribue le « guide des stratégies » (ci-joint). Chaque stratégie retenue doit être écrite au marqueur sur une feuille A4 qu'on appelle carte stratégique. Il faut que la stratégie soit la plus spécifique et précise possible dans sa formulation. A ce stade, il faut privilégier le brainstorming et écrire toutes les stratégies qui viennent à l'esprit des participants, dans la mesure où le choix se fera ensuite. Préparer trois jeux de cartes stratégiques (pour les étapes suivantes). ■ On fait ensuite la même chose pour les **causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH**. ■ Finalement, on utilise la même méthodologie pour les **causes profondes liées à l'offre de services en rapport avec la sexualité des HSH**. ■ On regroupe ensuite toutes les feuilles A4 sur lesquelles figurent les stratégies. ■ Si l'analyse des problèmes a permis d'identifier plus d'un problème de santé prioritaire, il faut répéter le même processus pour le deuxième problème (et éventuellement le troisième). Il faut faire des jeux de cartes stratégiques pour chaque problème.	Jeux de cartes stratégiques correspondant aux trois catégories de causes profondes pour chaque problème prioritaire identifié

GUIDE DES STRATÉGIES			
CATÉGORIES DE CAUSES PROFONDES	THÈMES	QUESTIONS À SE POSER	EXEMPLES DE STRATÉGIES
Causes profondes liées au contexte social des HSH	Situation économique	■ Quels sont les aspects de la situation économique qui peuvent aggraver la vulnérabilité des HSH ? ■ Comment peut-on modifier ces aspects ?	■ Amélioration de la situation socio-économique des personnes, à travers le micro-crédit par exemple ou la formation
	Forces et faiblesses de la communauté	■ Quels sont les moyens et les compétences dont a besoin la communauté pour construire sur la base des forces existantes et surmonter ses faiblesses ?	■ Mobilisation de la communauté pour renforcer les réseaux de solidarité et organisations représentatives (LGBT, travailleurs du sexe, personnes vivant avec le VIH
	Préoccupations de la communauté	■ Quelles sont les préoccupations de la communauté qui peuvent être prises en compte par un projet ciblant la santé et la sexualité ?	
	Normes de genre Normes sexuelles	■ D'où viennent ces normes ? ■ Qui a le plus d'influence pour faire changer ces normes ? ■ Comment peut-on aborder les questions de stigmatisation et discrimination ?	■ Campagnes pour changer les normes sociales ■ Campagnes de sensibilisation et lobbying auprès des leaders et législateurs pour, par exemple, améliorer l'égalité entre les sexes et combattre la discrimination ■ Formation d'alliances entre organisations pour lutter contre les violations des droits humains et documentation des abus existants ■ Collaboration avec les médias
	Lois et politiques	■ Quelles sont les possibilités de changer la situation politique et légale ?	
	Situation des droits humains	■ Quelle est la situation en termes de droits humains ?	
	Leadership politique et communautaire	■ Quelles sont les alliances nécessaires pour améliorer la situation des droits humains ?	
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH	Pratiques sexuelles à risque	■ Quels sont les messages les plus efficaces ? ■ Quelles sont les manières les plus efficaces de transmettre ces messages ? ■ Auprès de quelles cibles ?	■ Campagnes de prévention des IST/SIDA, y compris la promotion du préservatif ■ Campagnes d'éducation sexuelle ■ Utilisation de différents moyens de communication ■ Campagnes de proximité et éducation par les pairs ■ Conseil et dépistage du VIH ■ Conseil sur les questions de santé et de sexualité ■ Conseil pour la toxicomanie
	Autres pratiques à risque (échange de seringues)		
	Toxicomanie, alcoolisme		
	Niveau de connaissances sur les IST/SIDA	■ Quels sont les principaux manques dans les connaissances qu'ont les gens sur les IST/SIDA ?	

GUIDE DES STRATÉGIES			
CATÉGORIES DE CAUSES PROFONDES	THÈMES	QUESTIONS À SE POSER	EXEMPLES DE STRATÉGIES
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH	■ Niveau de perception des risques ■ Attitudes personnelles : estime de soi, questions d'identité sexuelle	■ Quels sont les principaux obstacles aux changements d'attitudes ? ■ Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser les changements d'attitudes ? ■ Quelle est la meilleure façon pour les gens d'apprendre de nouvelles compétences ? ■ Quelles populations ont besoin de quelles compétences ?	■ Conseil pour l'alcoolisme ■ Formations sur l'utilisation du préservatif et la négociation de l'utilisation du préservatif
Causes profondes liées à l'offre de services en rapport avec la sexualité des HSH	Disponibilité des services	■ Quels sont les types de services en rapport avec la sexualité des HSH qui sont nécessaires ? ■ Quels sont les obstacles pour rendre disponibles ces services ? ■ Quelles sont les possibilités de développer les services disponibles et de créer de nouveaux services ?	■ Offre de services de santé de base à but non lucratif ■ Sensibilisation et lobbying auprès des décideurs politiques et des législateurs pour rendre les services disponibles ■ Favoriser l'intégration des services ; par exemple, les services de santé liés à la sexualité dans des centres de santé qui n'en disposent pas encore.
	Accès aux services	■ Qu'est-ce qui empêche l'accès des HSH aux services disponibles ? ■ Qui sont les groupes qui ont le plus de problèmes à accéder à quels types de services ? ■ Comment peut-on améliorer les services existants pour les rendre accessibles ? ■ Comment peut-on faire changer les attitudes discriminatoires des prestataires de services ?	■ Favoriser l'offre mobile de services et de matériels de prévention comme les préservatifs. ■ Développer et améliorer la formation des prestataires de services
	Qualité des services	■ Quels sont les éléments de qualité qui sont les plus appréciés des usagers des services ? ■ Comment peut-on améliorer et maintenir la qualité des services ? ■ Comment peut-on évaluer la qualité des services ?	■ Favoriser la participation des usagers des services dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services ; par exemple, participation des personnes vivant avec le VIH dans les services de dépistage et de conseil

Avec qui va-t-on travailler pour mettre en œuvre ces stratégies ?

Lorsqu'on a établi une liste de stratégies possibles pour répondre à chaque problème prioritaire, il faut déterminer quelles personnes ou quels groupes seraient impliqués dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ils peuvent être impliqués dans la mise en œuvre des stratégies à trois niveaux différents :

- **Les groupes cibles** – ce sont généralement les personnes qui sont directement concernées par le problème qu'on veut résoudre. Quand on parle de groupes cibles, il faut être spécifique. Par exemple, dire que le « groupe cible » d'une stratégie est constitué par les HSH est trop vague. Il est préférable de préciser si ce sont de jeunes HSH, des HSH qui fréquentent les saunas, des HSH qui sont occasionnellement travailleurs sexuels, des travestis, etc.
- **Les contacts** – ce sont les personnes qui contrôlent ou influencent l'accès aux groupes cibles. Si, par exemple, on veut travailler avec les HSH qui fréquentent les saunas, les personnes clés sont les propriétaires et le personnel des saunas.
- **Les acteurs clés** – ce sont les personnes, ou plus généralement les organisations et institutions qu'elles représentent, qui ont un intérêt particulier et un rôle à jouer dans le succès d'une stratégie. Les acteurs clés incluent souvent les groupes cibles eux-mêmes et les contacts, mais ils comprennent aussi les leaders communautaires et politiques, les décideurs et les bailleurs de fonds.

Lorsque le DCP a été conçu pour travailler dans un ou plusieurs sites précis avec une population donnée, la définition des groupes cibles doit être rapide. Toutefois, le DCP peut avoir montré que, sur un site particulier, le groupe cible défini au départ peut être subdivisé en plusieurs groupes cibles. Les personnes contacts ont dû également être identifiées pendant la préparation du DCP.

MÉTHODOLOGIE POUR L'IDENTIFICATION DES PERSONNES AVEC QUI ON VA TRAVAILLER POUR METTRE EN ŒUVRE LES STRATÉGIES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ÉTAPE
Identifier les groupes cibles, les contacts et les acteurs clés pour la mise en œuvre des stratégies	■ L'animateur principal explique l'objectif de cette étape. ■ Il définit d'abord les concepts de groupes cibles, contacts et acteurs clés en prenant des exemples. ■ En plénière, on discute des groupes cibles, des contacts et des acteurs clés qui ont déjà été identifiés pendant le DCP. ■ On divise les membres de l'équipe en trois sous-groupes. Chaque sous-groupe travaille sur un des trois niveaux : « individuel », « social » ou « services ». Le sous-groupe prend les cartes stratégiques qui correspondent au niveau sur lequel ils travaillent. Pour chaque stratégie, le sous-groupe discute des groupes cibles pour cette stratégie, s'ils sont spécifiques. Il le note sur un Post-it. Ils font de même pour les contacts et les acteurs clés puis collent le Post-it sur la carte. ■ Au cours des discussions sur les groupes cibles, contacts et acteurs clés, on peut être amené à discuter des points suivants : • avantages et inconvénients de mener une stratégie avec un groupe cible particulier • comment l'identification des contacts permet d'améliorer la formulation des stratégies ? • l'importance comparée des acteurs clés. ■ Lorsque chaque groupe a noté groupes cibles, contacts et acteurs clés pour chaque stratégie on en discute en plénière.	Stratégies regroupées en fonction des groupes cibles qu'elles visent, des contacts et des acteurs clés (grandes feuilles de papier)

Ces stratégies sont-elles viables ? (faisabilité ou viabilité)

La viabilité ou faisabilité d'une stratégie désigne la capacité de mettre en œuvre une stratégie de manière réussie.

La faisabilité dépend de deux types de facteurs :

- **Les facteurs internes** – soit l'association ou l'ONG a les moyens et les compétences organisationnels et techniques pour mettre la stratégie en œuvre, soit elle a raisonnablement les capacités de trouver les moyens et d'acquérir les compétences. On peut bien sûr argumenter qu'il est toujours possible de trouver des moyens supplémentaires et d'acquérir des compétences. Toutefois, plus il est difficile pour l'association de trouver les moyens et d'acquérir les compétences à court ou moyen terme, moins la stratégie est viable.
- **Les facteurs externes** – ce sont des facteurs qui sont liés au contexte, notamment aux groupes cibles, aux contacts et acteurs clés qui ont été identifiés auparavant. Par exemple, plus l'accès aux groupes cibles est facile pour l'association, plus la stratégie est viable. En revanche, si la stratégie risque de rencontrer beaucoup d'oppositions dans la communauté, elle est jugée comme moins viable.

Pour cette étape on utilise un **graphique de faisabilité** qui permet de déterminer si la faisabilité est élevée, moyenne ou faible en fonction des facteurs internes et externes.

MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER LA FAISABILITÉ OU VIABILITÉ DES STRATÉGIES IDENTIFIÉES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ÉTAPE
Comparer la viabilité/ faisabilité des stratégies et écarter les stratégies qui ne sont pas viables	■ Expliquer l'objectif de cette étape, les concepts de faisabilité ou de viabilité et les notions de facteurs internes et externes. ■ Dessiner un graphique de faisabilité sur plusieurs grandes feuilles de papier qu'on aura préalablement collées ensemble. ■ Prendre le premier jeu de cartes stratégiques. Discuter pour chaque stratégie si la viabilité est élevée, moyenne ou faible, à la fois en termes de facteurs internes (les compétences et capacités de l'organisation) et externes (les groupes cibles, contacts, acteurs clés et le contexte en général). En fonction de la discussion, placer les cartes sur le graphique. Pendant cette étape, on peut notamment discuter des facteurs qui comptent le plus pour déterminer la faisabilité. ■ Ecarter les stratégies qui ne paraissent pas viables ni sur le plan interne ni sur le plan externe (ce sont celles qui sont sur le bas du graphique). ■ Discuter les stratégies dont la viabilité est moyenne pour analyser si la viabilité peut être améliorée. Si la viabilité ne peut pas être améliorée, on peut décider d'écarter certaines de ces stratégies. ■ Le/la documentaliste doit reproduire le graphique sur une grande feuille en inscrivant les stratégies au marqueur, notamment celles qui sont retenues avec une faisabilité élevée. Ceci servira pour l'étape suivante.	Graphique avec une série de stratégies dont la faisabilité est élevée + stratégies à faisabilité moyenne mais susceptible d'être améliorée

Quel sera l'impact de ces stratégies ?

L'analyse de l'impact d'une stratégie repose sur deux éléments principaux :

- **L'intensité** – les stratégies qui impliquent un travail plus intensif avec les groupes cibles sont celles qui ont l'impact le plus fort. Par exemple, le conseil post-test individuel a beaucoup plus d'impact en terme de soutien psychologique que la distribution d'une brochure sur comment bien vivre avec le VIH.
- **La couverture** – les stratégies qui permettent de toucher un grand nombre de personnes ont plus d'impact que celles qui touchent seulement un tout petit nombre de personnes.

En fait, les stratégies qui ont l'impact le plus fort sont celles qui arrivent à équilibrer intensité et couverture. C'est assez facile quand le groupe cible représente un nombre relativement limité de personnes. En revanche, dans d'autres circonstances, il est parfois compliqué d'obtenir une couverture suffisante sans sacrifier l'intensité du travail réalisé.

Pour estimer l'impact des stratégies retenues comme viables, on utilise un **graphique d'impact**.

Il permet de comparer les stratégies en fonction de leur intensité et de leur couverture.

Il peut aider à décider :

- comment obtenir un équilibre correct entre couverture et intensité pour que l'impact soit le plus important possible sur le problème de santé
- comment améliorer l'impact potentiel d'une stratégie en faisant varier soit l'intensité, soit la couverture
- ecarter les stratégies qui auraient un impact trop faible (intensité et couverture faibles).

MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER L'IMPACT DES STRATÉGIES IDENTIFIÉES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ÉTAPE
Comparer l'impact des stratégies et écarter les stratégies qui auraient un impact trop faible	■ Expliquer l'objectif de cette étape, ainsi que les concepts d'impact, d'intensité et de couverture. ■ Dessiner un graphique d'impact sur plusieurs grandes feuilles de papier qu'on aura préalablement collées ensemble. ■ Prendre le premier jeu de cartes stratégiques. Discuter pour chaque stratégie si l'impact potentiel est élevé, moyen ou faible, en prenant en compte, à la fois, l'intensité et la couverture. En fonction de la discussion, placer les cartes sur le graphique. ■ Ecarter les stratégies qui paraissent ne pas pouvoir avoir un impact suffisant sur le problème (ce sont celles qui sont sur le bas du graphique). ■ Discuter les stratégies dont l'impact potentiel est moyen pour analyser comment il peut être amélioré. Si l'impact ne peut pas être amélioré, on peut décider d'écarter certaines de ces stratégies. ■ Le/la documentaliste doit reproduire le graphique sur une grande feuille en inscrivant les stratégies au marqueur, notamment celles qui sont retenues avec un impact élevé. Ceci servira pour l'étape suivante. ■ Le même processus doit être répété pour les autres problèmes prioritaires identifiés.	Graphique d'impact avec une série de stratégies dont l'impact sera élevé en termes de couverture et d'intensité + stratégies à impact moyen mais susceptible d'être amélioré

Ces stratégies seront-elles durables ? (durabilité ou pérennité)

Il est important de réfléchir à la durabilité ou pérennité des stratégies à mettre en œuvre dès l'élaboration du projet. La réflexion sur la pérennité des stratégies permet à la fois de :

- améliorer la formulation des stratégies de façon à ce qu'elles soient plus durables
- ecarter les stratégies qui ne sont pas assez durables.

La réflexion sur la durabilité des stratégies doit prendre en compte deux éléments :

- **La durée de vie des stratégies du projet** – elle peut dépendre de facteurs comme le renouvellement du financement du projet, l'implication des groupes cibles, etc.
- **La durabilité des changements produits par les stratégies du projet** – c'est-à-dire le temps que dureront les changements que le projet entraîne, même après que les personnes et organisations impliquées dans le projet aient terminé sa mise en œuvre. Ceci peut dépendre de la nature du problème qu'on essaye de résoudre et de la capacité de la communauté à mettre en œuvre les activités sans aide extérieure.

Pour réfléchir à la durabilité des stratégies, on utilise un **graphique de durabilité** qui permet d'analyse les deux aspects cités. La réflexion sur la pérennité des stratégies doit aussi inclure les aspects concernant le suivi et l'évaluation du projet ainsi que la façon dont on va documenter les changements survenus grâce au projet.

MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER LA DURABILITÉ OU PÉRENNITÉ DES STRATÉGIES IDENTIFIÉES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE L'ÉTAPE
Comparer la durabilité des stratégies et écarter les stratégies qui auraient une durabilité trop courte	■ Expliquer l'objectif de cette étape, ainsi que les concepts de durabilité ou, d'intensité et de couverture. ■ Dessiner un graphique de durabilité sur les grandes feuilles qu'on aura préalablement collées ensemble. ■ Prendre le premier jeu de cartes stratégiques (sauf celles qui ont déjà été écartées comme non viables et à l'impact potentiel faible aux étapes précédentes). Discuter pour chaque stratégie si la durabilité potentielle est élevée, moyenne ou faible, en prenant en compte, à la fois, la durée du projet et la durée des changements provoqués par le projet. En fonction de la discussion, placer les cartes sur le graphique. On doit notamment aborder les questions suivantes : quelles sont les menaces les plus sérieuses pour la durée du projet ? Comment peut-on déjouer ces menaces ? ■ Ecarter les stratégies qui paraissent ne pas pouvoir avoir une pérennité suffisante (ce sont celles qui sont sur le bas du graphique). ■ Discuter les stratégies dont la pérennité potentielle est moyenne pour analyser comment elle peut être améliorée. On peut notamment discuter de ce qui doit être fait pour renforcer les capacités de la communauté à maintenir les activités et/ou les changements sans intervention de l'ONG après la fin du projet. Si la durabilité ne peut pas être améliorée, on peut décider d'écarter certaines de ces stratégies. ■ Le/la documentaliste doit reproduire le graphique sur une grande feuille en inscrivant les stratégies au marqueur, notamment celles qui sont retenues avec un impact élevée. Ceci servira pour l'étape suivante. ■ Le même processus doit être répété pour les autres problèmes prioritaires identifiés.	Graphique de durabilité avec une série de stratégies dont la durabilité est sera forte et stratégies à durabilité moyenne mais susceptible d'être améliorée

Sélection finale des stratégies

La sélection finale des stratégies peut être faite sur la base des choix qui ont déjà été effectués :

- On a déjà écarté les stratégies qui ne sont pas viables.
- On a ensuite écarté les stratégies qui n'ont pas un impact suffisant sur le problème.
- On a écarté les stratégies qui ne paraissent pas offrir suffisamment de garanties de durabilité.

On a donc, finalement, une liste de stratégies qui paraissent viables, ayant un impact potentiel suffisant sur le problème et durables. Il faut toutefois encore comparer les trois graphiques qui ont été élaborés et ne sélectionner que les stratégies qui paraissent les meilleures ; c'est-à-dire, normalement celles qui sont en haut de chaque graphique.

On peut alors utiliser un tableau récapitulatif qui récapitule le choix des stratégies. Le tableau fonctionne sur le même modèle que celui produit pour l'énoncé du problème. Cependant, on a maintenant remplacé les causes profondes de chaque problème par les stratégies qu'on a sélectionnées pour apporter des solutions à ces causes profondes.

FICHE DESCRIPTIVE DE LA SÉLECTION DES STRATÉGIES		
PROBLÈME PRIORITAIRE DE SANTÉ LIÉ À LA SEXUALITÉ DES HSH	PROBLÈME A	
Causes immédiates	**Cause immédiate A**	**Cause immédiate B**
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH **+** **Stratégies pour lutter contres ces causes profondes**	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate A (niveau individuel) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate B (niveau individuel) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies
Causes profondes liées au contexte social des HSH + **Stratégies pour lutter contres ces causes profondes**	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate A (niveau social) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate B (niveau social) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies
Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH + **Stratégies pour lutter contres ces causes profondes**	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate A (niveau des services) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies	Description des stratégies choisies pour lutter contre les causes profondes de la cause immédiate B (niveau des services) Résumé des points clés sur : ■ la viabilité/faisabilité des stratégies ■ l'impact potentiel des stratégies ■ la durabilité/pérennité des stratégies

Méthodologie pour la présentation des stratégies choisies par rapport aux causes profondes du problème qui ont été identifiées : Exemple à l'issue d'un DCP mené au Liban

PROBLÈME PRIORITAIRE DE SANTÉ LIÉ À LA SEXUALITÉ DES HSH	Augmentation du nombre de contaminations par le VIH chez les HSH à Beyrouth	
Causes immédiates	• Rapports de pénétration anale sans utilisation de préservatifs	• Faible prise en charge des IST
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH + **Stratégies pour lutter contre ces causes profondes**	• Absence de connaissances sur le VIH/SIDA • Mauvaise appréciation du risque de contamination par le VIH. Les HSH pensent que ça n'arrive qu'aux autres • Recherche du plaisir associé au risque • Faible estime de soi Stratégies : • Education par les pairs, pour améliorer la perception des risques	• Méconnaissance des symptômes des IST et des services disponibles • Auto-médication en cas d'IST Stratégies : • Campagnes d'information sur les IST, leurs symptômes, la prévention des IST • Campagnes d'information sur les services disponibles et de promotion de ces services
Causes profondes liées au contexte social des HSH + **Stratégies pour lutter contre ces causes profondes**	• Stigmatisation liée au VIH/SIDA qui oblige les personnes séropositives à se cacher, ce qui rend l'épidémie invisible et diminue la prise de conscience des risques • Stigmatisation de l'homosexualité qui oblige les HSH à avoir des rapports sexuels dans des conditions qui ne favorisent pas la prévention des risques de transmission du VIH/SIDA • Fatalisme qui conduit à des attitudes telles que « De toutes façons il faut bien mourir de quelque chose » Stratégies : • Campagnes contre la stigmatisation et la discrimination des LGBT et des PVVIH dans les médias • Campagnes pour dénoncer les violations des droits des PVVIH • Mobilisation communautaire pour former des groupes d'auto-support • Promotion de la participation des PVVIH dans les campagnes et dans les projets sur le terrain	• De façon générale les hommes s'adressent moins aux services de santé • Sentiments de honte si on a des problèmes de santé liés à la sexualité (et aux organes sexuels) car la sexualité est un thème tabou Stratégies : • Campagnes dans les médias sur l'importance de prendre soin de sa santé et de prévenir les problèmes en consultant tôt
Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH + **Stratégies pour lutter contre ces causes profondes**	• Faible disponibilité des préservatifs dans les endroits où ont lieu les rapports sexuels entre HSH • Peu d'informations sur les pratiques sexuelles à moindre risque • Absence de campagnes d'information spécifiques destinées aux HSH • Coût élevé des préservatifs pour HSH Stratégies : • Services mobiles de distribution de préservatifs et de formation à leur utilisation, dans les lieux de drague et autres lieux de rencontre des HSH • Campagnes d'information qui ciblent exclusivement les HSH	• Attitudes discriminatoires des professionnels de santé envers les HSH • Pas de promotion des services de santé liés à la sexualité dans la population en général et notamment chez les HSH Stratégies : • Sensibilisation et formation destinées aux professionnels de santé et autres prestataires de services

Exemple de présentation des stratégies identifiées à l'issue d'un DCP mené au Liban

Problème prioritaire de santé sexuelle pour les HSH à Beyrouth	Risque important d'infection par les IST/VIH/SIDA chez les HSH à Beyrouth	
Causes immédiates	Pratiques sexuelles à risque non protégées	Manque de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA
Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH (facteurs individuels ou personnels)	HSH et gays en général · Recherche du plaisir malgré les risques pour la santé · Manque de stabilité sexuelle · Manque d'information sur les IST/SIDA : modes de transmission, facteurs de risque, prévention (ONG, Ministère de la Santé, NAP, Ministère de l'Education Nationale, directeurs d'écoles) · Manque d'information sur le préservatif et fausses idées sur la sexualité et le plaisir (Ministère de la Santé, ONG de santé communautaire) · Idées fausses sur les rôles et pratiques sexuels (actif/passif) et les risques d'infection liés à ces pratiques et rôles (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH) · Conceptions confuses des HSH sur l'identité sexuelle (ONG qui travaillent avec les HSH, autres ONG, média, directeurs d'école) · Consommation de substances comme les drogues ou alcool avant les rapports sexuels (Ministère de la Santé, ONG de santé communautaire, ONG anti-drogue) · Les HSH et gays sont obligés d'avoir des relations sexuelles dans des endroits peu appropriés pour se protéger et qui présentent même de multiples dangers · Préjugés des HSH entre eux, exemple discrimination contre les HSH séropositifs (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH) · Faible acceptation/estime de soi (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH)	· Les HSH séropositifs doivent se cacher, ce qui rend l'épidémie de VIH invisible et diminue la prise de conscience des risques · Les HSH ne se font pas dépister pour les IST/VIH/SIDA · Les HSH ne connaissent pas les symptômes des IST/VIH/SIDA Stratégies : Promouvoir des services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA accessibles aux HSH à Beyrouth

Causes profondes liées aux caractéristiques spécifiques des HSH (facteurs individuels ou personnels)	• Sentiment d'isolement des HSH et gays du fait de l'absence d'une communauté (ONG qui font un travail communautaire avec les HSH, média) • Sentiment de peur très fort : peur d'être découvert, de se faire rejeter, de se faire renvoyer du travail HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent • Prostitution ponctuelle ou régulière de jeunes HSH • Les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent ne peuvent pas négocier l'utilisation du préservatif avec leurs clients • Les HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent avec de leurs clients ne se considèrent pas comme des prostitués Stratégies : • Offrir des informations appropriées sur l'identité sexuelle et les IST/VIH/SIDA aux HSH • Offrir un soutien psychologique et social aux HSH	
Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH	• Pas d'accès à des préservatifs à prix réduit (Ministère de la Santé) • Pas d'accès facile à des préservatifs, grâce à des distributeurs, par exemple • Pas de campagnes de prévention qui visent les HSH et gays • Manque de sources d'information fiables sur la sexualité et l'homosexualité (média) • Revues et films pour les HSH et gays non commercialisés car censurés (Ministère de l'intérieur, douanes) • Manque de lieux conviviaux pour les HSH • Manque d'informations sur les droits des HSH et gays au travail et ailleurs (Ministère du Travail, ONG) • Absence d'informations sur les risques encourus dans les lieux de rencontre des HSH	• Pas de centres médicaux accueillants/homophiles pour les HSH qui sont séropositifs ou ont des IST (Ministère de la Santé, hôpitaux) • Attitudes discriminatoires des professionnels de santé envers les HSH • Manque de confidentialité au niveau des services de CDV et PEC • Pas de services d'écoute accessibles pour les HSH et gays (ONG, bailleurs de fonds) • Peu de services de CDV et prise en charge disponibles • Les tests de dépistage sont cher • Les horaires des services de prise en charge existants ne sont pas adaptés (ONG) • Le CDV n'est pas accessible aux mineurs sans accord des parents • Manque de promotion des services de santé déjà offerts aux gays/HSH (services de santé, affaires sociales)

Causes profondes liées à l'offre de services de santé en rapport avec la sexualité des HSH	Stratégies : · Offrir des informations appropriées sur les IST/VIH/SIDA aux HSH · Offrir du matériel de prévention destiné aux HSH à Beyrouth	Stratégies : · Offrir des services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA accessibles aux HSH à Beyrouth · Former les prestataires des services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA à Beyrouth pour rendre ces services plus homophiles
Causes profondes liées au contexte social des HSH (facteurs sociaux)	· Discrimination au sein de la famille : rejet, insultes, violences (médias) · Discrimination particulièrement forte contre les hommes efféminés · Pas de protection des HSH par la loi et au contraire application de lois discriminatoires et répressives (parlementaires, juristes, police) · Conceptions fausses sur l'homosexualité au sein de la famille ni la société (ONG/éducateurs) · Pas d'éducation sexuelle dans la famille et à l'école (Ministère de l'Education Nationale, directeurs d'écoles, mouvements de jeunes) · Attitude discriminatoire des religions (autorités religieuses) HSH qui ont des rapports sexuels pour de l'argent · Pauvreté importante et besoin d'argent (Banque Mondiale) Stratégies : · Sensibiliser les autorités aux problématiques liées aux IST/VIH/SIDA et à l'homosexualité · Sensibiliser les familles et l'entourage des HSH sur les questions d'homosexualité et de santé sexuelle des HSH	· Rumeurs sur les HSH qui sont soupçonnés d'être séropositifs · Discrimination au sein de la famille : rejet, insultes, violences (ONG, médias) · Discrimination particulièrement forte contre les hommes efféminés · Pas de protection des HSH par la loi et au contraire application de lois discriminatoires et répressives (parlementaires, juristes, forces de l'ordre) · Conceptions fausses sur l'homosexualité et les homosexuels au sein de la famille et dans la société (ONG, média, éducateurs) · Pas d'investissements dans les projets concernant les HSH et les gays (Ministère des Affaires Intérieures, bailleurs de fonds) Stratégies : · Sensibiliser les autorités aux problématiques liées aux IST/VIH/SIDA et à l'homosexualité · Sensibiliser les familles et l'entourage des HSH sur les questions d'homosexualité et de santé sexuelle des HSH

12. Elaboration du cadre du projet

Lorsqu'on a bien énoncé les problèmes et fait le choix des stratégies, on peut élaborer le cadre du projet. Le cadre du projet comprend les éléments suivants :

- L'objectif général et les objectifs spécifiques du projet.
- Le plan de suivi et d'évaluation des activités du projet, dans lequel on explique comment l'association fera pour vérifier que le projet remplit bien les objectifs fixés au départ pour résoudre le problème identifié grâce au DCP.
- Le calendrier des activités du projet : toutes les actions concrètes correspondant aux stratégies choisies, présentées par ordre chronologique et en expliquant qui va faire quoi.
- Le budget du projet : ce que va coûter la mise en œuvre de toutes les activités décrites auparavant.

Le cadre du projet est l'étape finale de l'élaboration d'un projet. Ce cadre sert notamment à rédiger les demandes de financement adressées aux bailleurs de fonds. De façon générale, il permet de présenter de façon claire le projet aux partenaires actuels et potentiels de l'ONG (acteurs clés).

Définition de l'objectif général et des objectifs spécifiques du projet en lien avec les stratégies

Il faut noter que la présentation du projet, après un résumé, commence normalement par l'énoncé du problème ou de la problématique (voir section 'Enoncé des problèmes' page 95).

On présente ensuite l'objectif général et les objectifs spécifiques du projet qui sont évidemment en rapport direct avec le ou les problèmes énoncés.

Objectif général, global ou but du projet

L'objectif général ou global du projet, ou encore son but, décrit le changement positif ou encore l'amélioration qu'on attend dans la vie des bénéficiaires (ici les HSH) du fait de la mise en œuvre du projet. Par exemple, si le problème identifié est une augmentation du nombre de HSH infectés par le VIH/SIDA, l'objectif du projet est bien-sûr que le nombre de contaminations n'augmente plus et, encore mieux, qu'il baisse.

L'objectif général du projet doit être en harmonie avec la **mission** de l'ONG, qui est un peu la raison pour laquelle l'organisation existe : pourquoi elle existe, ce qu'elle cherche à accomplir, pour qui elle existe, ce qu'elle fait et comment elle le fait de façon générale. La mission de l'ONG doit être rappelée dans le document qui décrit le projet.

La façon la plus simple de formuler un objectif général est de partir de chacun des problèmes de santé liés à la sexualité des HSH identifiés et de transformer chaque problème en solution.

Exemple

Problème = Augmentation des taux de morbidité et mortalité parmi les HSH vivant avec le VIH/SIDA à Beyrouth

→

Objectif général = Diminution des taux de morbidité et mortalité parmi les HSH vivant avec le VIH/SIDA à Beyrouth

L'objectif général doit comprendre dans sa formulation les trois éléments suivants :

- Le changement positif ou l'amélioration qui va se produire grâce au projet (QUOI ?)
- La population qui va bénéficier du changement (QUI ?)
- L'espace géographique où le problème a été identifié et où le changement va se produire (OÙ ?)

Dans la formulation de l'objectif général, on utilise souvent les mots suivants : réduire (réduction), diminuer (diminution), améliorer (amélioration), augmenter (augmentation), etc.

SÉANCE DE FORMULATION DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE LA SÉANCE
Rédiger de façon claire l'objectif général du projet	■ Discuter de la définition d'un objectif principal et expliquer la méthodologie pour transformer un problème en objectif général. ■ Formuler l'objectif en utilisant la terminologie conseillée. ■ Ecrire l'objectif général sur une grande feuille de papier.	Objectif général du projet écrit sur une grande feuille

Objectifs spécifiques

Ce sont les changements qu'on attend par rapport aux causes profondes du problème identifié ou encore les résultats attendus. Ces changements vont découler de la mise en œuvre des stratégies choisies.

Les objectifs spécifiques contribuent à atteindre l'objectif général, ce sont même les conditions requises pour que l'objectif général soit atteint.

Exemple : si le but du projet est la baisse des contaminations par le VIH parmi les HSH, et si l'une des causes profondes du problème qui ont été identifiées est le manque de connaissances sur le VIH/SIDA, l'un des objectifs spécifiques devra porter très concrètement sur les changements qui vont survenir au niveau de connaissances des HSH du fait du projet. En effet, si l'un des objets spécifiques du projet est de faire augmenter sensiblement le niveau de connaissances des HSH sur le VIH/SIDA, cette augmentation des connaissances contribuera à l'objectif général qui est de faire diminuer le nombre des contaminations.

Plus les objectifs sont clairs, plus il sera facile de planifier et de mettre en exécution des activités qui seront nécessaires pour atteindre ces objectifs. Lors de la rédaction des objectifs du projet, il est important de tenir compte de la règle SMART ; c'est-à-dire que les objectifs aient les caractéristiques suivantes :

- **S** comme **Spécifiques** : ils doivent être très précis
- **M** comme **Mesurables** : ils doivent être faciles à suivre et à évaluer.
- **A** comme **Appropriés** : ils doivent être appropriés aux bénéficiaires et à la durée du projet.
- **R** comme **Réalisables** : il faut qu'ils correspondent aux compétences existantes et capacités de l'organisation.
- **T** comme **Temps**, car les objectifs doivent avoir une limite dans le temps pour être atteints : c'est en relation avec les échéances du travail réalisé dans le cadre du projet.

MÉTHODOLOGIE POUR LA FORMULATION DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE LA SÉANCE
Rédiger de façon claire des objectifs spécifiques SMART	■ Discuter de la définition des objectifs spécifiques. ■ Décrire les critères pour le choix et la formulation des objectifs spécifiques SMART. ■ Reprendre ensemble les stratégies qui ont été identifiées pour agir sur les causes profondes du problème. Commencer, par exemple, avec le niveau individuel. Pour chaque stratégie se demander ce qui va changer grâce à la mise en œuvre de cette stratégie (résultats attendus). Vérifier si les changements qui doivent se produire permettent bien de résoudre les causes profondes du problème. ■ Discuter aussi quels sont les autres changements qui doivent se produire pour que les causes profondes du problème soient transformées. ■ Sélectionner les changements qui paraissent réalisables dans le temps du projet et donc réalistes. On doit notamment s'interroger sur les facteurs qui peuvent faire obstacle à la réalisation de ces changements. S'il y a beaucoup de facteurs externes à l'ONG sur lesquels elle a peu de pouvoir, cela veut dire que l'objectif est moins réalisable. Après les avoir sélectionnés selon les critères mentionnés ci-dessus, écrire les principaux changements attendus qui correspondent aux objectifs spécifiques. ■ Refaire le même processus avec les stratégies des autres niveaux (niveau social et niveau des services). ■ Refaire le même processus pour les autres causes profondes.	Objectifs spécifiques en rapport avec l'objectif général du projet écrits sur une grande feuille

Evaluation du projet

Il est très important de se demander dès l'élaboration du projet comment on évaluera son impact. Evaluer un projet, c'est donc mesurer jusqu'à quel point les changements prévus se sont produits ; c'est-à-dire mesurer les résultats des stratégies mises en œuvre, ou en d'autres mots, **vérifier si on a bien atteint les objectifs spécifiques**.

L'évaluation est essentielle pour plusieurs raisons :

- Elle fournit des informations sur l'efficacité des stratégies mises en œuvre dans le projet.
- Elle aide à démontrer l'efficacité du projet aux bailleurs de fonds et autres partenaires du projet, notamment pour obtenir des financements supplémentaires lorsque cela est nécessaire.
- Elle permet d'assurer la transparence auprès de la communauté avec laquelle on travaille.

L'évaluation du projet doit être faite régulièrement pour suivre le déroulement du projet.

Pour évaluer **on a besoin d'indicateurs d'impact**. Les indicateurs sont le type d'information qui permettra de savoir si les résultats attendus sont obtenus. Les indicateurs sont basés sur les objectifs spécifiques du projet.

Comme on mesure des changements avec les indicateurs de résultats, on compare en fait la situation avant ou au début du projet avec une situation six mois ou un an après le début du projet, ou à la fin du projet. C'est pourquoi les données de départ collectées pendant le DCP sont importantes. On pourra en effet s'y référer quand on évaluera l'évolution de la situation.

Il est préférable que les indicateurs soient exprimés de façon chiffrée : en nombres absolus ou pourcentages.

Exemple : le nombre de HSH fréquentant le lieu de drague X qui affirment utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel.

Attention !

L'utilisation de pourcentages suppose qu'on maîtrise bien le nombre total de personnes sur lequel on se base pour calculer la proportion du total qui fait telle ou telle chose. Par exemple, si on parle du pourcentage de HSH fréquentant le lieu de drague X qui affirment utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel, cela suppose qu'on connaisse le nombre total de HSH qui fréquentent le lieu de drague.

Certains changements, comme les changements dans les pratiques sexuelles, sont parfois difficiles à évaluer de façon directe. On doit alors utiliser des indicateurs qui permettent de documenter les changements de pratiques de façon indirecte. Par exemple, on va utiliser le nombre de préservatifs vendus comme indicateur de l'utilisation de préservatifs, même si rien ne garantit que les préservatifs achetés par le groupe cible sont bien utilisés par ce groupe. On peut aussi demander au groupe cible s'il utilise des préservatifs mais, dans ce cas rien ne garantit que les personnes interrogées disent la vérité.

De façon générale, les indicateurs qui mesurent plutôt un changement qualitatif sont plus difficiles que les indicateurs qui mesurent des changements quantitatifs. Par exemple, il est plus difficile de mesurer l'impact du projet sur l'estime de soi des jeunes HSH que l'impact du projet sur la fréquentation des structures de santé ou sur le nombre de personnes qui se font traiter pour une IST.

Parallèlement aux indicateurs, on définit normalement des **objectifs quantifiés** (à ne pas confondre avec les objectifs spécifiques). L'objectif quantifié est donc le nombre ou pourcentage qu'on veut atteindre à un moment donné pour chaque indicateur. Par exemple, on veut qu'après un an, le nombre de HSH qui se font traiter pour une IST sur un site donné soit passé de 20 à 100.

Planifier l'évaluation du projet implique aussi qu'on prenne en compte les éléments suivants :

- Les **données de départ**, qui vont servir d'éléments de référence pour les comparaisons qu'on va établir avec les données recueillies pendant ou à la fin du projet. Par exemple, « 20 HSH qui se sont fait traiter pour une IST» est la donnée de départ dans l'exemple donnée ci-dessus. Lorsqu'on a défini les indicateurs de résultats du projet, il faut donc vérifier qu'on a les données de départ correspondantes. Généralement, une partie de ces données aura été recueillie pendant la phase de collecte des données du DCP.
- Les **sources d'information** sur les indicateurs : il faut savoir auprès de qui et comment on va collecter les données pour chaque indicateur.

ELABORATION DU PLAN D'ÉVALUATION		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE LA SÉANCE
Elaborer un plan qui permette d'évaluer dans quelle mesure on a atteint les objectifs spécifiques du projet	■ Expliquer l'objectif de cette étape. ■ Discuter des concepts d' « évaluation », « indicateurs d'impact », « données de base », « source d'information » de façon à clarifier les définitions avec l'équipe. ■ Discuter de l'importance de l'évaluation. ■ Reprendre les grandes feuilles qui présentent les objectifs spécifiques (changements attendus des stratégies). Pour chaque objectif spécifique, discuter quel type d'information nous permettra de vérifier que le changement a bien eu lieu, comment et auprès de quelles personnes on pourra le vérifier. ■ Noter les informations sur de grandes feuilles préalablement divisées en plusieurs colonnes : indicateurs, objectif quantifié, date et période d'évaluation et sources. Faire une ou deux feuilles par objectif en notant l'objectif en titre. Si l'équipe est petite, on peut aussi utiliser le modèle joint avec des feuilles A4 photocopiées. ■ Discuter les données de départ : l'ONG dispose-t-elle déjà de ces données de départ ? Sinon, comment fait-on pour les collecter? ■ Veiller à ce qu'une personne de l'équipe transcrive les contenus des grandes feuilles pour le document de projet.	Plan d'évaluation qui comporte des indicateurs d'impact pour chaque objectif spécifique, avec les objectifs quantifiés et les sources d'information correspondants (une ou plusieurs grandes feuilles pour chaque objectif spécifique)

Identification et programmation des activités : calendrier des activités

Lorsque les objectifs du projet sont clairs, il faut définir très précisément ce qu'on va faire concrètement pour atteindre les objectifs. Les stratégies sont évidemment une façon de dire ce qu'on va faire, puisque chaque stratégie correspond en fait à un ensemble d'actions ou d'activités à mener, planifiées de façon à atteindre un objectif. Toutefois, il faut décrire précisément ces activités pour chacune des stratégies choisies.

La description des activités doit répondre aux questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'on va faire ?
- Avec qui on va le faire ?
- Quand on va le faire ?
- Où on va le faire ?

La description des activités doit être extrêmement claire et spécifique, par exemple : former 20 jeunes gays sur l'utilisation et la négociation du préservatif, en trois sessions de deux heures.

Il faut utiliser des verbes d'actions et décrire le qui, le quoi et le comment car ces informations vont servir à la programmation des activités, ainsi qu'à leur suivi. On fait la programmation des activités à travers un calendrier qui présente les activités par semaine, mois ou trimestre.

Modèle pour élaborer le plan d'évaluation

Objectif spécifique :				
Stratégies	**Indicateurs d'impact**	**Objectifs quantifiés**	**Date et période d'évaluation**	**Sources**

A photocopier pour l'élaboration du plan d'évaluation.

On doit en fait inclure différents types d'activités dans le calendrier :

- **Les activités** qui ont été identifiées **pour répondre aux problèmes de la communauté.**
- **Les activités pour améliorer la faisabilité et la pérennité du projet**. C'est le cas de toutes les activités de renforcement des capacités de l'équipe du projet au niveau technique ou organisationnel ; par exemple, de la formation.
- **Les activités pour obtenir les données de départ**. Dès le départ, on doit dispose d'un certain nombre d'informations pour comparer la situation au début du projet, pendant et après le projet.
- **Les activités pour construire des alliances**. Il est nécessaire de construire des alliances de façon à pouvoir mettre en œuvre les stratégies définies et atteindre les objectifs spécifiques. Cela comprend les rencontres avec les acteurs clés, la participation à des réunions de travail.
- **Les activités de suivi et d'évaluation**.

MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉLABORATION DU CALENDRIER DES ACTIVITÉS		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE LA SÉANCE
Elaborer un calendrier des activités	■ Expliquer l'objectif de cette étape. ■ Reprendre la grande feuille sur laquelle sont regroupées les stratégies identifiées pour chaque objectif spécifique ■ Pour chaque stratégie, faire un brainstorming de toutes les activités qui devront être mises en œuvre. Les écrire sur des demi-feuilles A4. Il faut notamment s'interroger à ce moment-là sur les activités de renforcement de l'ONG qui devront être programmées pour mieux mettre en œuvre les activités sur le terrain. ■ Les placer ensuite dans l'ordre chronologique sur des grandes feuilles qui matérialisent chaque trimestre ou chaque mois du projet. Pour le classement, il faut notamment se demander qui sera impliqué, tant au niveau des groupes cibles que des membres de l'équipe, afin d'éviter les chevauchements d'activités qui impliqueraient plusieurs fois les mêmes personnes au même moment. Il faut aussi veiller à l'enchaînement logique des activités. Il faut aussi que la programmation corresponde à la disponibilité des groupes cibles. ■ Il appartiendra ensuite à une ou deux personnes de l'équipe de finaliser la classification par semaines et de la saisir.	Liste d'activités à mettre en œuvre pour le projet, classées par ordre chronologique

Suivi du projet

Le suivi du projet permet de vérifier quelles sont les activités véritablement conduites :

- Il permet de vérifier si les activités sont bien menées comme prévu, et aux dates qui avaient été programmées. Si des retards sont constatés, il permet de réagir.
- Il permet de décrire le déroulement réel du projet, notamment pour les rapports d'activités.
- Il sert à informer la communauté et les partenaires de l'ONG sur le déroulement des activités.
- Il fournit des informations utiles pour l'évaluation du projet.

Comme l'évaluation, le suivi nécessite l'identification et l'utilisation des indicateurs. Ce sont des **indicateurs de suivi**. La plupart des indicateurs sont quantitatifs mais on peut aussi choisir d'inclure des indicateurs qualitatifs, qui portent sur la manière dont les activités se déroulent et notamment sur l'appréciation qu'en font les bénéficiaires.

L'ONG doit mettre en place un système de suivi simple basé sur l'utilisation de ces indicateurs. Il faut toutefois aussi définir :

- qui sera chargé de collecter les informations correspondant aux indicateurs de suivi
- qui sera chargé de les synthétiser et de les analyser, pour les rapports, par exemple
- sous quelle forme ces informations doivent être consignées.

MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉLABORATION DU PLAN DE SUIVI		
OBJECTIF DE CETTE ÉTAPE	MÉTHODOLOGIE	PRODUITS À OBTENIR À LA FIN DE LA SÉANCE
Elaborer un plan de suivi des activités du projet	■ Expliquer l'objectif de cette étape. ■ Discuter des concepts de « suivi », « indicateurs de suivi », de façon à clarifier les définitions avec l'équipe. Discuter des différences entre suivi et évaluation. ■ Discuter de l'importance du suivi. ■ Reprendre les grandes feuilles qui présentent les activités pour chaque stratégie. Pour chaque activité, discuter des résultats et des indicateurs de suivi. Puis précisez les sources. ■ Noter les informations sur de grandes feuilles préalablement divisées en plusieurs colonnes : stratégies, activités, résultats des activités, indicateurs de suivi, dates et sources. Utiliser une ou deux feuilles par objectif en notant l'objectif en titre. ■ Veiller à ce qu'une personne de l'équipe transcrive et saisisse les contenus des grandes feuilles ou des feuilles A4 pour le document de projet.	Plan de suivi qui comporte des indicateurs de suivi pour chaque activité (une ou plusieurs grandes feuilles pour chaque objectif spécifique)

Canevas pour l'élaboration du plan de suivi

Objectif spécifique :					
Stratégies	**Activités**	**Résultats par activités**	**Indicateurs de suivi**	**Date et période d'évaluation**	**Sources**
					Animateurs
					Animateurs
					Rapport coordinateur prévention TS

A photocopier pour l'élaboration du plan de suivi.

Elaboration du budget prévisionnel

C'est sur la base d'un calendrier des activités précis qu'on peut élaborer un budget réaliste pour le projet. Le budget doit prendre en compte toutes les ressources financières et matérielles dont on aura besoin pour mener le projet à bien, en se basant sur les activités programmées.

Les principes pour l'élaboration du budget sont les suivants :

- **Etre réaliste** dans le calcul des coûts des activités.
- **Aller dans le détail** – chaque ligne budgétaire doit comprendre un nombre suffisant de rubriques pour qu'on comprenne exactement comment on est parvenu au total. C'est essentiel pour tout budget soumis à des bailleurs de fonds.
- **Toujours prévoir des imprévus**, notamment les retards dans l'exécution du projet.
- **Suivre les consignes des bailleurs de fonds** lorsque ces consignes existent.
- **Etre très clair sur la période couverte par le budget**.

Les catégories qu'on trouve généralement dans un budget sont les suivantes :

- Personnel (traitements et salaires pour chaque personne)
- Prestations (honoraires, compensations pour les bénévoles)
- Déplacements et indemnités journalières (par exemple, frais d'hôtel et de repas)
- Coûts directs
  - Location de bureau
  - Fournitures de bureau
  - Téléphone/fax/internet
  - Photocopies
  - Charges – eau, électricité
- Matériel (par exemple, ordinateurs)
- Formation
- Coûts indirects

Annexe 1 : Récapitulatif du processus de DCP et d'élaboration de projet

Le processus du DCP comprend cinq grandes étapes :

1. **Les préparatifs** (formation et constitution des équipes, organisation de la logistique, etc.)
2. **La collecte des données sur le terrain** (séances pour collecter les données sur les sites stratégiques identifiés et documentation durant les séances)
3. **Le dépouillement et l'analyse des données recueillies** (organisation, analyse des informations obtenues et documentation de l'analyse)
4. **La présentation des résultats du DCP** (présentation aux participants du DCP, présentation aux acteurs locaux)
5. **L'élaboration du projet** (en collaboration avec l'Alliance, l'organisation de liaison de l'Alliance ou le partenaire de l'Alliance dans le pays)

Définitions

Outils : différents exercices participatifs qui permettent de collecter des informations auprès des populations cibles.

Fiches techniques : fiches décrivant chaque outil destiné à collecter des données dans le cadre du DCP (nom de l'outil, objectif de son utilisation, procédure d'utilisation, résumé des techniques utilisées, format, matériel nécessaire pour l'utilisation de l'outil, durée, observations).

Fiches pour la documentation des séances de collecte des données : fiches de documentation à remplir par les animateurs du DCP durant et après l'utilisation des outils afin d'assurer que toutes les données fournies par les participants sont enregistrées.

Séances : sessions durant lesquelles les animateurs du DCP utilisent une sélection d'outils avec les participants identifiés sur chaque site stratégique.

Plan d'action : plan des étapes à suivre pour la préparation, l'utilisation des outils, la documentation et les réunions de compte-rendu de chaque séance, indiquant les rôles et responsabilités alloués aux membres des équipes du DCP.

ACTIVITÉ	DESCRIPTION	DATES (à remplir par les équipes de DCP)
1. Les préparatifs		
A. Formation, logistique, etc.		
Atelier de formation des animateurs communautaires sur le DCP	Le but de cet atelier est de former un groupe d'animateurs communautaires qui mettront en œuvre le DCP sur les sites choisis. L'équipe d'animateurs doit comprendre des membres des associations et ONG qui travaillent ou désirent travailler avec des HSH et des HSH de préférence issus des communautés avec lesquelles les associations et ONG vont travailler.	
Identification des sites pour le DCP	Visites des membres de l'organisation et de représentants de la population cible sur le terrain pour identifier les 'sites stratégiques' ; c'est-à-dire les lieux de rencontre et de socialisation des HSH. Cette démarche devra être complétée par une identification de personnes clés qui connaissent ces sites et les personnes qui les fréquentent et qui peuvent fournir des informations utiles pour le DCP (exemple : patrons d'établissements fréquentés par des HSH, leaders gays, responsables d'associations, travailleurs du sexe travaillant sur le site, agents de santé, représentants de la police, etc.).	
Mobilisation des personnes clés	Une fois les personnes clés identifiées sur chaque site, il faut les mobiliser pour qu'elles ouvrent des portes aux équipes du DCP, qu'elles accompagnent les équipes si nécessaire et puissent convaincre les HSH de participer au DCP.	
Identification des associations travaillant avec des HSH sur les sites choisis	Identifier quels sont les ONG ou associations qui travaillent déjà ou qui seraient intéressées de travailler avec des HSH sur chaque site. Certaines personnes clés peuvent être membres de ces structures.	
Repérages sur les sites choisis	Cette activité comprend deux aspects : 1. Il faut vérifier sur le terrain les informations reçues à propos des sites stratégiques où l'on va mener le DCP. 2. Il faut identifier des lieux sûrs où l'on pourra organiser les séances de collecte des données (exemple : bars, bureaux d'associations, etc.). Il faut notamment que ces lieux offrent des garanties de sécurité et de confidentialité pour les participants.	
Information sur le nombre de HSH dans le site	Pendant les visites exploratoires sur les sites stratégiques, et pendant les entretiens avec les personnes clés identifiées, il faut essayer d'estimer le nombre de HSH qui se réunissent dans les différents sites stratégiques. Il ne s'agit pas de faire un recensement, mais d'avoir une estimation du nombre de personnes que vous pouvez potentiellement contacter. Ces estimations serviront de base pour comparer les données chiffrées qui seront recueillies par les équipes durant le DCP.	
Préparation de matériels d'information sur les IST/VIH/SIDA et la sexualité (notamment en arabe) à distribuer aux participants du DCP	Il faut identifier quels matériels d'information sur le VIH, les IST et la sexualité sont disponibles, notamment en arabe, et préparer des dossiers informatifs qui seront distribués aux personnes participant au DCP. Cette distribution sera ad-hoc car le DCP n'est pas une activité d'éducation par les pairs.	

ACTIVITÉ	DESCRIPTION	DATES (à remplir par les équipes de DCP)
B. Constitution des équipes, choix des outils, préparation du matériel		
Constitution des équipes du DCP	Une fois l'atelier de formation terminé, les animateurs communautaires devront constituer des équipes qui se répartiront ensuite sur chaque site du DCP. Chaque équipe doit être formée de trois personnes, car des équipes trop grandes peuvent avoir un effet contraire au but recherché : gagner la confiance des HSH et entamer des dialogues interactifs avec eux. Au sein de chaque équipe, on se répartira les rôles (qui peuvent changer au cours du DCP) et on fera des activités pour faciliter un bon travail en équipe.	
Choix des outils à utiliser pendant le DCP et préparation des fiches de documentation du DCP	Les équipes du DCP constituées choisiront les outils à utiliser sur chaque site. Si plusieurs équipes travaillent sur le même site, elles se répartiront les outils entre elles. Chaque équipe pourra utiliser ces outils plusieurs fois dans chacun des sites stratégiques visités avec des groupes de participants différents. On recommande de ne pas utiliser plus de trois outils par séance de collecte des données. Les animateurs doivent utiliser les fiches techniques existantes pour chaque outil pour animer les séances de collecte des données. Chaque équipe devra préparer les fiches de documentation décrivant l'utilisation des outils choisis. Ces fiches permettront d'être sûr que toutes les informations seront bien documentées. Les membres des équipes chargés de la documentation devront aussi prendre des notes sur leurs journaux de terrain pour compléter éventuellement les fiches de documentation.	
Préparation du matériel du travail	Chaque équipe sera responsable de son propre matériel de travail. Le matériel comprend : ■ les fiches techniques pour les animateurs ■ les fiches de documentation en quantité suffisante (il est nécessaire de faire des photocopies des modèles de fiches) ■ le matériel nécessaire à l'utilisation de chaque outil décrit dans les fiches techniques.	
Elaboration du plan d'action du DCP	Une fois que les outils et les sites sont attribués entre les équipes, et que les fiches de documentation et le matériel sont prêts, chaque équipe doit préparer un plan d'action détaillé des étapes à suivre. Le plan d'action doit décrire les différentes phases du DCP avec les périodes correspondantes : ■ préparation des outils, y compris les réunions de préparation ■ séances de collecte des données ■ réunions après les séances pour échanger et finaliser la documentation de la séance. Le plan d'action doit aussi décrire la distribution des tâches, rôles et responsabilités ainsi que le matériel nécessaire pour chaque étape.	
2. Mise en œuvre du DCP		
Séances de collecte de données sur le terrain	Les équipes suivront le plan d'action qu'elles ont préparé et utiliseront les outils du DCP choisis dans les sites attribués préalablement. Lorsqu'elles le jugent nécessaire, les équipes peuvent se faire accompagner de certaines personnes connues et respectées par les HSH dans ce site. Durant le travail sur le terrain, les équipes documenteront le déroulement des séances et les informations obtenues grâce aux fiches de documentation correspondantes aux outils utilisés avec les participants. Les fiches seront complétées par les notes individuelles prises durant les séances et les observations des membres de chaque équipe. Cette documentation servira de base pour l'analyse des données, une fois la collecte terminée.	

ACTIVITÉ	DESCRIPTION	DATES (à remplir par les équipes de DCP)
Réunions d'équipe après chaque séance	Durant ces réunions, les membres de chaque équipe partagent ce qu'ils ont pensé du déroulement de la séance (succès et obstacles rencontrés) et discutent des informations les plus importantes recueillies pendant la séance. Si plusieurs personnes ont pris des notes, elles comparent leurs notes. La personne chargée de remplir les fiches de documentation valide les notes qu'elle a prises avec le reste de l'équipe et complète les fiches. C'est aussi une excellente opportunité pour prendre des décisions sur l'organisation des séances suivantes en se basant sur ce qui s'est passé au sein de l'équipe et avec les participants.	
Réunion générale des équipes à la fin du DCP	A la fin de la collecte des données, lorsque tous les sites stratégiques ont été visités, les équipes se réuniront pour faire une évaluation générale du processus, comparer les résultats préliminaires dans chaque site, organiser ces résultats dans les grandes lignes comme préparation pour l'analyse des données.	
3. Analyse des données		
Sélection des personnes qui participeront à l'analyse des besoins	Il faut former un groupe de personnes (parmi celles qui appartiennent aux équipes du DCP) qui sera chargé d'organiser et d'analyser les résultats du DCP. On peut choisir de réunir toutes les personnes qui ont mené le DCP ou seulement certaines d'entre elles en fonction du nombre de personnes impliquées.	
Classification des fiches de documentation et des productions des participants pendant les séances de collecte des données	Les personnes chargées de la documentation au sein de chaque équipe doivent classer les fiches de documentation complétées et les autres productions des participants réunies à la fin de chaque séance (dessins sur grandes feuilles de papier, etc.). Les fiches doivent être classées par site et par outil afin qu'elles soient facilement identifiables et que rien ne soit égaré,	
Organisation des données collectées pour l'analyse (dépouillement)	Préparation de tableaux pour classer de manière systématique les résultats collectés grâce aux différents outils du DCP sous trois grands thèmes : ■ Les facteurs individuels spécifiques aux HSH (et HSH vivant avec le VIH) qui influent sur leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA ■ L'environnement social des HSH et comment il affecte leur vulnérabilité par rapport aux IST/VIH/SIDA ■ L'offre de services pour les HSH dans le domaine de la santé liée à la sexualité et notamment aux IST/VIH/SIDA	
Analyse des problèmes et besoins	**Analyse** Une fois les données classées dans les trois grands thèmes mentionnés ci-dessus, on doit focaliser l'analyse sur les principaux problèmes qui se posent. Sous chaque thème, on listera les problèmes ou besoins de la population cible, puis on les ordonnera par ordre de priorité. L'étape suivante est, toujours en se basant sur les données, d'analyser les stratégies possibles pour trouver des solutions aux problèmes identifiés. Là encore, on utilise bien-sûr les stratégies suggérées par les participants du DCP eux-mêmes. A la fin de l'analyse, on doit donc avoir une liste de problèmes classés par ordre de priorité, et pour chaque problème, une série de solutions potentielles, qui doivent être assez précises pour être opérationnalisées au moment de l'élaboration du projet ; c'est-à-dire transformables en activités concrètes. En se basant sur cette analyse, les équipes peuvent donc commencer à formuler des recommandations d'intervention qui permettront ensuite d'élaborer un projet.	

ACTIVITÉ	DESCRIPTION	DATES (à remplir par les équipes de DCP)
	Une partie plus brève de l'analyse doit aussi être consacrée au processus du DCP lui-même : ce qui a bien marché, ce qui a moins bien marché ou même échoué avec des suggestions sur la façon dont on aurait pu améliorer le processus. Les réunions d'analyse durent au moins deux jours. **Documentation de l'analyse** La documentation se fait en même temps que l'analyse. Cette tâche est en général la responsabilité d'un membre de l'organisation qui mène le DCP.	
Rapport final du DCP	La documentation de l'analyse permet de bien avancer le rapport final, mais quelques jours supplémentaires peuvent être nécessaires pour finaliser ce rapport. Le rapport final du DCP doit comprendre les parties suivantes : ■ Objectifs du DCP ■ Description du processus : animateurs, sites, participants, outils utilisés ■ Synthèse des données collectées y compris la présentation des besoins prioritaires identifiés ■ Leçons tirées du DCP	
4. La présentation des résultats du DCP		
Préparation de la présentation	Les animateurs du DCP doivent préparer une présentation qui récapitule principalement les besoins identifiés lors du DCP et les solutions possibles.	
Présentation de validation aux participants du DCP	Cette étape est essentielle pour le DCP car elle permet de faire vérifier et valider les données par les participants du DCP. Cela permet aussi de contribuer à la mobilisation et à l'implication de la population cible. Il ne faut pas oublier que le DCP doit être un processus d'engagement communautaire en lui-même et doit déboucher sur un projet qui sera mené pour et avec les populations cibles (ici les HSH). On peut également inviter les personnes clés qui ont aidé les équipes pendant le DCP.	
Présentation des résultats du DCP aux acteurs locaux	Il est important de présenter les résultats du DCP à tous les acteurs locaux qui sont des partenaires potentiels pour la mise en œuvre des interventions qui seront mises en œuvre sur le terrain. Les personnes invitées sont, par exemple, des représentants : ■ des autorités au niveau national et/ou local ■ des structures de santé ■ des services sociaux ■ des bailleurs de fonds internationaux ■ des ONG nationales et internationales travaillant dans la santé, le VIH/SIDA. La présentation doit donner des informations succinctes sur le processus, les résultats de l'analyse, notamment les problèmes identifiés et les solutions potentielles discutées. NB : Cette présentation peut être combinée avec la présentation de validation aux participants du DCP si on manque de temps. Toutefois ceci est déconseillé pour éviter de gêner ou mettre en danger les participants du DCP.	
5. L'élaboration du projet		
Sessions de planification	A travers son projet, l'association doit partir des problèmes identifiés et examiner auquel de ces problèmes elle est la mieux à même de répondre. Elle doit ensuite réfléchir aux solutions concrètes qu'elle va apporter à ce problème, parmi celles qui ont également été identifiées au moment de l'analyse.	

ACTIVITÉ	DESCRIPTION	DATES (à remplir par les équipes de DCP)
Descriptif du projet	Le descriptif du projet doit comprendre les éléments suivants : ■ Le but du projet – c'est l'expression du problème auquel l'association veut apporter une solution. ■ Les objectifs du projet (au maximum trois) – c'est l'expression des moyens qui vont être mis en œuvre pour atteindre le but fixé. ■ Les stratégies – ce sont les choix en termes d'actions pour atteindre chacun des objectifs. ■ Les activités – ce sont les choses concrètes que l'association va faire pour mettre en œuvre chaque stratégie. ■ Le calendrier de mise en œuvre des activités. ■ Les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des d'activités (personnel, volontaires associatifs, etc.) avec les rôles et responsabilités respectifs des différentes catégories de personnes ou personnes elles-mêmes. ■ La façon dont on va faire le suivi des activités, c'est-à-dire la vérification que les activités ont bien lieu comme elles ont été prévues. ■ La façon dont on va mesurer les résultats : ce qu'on va mesurer (les indicateurs), comment, avec quelle fréquence, qui le fera, etc. ■ Un budget qui décrit les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des d'activités.	