



Programme de formation pour les Agents de santé communautaires (ASC) travaillant auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH en Europe)

Boîte à outils du formateur pour les ASC, visant à rendre plus accessibles et de meilleure qualité la prévention, le dépistage du VIH, des IST et des hépatites virales, et les soins de santé (en matière de santé sexuelle) pour les gays et autres HSH.



Le matériel de formation ESTICOM destiné aux Agents de santé communautaires (ASC) travaillant auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) en Europe a été rédigé par Terrence Higgins Trust, Londres, Angleterre (THT) en coopération avec Deutsche Aidshilfe, Berlin, Allemagne. Le matériel de formation a été rédigé dans le cadre du projet ESTICOM¹, qui comprenait 9 organisations européennes dans un consortium mené par le Robert Koch Institute (RKI) à Berlin, Allemagne. L'ESTICOM a été dirigé par une Commission Consultative comprenant chacun un représentant de la Commission européenne²; de la Chafea³; du HIV/AIDS, viral Hepatitis and Tuberculosis Civil Society Forum (CSF)⁴; du European Centre for Disease Prévention and Control (ECDC)⁵; du European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁶, et du Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). .

Le projet a été financé par l'Union européenne dans le cadre du Troisième programme Santé de l'UE (2014-2020)⁷

Auteurs Barrie Dwyer, Takudzwa Mukiwa, (THT); Matthias Kuske, Dr. Dirk Sander (DAH)

Ce rapport a été établi sous le Troisième programme Santé de l'UE (2014-2020), dans le cadre du contrat de service 20157101 avec l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (CHAFEA), agissant en vertu du mandat de la Commission européenne. Le contenu du présent document traduit les opinions du contractant et relève de sa seule responsabilité. Il ne peut en aucun cas être interprété comme le reflet des opinions de la Commission européenne et/ou de la CHAFEA ou de tout autre organe de l'Union européenne. La Commission européenne ni la CHAFEA ne garantissent l'exactitude des données figurant dans ce rapport, et elles n'assument aucune responsabilité quant à leur utilisation par des tiers, quels qu'ils soient.

De plus amples informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa

© Union européenne, 2019 La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

La politique de réutilisation des documents de la Commission européenne est régie par la Décision 2011/833/UE (<http://bit.ly/309g99N>).

Vous pouvez télécharger le matériel de formation d'ESTICOM et accéder aux modules de formation en ligne sur le site Internet de formation d'ESTICOM. Matériel de formation et site Internet du programme ESTICOM: **www.msm-trainings.org**

Traduction: Translated, via Indonesia 23, 00144 Rome, Italy

En raison d'une terminologie divergente, il peut y avoir de légères divergences par rapport à l'original anglais ; en cas d'ambiguïté, veuillez vous référer au texte anglais.

Relecture culturelle: Charlotte Euzenat

EUROPEAN COMMISSION

Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency Unit:
Health unit – B

Contact: Chafea

E-mail: CHAFEA@ec.europa.eu

European Commission L2920 Luxembourg

¹ <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/about-project/about-project-node.html>

² https://ec.europa.eu/commission/index_en

³ http://ec.europa.eu/chafea/index_en.htm

⁴ <https://www.aidsactioneurope.org/en/civil-society-forum>

⁵ <https://ecdc.europa.eu/en/home>

⁶ http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en

⁷ https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en

Remerciements

Nous voudrions remercier toutes les personnes qui ont apporté leur expertise et leur soutien au projet ESTICOM, y compris les membres du Conseil consultatif : Cinthia Menel Lemos (CHAFFEA), Wolfgang Philipp, Jean-Luc Sion et Rimalda Voske (DG Santé), Teymur Noori (ECDC), Thomas Seyler et Julian Vicente (OEDT), Keith Sabin (ONUSIDA), Sini Pasanen et Luis Mendao (Forum de la société civile sur le VIH/SIDA).

Nous souhaitons également remercier tous les partenaires du projet ESTICOM pour leurs contributions et leur soutien, y compris nos collègues travaillant sur les enquêtes EMIS et ECHOES.

Nous souhaitons particulièrement remercier le responsable du consortium du projet ESTICOM : Dr Ulrich Marcus, Caoimhe Cawley et Susanne Schink (RKI).

Nous remercions également les organisations, les institutions et les projets européens suivants, ainsi que leurs participants, pour leurs contributions constructives : AIDS ACTION EUROPE, GEAT, ECDC, NAM (Aidsmap), ECOM, Euro HIV EDAT, OptTest, INTEGRATE, EuroTEST et les personnes qui ont participé aux réunions d'experts sur les HSH à Berlin, organisées par Deutsche Aidshilfe.

Nous apprécions le soutien qu'ils ont apporté pour permettre d'identifier des partenaires potentiels dans plusieurs pays européens. Nous n'aurions pu mener ce Programme de formation sans nos organisations partenaires, présentes à l'échelle européenne, qui ont participé à ce Module de travail.

Nous tenons tout particulièrement à remercier les plus de 60 personnes qui ont participé aux Ateliers de formation des formateurs, les organisations de 24 pays qui ont organisé des Formations pilotes nationales et les plus de 40 formateurs qui ont animé ces formations pilotes dans leurs pays. Sans leur énergie, leur soutien et leur travail, la mise en œuvre du Programme de formation pilote n'aurait pas été possible. Merci également à Matthias Wentzlaff-Eggebert et Deidre Seery pour leur soutien en tant que Facilitateurs de la Formation de formateurs.

Nous souhaitons adresser des remerciements particuliers aux examinateurs pairs et experts pour leur travail considérable dans l'évaluation des documents de formation d'ESTICOM :

Mark Sergeant, Sensoa, Belgium
Miguel Rocha, GAT, Portugal
Robert Hejzák, AIDS Pomoc, Czech Republic



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

1. Documents de formation et aperçu du programme ESTICOM

1.1 Introduction à cette formation

Ce manuel propose aux facilitateurs qui conduisent ces programmes de formation, des instructions étape par étape. Il se compose de deux parties.

- La première partie fournit une introduction au formateur : comment et pourquoi le cours de formation a été développé ; comment se préparer à la formation ; comment mettre en œuvre la formation et les détails sur l'évaluation.
- La deuxième partie fournit une description des modules de formation et comprend: un aperçu du module ; des instructions sur l'utilisation du module ; les intentions et les objectifs d'apprentissage du module et les recommandations de lectures préparatoires. Elle précise également si ce module est dispensé en présence des participants ou s'il est uniquement disponible comme formation en ligne.

De plus, pour chaque module, des notes explicatives ont été préparées à l'intention des formateurs pour les aider à la présentation des diapositives et à l'animation des activités. Elles sont disponibles ici {document internal hyperlink}. Le matériel nécessaire aux activités est disponible ici {document internal hyperlink} pour chaque module dans un format prêt à imprimer.

Note concernant la terminologie

Dans ce manuel, le terme « facilitateur » désigne la personne qui dirige/anime la formation et son co-formateur, tandis que le terme « participants » désigne les personnes qui assistent au cours de formation. Voir la note plus loin sur la distinction entre « formateur » et « facilitateur ».

Les gays et autres HSH seront généralement appelés « utilisateurs de services » ou simplement « utilisateurs » car, en général, les ASC ne voient pas les hommes avec lesquels ils travaillent comme des « patients » ou des « clients ». Vous avez la possibilité de demander à vos participants comment ils désignent les hommes avec lesquels ils travaillent, et d'utiliser leur définition si cela vous met à l'aise.

Le kit de formation utilise une combinaison des termes « HSH » (ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) et « gays et autres HSH » pour décrire les personnes avec lesquelles les ASC travaillent généralement. Le problème est que l'acronyme HSH n'est généralement pas un terme compris ou utilisé par le public ciblé (les HSH eux-mêmes) et bon nombre des problèmes auxquels ils sont confrontés concernent tous les hommes qui sont sexuellement attirés et engagés avec d'autres hommes, peu importe le terme qu'ils utilisent pour se qualifier. Le problème est la stigmatisation et la discrimination qui sont vécues, et non la manière d'identifier le public cible de notre travail.

1.2 À propos de cette formation

1.2.1 Concept à la base de l'approche et documents fournis

Il est entendu que la prévention du VIH et des IST chez les HSH est une approche globale et holistique basée sur des preuves scientifiques, des approches théoriques, mais également sur les expériences et connaissances communautaires.

Il est évident que le comportement est influencé par la structure de l'environnement. Par exemple, les résultats montrent qu'une des conséquences insidieuses de la stigmatisation de la société à l'égard de l'homosexualité est l'internalisation de cette stigmatisation par les hommes gays et bisexuels eux-mêmes. Par conséquent, attirer l'attention sur l'importance de promouvoir l'équité sociale pour l'acceptation de soi autour de l'identité gay et se forger une image positive de soi-même fait partie intégrante de tout travail visant à avoir un impact positif sur la santé des HSH.

Dans cette optique, la prévention inclut :

- «le renforcement de l'acceptation de soi et de la confiance en soi,

- la promotion de l'acceptation par la société des différents modes de vie,
- le renforcement de la responsabilité individuelle,
- la protection, la promotion et la création d'habitats/sanctuaires sexuels (p. ex. des espaces sécurisés),
- la médiation de « compétences sociales individuelles ».

De plus, nous devons nous attaquer aux conséquences sur la santé qui résultent des circonstances environnementales et qui influencent les comportements (approche syndémique) : les comportements de protection, la consommation de drogues et le bien-être émotionnel sont considérés comme des épidémies imbriquées et complémentaires.

Une syndémie est « le cumul de deux ou plusieurs troubles ou maladies dans une population donnée où un certain niveau d'interaction augmente les effets néfastes sur la santé de tout ou partie des syndromes inclus dans la syndémie ». Certains des troubles (...) (c.-à-d. dépression, syndrome de stress post-traumatique (SSPT), anxiété, trouble d'anxiété sociale, consommation excessive d'alcool ou de drogues) sont des syndromes syndémiques avec le VIH et doivent donc être traités afin d'obtenir les meilleurs résultats aussi bien pour les patients non infectés par le VIH que pour ceux infectés par le VIH (Mimiaga et coll. 2015).

En comprenant cela, une des principales clés du processus de développement de cette formation était la compréhension et la nécessité de combattre ces effets néfastes que la stigmatisation, les préjugés et l'homonégativité ont à la fois sur les gays et autres HSH ciblés, ainsi que sur les ASC visés par les modules de formation.

L'impact des attentes liées à la masculinité, le « bon » comportement et l'absence de « maladie », quelle que soit sa forme, font partie des nombreux facteurs qui exercent une influence majeure sur les attitudes et les barrières qui elles-même entravent l'offre et le bon fonctionnement des services destinés aux gays et autres HSH. L'un des objectifs de la formation est de contribuer à combattre ces messages reçus et perçus et d'éliminer les obstacles qui pourraient amener les ASC à juger les utilisateurs d'un service. Par exemple, des hommes qui ont été traités à plusieurs reprises pour la gonorrhée, ont vu leur comportement sexuel questionné et se sont sentis rabaissés parce qu'ils ont été infectés par une bactérie. Les mots utilisés peuvent encourager l'exclusion des personnes et être porteurs de jugements, notamment lorsque l'on parle de comportements et populations « à risque ». Recourir à la recherche afin de blâmer les hommes gays/HSH pour l'augmentation de l'incidence des IST et du VIH revient à dire « si seulement ils apprenaient se tenir ».

Aider les gens à s'opposer et à combattre ces attitudes aura un plus grand impact sur la construction, l'adoption et l'utilisation des services que d'uniquement se contenter de fournir aux ASC les informations actuellement disponibles sur les bonnes pratiques. L'un des principaux objectifs de la formation en face-à-face est d'aider les participants à remettre en question les attitudes, de développer leurs aptitudes et leurs compétences, en s'appuyant sur, et en fournissant des liens vers, des sources d'information et de support validées afin de les aider à éclairer le travail local et national. L'utilisation de supports de travail de l'UE déjà existants, approuvés et élaborés par l'ECDC, l'EATG et bien d'autres, aidera à influencer les niveaux d'aptitudes, de connaissances et de compétences européens ce qui engendrera une « harmonisation » des activités des ASC dans la région.

Cette approche est étayée par les conclusions et les recommandations de l'étude réalisée comme travail préparatoire pour le développement du contenu du cours.

L'utilisation de ces considérations et des facteurs d'influence tirés de cette étude a débouché sur une approche large pour le développement de modules sur :

- Une utilisation du développement des aptitudes basé sur les compétences ainsi que des niveaux appropriés de formation basés sur les informations et les connaissances.
- Contrairement à la formation précédente, une attention plus moindre a été accordée à la « transmission des connaissances »

- L'utilisation des aptitudes et expériences professionnelles et personnelles des participants dans le cadre de la formation pour modéliser et reproduire des compétences, en utilisant de courtes séances « d'intervention » de renforcement des qualifications.
- Inclusion du renforcement explicite et implicite des aptitudes à la communication et interpersonnelles, ainsi qu'un certain accent sur les modèles anti-homonégativité, en se concentrant sur le développement des compétences et la prise de conscience des besoins personnels actuels.
- La possibilité d'utiliser des expériences personnelles pour développer des interventions et des modèles de travail adaptés à la culture et pour mieux comprendre les messages autour de l'homophobie, de l'homonégativité et de la stigmatisation (liés à la fois à la sexualité et au VIH) et leurs origines.
- L'utilisation d'expériences communes et communautaires dans le cadre de compétences culturelles¹
- L'utilisation d'une approche culturellement adaptée dans les modules, p. ex. le langage, l'approche, les politiques, les accords, etc.
- L'utilisation de ressources de l'UE établies et approuvées, comme les Directives, les Rapports techniques, les Modules, etc. de l'ECDC pour documenter les travaux dans les modules et comme études de cas, p. ex. le NAM European Test Finder
- Les connaissances et leur évolution: pour diminuer le besoin de mettre constamment à jour les informations contenues dans les modules, la formation fera référence à et fournira des liens vers les informations les plus récentes disponibles en ligne.

L'approche de développement de l'élément « formation en ligne » du programme a été la suivante :

- Se concentrer sur l'importance de procurer des éléments de formation basés sur l'information et la connaissance au travers uniquement de la formation en ligne
- S'éloigner d'un élément « webinaire » car les différences de fuseau horaire/contraintes et la disponibilité des formateurs et des ASC auraient une incidence sur le nombre de participants disponibles et la grande variété des sujets aurait freiné l'adoption.
- Être hébergé sur diverses plates-formes pour des raisons économiques et de pérennité.

1.2.2 Utilisation des supports de formation

Les supports de formation sont composés d'un certain nombre d'éléments qui s'assemblent pour créer la session de formation. Il est important de se rappeler d'utiliser tous les éléments suggérés pour permettre le bon fonctionnement de la session de formation. Ces éléments sont les suivants :

Accord de groupe : un accord de groupe est différent des « règles de base ». Un accord de groupe est quelque chose que vous, en qualité de facilitateur, établissez avec la contribution des participants. Il est utilisé pour créer un espace de formation sûr et fonctionnel qui permet aux participants de travailler ensemble mais également au facilitateur de travailler avec eux. En réalité, il s'agit d'un accord que le facilitateur et les participants ont conclu, plutôt qu'un accord qui leur est imposé. Cela permet au facilitateur de questionner les participants en cas de « transgression » de l'accord et leur rappeler le fait qu'ils l'ont accepté. Le contenu d'un accord de groupe inclut généralement des questions comme p. ex. la confidentialité, le travail dans un espace sécurisé, la participation, le fait d'autoriser le facilitateur à faire bouger les choses et de s'amuser. Un accord contient d'autres éléments, et les recommandations doivent être données par les participants tout en utilisant vos connaissances et votre intelligence pour les accepter.

Activités « brise-glace » : ces courts exercices permettent aux participants d'apprendre à mieux se connaître et ainsi faciliter leur collaboration. Par conséquent, il est important de choisir un exercice approprié

¹ Cultural Competence: a defined set of ethics and principles, demonstrated behaviours, attitudes, policies and structures that enables work to happen effectively across cultures.

dès le début de la formation. Si la formation s'effectue sur plusieurs jours, ces activités « brise-glace » doivent être pratiquées chaque jour en début de journée.

Activités énergisantes : il s'agit de petits exercices qui aident à rebooster les participants après un long exercice ou une pause déjeuner par exemple. N'oubliez pas que, pendant les activités « brise-glace » et « énergisantes », comme pour tout exercice de formation, les personnes peuvent avoir différents problèmes de mobilité, il est donc important de choisir des exercices adaptés à tous les participants présents. Tout comme les activités « brise-glace », des activités « énergisantes » devraient être proposées dans tous les programmes de formation en cours d'élaboration.

Techniques de communication : ces exercices permettent de mettre en pratique les capacités de communication des personnes, généralement d'une manière qu'ils n'utilisent normalement pas. Ils aident les participants à prendre conscience de leurs propres façons de communiquer et à identifier de nouveaux moyens de communication, à la fois en face à face et via des supports comme les textos et emails.

Compétences relationnelles : ces exercices aident les participants à prendre conscience de la manière dont ils peuvent utiliser leurs méthodes de travail auprès des usagers. Ils développent une conscience de l'espace personnel, du langage corporel et de la communication non verbale afin de proposer une nouvelle manière de travailler avec les gens.

Exercices en face à face : la majorité des supports disponibles doivent être utilisés pendant des sessions de formation en face à face. Cela offre aux participants de meilleures chances d'apprendre des compétences et des expériences de chacun et aide le facilitateur à remettre en question des façons de penser rétrogrades qui pourraient empêcher de travailler efficacement avec les gays et autres HSH.

Formation en ligne : un grand nombre d'exercices sont disponibles en ligne uniquement. Il s'agit d'exercices très chargés en connaissances et informations, le format face à face est alors difficilement applicable. Proposer ces exercices en ligne permet aux participants d'y accéder et de les consulter à leur propre rythme et lorsqu'ils le souhaitent. Les supports de formation ligne sont accessibles via la plate-forme de formation ESTICOM <http://www.msm-training.org/>.

Évaluation des besoins : une évaluation des besoins est réalisée pour déterminer les besoins les plus importants du groupe avec lequel vous travaillez. Même si certains besoins sont généralisés dans une région, il est toujours préférable de travailler avec les besoins spécifiques des participants avec lesquels vous travaillez. L'évaluation des besoins doit être effectuée au moins 6 semaines avant la date de la formation pour permettre d'élaborer un programme de formation adapté. Voir la section sur l'évaluation des besoins plus loin dans le document.

Évaluation : Il est important d'évaluer la formation dispensée pour s'assurer de son efficacité. Pour ce faire, des formulaires d'évaluation pré et post formation sont fournis. Voir la section sur l'évaluation pour en savoir plus.

1.2.3 Environnement

La formation peut être effectuée dans n'importe quel environnement approprié (voir Lieux), à condition que ce soit un espace propice au travail. Elle peut donc être organisée dans les services accédant à la formation ou dans d'autres espaces appropriés comme p. ex. des lieux de formation ou de conférence bien spécifiques. Cela dépend évidemment du budget disponible.

1.2.4 Public visé par la formation

Les personnes visées par ces sessions de formation sont les Agents de santé communautaires (ASC) travaillant principalement avec les gays et autres HSH. Le terme « Agent de santé communautaire » désigne essentiellement toute personne travaillant avec les gays ou autres HSH autour de leur santé sexuelle dans un contexte communautaire. Il peut s'agir de bénévoles qui font un travail de sensibilisation auprès des

gays ou autres HSH, et les mettent en contact avec des médecins qui soutiennent l'initiative de dépistage communautaire dans laquelle un service est impliqué.

1.2.5 Comment le matériel de formation a-t-il été développé ?

Cette formation a été développée dans le cadre du projet ESTICOM par un consortium de partenaires européens qui travaillent ensemble sur trois objectifs :

- Objectif 1 : EMIS 2017 (partenaires)
- Objectif 2 : ECHOES (partenaires)
- Objectif 3 : une boîte à outils de formation pour les agents de santé communautaires (ASC) qui travaillent avec des HSH dans des environnements communautaires (partenaires)

La structure et le contenu de cette formation ont été construits sur la base des recherches approfondies menées au cours de la première phase de l'étude ECHOES et du développement de la formation ESTICOM, qui comportait une analyse des modules de formation existants et disponibles dans toute l'Europe. Pour ce support de formation, nous avons ensuite travaillé sur le développement et la mise à disposition d'une étape de formation des formateurs, puis sur l'expérimentation des supports de formation dans 19 États membres de l'UE, en impliquant des ASC de 24 pays, qui a été évaluée pour garantir leur efficacité. Pour plus d'informations sur ce processus, y compris sur l'évaluation du matériel, consultez www.esticom.eu

1.2.6 Comment cette formation vient-elle s'ajouter à votre calendrier de formation ?

De nombreux services et régions locales ont déjà mis en place des programmes de formation pour les agents de santé communautaires. Les recherches menées pour soutenir le développement des modules de formation nous ont appris que plus de 90 % de ce travail est basé sur les informations et les connaissances. En tant que telle, cette formation apporte un complément en utilisant une approche « expérimentale », en aidant les ASC à acquérir des compétences pratiques et des connaissances. Cela leur permet de comprendre comment transformer les informations et les données en initiatives de travail pratiques pour les HSH.

1.2.7 La structure de cette formation

Cette formation est un programme de formation modulaire sous forme de « boîte à outils ». Cela signifie qu'en tant que facilitateur, vous choisirez parmi la gamme de modules à votre disposition afin d'offrir une session de formation adaptée aux besoins des participants. Notez qu'une évaluation des besoins aura été menée par vos soins au préalable.

Un plan de structure du cours ainsi qu'un programme éducatif sont à votre disposition afin de vous aider à sélectionner les exercices et déterminer s'ils se situent dans les sections « face à face » ou formation en ligne disponibles.

Formation ESTICOM – Structure du cours

Formation présentielle

CONNAÎTRE LA COMMUNAUTÉ AVEC LAQUELLE VOUS TRAVAILLEZ (Compétence culturelle)

- « Quand j'étais jeune » : comprendre comment les messages que nous recevons affectent nos attitudes
- Comment améliorer l'accès, les services et la continuité dans les soins
- Travailler auprès des communautés ou des populations HSH

COMBATTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

- Groupes de HSH vulnérables et leurs besoins en matière de santé sexuelle
- Sensibiliser sur les facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité
- Créer un service ou environnement sans jugement pour les gays et autres HSH
- Engager et impliquer les utilisateurs de votre service
- Comprendre les modèles de production syndémiques et leur influence sur notre travail
- Reconnaître les systèmes complexes liés à la santé et la façon dont ils peuvent être traités

TRAVAILLER EN PARTENARIAT

- Identifier et développer les bonnes pratiques pour travailler en partenariat avec les services de santé publics et communautaires
- Collaborer avec et entre des organisations LGBTQI+ et d'autres services

PRÉVENTION

- Utiliser les techniques d'entrevue motivationnelle dans votre travail
- Sensibiliser à l'utilisation du TasP (U=U), de la PrEP, du TPE et de l'autotest ou de l'auto-prélèvement pour les HSH
- « Interventions de première ligne » : travailler avec les HSH en utilisant des interventions de conseil et d'information individuelles et en groupe ; entretien motivationnel et prise en charge psychologique ; dépistage communautaire du VIH et des IST

Formation en « face à face » et contenu en ligne

PRÉVENTION

- IST : symptômes et traitements
- ChemSex : consommation de drogue pendant les activités sexuelles
- « Quelles sont les pratiques sexuelles à moindre risque aujourd'hui ? »

Les supports de formation en ligne sont accessibles via la plateforme de formation ESTICOM
www.msm-training.org

Formation en ligne

PRÉVENTION

- Comprendre la dynamique épidémiologique de l'infection par le VIH chez les HSH en Europe
- Utiliser les modèles de promotion de la santé pour favoriser le changement de comportement

ENVIRONNEMENTS ET INTERVENTIONS

- Environnements appropriés pour les interventions destinées aux HSH
- Améliorer les liens et la continuité dans les soins
- Campagnes anti-stigmatisation : apprendre des interventions sur le VIH/SIDA et les HSH/LGBT

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

- Utiliser le marketing social pour engager le dialogue avec les HSH
- Construire une formation sur mesure pour des services spécialisés

Les supports de formation en ligne sont accessibles via la plateforme de formation ESTICOM
www.msm-training.org

Programme éducatif pour les formations régionales et nationales

Voici le programme d'études pour les programmes de formation régionaux et nationaux basés sur les supports ESTICOM

Pour être certain que tous les participants développent une gamme de compétences dans toutes les disciplines, il est fortement recommandé qu'au moins un élément traitant des aptitudes à la communication et interpersonnelles soit inclus dans chaque formation. Les autres sujets de formation sont rassemblés en groupes qui suggèrent les meilleures options probables pour satisfaire les besoins des différentes régions où la formation a lieu.

Il est également fortement recommandé que toute la formation dispensée à l'aide de ces supports de formation se concentre sur les questions abordées dans les sections « Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez » et « Combattre la stigmatisation et la discrimination ».

En définitive, les décisions sur les modules thématiques qui composeront cet événement de formation seront prises après avoir effectué l'évaluation des besoins pour cette région et identifié les indicateurs des besoins. Des domaines de connaissances supplémentaires et non identifiés par l'évaluation des besoins peuvent également être utilisés parallèlement à ceux-ci, si vous le souhaitez.

La formation a été divisée en trois approches :

- Approche présentielle : tous les exercices sont dirigés par un facilitateur avec les participants dans la salle.
- Approche présentielle plus formation en ligne : des parties de l'exercice sont organisées en face à face et les informations très importantes sont données sous forme de modules de formation en ligne.
- Formation en ligne : principalement basés sur les informations et les connaissances, ces modules sont fournis uniquement sous forme de formation en ligne, à effectuer au moment opportun pour l'utilisateur.

Dans ce document, ces distinctions sont indiquées par les abréviations suivantes :

F2F = modules face à face

EL = modules de formation en ligne

Programme éducatif A : Aptitudes

- CAptitudes à la communication et compétences relationnelles (F2F) :
 - Communication dos à dos
 - Langage corporel et exploration de la distance relative
 - Origami de communication
 - Suivre toutes les instructions
 - Aller à une fête
 - Écouter sans parler
 - Samaritains
 - Conscience situationnelle
- Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (F2F) :
 - « Quand j'étais jeune... »
- Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (F2F) :
 - Comment améliorer l'accès, les services et la continuité dans les soins.
- Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (F2F) :
 - Travailler dans des communautés ou des populations HSH.
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Sensibiliser sur les facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Groupes de HSH vulnérables et leurs besoins en matière de santé sexuelle

Programme éducatif B : les bases

- Prévention (F2F) :
 - Utiliser les techniques d'entrevue motivationnelle dans votre travail.
- Environnements et interventions (EL) :
 - Environnements appropriés pour les interventions destinées aux HSH
- Prévention (EL) :
 - Comprendre la dynamique épidémiologique de l'infection par le VIH chez les HSH en Europe.
- Prévention : (F2F et EL)
 - IST : symptômes et traitements
- Travailler en partenariat (F2F) :
 - Identifier et développer les pratiques adaptées pour travailler en partenariat avec les services de santé publics et communautaires.
- Travailler en partenariat (F2F) :
 - Collaboration avec et entre des organisations LGBTQI+ et d'autres services.

Programme éducatif C : pratiques adaptées

- Prévention (F2F et EL) :
 - Quelles sont les pratiques sexuelles à moindre risque aujourd’hui ?
- Prévention (F2F) :
 - « Interventions de première ligne » : travailler avec les HSH en utilisant des interventions de conseil et d’information individuelles et en groupe ; entrevue motivationnelle et prise en charge psychologique ; dépistage communautaire du VIH et des IST.
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Engager et impliquer les utilisateurs de votre service.
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Créer un service ou un environnement sans jugement pour les gays et autres HSH.
- Environnements et interventions (EL) :
 - Améliorer les liens et la continuité dans les soins.

Programme éducatif D : développement

- Prévention (EL) :
 - Utiliser les modèles de promotion de la santé pour favoriser le changement de comportement.
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Comprendre les modèles de production syndémiques et leur influence sur notre travail.
- Combattre la stigmatisation et la discrimination (F2F) :
 - Reconnaître les systèmes complexes liés à la santé et la façon dont ils peuvent être traités.
- Prévention (F2F) :
 - Sensibiliser sur l’utilisation du TasP (U=U), de la PrEP, du TPE et de l’autotest ou de l’auto-prélèvement pour les HSH.
- Prévention (F2F et EL)
 - ChemSex : consommation de drogues pendant les activités sexuelles
- Environnements et interventions (EL) :
 - Campagnes anti-stigmatisation : apprendre des interventions sur le VIH/SIDA et les HSH/LGBTQI+.
- Développement des compétences (EL) :
 - Utiliser le marketing social pour engager le dialogue avec les HSH.
- Développement des compétences (EL) :
 - Construire une formation sur mesure pour des services spécialisés.

1.2.8 Ai-je besoin d'une autorisation pour utiliser ces supports de formation?

Ce cours de formation appartient à la Commission européenne (© Union européenne, 2019). Par conséquent, sa réutilisation est soumise à la politique de réutilisation de la Commission (2011/833/UE <http://bit.ly/309g99N>). En bref, cela signifie que le cours de formation peut être réutilisé à condition d'en mentionner la source. En téléchargeant ce support de formation, vous indiquez que vous consentez et acceptez le contrat de téléchargement qui constitue la base de toute utilisation de ce support de formation. L'avis de droit d'auteur correspondant est déjà intégré dans les diapositives, et les formateurs doivent veiller à ce qu'il soit toujours présent en cas d'adaptation des diapositives.

Il est important que ce support de formation soit utilisé dans le but pour lequel il a été développé, et que le fait de comprendre les attitudes négatives et de combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA, l'orientation sexuelle et les comportements sexuels, y compris la consommation de drogues, est essentiel pour orienter les personnes vers les soins appropriés et leur permettre de recevoir un traitement. Les jugements sur les personnes ou les comportements ne sont pas les bienvenus dans cette formation, et ils doivent être contestés de manière appropriée et discutés avec toute personne qui les a exprimés.

1.3 Structure de ce document

1.3.1 Objectif de la formation

L'objectif général de cette formation est de sensibiliser à l'influence de la société sur les inégalités en matière de santé des gays et des autres HSH et à la manière dont la stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles qui aggravent ces inégalités en matière de santé. La formation s'adresse aux Agents de santé communautaires (ASC) qui travaillent avec des gays et autres HSH dans des environnements communautaires (principalement dans les domaines du VIH/SIDA, des IST et des hépatites virales, mais aussi d'autres problèmes liés à la santé, y compris la santé mentale) en leur fournissant des expériences, des compétences et des connaissances pour surmonter les obstacles identifiés en lien avec les soins et la prestation des soins aux gays et autres HSH.

1.3.2 Support de cours et exemples

Le cours de formation est composé des éléments suivants :

MANUEL DU FORMATEUR

- Structure et contenu de la formation
- Description détaillée du contenu de la formation (diapositives, documents de formation, supports de formation)
- Recommandations pour une utilisation appropriée des modules de formation

SUPPORTS DE FORMATION

- Diapositives PPT
- Feuilles de travail des participants

SUPPORTS D'ÉVALUATION

- Description des outils, du calendrier et des procédures d'évaluation de la formation
- Questionnaires

Le contenu des modules de formation (y compris les activités de groupe, les études de cas et les diapositives sélectionnées) peut être adapté en fonction du contexte local et des besoins de formation spécifiques (voir la section intitulée « Compléments et mises à jour des supports de formation »).

Session de formation et exemples de programme :

Voici un exemple possible de session de formation d'une demi-journée sur les attitudes, la stigmatisation et la discrimination :

1. Accueil du groupe
2. Présentations
3. Accord de groupe
4. Activité « brise-glace » : Combien en utilisez-vous ?
5. Module Un : Quand j'étais jeune...
6. Activité énergisante : Requins et Pingouins
7. Module Deux : sensibiliser sur les facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité
8. Commentaires et clôture

Voici une approche possible pour développer un programme de formation pour un groupe de participants, qui travaillent probablement tous au même point de contrôle ou service. Choisissez dans la section indiquée en vous basant sur les résultats de l'évaluation des besoins que vous avez effectuée.

1. Renforcer leurs « Aptitudes à la communication » et « Compétences interpersonnelles »
2. Travail de base :
 - « Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez »
 - « Combattre la stigmatisation et la discrimination »
 - Comprendre la « prévention »
3. Pratique adaptée – Comprendre ce qu'est la « pratique adaptée » dans l'apport de services aux HSH
 - « Prévention »
 - « Travailler en partenariat »
4. Perfectionnement
 - « Prévention »
 - « Environnements et interventions »
 - « Développement des compétences »

1.4 Préparer la formation

1.4.1 Évaluation des besoins

Un document d'évaluation des besoins est joint à ces supports de formation ; il vous permet de vous concentrer sur les besoins en formation du groupe de participants avec lequel vous travaillez.

Il ne faut pas oublier :

- De réaliser l'évaluation des besoins au moins 6 semaines avant la date de la formation pour permettre à chaque participant d'achever l'évaluation, de traiter les données des évaluations effectuées et de sélectionner les supports de formation.
- Que le document doit comprendre une liste complète des besoins et fournir une idée actuelle des besoins en formation de ce groupe qui ne seront probablement pas satisfaits en une ou deux sessions seulement. De hiérarchiser les besoins les plus importants du groupe, et de comprendre qu'il est peu probable que les participants aient identifié l'accent mis sur la stigmatisation et la discrimination et le travail comportemental comme un besoin, alors que nous savons, d'après d'autres études, qu'il s'agit de besoins importants.
- Que vous devrez réaliser une nouvelle évaluation des besoins pour chaque nouveau groupe de participants.

1.4.2 Préparation des facilitateurs

Il est essentiel que les facilitateurs se préparent à dispenser cette formation. Que les formateurs aient déjà une connaissance ou une expérience des inégalités en matière de santé des personnes LGBTQI+ ou non, tous doivent prendre le temps d'étudier tous les supports de formation nécessaires comme suit :

- Lire et étudier ce manuel de formation ;
- Lire les informations sur le projet ESTICOM sur www.esticom.eu ;
- Bien se familiariser avec l'ensemble du glossaire suivant ;
- Identifier les informations locales pour compléter le ou les supports de formation choisis.

De plus, les lectures requises pour chaque module sont spécifiées dans la section d'introduction de la description des modules.

Les facilitateurs doivent également se répartir les responsabilités entre eux, à la fois en matière de préparation et de gestion du cours de formation.

1.4.3 Matériel nécessaire

Le matériel nécessaire pour chaque exercice est décrit dans le module de l'exercice concerné. En règle générale, très peu de choses sont nécessaires au-delà d'un paperboard, d'un bloc-notes, de stylos, de papier et crayons pour les participants et des modules du Manuel de formation pour la session en cours. Dans certains cas, les exercices nécessiteront l'usage de diapositives PowerPoint pertinentes et l'utilisation de la Feuille de travail du participant correspondante. Certains exercices de soutien nécessitent d'autres ressources, qui sont toutes répertoriées dans la description de l'exercice.

1.4.4 Lieu

Il est recommandé que la formation ait lieu dans un endroit approprié, calme, confortable et accessible à **tous** les participants. Il peut s'agir d'une salle située dans les bureaux du service d'accueil où la majorité des participants travaillent afin de faciliter leur participation. Il peut également s'agir d'un espace situé par exemple dans un hôtel, un centre de conférence ou les bureaux d'une agence partenaire.

La salle doit être suffisamment grande pour accueillir tous les participants, et vous devez pouvoir déplacer les chaises afin de faciliter les activités. Un projecteur pour les présentations PowerPoint et un paperboard doivent être disponibles.

Il est recommandé de préparer la salle en plaçant les chaises en demi-cercle. Cela encouragera une plus grande participation tout en garantissant que les diapositives soient visibles par tous.

En tant que facilitateur, la préparation en amont est importante pour que le cours se déroule de manière efficace et rapide. Pour cette raison, il convient de prêter attention aux aspects suivants :

- assurez-vous que la température de la pièce est agréable, que l'éclairage est adéquat et que les diapositives sont lisibles ;
- assurez-vous de connaître les problèmes liés à la santé et à la sécurité du lieu de la formation, en particulier : test d'alarme incendie, issues de secours en cas d'incendie, emplacement des toilettes, emplacement (et heures) des pauses café et des zones réservées aux fumeurs ;
- assurez-vous que la pièce est suffisamment grande ;
- prévoyez pour les participants des rafraîchissements ou l'accès à des rafraîchissements ;
- installez tous les appareils électroniques nécessaires pour le cours ;
- fournissez les informations logistiques correctes aux participants (p. ex. plan du lieu, emplacement des toilettes, indication de l'heure des pauses et du déjeuner, ordre du jour) ;
- tenez vous-en au plan de travail.

1.4.5 Recrutement

Bien qu'il soit vivement recommandé de recruter les participants aux cours à partir de l'évaluation des besoins que vous avez effectuée, il est possible que vous ne disposiez pas de toutes les informations nécessaires à leur sujet pour rendre le cours aussi efficace que possible.

Lors de l'envoi des lettres d'invitations au cours, en plus des informations habituelles que vous devez fournir, comme p. ex. la date et l'heure de début de la formation, le lieu et les modalités pour se rendre sur le lieu de la formation, vous devrez également poser des questions supplémentaires sur les participants eux-mêmes. Ces questions sont qualifiées de « démographiques », et elles comportent généralement des éléments tels que l'appartenance ethnique, l'âge, l'identité et orientation sexuelle.

Il est très important que, parallèlement aux questions que vous choisissez d'utiliser, vous demandiez toujours si les personnes ont des besoins complémentaires, p. ex. « Utilisez-vous un fauteuil roulant ? », « Avez-vous besoin d'un interprète en langue des signes ? » et « Avez-vous des exigences alimentaires/diététiques ? ». De cette façon, les personnes peuvent vous informer de leurs besoins, vous êtes préparé et informé des choix que vous pouvez faire pour les exercices brise-glace, énergisants, d'aptitudes à la communication et interpersonnelles. Cela vous permet également d'être conscient des modifications que vous pourriez devoir apporter afin de vous assurer que tous les participants puissent participer à la formation que vous organisez.

1.4.6 Ajouts et mises à jour des supports de formation

Certains termes, concepts ou expressions dans les autres langues dans lesquelles ces supports de formation sont disponibles peuvent ne pas être facilement traduits dans d'autres langues, et inversement.

Certaines langues n'ont pas d'équivalence pour décrire les différents termes de ce document. Pour cette raison, si ces modules sont traduits dans des langues autres que celles disponibles, il convient de veiller à ce que la traduction soit réalisée avec précision. Sachez que certains termes peuvent être appropriés dans certaines langues, mais qu'ils peuvent être considérés comme offensants dans une autre.

Il est possible et même encouragé d'intégrer des informations locales pertinentes dans les modules de formation qui sont fournis ici. Par exemple, cela pourrait être les données épidémiologiques sur le VIH pour la ville ainsi que pour le pays/la région du lieu de formation.

Les facilitateurs peuvent également souhaiter collaborer avec d'autres services locaux, en particulier si la formation s'adresse à des personnes travaillant dans un environnement clinique. Il peut être utile de contacter les organisations et associations locales de HSH/LGBTQI+ pour nouer des liens, travailler éventuellement en coopération et partager des informations afin d'améliorer l'expérience de formation.

1.5 Mise en œuvre de la formation

1.5.1 Approche

La principale méthode utilisée est une approche expérimentale et pratique des supports de formation, en utilisant les compétences, l'expérience et les connaissances des participants pour alimenter les discussions qui ont lieu tout au long de la formation.

Tout au long de la formation, il est recommandé d'encourager la participation active des participants, notamment par le partage d'expériences personnelles et professionnelles, de compétences et connaissances afin qu'ils puissent contribuer aux discussions, tout en veillant à ce que cela ne nuise pas aux conversations plus générales ni à la cohésion de groupe.

1.5.2 Gestion des activités pratiques

Pour chaque activité, il est important que les participants sachent clairement ce qui est attendu d'eux et combien de temps ils ont pour la terminer. Le matériel nécessaire pour chaque activité et les instructions sont décrits en détail dans ce manuel (voir la partie concernée) avec le temps imparti.

Travailler en petits groupes :

Encouragez les participants à travailler avec différentes personnes pendant les sessions de formation. Si vous formez des participants venus de plusieurs points de contrôle ou services, encouragez-les à travailler en binômes mixtes ou en petits groupes.

Passez au milieu des différents groupes pour observer la dynamique, aidez les participants, n'hésitez pas à encourager et engager la discussion si nécessaire.

Un petit mot sur les « jeux de rôle ». Certains exercices nécessitent que les participants mettent en pratique des compétences dans l'espace de travail. Ces exercices sont traditionnellement appelés « jeux de rôle ». Cependant, ce terme cause beaucoup d'anxiété et empêche un grand nombre de personnes de travailler efficacement et de tirer le meilleur de l'exercice. Par conséquent, il est toujours préférable d'appeler ces séances d'exercices « activités en petits groupes ».

Travailler en grand groupe :

Si vous pensez qu'il est utile d'utiliser le paperboard pour noter les principaux sujets qui se dégagent de la discussion, faites-le, mais n'oubliez pas que vous n'avez pas à écrire tout ce que chaque participant dit. Afin de ne pas décourager la participation, rappelez aux participants qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Essayez d'obtenir des réponses du groupe avant de partager vos propres suggestions. Tentez d'abord une amorce, reformulez votre question sans en changer le sens.

Si vous proposez une suggestion, assurez-vous qu'elle soit approuvée par le groupe avant de la noter sur le paperboard.

1.5.3 Être un facilitateur et NON un formateur

Il est très important de comprendre la distinction entre les termes « formateur » et « facilitateur » dans le contexte de ce cours.

Un « formateur » est généralement une personne qui transmet des connaissances et des informations à d'autres personnes, principalement en se référant à des diapositives PowerPoint ou d'autres ressources. Les connaissances et les informations sont transmises par le « formateur » au « participant », dans une seule direction. C'est ce qu'on appelle un « apprentissage pédagogique ».

Un « facilitateur » comme son nom l'indique, facilite l'apprentissage de toutes les personnes dans la salle, du facilitateur aux participants, des participants au facilitateur et entre les participants eux-mêmes, chacun utilisant les expériences et les compétences qu'il a apportées avec lui. Les connaissances et les informations circulent entre le « facilitateur » et les « participants », dans les deux sens. C'est ce qu'on appelle un « apprentissage andragogique ».

C'est important ici, car les compétences et expériences de chaque personne présente dans la salle sont tout aussi pertinentes les unes que les autres pour apprendre le maximum des sujets abordés dans ces modules de formation et pour utiliser correctement la ressource des compétences et de l'expérience de toutes les personnes présentes afin d'aider à proposer des solutions possibles aux problèmes rencontrés par les ASC dans leur travail.

1.5.4 Conversations difficiles

Votre travail en tant que formateur consiste à :

- stimuler la discussion ;
- dispenser des sessions de formation sûres, agréables et stimulantes ;
- s'assurer que tous les participants ont l'occasion d'exprimer leurs opinions ;
- respecter leurs points de vue divergents et leur silence.

Vous pouvez y parvenir en établissant un accord de groupe efficace et en vous assurant de rappeler aux participants cet accord si nécessaire.

En outre, les participants peuvent réagir différemment au contenu et aux activités du cours de formation. Des sentiments négatifs peuvent naître chez les participants qui s'identifient comme LGBTQI+ ou se réfèrent à des gays ou autres HSH au cours de certains exercices, et une homophobie intériorisée peut transparaître dans les réponses apportées et les discours tenus.

Les attaques directes contre les personnes LGBTQI+, y compris contre les autres participants sur la base de leur identité ou de leur passé, mais également (liste non exhaustive) en raison de leurs caractéristiques sexuelles, identité ou orientation sexuelle, sont très peu probables compte tenu du public cible de cette formation, mais si elles devaient se produire, même sous le couvert de « l'humour », elles ne devraient pas être tolérées et nécessiteraient un rappel à l'ordre.

Il est de votre responsabilité de traiter ces incidents lorsqu'ils se produisent et de vous assurer qu'ils ne se répètent pas. Cette question doit être clarifiée en début de formation au moment d'établir l'accord de groupe, accord qui devra être respecté tout du long. Cela comprend également toute règle sur « l'espace sécurité » éventuellement incluse dans l'accord.

Les facilitateurs doivent pouvoir clarifier ceci en ayant à l'esprit que les participants doivent être capables de respecter la règle de « l'espace sécurité » tout en se sentant libre d'exprimer leurs doutes et malentendus.

Il est plus probable que les participants fassent des commentaires qui ne soient dirigés contre personne en particulier, mais qui n'en sont pas moins négatifs ou basés sur des stéréotypes et qui visent les personnes LGBTQI+ en général. Certains des problèmes et sujets abordés dans cette formation peuvent être nouveaux pour de nombreux participants qui peuvent, consciemment ou non, avoir des opinions préjudiciables, stéréotypées ou négatives sur les questions LGBTQI+. Ces opinions peuvent se manifester dans des commentaires ou des conversations difficiles pendant la formation.

Il vous incombe de maintenir un espace sécurisé pour tous les participants pendant le cours de formation, mais également de les éduquer à travers cette formation.

Cela signifie que l'espace que vous fournissez offre aux gens la possibilité d'être ouverts et honnêtes, ils peuvent commettre des erreurs et apprendre de ces erreurs, dans ce lieu plutôt qu'à l'extérieur, une fois au contact de personnes gays ou autres HSH. Cela signifie également que vous êtes à l'affût de commentaires ou stéréotypes exprimés par les participants sur d'autres membres des communautés LGBTQI+, et que vous participez à la remise en question de ces opinions avec calme et soutien.

Cette section vous explique comment gérer le comportement phobique anti-LGBTQI+ et les conversations difficiles que vous pourrez rencontrer pendant la formation. Voici quelques étapes à suivre pour gérer ces commentaires ou conversations négatives :

Renseignez et préparez-vous :

En lisant tous les supports de formation liés à cette formation, en vous assurant de connaître la terminologie appropriée et de vous sentir à l'aise avec le sujet. Gardez à l'esprit que les commentaires difficiles peuvent prendre différentes formes et concerner d'autres membres de la communauté LGBTQI+, pas uniquement les gays et autres HSH.

Ne confrontez pas directement les participants sur leurs points de vue, et ne leur dites pas qu'ils ont tort : montrez tolérance et intérêt envers les contributions des participants pendant la formation (p. ex. utilisez des questions ouvertes et faites attention à éviter tout comportement non-verbal critique). Assurez-vous d'accepter ce qu'ils disent : « C'est ton opinion, mais j'aimerais souligner que... » ou « Je suis sûr que cette conversation est importante pour toi ; mais je tiens à souligner que... » Vous pouvez également obtenir de l'aide des autres participants en disant : « C'est ton opinion/expérience. Les autres participants ont-ils des opinions ou des expériences différentes ? »

Utilisez l'une des approches suivantes pour aborder le commentaire ou la conversation problématique :

- Approche Portée de la formation : si c'est le cas, rappelez aux participants que le sujet discuté est en dehors de la portée de la formation, et que le temps est trop limité pour se lancer dans cette conversation.
- Approche Objectifs de la formation : rappelez aux personnes l'objectif de la formation : sensibiliser davantage les ASC à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi qu'aux inégalités en matière de santé pour les gays et autres HSH, et leur donner les outils pour lutter contre ces inégalités.
- Approche Santé : chacun devrait avoir accès aux normes de santé les plus élevées, quels que soient son identité et ses droits dans un pays/environnement donné.
- Approche Terminologie : ramenez les participants à la terminologie LGBTQI+, et rappelez-leur qu'il est important d'utiliser une terminologie positive, respectueuse et appropriée lorsqu'on aborde les questions LGBTQI+.
- Approche Directives : rappelez aux participants qu'en tant qu'agents de santé communautaires ou professionnels de la santé, ils doivent suivre les directives et normes de soins nationales et internationales, y compris celles concernant spécifiquement les prestations de santé dispensées aux personnes LGBTQI+.

- Approche Diversité : pour éviter les généralisations négatives, rappelez aux participants la diversité des personnes au sein de la communauté LGBTQI+ (les participants peuvent connaître une personne LGBTQI+ qui se comporte d'une certaine manière ou qui dit certaines choses, mais cela ne signifie pas que cela s'applique à toutes les personnes de la communauté LGBTQI+).

1.5.5 Conclusions de l'exercice et synthèse

Certains exercices ont des conclusions apparemment « naturelles » mais avec d'autres, vous, en qualité de facilitateur, devrez décider à quel moment l'exercice doit être terminé. Souvent, il s'agit du temps que vous pouvez consacrer à une conversation qui est intéressante et utile pour toutes les personnes dans la pièce. Ces problèmes sont traités dans les instructions de chaque module, ainsi que dans la préparation du facilitateur. Les questions guides sont posées plusieurs fois, et lorsque la discussion les inclut, ou que le temps imparti pour l'exercice est terminé, c'est le bon moment pour clore cet exercice. De nombreuses discussions vont et viennent entre les exercices. Vous aurez donc peut-être la possibilité d'entendre ce que quelqu'un allait dire lors d'un prochain exercice.

Les 5 minutes restantes de chaque journée de formation sont réservées à la synthèse.

Demandez aux participants de réfléchir à :

- quelque chose qu'ils ont appris ;
- quelque chose qu'ils mettraient en place après la formation.

À titre d'exemple, vous pouvez demander :

« Maintenant, vous avez 5 minutes pour réfléchir à quelque chose que vous avez appris pendant cette session de formation et à quelque chose que vous mettriez en place une fois de retour à votre service. N'hésitez pas à partager vos idées avec la personne à côté de vous, puis avec le groupe. Vos idées peuvent également être une source d'inspiration pour les autres participants. »

1.6 Évaluation

1.6.1 Importance d'évaluer vos sessions

Il est important de savoir que les sessions de formation que vous avez dispensées ont eu un effet positif et ont aidé les participants à développer leurs connaissances, leur compréhension et leurs compétences. C'est pourquoi il est important de fournir un questionnaire d'évaluation pré et post cours pour chaque formation.

Sachant qu'il y a beaucoup plus de modules que ce qui pourrait être utilisé lors d'une session de formation, vous devrez créer une évaluation spécifique basée sur les supports de formation que vous avez choisi d'utiliser, en regroupant les questions relatives à chaque exercice dans un questionnaire avant le cours et un questionnaire complémentaire après le cours.

Lorsque vous évaluez les résultats, votre objectif est d'amener les personnes à mieux comprendre, même si nous devons également admettre que la confiance de certaines personnes dans leurs approches peut être ébranlée si elles sont remises en question par les supports pédagogiques et par ce qu'elles ont appris, ce qui peut parfois se refléter dans une baisse des notes attribuées.

1.6.2 Supports de formation à évaluer

Un document d'évaluation complet est disponible avec ce document, ainsi qu'un modèle-type pour créer vos propres questionnaires à remplir avant et après le cours.

1.7 Récapitulatif

Liste de contrôle pour les facilitateurs

Avant la formation

Effectuez une évaluation des besoins

Tout vous aider à décider quels exercices sont les plus importants à effectuer pendant la session que vous êtes en train de planifier.

Étudiez

Le programme de formation complet et le matériel nécessaire pour dispenser les sessions que vous avez choisies.

Identifiez

Des données, initiatives ou travaux locaux qui peuvent être ajoutés aux supports de formation afin de les améliorer pour ces participants.

Adaptez les supports de formation

Utilisation de tout matériel local que vous avez identifié

Discutez et répartissez les rôles

avec votre co-facilitateur, si vous en avez un.

Recrutez les participants

Il est logique de recruter dans la mesure du possible les personnes qui ont effectué l'évaluation des besoins, de sorte que la formation prévue corresponde à leurs besoins. N'oubliez pas de demander aux participants s'ils ont des exigences comme p. ex. un lieu et un espace accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou un interprète en langue des signes, ainsi que leurs exigences alimentaires si vous prévoyez des rafraîchissements.

Sélectionnez un lieu

Pour la formation, rappelez-vous les directives données.

Traduisez les supports de formation

S'ils ne sont pas fournis dans la langue utilisée avec les participants, utilisez la langue la plus facile à traduire pour vous. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'anglais.

Préparez et imprimez

Tous les matériels de support dont vous aurez besoin pendant la formation, y compris :

- les questionnaires d'évaluation pré et post cours ;
- l'ordre du jour de la ou des sessions, avec les pauses et le déjeuner ;
- les feuilles de travail et le matériel pour les activités si nécessaire ;
- les fiches de présence des participants ;
- tout autre document demandé, p. ex. les certificats de participation.

Pendant la formation

Avant de débiter la formation, distribuez aux participants un formulaire d'évaluation pré-formation et demandez-leur de vous le rendre complété.

Encouragez la participation active de tous les participants et leur contribution à la discussion, et animez les discussions de groupe, tout en gardant à l'esprit les attentes des participants.

Donnez des instructions claires sur la manière de réaliser les activités et sur le temps imparti à chaque activité.

Gardez un œil sur votre montre et ajustez le temps en fonction de la durée que vous jugez appropriée pour la discussion et l'élaboration des diapositives ou pour l'activité.

Assurez-vous que le groupe respecte l'accord de groupe et consultez les directives sur le traitement des consignes relatives au comportement phobique anti-LGBTQI+, si nécessaire.

Une fois la formation terminée et avant de conclure les sessions, demandez aux participants de remplir et de renvoyer le questionnaire d'évaluation post-cours.

Réunissez et conservez en toute sécurité tous les formulaires, y compris la fiche de présence du participant, les questionnaires d'évaluation pré et post-cours, et tout autre support administratif mis à votre disposition pour la formation.

Après la formation

Faites le bilan avec le co-formateur.

Évaluez la formation en utilisant les questionnaires à remplir pré et post-cours avec le co-formateur et prenez des décisions sur le déroulement des prochaines sessions à venir.

2. Matériel de formation présentielle

2.1.1 Aperçu

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez

- Quand j'étais jeune + Fiche de travail du participant
- Comment améliorer l'accès, les services et la continuité dans les soins + Supports de formation en ligne
- Travailler dans des communautés ou des populations HSH + Supports de formation en ligne

Combattre la stigmatisation et la discrimination

- Groupes de HSH vulnérables et leurs besoins en matière de santé sexuelle + Fiche de travail du participant
- Sensibiliser sur les facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité + Fiche de travail du participant
- Créer un service ou un environnement sans jugement pour les gays et autres HSH + Support de formation en ligne
- Engager et impliquer les utilisateurs de votre service
- Comprendre les modèles de production syndémiques et leur influence sur notre travail + Supports de formation en ligne
- Reconnaître les systèmes complexes liés à la santé et la façon dont ils peuvent être traités + Supports de formation en ligne

Travailler en partenariat

- Identifier et développer les bonnes pratiques pour travailler en partenariat avec les services de santé publics et communautaires + Support de formation en ligne
- Collaborer avec et entre des organisations LGBTQI+ et d'autres services + Support de formation en ligne

Prévention

- Utiliser les méthodes d'entretien motivationnel dans votre travail + Fiche de travail du participant et Support de formation en ligne
- Sensibiliser sur l'utilisation du TasP (U=U), de la PrEP, du TPE et de l'autotest ou de l'auto-prélèvement pour les HSH + Support de formation en ligne
- « Interventions de première ligne » : travailler avec les HSH en utilisant des interventions de conseil et d'information individuelles et en groupe ; entretien motivationnel et prise en charge psychologique ; et dépistage communautaire du VIH et des IST + Support de formation en ligne

2.1.2 Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez

Titre informel de l'exercice :

Quand j'étais jeune : comprendre comment les messages que nous recevons affectent nos attitudes

Domaine/groupe d'étude :

**Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez :
« Compétence culturelle »**



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'explorer les messages que les HSH reçoivent sur le fait d'être des hommes, d'avoir des relations sexuelles avec des hommes, etc. et comment ces messages peuvent les affecter mais également leurs choix. Si les participants sont eux-mêmes HSH/LGBTQI+, comment cela peut-il les toucher et affecter le travail qu'ils entreprennent. La « résilience » est également considérée comme une adaptation nécessaire face à la stigmatisation et à la discrimination.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants comprendront mieux les types de messages que nous recevons sur le genre et la sexualité. Les participants comprendront comment ces messages peuvent continuer d'influencer nos comportements les uns envers les autres et le travail auquel nous participons, et comment les HSH ont élaboré des stratégies de défense pour réduire leur impact.



Matériel nécessaire :

- ✎ Quand j'étais jeune – formulaires imprimés, un pour chaque participant.
- ✎ Grandes feuilles préparées à l'avance (voir Préparation du facilitateur).
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.
- ✎ Diapositives PowerPoint (résilience).



Préparation du facilitateur :

- ✓ Cet exercice s'adresse aux personnes qui travaillent avec tous les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, peu importe comment ils définissent leur sexualité. Les messages que nous recevons sur le fait d'avoir des relations sexuelles avec des hommes sont très associés au fait d'être « gay », et certains hommes ont du mal à l'intégrer à leur propre identité sexuelle. Les autres HSH peuvent avoir des difficultés à s'identifier comme « gay » en raison de différences culturelles ou linguistiques. En effet, le terme « gay » est une idée très occidentale et blanche de l'identité sexuelle.
- ✓ Abordez l'exercice avec un état d'esprit orienté sur la « résolution des problèmes ».
- ✓ Cet exercice peut contenir beaucoup de messages négatifs. Bien que ce ne soit qu'un exercice, il peut bouleverser certaines personnes. Le but de l'exercice est de déclencher ces réactions, qui ne sont donc pas un effet indésirable. Les sentiments négatifs sont les bienvenus dans la salle, il est normal de les exprimer et il serait judicieux de penser à quelles méthodes utiliser pour aider les gens à aller de l'avant. Il est utile de bien connaître les participants, néanmoins, des questions et conseils supplémentaires vous sont donnés afin de vous aider à effectuer l'exercice.
- ✓ C'est une bonne chose si vous avez déjà vous-même participé à l'exercice et que vous savez comment il se déroule.
- ✓ La section de l'exercice « Quand j'étais jeune » n'a pas de « fin ». C'est pourquoi il est important que vous, en tant que facilitateur, puissiez conclure la discussion dans cette section, en encourageant la réflexion et la discussion en dehors de la session. Rappelez-vous que l'exercice se poursuit sur la « résilience » et que c'est là que de nombreuses discussions peuvent et sont conclues.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- ⚙️ Vous aurez besoin de beaucoup d'espace sur le mur pour coller les grandes feuilles que vous avez préparées à l'avance et sur lesquelles les participants pourront écrire. Assurez-vous que ces feuilles contiennent des titres comme, p. ex. « Les hommes gays sont... », « Les hommes devraient être... » avant de commencer l'exercice.
- ⚙️ Cet exercice peut avoir un impact important sur le reste de la formation, et les participants reviendront probablement sur les discussions qu'ils ont eues lors des séances suivantes. Ces discussions sont étroitement liées à d'autres exercices tels que Syndémie, Approches systémiques globales et Créer des services sans jugement.
- ⚙️ La diapositive ci-dessous intitulée « Résilience » introduit d'autres concepts tels que la stigmatisation, la discrimination, la marginalisation culturelle, la syndémie, etc., qui sont susceptibles de susciter des questions des participants au facilitateur. Il serait utile d'au moins vérifier ce que dit le glossaire à propos de ces problèmes avant de lancer l'exercice.
- ⚙️ Ne faites pas l'exercice trop rapidement si vous pensez que certains participants se sentent mal à l'aise. Pour tirer le meilleur parti de l'exercice, il est très important de traiter ces questions.
- ⚙️ Respectez le temps dont vous disposez car les discussions peuvent facilement s'éterniser. Offrez un temps de discussion suffisant, sans pour autant que chacun ne se lance dans sa propre histoire.
- ⚙️ Choisissez trois questions qui, à votre avis, conviendraient à votre groupe/vos participants. Vous trouverez certaines d'entre elles dans la section Méthode, et voyez si vous pouvez formuler des questions complémentaires en utilisant votre situation locale.
- ⚙️ Bien que deux méthodes soient données, il est toujours préférable d'utiliser la méthode la plus longue, car vous en tirerez le maximum. Utilisez la deuxième méthode si le temps est limité ou si vous utilisez l'exercice comme un rappel pour un groupe mixte, dans lequel certains participants ont déjà effectué l'exercice et d'autres le découvrent.

Méthode : (50 minutes au total)

Méthode 1 :

- 1 Le facilitateur présente l'exercice et explique que, pour mieux comprendre les problèmes liés au fait de travailler avec des hommes qui s'identifient comme gays, bisexuels ou autres HSH, nous allons réaliser un exercice intitulé « Quand j'étais jeune ».
- 2 Le facilitateur doit distribuer le formulaire qui comporte une série d'affirmations courtes à compléter (voir un exemple du formulaire ci-dessous)

 Quand j'étais jeune, on me disait que...	
• Les hommes devraient être...	
• Jamais les hommes...	
• Toujours les hommes...	
• Le sexe entre hommes était...	
• Les hommes gays sont...	
• Les hommes gays devraient...	
• Jamais les hommes gays...	
• Les relations entre hommes sont...	
• Je me suis senti(e)...	
• Ces messages provenaient principalement de...	

- 3 Le facilitateur informe les membres du groupe qu'ils ont 5 minutes pour réfléchir aux messages qu'ils avaient l'habitude de recevoir sur ces questions.
 - Pensez à ce que vous avez entendu lorsque vous aviez environ 8/10 ans. NE PENSEZ PAS à ce que vous vouliez entendre, auriez pu entendre ou pourriez entendre maintenant.
 - Complétez les formulaires d'un point de vue personnel. Laissez votre expertise professionnelle de côté pour un moment.
- 4 Les participants doivent remplir le formulaire en répondant à chaque question en 3/5 mots maximum.
 - Dites aux membres du groupe qu'il est préférable de ne pas trop réfléchir, qu'il leur suffit de répondre avec le ou les premiers mots qui leur viennent à l'esprit.
 - Si des personnes disent ne pas se souvenir ou ne pas avoir reçu de messages sur ces questions, dites-leur de passer à la question suivante. Si cela se produit, n'oubliez pas de signaler pendant la discussion que ne rien entendre au sujet des hommes gays est tout aussi grave que d'entendre des propos négatifs à leur sujet, cela signifie que leur existence est remise en question.
- 5 Ils ont 15 minutes pour réaliser cette tâche.
- 6 Pendant ce temps, le ou les facilitateurs doivent afficher les grandes feuilles préparées à l'avance sur les murs de la salle de formation. Les questions auxquelles ils répondent sont inscrites en haut de la feuille.
- 7 Une fois le temps écoulé (ou lorsque tout le monde a terminé, si c'est le cas avant le temps imparti), donnez à chaque membre du groupe un marqueur pour feuilles mobiles et demandez-leur d'écrire maintenant leurs réponses sur les feuilles correspondantes collées sur les murs.
- 8 Une fois que les membres du groupe ont terminé, demandez-leur de prendre le temps de lire toutes les feuilles.

Méthode 2 :

- 1 Suivez la méthode 1 jusqu'au point 5.
- 2 Au lieu de coller les grandes feuilles mobiles avec le titre de chaque question sur les murs, accrochez trois feuilles, sur la première, écrivez « les hommes gays... », n'écrivez rien sur la feuille du milieu, et écrivez « les hommes... » sur la dernière.
- 3 Demandez aux membres du groupe d'inscrire leurs réponses sur les grandes feuilles, là où cela leur semble pertinent.
- 4 Une fois que tout le monde a terminé, demandez-leur de prendre le temps de lire toutes les feuilles.

Ouvrir la voie aux commentaires :

-  Le facilitateur demande : « Que pensez-vous de ce que vous voyez ? »
-  Le facilitateur doit parcourir chaque feuille en pointant les similitudes entre les différentes réponses données (il est courant que l'affirmation « Jamais les hommes... » soit suivie de « pleurent » ou « montrent leurs émotions ») et en notant/associant tous les messages similaires sur toutes les feuilles.
-  De même, surlignez les points conflictuels/contradictaires de leurs messages ; par exemple : les hommes sont maîtres de leurs émotions et les hommes homosexuels sont hyper sensibles, etc.
-  Vous trouverez ci-dessous une liste de questions que vous pouvez utiliser pour faciliter la discussion :
 - Avez-vous déjà pensé à ces messages de cette manière ?
 - Est-ce que quelque chose vous surprend ?
 - Êtes-vous d'accord avec tout ce que vous lisez dans ces messages ?
 - Utilisez-vous ce genre de jugements avec les personnes avec lesquelles vous travaillez ?
 - Quelle influence pensez-vous que ces messages ont sur les HSH avec lesquels vous travaillez ?
 - Comment pensez-vous que ces messages influencent le travail que vous faites avec les HSH ?
 - Ces messages influencent-ils les autres personnes qui travaillent avec les HSH ?
-  Vous trouverez ci-dessous des questions pour vous aider à gérer les éventuels sentiments négatifs qui pourraient subsister après l'exercice. Cela dépend de la conversation qui a eu lieu dans le groupe et des questions qui sont peut-être déjà résolues.
 - Qu'est-ce qui a changé en ce qui concerne ces messages ?
 - Comment pouvons-nous/pourrions-nous combattre ces types de messages ?
 - Comment êtes-vous passé(e) à autre chose après avoir entendu ces types de messages ? Ou des messages négatifs à votre sujet si vous n'êtes pas gay, bisexuel(le) ou HSH ? (Pensez aux messages négatifs que reçoivent les femmes)
 - Comment les HSH avec lesquels vous travaillez sont-ils passés à autre chose après avoir entendu ces types de messages ?
 - Comment la société a-t-elle évolué ? Existe-t-il une meilleure reconnaissance légale des droits des personnes ayant des relations sexuelles et émotionnelles avec des personnes du même sexe ?
 - Est-ce que quelqu'un a une idée de ce qu'il faut faire avec ces messages ? (En d'autres termes, qui est partant pour déchirer ces feuilles ?)

Méthode

- 1 Maintenant, orientez la discussion sur la Résilience, en utilisant les exemples que le groupe vous a donnés.
- 2 Partagez les définitions de Résilience et de Résilience Sexuelle sur le PowerPoint, puis présentez au groupe la liste des caractéristiques qui déterminent la résilience (remettre en question les normes sociales, etc.).



Résilience

- Le terme « résilience » désigne la capacité à adopter une attitude positive lorsqu'on est confronté à de la stigmatisation et de la discrimination.
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes connaissent des taux élevés de problèmes psycho-sociaux, comme p. ex. la dépression, la toxicomanie et la victimisation, qui peuvent être en partie le résultat d'expériences négatives liées à la marginalisation culturelle et à l'homophobie.
- Les HSH font preuve d'une grande résilience face aux effets combinés de l'adversité et de la pandémie. L'utilisation de ces forces et résiliences naturelles pourrait améliorer la prévention du VIH.
- Les HSH sont engagés dans : la remise en question des normes sociales et sociétales et des comportements stigmatisants et discriminatoires ; l'activisme/militantisme autour de questions telles que le VIH/SIDA, les droits civils et le mariage pour tous ; le soutien aux personnes qu'ils connaissent personnellement, ainsi que le soutien à la communauté en général et leur engagement communautaire.

- 3 Divisez les participants en groupes de 3 à 5 personnes.
- 4 Demandez aux groupes de travailler sur deux tâches. Tout d'abord, ils doivent discuter et donner quelques exemples de la résilience montrée par les HSH autour des caractéristiques listées précédemment et en se basant sur leurs précédentes discussions sur les messages négatifs. Une fois fini, demandez aux groupes d'imaginer et de décrire une intervention qui permettrait de soutenir ou de développer davantage ces caractéristiques de résilience pour les HSH. Ils ont 15 minutes pour effectuer les deux tâches.
- 5 Une fois le temps imparti écoulé, demandez aux groupes de partager leurs idées d'intervention avec les autres groupes. Lorsqu'ils ont tous fini, mettez fin à l'exercice.

Fiche de travail du participant : Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez

Quand j'étais jeune

Quand j'étais jeune, on m'a fait comprendre que...
<ul style="list-style-type: none">• Les hommes devraient être...
<ul style="list-style-type: none">• Jamais les hommes...
<ul style="list-style-type: none">• Toujours les hommes...
<ul style="list-style-type: none">• Le sexe entre hommes était...
<ul style="list-style-type: none">• Les hommes gays sont...
<ul style="list-style-type: none">• Les hommes gays devraient...
<ul style="list-style-type: none">• Jamais les hommes gays...
<ul style="list-style-type: none">• Les relations entre hommes sont...
<ul style="list-style-type: none">• Je me suis senti(e)...
<ul style="list-style-type: none">• Ces messages provenaient principalement de...

Titre informel de l'exercice :

Comment améliorer l'accès, les services et la continuité dans les soins

Domaine/groupe d'étude :

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez :
« Compétence culturelle »



Objectif et/ou but de l'exercice :

Utiliser le modèle de « Compétence culturelle » pour explorer et examiner comment, en connaissant la communauté avec laquelle vous travaillez, il pourrait être intégré dans le travail avec et pour les gays et autres HSH afin d'améliorer la mise en relation avec les professionnels de la santé et la continuité dans les soins, ainsi que la qualité des soins, y compris le traitement du VIH/SIDA, les infections par les IST et les hépatites virales.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront discuté et examiné de quelle manière les questions et stratégies liées aux compétences culturelles aident à développer des interventions pertinentes pour les HSH et pourquoi il est important de connaître les communautés auxquelles vous fournissez des services.



Matériel nécessaire :

- Diapositives PowerPoint.
- Paperboard, bloc-notes et stylos.
- Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Décidez si vous souhaitez couvrir l'ensemble des quatre domaines d'activité :
 - La participation du patient/client/utilisateur,
 - Le parrainage entre pairs,
 - Le développement des capacités,
 - L'engagement communautaire,ou vous concentrer uniquement sur un ou deux.
- ✓ Choisissez les sujets sur lesquels vous aimeriez que les groupes se penchent, tels que la PrEP, le dépistage du VIH/des IST, la prise en charge psychologique, le travail de proximité/sensibilisation, etc. Un seul sujet, couvrant les quatre domaines, fonctionne mieux ; un maximum de deux sujets est recommandé.
- ✓ Dans les domaines que vous avez choisis, identifiez, si vous le pouvez, des exemples locaux concrets de bonnes pratiques (c.-à-d. impliquer des volontaires dans les missions de développement des capacités) et de mauvaises pratiques (c.-à-d. fournir des services de PrEP sans discuter avec les utilisateurs de PrEP de leurs désirs et de leurs besoins).



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Vous n'avez pas besoin de tout savoir pour mener l'exercice, laissez l'expérience et les connaissances des participants nourrir leurs discussions.
- 💡 Des questions incitatives sont fournies pour faciliter l'exercice. Vous pouvez également inclure des questions sur des problèmes qui vous touchent localement, par exemple : comment le travail avec des groupes minoritaires ou vulnérables, comme des groupes ethniques minoritaires, des migrants ou des HSH vivant avec le VIH, pourrait être amélioré en utilisant la sensibilisation aux cultures ?

Méthode : (60 minutes)

- 1 Commencez l'exercice en demandant au groupe ce que l'expression « compétence culturelle » signifie pour eux (ou s'ils la comprennent). Vous pouvez expliquer que c'est simplement « Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez ». Cela pourrait inclure des exemples tels que les expériences de vie des membres de la communauté, la stigmatisation et la discrimination auxquelles ils peuvent être confrontés ainsi que le langage (y compris le langage sexuel) utilisé par cette communauté.
- 2 Présentez au groupe les diapositives PowerPoint qui contiennent les informations sur les « éléments » autour de la « Compétence culturelle », à savoir : prise de conscience, attitude, connaissance et compétences. Si vous avez fait le « Quand j'étais jeune » (qui aborde les questions de sensibilisation, des comportements et des connaissances), vous pouvez revenir aux discussions abordées dans cet exercice.



La compétence culturelle comprend quatre composantes principales : la prise de conscience, l'attitude, la connaissance et les compétences.

Prise de conscience :

Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous se renferment lorsqu'il s'agit d'aborder nos croyances et valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent les limites de notre ouverture à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester alertes lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas à éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent.

- 3 Informez le groupe que nous allons maintenant utiliser ces « domaines » et nos réflexions à leur sujet comme base pour un exercice de discussion et de développement autour des quatre domaines impliqués dans le travail avec les HSH.
 - La participation du patient/client/utilisateur
 - Le parrainage entre pairs
 - Le développement des capacités
 - L'engagement communautaire
- 4 Divisez le groupe en petits groupes, un groupe par domaine de travail. Si vous leur demandez de ne discuter que d'un ou deux problèmes, il est préférable que plusieurs petits groupes discutent du même problème. Il pourrait être utile d'inciter les participants qui travaillent ensemble ou qui viennent de la même région à être dans le même groupe. Si des personnes sont des « experts » dans certains problèmes, il pourrait être utile de les mettre dans les groupes correspondant à leur domaine de compétence.
- 5 La tâche des groupes est d'examiner un ou deux domaines de travail choisis, par exemple la PrEP ou les services de dépistage du VIH ou des IST.
 - Comment « l'engagement communautaire » pourrait-il aider à fournir ou à développer des services de dépistage ?
 - Comment le « parrainage entre pairs » pourrait-il aider à une utilisation efficace de la PrEP ?
 - Comment les domaines « Prise de conscience, Attitude, Connaissances et Compétences » contribuent-ils à identifier la manière d'améliorer le service en utilisant « la participation du patient/client/utilisateur », le « parrainage entre pairs », le « développement des capacités » ou « l'engagement communautaire » ?

- 6 Demandez aux groupes de noter leurs idées sur la façon d'utiliser ces idées et compétences pour améliorer le service, en se rappelant autant des petites choses que des grandes (quelles sont les petites choses pouvant indiquer qu'un service vous accueillerait comme un utilisateur de ce service ?)
- 7 Les groupes disposent de 20 minutes pour réaliser cette tâche. Demandez aux groupes de noter leurs pensées ainsi que leurs idées pour l'initiative/intervention.

Ouvrir la voie aux commentaires :



Lorsque le temps imparti est écoulé, demandez aux groupes d'exprimer chacun leur tour leurs réflexions et leurs idées pour leur initiative/intervention.

- De quel domaine de travail ont-ils discuté et quelles sont leurs idées ?
- Travaillent-ils déjà ou fournissent-ils déjà un soutien dans le domaine de travail dont ils ont discuté ?
- Est-ce que le domaine discuté est différent de leur travail actuel ? Quels sont les changements qu'ils pourraient apporter ?
- Si les changements amélioreraient leur travail, quel appui serait nécessaire, selon eux ?
- Comment considèrent-ils leur capacité d'influencer ou d'affecter le travail qu'ils font pour inclure des éléments de « compétence culturelle » ?



Lorsque tous les groupes ont donné leur avis, demandez si quelqu'un a quelque chose à ajouter ou des idées supplémentaires, et une fois que ces dernières ont été traitées, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

Il peut être utile de faire référence à ce qui suit si les groupes ont des problèmes ou des difficultés à faire l'exercice.



La compétence culturelle dans la pratique de la santé sexuelle pourrait être définie comme suit :

- Créer un environnement sûr et sans jugement
- Prendre en compte, surmonter et modifier les obstacles pour une communication efficace (connaissance des mots couramment utilisés par les gays et autres HSH pour désigner des pratiques sexuelles, par exemple)
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : identifier les relations de manière appropriée, en reconnaissant le statut de partenariat et de mariage
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : langue utilisée et questions posées
- Documentation appropriée du dossier médical : qui voit et qui a le droit de voir ces documents ? Cela pourrait-il affecter négativement le patient/client/utilisateur ?

Support de formation en ligne

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (« Compétence culturelle »)

Comment améliorer l'accès, les services et la continuité dans les soins.

« La compétence culturelle fait référence à la capacité de surmonter avec succès les différences interculturelles afin d'atteindre des objectifs concrets.¹ »

L'objectif principal peut être :

- égoïste, comme lorsque l'on fréquente quelqu'un qui parle une autre langue ;
- socialement responsable, comme quand on essaie de créer une société plus inclusive ; ou
- collaboratif, comme quand on travaille au sein d'une équipe multiculturelle.

« La compétence culturelle comprend quatre composantes principales : la prise de conscience, l'attitude, la connaissance et les compétences.^{2,3} »

Prise de conscience :

« Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous se renferment lorsqu'il s'agit d'aborder nos croyances et nos valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent à quel point nous sommes ouverts à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester conscients lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas pour éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent.

Il ne suffit pas que le professionnel de la santé se contente de dire qu'il respecte les valeurs, les convictions et les pratiques d'un client, ou de proposer par convention une intervention culturellement spécifique que la documentation rapporte comme efficace avec un groupe particulier.

¹Billy Vaughn, 2007, High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications

²Définition de l'impact basé sur la compétence culturelle d'après Paul Pedersen (1997), « characterisation of multicultural counselling competences ». Qu'est-ce que la compétence culturelle ?

³Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]

Se focaliser sur la compétence culturelle montre non seulement pourquoi apprendre à gérer les différences peut être fructueux pour tout le monde, mais cela éloigne également l'objectif principal de l'ingénierie sociale et la place directement à l'endroit qui lui revient de plein droit, ce qui rend les personnes plus compétentes dans leurs interactions interculturelles. Dans une organisation, cela signifie trouver des moyens de combler les lacunes dans les compétences afin que les personnes puissent travailler ensemble de manière plus productive.

La compétence culturelle permet aux personnes de travailler plus efficacement dans différentes organisations. Elle leur permet de comprendre d'où proviennent leurs attitudes envers certaines personnes et certains comportements, et cela leur donne l'occasion de comprendre comment changer les attitudes qui sont problématiques.

Les individus et les organisations peuvent être culturellement compétents. Un organisme de santé culturellement compétent offre au moins certaines des caractéristiques suivantes :

- Un personnel multiculturel qui reflète la communauté avec laquelle il travaille
- Formation des professionnels sur la culture et la langue des personnes avec lesquelles ils travaillent
- Panneaux et documents pédagogiques dans la ou les langues du client et respectant ses normes culturelles
- Environnements médicaux adaptés aux particularités culturelles
- Politiques et procédures inclusives
- Équité dans la rétention et la promotion
- Utilisateurs de services impliqués et engagés

Au niveau de l'individu, la compétence culturelle offre :

- des professionnels ou des traducteurs qui parlent la langue de leurs clients, y compris la langue des signes
- des compétences interculturelles
- une capacité à passer outre les inévitables problèmes culturels
- une prise de décision inclusive
- des connaissances considérables sur les différences interculturelles
- des compétences en communication interculturelle
- des compétences en gestion de la diversité
- des croyances et des valeurs inclusives
- une prise de conscience des préjugés et des stéréotypes personnels
- l'engagement en matière de leadership.

Notez qu'au niveau de l'organisation, des pratiques telles que les politiques inclusives et la rétention sont incluses dans la compétence culturelle. La compétence culturelle réduit les inégalités en matière de promotion, de rétention, de prestation de services, de prestation des soins de santé et de risques pour la santé, tout en protégeant juridiquement les organisations.

Au-delà des soins de santé, la compétence culturelle peut entraîner une réduction du nombre de chocs culturels et de l'impact de ceux qui surviennent inévitablement.

L'augmentation des compétences culturelles favorise la création d'un lieu de travail productif et favorable offrant à la fois une protection juridique et un environnement propice à l'innovation. »

Création et maintien de services favorables aux LGBT

« Individu/Praticien

Prendre l'initiative d'examiner ses propres croyances, attitudes et comportements à l'égard des personnes LGBT, et de ses clients LGBT en particulier. Décider honnêtement de changer grâce à l'information, à la consultation, à une réflexion personnelle et en prenant des mesures.

Niveau de service direct

Créer des procédures, des outils et des habitudes au quotidien pour fournir des services de santé accueillants et respectueux pour les LGBT. Renforcer les valeurs LGBT positives dans la formation, la supervision et l'évaluation des employés.

Au niveau de l'agence

Créer des politiques et des pratiques à l'échelle de l'agence qui sont non discriminatoires et qui accueillent ouvertement les personnes LGBT.

Au niveau de la communauté

Promouvoir la tolérance LGBT dans la communauté et dénoncer l'intolérance ou la discrimination. Nouer des relations avec les groupes et les ressources LGBT en participant à leurs événements et à leurs réunions pour discuter des intérêts communs, en soutenant leurs efforts et en instaurant un partage des ressources.

Au niveau de la politique

Soutenir et plaider en faveur d'une législation positive et d'un droit de candidatures LGBT aux niveaux local, régional et national. Connaître le statut des lois locales et nationales relatives à la non-discrimination en ce qui concerne l'intégration/l'exclusion de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle, appuyer leur exécution si elles sont incluses, et soutenir leur addition si elles ne le sont pas.

La compétence culturelle dans la pratique de la santé sexuelle pourrait être définie comme suit :

- Créer un environnement sûr et sans jugement
- Considérer, combattre et surmonter les obstacles au profit d'une communication efficace
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : identifier les relations de manière appropriée, en reconnaissant le statut de partenariat et de mariage
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : langue utilisée et questions posées
- Documentation appropriée du dossier médical : qui voit et qui a le droit de voir ces documents ? Cela pourrait-il nuire au patient? »

Tiré de: **Rainbow Heights LGBT Project (United States)**

Maintenant que vous avez lu les informations sur la compétence culturelle et que vous connaissez la communauté avec laquelle vous travaillez, il serait utile que vous examiniez ces quatre domaines impliqués dans le travail avec les HSH et ce que vous pourriez suggérer ou faire pour améliorer l'engagement des gays et autres HSH dans le travail fourni par votre service en utilisant :

- la participation des patients
- le parrainage entre pairs
- le développement des capacités
- l'engagement communautaire

Pour vous aider, vous pouvez considérer ces questions :

- Comment « l'engagement communautaire » pourrait-il aider à fournir ou à développer des services de dépistage ?
- Comment le « parrainage entre pairs » pourrait-il aider à l'utilisation efficace de la PrEP ?
- Comment les domaines « Prise de conscience, Attitude, Connaissances et Compétences » contribuent-ils à identifier la manière d'améliorer le service en utilisant « la participation du patient », le « parrainage entre pairs », le « renforcement/développement des capacités » ou « l'engagement communautaire » ?
- Travaillez-vous déjà ou fournissez-vous déjà un soutien dans l'un des quatre problèmes décrits ci-dessus ?
- Est-ce ce que ce qu'ils avaient en tête est différent du travail actuel ? Quels sont les changements que vous pourriez apporter ?
- Si des changements amélioreraient le travail, quel(s) support(s) serai(en)t nécessaire(s) selon vous ?
- Comment influenceriez-vous ou affecteriez-vous le travail qu'ils font pour inclure des éléments de « compétence culturelle » ?

Titre informel de l'exercice :

Travailler dans des communautés ou des populations HSH

Domaine/groupe d'étude :

**Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez :
« Compétence culturelle »**

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Aider à obtenir de meilleurs résultats avec les communautés/populations HSH dans un éventail de problèmes, en particulier :

- orientation sexuelle (la manière dont une personne identifie par qui elle attirée sexuellement)
- genre et identité sexuelle (le sexe attribué à la naissance et le genre identifié par la personne)
- langue (tout vocabulaire spécifique, y compris le langage relatif aux actes sexuels)
- communauté (qu'est-ce qu'une communauté HSH/gay/bi et que signifie appartenir à cette communauté ?)
- pratiques sexuelles (le type de relations sexuelles pratiquées par les gays et autres HSH)
- homophobie
- santé mentale (tout problème pouvant affecter la santé mentale d'une personne du fait qu'elle est HSH)
- âge (comment l'âge d'une personne est perçu par les membres de la même communauté)
- appartenance ethnique (le groupe ethnique auquel un HSH s'identifie, et la manière dont son groupe ethnique est perçu parallèlement à sa sexualité)
- religion (vision religieuse des relations entre personnes du même sexe, sexuelles et affectives)

Résultat attendu de l'exercice :

Aider les participants à comprendre pourquoi certains sujets et problèmes sont importants pour les communautés avec lesquelles ils travaillent. Comprendre que des réponses « culturellement compétentes » à certains des principaux problèmes rencontrés par les HSH pour accéder aux services améliorent le travail effectué avec ces communautés.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Identifiez les sujets que vous jugez important à traiter, à partir de l'énumération présentée ci-dessus dans l'objectif de l'exercice et de votre situation locale.
- ✓ Lisez le module de formation en ligne de cet exercice, qui décrit en détail les approches culturellement compétentes pour travailler avec les communautés HSH, dont certaines sont reproduites dans la section « Informations supplémentaires » ci-dessous.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Il est utile d'associer la discussion « Quand j'étais jeune » avec la discussion de cet exercice.
- 💡 Il est probablement préférable de s'en tenir à un maximum de cinq sujets et de les regrouper pour faciliter les discussions.

Méthode : (80 minutes)

- 1 Présentez le sujet au groupe en définissant « Compétence culturelle » comme le fait de « Connaître les communautés avec lesquelles nous travaillons ». Il est bon de reconnaître également que nous pouvons nous-mêmes faire partie de la communauté avec laquelle nous travaillons et, bien que cela nous en donne un aperçu, personne n'a jamais tout vu et vécu.
- 2 Présentez aux membres du groupe les informations sur le modèle des quatre domaines de base de la compétence culturelle (prise de conscience, attitude, connaissance et compétences) et rappelez ou expliquez leur qu'ils travaillent ensemble afin d'apporter des décisions culturellement compétentes. Rappelez aux membres du groupe d'utiliser leur propres expériences et connaissances, éventuellement provenant de l'extérieur, et si vous avez déjà fait l'exercice « Quand j'étais jeune » avec eux, utilisez ces conversations pour éclairer les discussions.



La compétence culturelle comprend quatre composantes principales : la prise de conscience, l'attitude, la connaissance et les compétences.

Prise de conscience :

Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous se renferment lorsqu'il s'agit d'aborder nos croyances et valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent les limites de notre ouverture à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester alertes lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas à éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent.

- 3 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 personnes.
- 4 Expliquez que la tâche de chaque groupe est de travailler sur certains des sujets que nous examinons, en réfléchissant à comment ce que nous savons ou ignorons sur la culture des HSH éclaire et affecte le travail que nous faisons avec et pour eux. Un certain nombre de ces sujets ont déjà été suggérés aux groupes, mais si vous avez identifié des sujets supplémentaires qui, d'après vous, sont également importants pour le travail que vous effectuez localement, ajoutez-les à cette liste. Les sujets ont été classés en regroupements suggérés, car certains liens peuvent exister entre eux, mais il n'est pas obligatoire de les utiliser de cette façon si vous souhaitez que le groupe n'examine que certains des sujets.
Les sujets identifiés sont :
 - Orientation sexuelle
 - Genre
 - Identité sexuelle
 - Pratiques sexuelles
 - Langue
 - Communauté
 - Âge
 - Homophobie
 - Santé mentale
 - Appartenance ethnique
 - Religion

Et les regroupements suggérés de ces sujets sont :

- orientation sexuelle, genre, identité sexuelle et pratiques sexuelles ;
- langage, communauté et âge ;
- homophobie et santé mentale ;
- appartenance ethnique et religion.

Les sujets peuvent également être regroupés différemment ou utilisés individuellement, en fonction de ce que vous avez identifié comme utile à la discussion.

- 5 Discutez avec les groupes des sujets que vous aimeriez qu'ils abordent.
- 6 La première tâche des groupes est d'identifier et de lister ce qu'ils considèrent être des activités appropriées ou des problèmes liés aux sujets que vous utilisez. Un exemple approprié présenté sous le titre « Pratiques sexuelles » pourrait être « pipe/fellation » et sous le titre « Langue », l'exemple pourrait être « langage sexualisé ou genré ».
- 7 La deuxième tâche des groupes est d'examiner leur propre expérience (personnelle et professionnelle) autour de ces questions, puis de générer une liste de réponses aux questions suivantes :
 - « Que voudrais-tu expérimenter d'un service autour de ces problèmes ? »
 - « Comment voudrais-tu être traité ? »
 - « Que voudrais-tu ou qu'attendrais-tu que le service sache ? »
- 8 Informez les groupes qu'ils ont 40 minutes pour réaliser ces tâches, soit 20 minutes pour chacune d'entre elles. Veillez à aider les groupes à respecter le temps imparti.
- 9 Une fois le temps écoulé, attirez l'attention des groupes et dites-leur que vous voudriez qu'ils associent leurs idées et leurs suggestions à chaque problème, en donnant un exemple d'une pratique qu'ils considéreraient comme exemplaire pour répondre à chacun des problèmes considérés. Par exemple, concernant l'identité sexuelle, comment vous assurez-vous et vérifiez-vous que vous utilisez le bon genre/sexe pour vous adresser à la personne ? Que se passe-t-il lorsque quelqu'un pose une question sur une pratique sexuelle que vous ne pouvez pas reconnaître, comme le « felching » ? Comment pouvons-nous nous assurer que les HSH de tous âges peuvent accéder à nos services et se sentir les bienvenus ?
Dites aux groupes qu'ils ont 30 minutes pour cette tâche, soit 15 minutes par problème et demandez-leur de lister leurs suggestions.

Ouvrir la voie aux commentaires : (30 minutes)



Lorsque le temps est écoulé, demandez aux groupes de donner à tour de rôle leurs idées de « meilleures pratiques » pour répondre à leurs problèmes, en soulignant toute similitude entre les différentes approches de résolution des problèmes.

Informations supplémentaires :



La « compétence culturelle » dans la pratique de la santé sexuelle pourrait être définie comme suit :

- Créer un environnement sûr et sans jugement
- Prendre en compte, surmonter et modifier les obstacles pour une communication efficace (connaissance des mots couramment utilisés par les gays et autres HSH pour désigner des pratiques sexuelles, par exemple)
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : identifier les relations de manière appropriée, en reconnaissant le statut de partenariat et de mariage
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : langue utilisée et questions posées
- Documentation appropriée du dossier médical : qui voit et qui a le droit de voir ces documents ? Cela pourrait-il faire du tort au patient/client ?



Les autres éléments à prendre en considération pourraient inclure :

- Quels sont les termes/mots respectueux des LGBTQI+ et ceux qui les dénigrent (p. ex. utiliser LGBTQI+ au lieu d'homosexuel) et posez des questions en cas de doutes (« Quel terme préférez-vous que j'utilise ? »)
- Les informations sur les problèmes de santé mentale spécifiques aux LGBTQI+, p. ex. les orientations non-hétérosexuelles ne sont pas pathologiques. Cependant il est vrai que certaines personnes LGBTQI+ subissent dépression ou anxiété en raison de l'hétérosexisme auquel elles sont confrontées.

- Les questions d'actualité importantes pour la population LGBTQI+ qui affectent des clients, comme l'incidence du « gay bashing/dénigrement des gays », les élections politiques, les discussions sur le mariage pour tous/ l'adoption des couples du même sexe et les contenus médiatiques.
- Les mises à jour des informations cliniques sur la thérapie avec les clients LGBTQI+.
- Les discussions proactives et immédiates sur les incidents impliquant manque de respect ou discrimination, la manière de les gérer, et/ou des débriefs sur des situations difficiles qui se sont produites récemment.
- Les informations sur les services locaux et autres, et les ressources utiles pour le personnel et les clients.
- L'examen des mythes et des stéréotypes courants, de leurs effets délétères sur nous tous et comment les casser ou leur résister.
- Les informations sur le développement sexuel humain, la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle.
- Les informations sur les pressions juridiques, religieuses et sociales utilisées pour imposer l'hétérosexualité, et l'impact négatif que ces pressions ont sur tous.
- Les stratégies sur la manière de répondre aux besoins de et de contenir le comportement du personnel et des clients qui utilisent leurs préjugés discriminatoires, croyances et assumptions pour nuire physiquement, psychologiquement, socialement ou économiquement à eux-mêmes ou aux autres.

Tiré de : Rainbow Heights LGBT Project (États-Unis)

Support de formation en ligne

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (« Compétence culturelle »)

Travailler dans des communautés ou des populations HSH

« La compétence culturelle fait référence à la capacité de surmonter avec succès les différences interculturelles afin d'atteindre des objectifs concrets.¹ »

L'objectif principal peut être :

- égoïste, comme lorsque l'on fréquente quelqu'un qui parle une autre langue ;
- socialement responsable, comme quand on essaie de créer une société plus inclusive ; ou
- collaboratif, comme quand on travaille au sein d'une équipe multiculturelle.

« La compétence culturelle comprend quatre composantes principales : la prise de conscience, l'attitude, la connaissance et les compétences.^{2 3} »

Prise de conscience :

Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous se renferment lorsqu'il s'agit d'aborder nos croyances et nos valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent à quel point nous sommes ouverts à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester conscients lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas pour éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent.

Il ne suffit pas que le professionnel de la santé se contente de dire qu'il respecte les valeurs, les convictions et les pratiques d'un client, ou de proposer par convention une intervention culturellement spécifique que la documentation rapporte comme efficace avec un groupe particulier.

¹Billy Vaughn 2007 High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications

²Définition de l'impact basé sur la compétence culturelle d'après Paul Pedersen (1997), « characterisation of multicultural counselling competences ». Qu'est-ce que la compétence culturelle ?

³Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]

Se focaliser sur la compétence culturelle montre non seulement pourquoi apprendre à gérer les différences peut être fructueux pour tout le monde, mais cela éloigne également l'objectif principal de l'ingénierie sociale et la place directement à l'endroit qui lui revient de plein droit, ce qui rend les personnes plus compétentes dans leurs interactions interculturelles. Dans une organisation, cela signifie trouver des moyens de combler les lacunes dans les compétences afin que les personnes puissent travailler ensemble de manière plus productive.

La compétence culturelle permet aux personnes de travailler plus efficacement dans différentes organisations. Elle leur permet de comprendre d'où proviennent leurs attitudes envers certaines personnes et certains comportements, et cela leur donne l'occasion de comprendre comment changer les attitudes qui sont problématiques.

Les individus et les organisations peuvent être culturellement compétents. Un organisme de santé culturellement compétent offre au moins certaines des caractéristiques suivantes :

- Un personnel multiculturel qui reflète la communauté avec laquelle il travaille
- Formation des professionnels sur la culture et la langue des personnes avec lesquelles ils travaillent
- Panneaux et documents pédagogiques dans la ou les langues du client et respectant ses normes culturelles
- Environnements médicaux adaptés aux particularités culturelles
- Politiques et procédures inclusives
- Équité dans la rétention et la promotion
- Utilisateurs de services impliqués et engagés

Au niveau de l'individu, la compétence culturelle offre :

- des professionnels ou des traducteurs qui parlent la langue de leurs clients, y compris la langue des signes
- des compétences interculturelles
- une capacité à passer outre les inévitables problèmes culturels
- une prise de décision inclusive
- des connaissances considérables sur les différences interculturelles
- des compétences en communication interculturelle
- des compétences en gestion de la diversité
- des croyances et des valeurs inclusives
- une prise de conscience des préjugés et des stéréotypes personnels
- l'engagement en matière de leadership.

Notez qu'au niveau de l'organisation, des pratiques telles que les politiques inclusives et la rétention sont incluses dans la compétence culturelle. La compétence culturelle réduit les inégalités en matière de promotion, de rétention, de prestation de services, de prestation des soins de santé et de risques pour la santé, tout en protégeant juridiquement les organisations.

Au-delà des soins de santé, la compétence culturelle peut entraîner une réduction du nombre de chocs culturels et de l'impact de ceux qui surviennent inévitablement.

L'augmentation des compétences culturelles favorise la création d'un lieu de travail productif et favorable offrant à la fois une protection juridique et un environnement propice à l'innovation. »

Création et maintien de services favorables aux LGBT

« Individu/Praticien

Prendre l'initiative d'examiner ses propres croyances, attitudes et comportements à l'égard des personnes LGBT, et de ses clients LGBT en particulier. Décider honnêtement de changer grâce à l'information, à la consultation, à une réflexion personnelle et en prenant des mesures.

Niveau de service direct

Créer des procédures, des outils et des habitudes au quotidien pour fournir des services de santé accueillants et respectueux pour les LGBT. Renforcer les valeurs LGBT positives dans la formation, la supervision et l'évaluation des employés.

Au niveau de l'agence

Créer des politiques et des pratiques à l'échelle de l'agence qui sont non discriminatoires et qui accueillent ouvertement les personnes LGBT.

Au niveau de la communauté

Promouvoir la tolérance LGBT dans la communauté et dénoncer l'intolérance ou la discrimination. Nouer des relations avec les groupes et les ressources LGBT en participant à leurs événements et à leurs réunions pour discuter des intérêts communs, en soutenant leurs efforts et en instaurant un partage des ressources.

Au niveau de la politique

Soutenir et plaider en faveur d'une législation positive et d'un droit de candidatures LGBT aux niveaux local, régional et national. Connaître le statut des lois locales et nationales relatives à la non-discrimination en ce qui concerne l'intégration/l'exclusion de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle, appuyer leur exécution si elles sont incluses, et soutenir leur addition si elles ne le sont pas.

La compétence culturelle dans la pratique de la santé sexuelle pourrait être définie comme suit :

- Créer un environnement sûr et sans jugement
- Considérer, combattre et surmonter les obstacles au profit d'une communication efficace
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : identifier les relations de manière appropriée, en reconnaissant le statut de partenariat et de mariage
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : langue utilisée et questions posées
- Documentation appropriée du dossier médical : qui voit et qui a le droit de voir ces documents ? Cela pourrait-il nuire au patient ? »

Travailler avec les communautés gays et autres HSH.

« L'Orientation sexuelle

- Est distincte du comportement sexuel. Le comportement sexuel d'une personne, par exemple le célibat, l'expérimentation ou la prostitution, peut ne pas correspondre à son orientation sexuelle.
- Fait partie intégrante de l'identité profonde d'une personne. Notre société estime que l'hétérosexualité est la norme, et la considère rarement comme une orientation sexuelle. La plupart des hétérosexuels perçoivent donc leur « orientation » comme une « évidence », nécessitant peu de remise en question ou de réflexion consciente. En revanche, une grande partie de notre société considère que l'orientation lesbienne, gay et bisexuelle est anormale (voire même immorale), ce qui amène de nombreuses personnes LGB à réfléchir ou à remettre en question consciemment, et d'une manière différente de celle des hétérosexuels, cette partie naturelle de leur identité profonde.
- Refflète la complexité des facteurs qui déterminent vers qui on est attiré sexuellement et de qui on tombe amoureux. L'orientation sexuelle n'est pas choisie, mais plutôt découverte à mesure que l'on avance dans l'âge.

- N'est pas un « style de vie » (les personnes gays, lesbiennes et bisexuelles mènent des vies aussi variées que les personnes hétérosexuelles), mais une part profonde de soi. Cela peut être quelque chose dont on prend conscience progressivement ou que l'on a toujours su.
- Est différente de l'identité sexuelle.
- Est un mystère scientifique. L'orientation sexuelle est un mélange complexe de biologie, psychologie, culture et de nombreux autres facteurs. Bien qu'il y ait eu de nombreuses théories et études, nous ne savons toujours pas pourquoi ni comment une personne finit par s'identifier comme hétérosexuelle alors qu'une autre est bisexuelle ou homosexuelle.
- Est discriminante. Tout comme les hétérosexuels ne sont pas attirés par toutes les personnes de l'autre sexe, les lesbiennes et les gays ne sont pas attirés par toutes les personnes du même sexe, ni les bisexuels par toutes les personnes des « deux » sexes.
- Est variée. Certaines personnes ne s'identifient à aucune des différentes étiquettes – hétérosexuel, gay, lesbienne, bi ou queer. Elles peuvent choisir de rejeter les labels ou avoir des idées ou des termes différents. L'expérience d'une personne avec son orientation peut être différente de celle d'une autre. L'orientation sexuelle peut également évoluer et changer au cours de la vie.
- Est actuellement appelée lesbienne, gay, bisexuelle ou hétérosexuelle dans le langage commun. Le terme « homosexuel » n'est pas couramment utilisé dans les milieux favorables aux LGBT. Historiquement, le mot est entré dans l'usage courant en tant que terme psychiatrique de pathologie, lorsque « l'homosexualité » était considérée comme une maladie mentale. Par conséquent, ces connotations négatives et ce jugement ont conduit à ce qu'il soit désapprouvé/détesté par les communautés LGBT.

Identité sexuelle

- Fait référence au sentiment profond et inné d'être une femme, un homme, les deux à la fois ou aucun, et cela peut correspondre, ou non, au sexe biologique.
- Le terme « transgenre » est souvent utilisé comme un terme générique pour englober une gamme d'identités sexuelles, notamment : transsexuel, intersexué, androgyne, travesti, etc.
- Les personnes qui s'identifient comme « transgenres » sont aussi diverses que les personnes dont le sexe biologique ou attribué coïncide avec leur sentiment personnel d'identité sexuelle.

L'identité sexuelle fait référence au sentiment profond et inné d'être une femme, un homme, les deux ou aucun des deux. Pour beaucoup de gens, ce sentiment inné correspond à leur sexe biologique. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi. Le sexe biologique d'une personne peut être défini de différentes manières (chromosomes, caractéristiques hormonales, organes de la reproduction interne, organes génitaux externes et caractéristiques sexuelles secondaires), et ces dernières se confondent souvent, mais pas toujours. Lorsque le sexe biologique ou attribué ne coïncide pas avec le sentiment profond et inné de l'identité sexuelle, la personne peut s'identifier comme transgenre (ou trans).

Le terme transgenre est souvent utilisé comme un terme générique pour englober un large éventail d'identités sexuelles. Il peut inclure l'identité transsexuelle, intersexuée, androgyne, travestie, etc. Les personnes qui s'identifient comme transgenres sont aussi diverses que les personnes dont le sexe biologique ou attribué coïncide avec leur sentiment personnel d'identité sexuelle.

L'identité sexuelle se réfère au sexe que l'on s'attribue soi-même. C'est une identité personnelle. L'identité sexuelle est totalement différente de l'orientation sexuelle : c'est le concept interpersonnel du (des) sexe(s) des personnes que l'on aime ou attire. Ainsi, un individu donné peut incarner n'importe quelle combinaison d'identité sexuelle (p. ex. homme, femme, autres sexes) et d'orientation sexuelle (p. ex. gay, lesbienne, bisexuelle, hétérosexuelle, etc.). Il est par exemple faux de supposer que toutes les personnes transgenres sont homosexuelles ou bisexuelles (bien que certaines le soient) ou que les lesbiennes désirent toutes être des hommes (bien que certaines aimeraient pouvoir l'être). Les deux sont des mythes courants nés de la confusion entre les termes identité sexuelle et orientation sexuelle.

À la suite de longues années d'incompréhension et de maltraitance, de nombreuses personnes transgenres ont développé une peur ou une méfiance à l'égard des professionnels de la médecine et de la santé mentale. Par exemple, à leur insu (ou sans leur consentement), de nombreuses personnes intersexuées ont subi une chirurgie « corrective » alors qu'elles étaient encore des enfants, afin de « les intégrer » à une catégorie de sexe donnée ou à une autre. Autre exemple : les personnes transsexuelles subissent souvent des évaluations médicales et psychiatriques difficiles, et elles sont diagnostiquées comme ayant des « troubles de l'identité de genre » afin de pouvoir bénéficier de procédures hormonales et/ou chirurgicales leur permettant de modifier leur corps pour qu'il corresponde plus étroitement à leur identité sexuelle. De telles expériences tendent à entretenir la méfiance ou l'ambivalence à l'égard des professionnels de la santé.

L'identification de son propre genre et son orientation sexuelle sont des questions personnelles et complexes. Il est essentiel que les professionnels de la santé mentale apportent leur soutien et leur bienveillance à chaque personne, et qu'ils évitent de confondre orientation sexuelle et identité sexuelle. Il est également important que les professionnels de la santé évitent de faire pression (secrètement ou ouvertement) sur les personnes pour qu'elles s'identifient dans une orientation particulière. Les suppositions et les jugements de la société, de la famille et de la personne concernant l'orientation et l'identité sexuelles provoquent parfois de profonds conflits internes. Les professionnels de la santé doivent faire preuve de prudence avant de prendre parti pour l'un ou l'autre côté de ces conflits. Les personnes et la sexualité sont toujours plus nuancées et complexes que n'importe quelle étiquette.

'Queer'

Ces dernières années, le mot anglais « queer » est devenu un terme couramment utilisé par certaines personnes LGBT comme une étiquette identitaire positive. Des personnes peuvent se qualifier de « queer » ou se référer à une « communauté queer ». Il existe même des « programmes d'études queer » dispensés dans certaines universités. Dans le même temps, il est également utilisé comme une insulte violente par les personnes qui sont hostiles aux personnes LGBT.

En général, la réappropriation du mot « queer » est utilisée :

- Comme un terme générique flexible utilisé par certaines personnes pour englober un large éventail d'identités qui, autrement, seraient du ressort des LGBT, transgenres et « hétérosexuels non conventionnels ».
- Comme un terme encore plus englobant que n'importe lequel des autres termes d'identité sexuelle
- Pour se réapproprier délibérément un mot blessant
- Le plus souvent par des personnes jeunes, qui ont du mal à se retrouver dans les catégories plus étroitement délimitées des gays/bisexuels/hétérosexuels (ou hommes/femmes/personnes intersexuées).
- Certaines personnes LGBT plus âgées ne supportent pas l'utilisation de ce mot parce qu'elles l'associent étroitement avec les expériences haineuses qu'elles ont vécues.

Queer est aussi un mot « d'initié » qui peut être utilisé positivement par les personnes queers entre elles. Son utilisation par une personne extérieure à la communauté LGBT est souvent vécue comme une hostilité. C'est pourquoi les professionnels de la santé mentale et autres professionnels de la santé feraient bien de ne pas utiliser le mot « queer », à moins qu'une personne ou un groupe ne le préfère clairement, même utilisé par une personne extérieure.

De la même manière, d'autres mots souvent insultants, tels que « gouine », « tapette » ou « travelo », sont parfois utilisés « en interne » de manière taquine ou ironiquement affectueuse par les personnes LGBT. Cela ne veut pas dire qu'il est acceptable pour les personnes non-LGBT d'employer banalement ce langage.

Inversement, les mots à consonance clinique tels que minorité homosexuelle et sexuelle peuvent être ressentis comme étant froids ou marginalisant par les personnes LGBT.

Renseignez-vous sur les mots qui mettent les personnes à l'aise et qu'ils aimeraient vous entendre utiliser.

Formation du personnel sur la compétence culturelle et le travail avec les communautés gays et des autres HSH

La formation du personnel est indispensable/essentielle pour parvenir à un changement systémique. Les formations, les séminaires, les flyers, les briefings et les perfectionnements pourraient inclure :

- Les termes/mots qui respectent les LGBT et ceux qui ne le font pas (p. ex. utiliser LGBT au lieu d'homosexuel) et poser des questions en cas de doutes (« Quel terme préférez-vous que je l'utilise ? »)
- Les informations sur les problèmes de santé mentale spécifiques aux LGBTQI+, p. ex. les orientations non-hétérosexuelles ne sont pas pathologiques. Cependant il est vrai que certaines personnes LGBTQI+ subissent dépression ou anxiété en raison de l'hétérosexisme auquel elles sont confrontées.
- Les questions d'actualité importantes pour la population LGBTQI+ qui affectent des clients, comme l'incidence du « gay bashing/dénigrement des gays », les élections politiques, les discussions sur le mariage pour tous/ l'adoption des couples du même sexe et les contenus médiatiques.
- Les mises à jour des informations cliniques sur la thérapie avec les clients LGBTQI+.
- Les discussions proactives et immédiates sur les incidents impliquant manque de respect ou discrimination, la manière de les gérer, et/ou des débriefs sur des situations difficiles qui se sont produites récemment.
- Les informations sur les services locaux et autres, et les ressources utiles pour le personnel et les clients.
- L'examen des mythes et des stéréotypes courants, de leurs effets délétères sur nous tous et comment les casser ou leur résister.
- Les informations sur le développement sexuel humain, la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle.
- Les informations sur les pressions juridiques, religieuses et sociales utilisées pour imposer l'hétérosexualité, et l'impact négatif que ces pressions ont sur tous.
- Les stratégies sur la manière de répondre aux besoins de et de contenir le comportement du personnel et des clients qui utilisent leurs préjugés discriminatoires, croyances et assomptions pour nuire physiquement, psychologiquement, socialement ou économiquement à eux-mêmes ou aux autres.

Il est également important d'intégrer la sensibilisation aux personnes LGBT dans tous les programmes d'éducation et de formation. Par exemple, les programmes, peu importe le sujet dont ils traitent, ne devraient pas supposer que tout le personnel ou tous les clients sont hétérosexuels. Leurs exemples devraient inclure de temps en temps des personnes LGBT de diverses origines, et les études de cas et les illustrations devraient reconnaître les relations des personnes de même sexe.

Résolution des problèmes

BDu fait de l'existence de préjugés LGBT dans les organisations, la résolution des problèmes doit être explorée. Les pratiques quotidiennes qui offrent une meilleure connaissance des personnes LGBT et de leurs problèmes résultent en un processus efficace menant à des solutions constructives. Avoir des politiques et des procédures en place avant qu'un incident ne se produise simplifie la résolution des problèmes et la rend plus efficace.

- La résolution respectueuse des problèmes engendre de la bienveillance. La plupart des personnes LGBT savent qu'il est impossible d'éviter complètement l'ignorance et les préjugés, mais elles examinent de près la manière dont ces incidents sont gérés.
- Les membres du personnel, quel que soit leur rôle, utilisent les mêmes outils de gestion pour intervenir en cas de comportements hostiles envers les clients ou les membres du personnel LGBT, comme ils le feraient avec tout autre client ou membre du personnel. Par exemple : « Nous avons une règle qui interdit les propos irrespectueux. Ce commentaire était irrespectueux envers les personnes gays/LGBT, donc il n'est pas acceptable ici. »
- Les propos ou comportements anti-LGBT des autres clients sont souvent un problème pour les personnes LGBT qui fréquentent les services où elles sont amenées à côtoyer ces clients, p. ex. dans les salles d'attente, les groupes, les programmes résidentiels, d'hospitalisation et de soins de jour.

- Les politiques doivent s'appliquer de manière équitable aux clients/utilisateurs/membres du personnel lesbiens, gays, bisexuels, transsexuels et hétérosexuels, comme par exemple les règles relatives aux relations, aux visiteurs et aux démonstrations d'affection.

Écarts courants dans le comportement du personnel

Il est courant que les membres du personnel occupant différents rôles :

- Ne soient pas préparés ou capables d'avoir des discussions profondes avec les clients sur des sujets liés au genre ou à la sexualité.
- Intègrent et appliquent par erreur des stéréotypes et des préjugés dans leur travail.
- Ignorent la grande diversité des personnes LGBT en ce qui concerne le genre/sexe, la race, la culture, la classe, les handicaps, etc., et que tous ces éléments interagissent avec l'orientation sexuelle et les identités sexuelles.
- Confondent orientation sexuelle et identité sexuelle.
- Supposent/croient que l'identité LGBT d'une personne est un symptôme d'une maladie mentale, une maladie mentale tout court ou un indicateur d'un développement médiocre.
- Supposent que l'orientation/identité sexuelle est un problème fondamental pour les clients LGBT, sans jamais penser la même chose pour les clients hétérosexuels.
- Croient que le fait d'être gay, lesbienne ou bisexuel(le) n'est pas une fin en soi et qu'un client qui ressent le besoin d'en parler utilise cette excuse pour dissimuler ses « vrais » problèmes.
- Limitent l'exploration et la découverte de soi des clients, les cliniciens se basant sur leurs propres conclusions sur ce que l'orientation sexuelle du client « est réellement » ou « devrait être » et qui transmettent ce point de vue au client.
- Acceptent les préjugés et la désinformation, amenant les cliniciens à préconiser des interventions conçues pour changer l'identité des clients LGBT, p. ex. les thérapies de conversion ou « réparatrices » qui ont été discréditées par les plus grandes associations professionnelles de psychiatres.
- Ont une conception étroite de ce qu'une personne LGBT « devrait être » et font clairement pression sur les clients pour qu'ils s'y conforment. Il y a autant de façons d'être LGB que de façons d'être hétérosexuel.
- Utilisent des modèles hétérosexuels comme normes pour un fonctionnement personnel et relationnel sain, en percevant ainsi les personnes et les relations LGB comme étant de facto moins saines lorsqu'elles sont différentes.
- Font des suppositions injustifiées sur les valeurs ou le mode de vie d'une personne en se basant sur des mythes ou des stéréotypes sur les personnes LGBT.
- Utilisent des clichés positifs sur les personnes LGBT par peur d'être qualifiés d'homophobes ou en raison de visions idéalisées, ce qui peut inciter les clients à cacher leur stress ou leur pathologie et les thérapeutes/membres du personnel à ignorer les problèmes des clients.
- Se renseignent sur la vie sexuelle et l'histoire des clients de manière voyeuriste, comme des sujets érotiques ou exotiques d'éducation ou d'excitation pour eux-mêmes, plutôt que comme des sujets importants pour les clients.

Développer des relations professionnel-client favorables aux LGBT

Les professionnels voudront peut-être savoir :

- Que cette pratique culturellement compétente (y compris favorable aux LGBT) est un processus continu, ce n'est pas quelque chose qui s'achève une fois atteint.
- Quant aux préjugés courants, beaucoup découlent d'hypothèses historiques et fausses au sein des professionnels de la santé mentale, des autres professionnels de la santé et de la société en général.
- Que les membres du personnel favorables aux LGBT n'ont pas besoin d'être eux-mêmes LGBT pour être bien informés et éviter l'hétérosexisme.

- Que notre société est hétérosexiste et hétéronormative.
- Que les personnes, la sexualité humaine et les identités sont beaucoup plus complexes que toutes les étiquettes que nous utilisons.
- Que même parmi le personnel et les clients ayant des identités similaires, il peut exister des malentendus et des frictions au sujet des LGBT et d'autres problèmes, qui peuvent au final alimenter des débats constructifs.
- Qu'un agent de santé identifié comme LGBT ou favorables aux LGBT peut ne pas toujours être un bon choix pour un client LGBT.
- Que les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé qui sont LGBT peuvent s'appuyer sur cette communauté pour travailler avec les clients LGBT, mais aussi faire face à des défis tels que des attentes plus élevées, des opinions ou des identités conflictuelles, une entente supposée et des préjugés communs et mutuels existant dans certaines communautés LGBT.
- Que, en raison de la petite taille de nombreuses communautés LGBT, un professionnel LGBT et un client LGBT peuvent avoir des cercles sociaux ou culturels qui se chevauchent et peuvent au final en savoir plus l'un sur l'autre que ne le permettrait une interaction entre personnes d'identités différentes ou dans laquelle les deux sont hétérosexuelles.
- Que certains professionnels de la santé (et certains consommateurs) ont tendance à considérer les identités LGBT comme tourmentées ou tragiques en raison des difficultés quotidiennes rencontrées par les personnes LGBT, en ignorant ou en négligeant ainsi les aspects positifs de ces identités.

Les professionnels voudront peut-être savoir que de nombreuses personnes apportent les éléments suivants à leurs interactions :

- Les effets de leurs interactions avec d'autres professionnels de la santé.
- Une « hypervigilance » due à des mécanismes d'autoprotection perfectionnés, ceci afin de lire les signes subtils qui accompagnent les réactions des personnes face aux orientations ou aux identités sexuelles d'autres personnes. Ces compétences aident les gens à éviter ou à se préparer à des interactions embarrassantes ou dangereuses.
- Une méfiance jusqu'à ce qu'ils sentent que le clinicien est favorable aux LGBT et est également capable de travailler avec eux dans d'autres domaines (problèmes importants, culture, classe, etc.)
- Réticence à informer un professionnel de santé de son appartenance à la communauté LGBT afin d'éviter un possible rejet ou de l'intolérance, même si leur identité ne leur pose aucun problème.
- Une détresse suscitée par le désaccord que leur identité crée chez les membres de leur famille qui ne sont pas favorables aux LGBT, en particulier s'ils comptent sur le soutien de leur famille, s'ils sont issus d'un contexte culturel ou personnel qui met l'accent sur l'harmonie familiale, l'honneur ou la loyauté filiale et la peur, ou s'ils ont déjà vécu un conflit familial autour d'autres « problèmes ».
- Un sentiment d'isolement et d'absence d'une communauté ou de réseau accueillant, spécialement s'ils sont bisexuels, transgenres, personnes de couleur, ou s'ils ont d'autres « différences » stigmatisées ou s'ils n'habitent pas à proximité d'un grand centre urbain.
- Un conflit ou une détresse au sujet de leur orientation sexuelle en raison de la désinformation, de leurs valeurs culturelles ou religieuses ou de messages négatifs intériorisés.
- Un besoin de travailler activement pour développer une identité positive. Les hétérosexuels ne sont généralement pas obligés de s'engager aussi consciemment dans le développement de leur identité, car ils rencontrent rarement des difficultés.
- Des préoccupations concernant les facteurs de stress résultant des préjugés LGBT, p. ex. les mauvais traitements, la perte d'un emploi, etc.
- Un besoin de lutter contre la toxicomanie liée ou non à l'isolement social, au stress ou à des conflits personnels liés au fait d'être LGBT.

- Des pressions et des bonheurs propres aux relations entre personnes du même sexe, en plus de toutes celles qui sont communes à toutes les relations. Les pressions incluent le manque de reconnaissance sociale et de modèles relationnels, la pathologisation des relations et la discrimination. Les bonheurs incluent des degrés profonds d'amitié et de flexibilité, des rôles égalitaires, des modèles relationnels créatifs, une intimité profonde et une communication sexuelle.

Stratégies suggérées pour stimuler le changement au niveau individuel et institutionnel.

Personnel/individuel

- Clarifiez vos propres valeurs, priorités et intentions. La passion est puissante.
- Concentrez-vous sur le fait que ce que vous recherchez c'est un monde plus humain. Vous avez le droit d'essayer de faire bouger les choses.
- Recherchez et profitez des petites opportunités quotidiennes pour faire changer les choses. Elles s'accumulent vite et ne sont pas très risquées.
- Acceptez ce qui se passe actuellement et voyez dans quels domaines vous pouvez ou non faire avancer les choses. Canailisez votre énergie : « Que puis-je faire dans cette situation ? Que puis-je faire pour me rapprocher de cet objectif lointain ? »
- Ne reculez pas devant l'échec, examinez vos erreurs et voyez ce que vous pouvez en tirer. Ayez de la bienveillance envers vous-même et envers ceux qui ont essayé avec vous.
- Assumez le fait d'être personnellement offensé(e) par une injustice lorsqu'elle se produit devant vos yeux, même si vous ne faites pas partie du groupe victime des maltraitances.
- Si vous devez faire face à des réactions négatives ou de l'hostilité, prenez conscience de vos sentiments et acceptez-les plutôt que de les nier. Essayez de ne pas riposter, mais canailisez plutôt votre colère ou souffrance pour la transformer en actions constructives.
- Identifiez et utilisez consciencieusement les sources de pouvoir et les privilèges dont vous disposez.
- Ne vous prenez pas trop la tête : prenez conscience de vos propres limites et de celles des situations.
- Soyez prêt(e) à sortir de votre zone de confort au nom du changement.
- Ne présumez pas le pire, car il arrive rarement. Raisonnez-vous, toutes les situations ne sont pas catastrophiques, et restez vigilant(e) face aux risques réels.
- Demandez-vous « Quelles sont les conséquences du refus d'agir ? » Pour vous-même, pour votre conscience et pour les autres ?
- Exprimez votre acceptation pour accroître l'acceptation.
- Faites ce dont vous avez envie pour vous renforcer et vous encourager.

Interpersonnel

- Trouvez des personnes partageant les mêmes idées que vous et travaillez ensemble pour aider et soutenir les efforts de chacun.
- Traitez les problèmes instantanément plutôt que d'attendre qu'ils s'aggravent ou explosent.
- Poussez les personnes à assumer leurs responsabilités lorsqu'elles disent ou font des choses irrespectueuses ou injustes, mais faites-le avec bienveillance.
- Restez ouvert(e) aux nouvelles idées, stratégies et à la créativité. Analysez le problème sous différents angles, tentez différentes approches pour atteindre votre objectif.
- Parlez à une personne non impliquée dans la situation sur laquelle vous travaillez afin d'avoir une nouvelle perspective.
- Ressources Marshall : regroupez les informations, les alliés et les ressources dont vous avez besoin.
- Utilisez un exemple spécifique (ou l'histoire d'une personne) pour montrer aux autres l'impact du problème et l'importance des changements que vous suggérez ou pour lesquels vous travaillez.
- Anticipez la manière dont vous allez donner votre avis ou interrompre un incident négatif.

- Lorsque vous opérez un changement qui comporte de réels risques, parlez-en préalablement à d'autres personnes, en particulier à celles qui peuvent être impliquées ou finiront par l'être.

Organisationnel

- Liez les modifications souhaitées à la Déclaration de mission et Politiques de votre organisation.
- Développez la participation et le soutien des superviseurs/gestionnaires et du Conseil d'administration pour effectuer les changements à l'échelle de l'organisation.
- Examinez les problèmes possibles et établissez des plans d'action/de résolution avant la survenue réelle de ces problèmes. Examinez les politiques et procédures permanentes pour détecter les lacunes éventuelles.
- Lorsqu'un incident négatif se produit, gérez l'urgence en cours et utilisez-la comme une occasion de réfléchir ultérieurement à la manière dont elle a pu se produire, comment éviter qu'elle ne se reproduise et au fait de savoir si la réaction d'urgence était optimale.
- Examinez ce qui a fonctionné ou non dans le passé lorsque des efforts de changement similaires ont été déployés, et analysez comment ces leçons peuvent s'appliquer à votre situation actuelle, ou ne pas être pertinentes.
- Essayez d'institutionnaliser tout changement pour lequel vous travaillez, faites-le apparaître dans les politiques et procédures habituelles de votre organisation afin que cela devienne « la norme ».
- Fournissez aux membres du personnel les informations, la formation, le coaching et la supervision qui favorisent les compétences que vous souhaitez développer au sein de votre groupe/agence.
- Parlez aux autres services/organismes semblables aux vôtres pour connaître leurs efforts dans ce domaine. Cela vous donne un contexte et des comparaisons, et cela peut également montrer aux sceptiques que vous n'êtes pas la seule personne ou le seul organisme qui se soucie des questions LGBT. Cela peut également générer de nouvelles idées, de nouveaux réseaux et de nouvelles ressources.
- Demandez aux clients et au personnel de vous faire part de leurs commentaires sur les changements opérés.
- Rejoignez des groupes d'entraide et militants chaque fois que vous le pouvez afin de partager les ressources, le travail et les bons moments.

Création et maintien de services favorables aux LGBT

Individu/Praticien

Prendre l'initiative d'examiner ses propres croyances, attitudes et comportements à l'égard des personnes LGBT, et de ses clients LGBT en particulier. Décider honnêtement de changer grâce à l'information, à la consultation, à une réflexion personnelle et en prenant des mesures.

Niveau de service direct

Créer des procédures, des outils et des habitudes au quotidien pour fournir des services de santé accueillants et respectueux pour les LGBT. Renforcer les valeurs LGBT positives dans la formation, la supervision et l'évaluation des employés.

Au niveau de l'agence

Créer des politiques et des pratiques à l'échelle de l'agence qui sont non discriminatoires et qui accueillent ouvertement les personnes LGBT.

Au niveau de la communauté

Promouvoir la tolérance LGBT dans la communauté et dénoncer l'intolérance ou la discrimination. Nouer des relations avec les groupes et les ressources LGBT en participant à leurs événements et à leurs réunions pour discuter des intérêts communs, en soutenant leurs efforts et en instaurant un partage des ressources.

Au niveau de la politique

Soutenir et plaider en faveur d'une législation positive et d'un droit de candidatures LGBT aux niveaux local, régional et national. Connaître le statut des lois locales et nationales relatives à la non-discrimination en ce qui concerne l'intégration/l'exclusion de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle, appuyer leur exécution si elles sont incluses, et soutenir leur addition si elles ne le sont pas.

La compétence culturelle dans la pratique de la santé sexuelle pourrait être définie comme suit :

- Créer un environnement sûr et sans jugement
- Considérer, combattre et surmonter les obstacles au profit d'une communication efficace
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : identifier les relations de manière appropriée, en reconnaissant le statut de partenariat et de mariage
- Prendre en compte les antécédents historiques et culturels : langue utilisée et questions posées
- Documentation appropriée du dossier médical : qui voit et qui a le droit de voir ces documents ? Cela pourrait-il nuire au patient ? »

Tiré de : **Rainbow Heights LGBT Project (États-Unis)**

Maintenant que vous avez parcouru toutes ces informations, pensez aux changements que vous ou votre service pourriez apporter afin d'être plus efficaces dans l'inclusion des gays et autres HSH dans les questions suivantes:

- L'orientation sexuelle (comment l'identifient-ils ?)
- Le genre/sexe et l'identité sexuelle (comment s'identifient-ils ?)
- Les pratiques sexuelles (quelles activités sexuelles les gays et autres HSH pratiquent-ils ?)
- Le langage/vocabulaire (quels mots, en particulier autour des pratiques sexuelles et que vous ne connaissez peut-être pas, utilisent-ils ?)
- La communauté (y a-t-il une « communauté » ? Vos utilisateurs en font-ils partie ?)
- L'âge (éprouvent-ils le sentiment d'être « trop vieux » pour être attirants ?)
- L'homophobie (comment sont-ils traités au quotidien ? Que disent les médias au sujet des personnes LGBT/HSH ?)
- La santé mentale (comment les problèmes auxquels ils sont confrontés affectent-ils leur santé mentale ?)
- L'appartenance ethnique (appartiennent-ils à un groupe minoritaire dans votre région ? Comment cela affecte-t-il leur situation économique et leur accès aux soins de santé ? Comment sont-ils perçus par leur communauté en tant que « homme gay » ou HSH ?)
- La religion (la religion est-elle importante pour eux ? Quelle est leur relation avec la communauté religieuse à laquelle ils appartiennent et comment les affecte-t-elle en tant que HSH ?)

Pensez aux conversations que vous avez déjà eues, aux gays et autres HSH que vous avez vus et avec lesquels vous avez travaillé, et voyez si vous pouvez identifier les changements dont vous ou votre service pourraient faire bénéficier les HSH susceptibles d'être victimes de stigmatisation et discrimination.

2.1.3 Combattre la stigmatisation et la discrimination

Titre informel de l'exercice :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination



Objectif et/ou but de l'exercice :

Être capable de répondre aux besoins spécifiques des groupes minoritaires de HSH. Les sous-groupes déjà identifiés comme étant importants à observer comprennent en particulier :

- les jeunes HSH
- les migrants HSH
- les HSH identifiés comme non gays/bisexuels
- les HSH appartenant à des groupes ethniques ou culturels minoritaires
- les HSH transsexuels
- les HSH vivant avec le VIH
- les HSH qui sont des travailleurs sexuels
- les HSH toxicomanes (en particulier ChemSex) et alcooliques
- les HSH en milieu carcéral

Cet exercice permet aux participants d'explorer et d'examiner les besoins en matière de santé sexuelle des groupes HSH vulnérables.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront examiné les sujets rencontrés par les groupes HSH vulnérables, et ils auront discuté et développé des initiatives qui pourraient atténuer les impacts négatifs des problèmes identifiés.



Matériel nécessaire :

- Diapositives PowerPoint.
- Feuilles ASTOR - une pour chaque groupe de participants.
- Paperboard, bloc-notes et stylos.
- Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Choisissez les groupes de HSH sur lesquels vous souhaitez vous concentrer, à partir de la liste présentée dans l'objectif de l'exercice. Vous trouverez peut-être utile d'identifier des informations sur les groupes vulnérables au niveau national ou local pour vous aider à faire l'exercice.
- ✓ Si vous pensez que cela pourrait vous aider, lisez certaines des données de l'ECDC sur les groupes HSH vulnérables. Les liens sont disponibles dans le module de formation en ligne.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Ne soyez pas trop ambitieux et ne choisissez pas un trop grand nombre de groupes à discuter par les participants. Utilisez les informations fournies par l'évaluation des besoins et les regroupements identifiés par les premières discussions de l'exercice.
- 💡 Si vous avez l'intention de discuter du sous-groupe « HSH vivant avec le VIH », envisagez également de proposer l'exercice intitulé « Sensibilisation aux facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité » lors de votre session de formation.
- 💡 Il serait utile de vous familiariser à nouveau avec les données sur les HSH des enquêtes EMIS de 2010 et 2017.

Méthode : (60 minutes)

- 1 Présentez le sujet aux membres du groupe et demandez-leur
 - « De quoi parle-t-on quand on parle de groupes HSH vulnérables ? »
 - « Pouvez-vous identifier des groupes HSH que vous considérez comme vulnérables ? »
- 2 Notez les sous-groupes identifiés sur le tableau à feuilles.
- 3 Dites au groupe que nous allons maintenant examiner certains de ces groupes de HSH et réfléchir à ce que pourraient être leurs besoins en matière de santé sexuelle. Sur le tableau, écrivez les groupes que les participants viennent d'identifier et qui sont associés à la liste que vous avez choisie, en ajoutant tous les groupes manquants. Vous aurez donc la liste complète des sujets sur lesquels vous souhaitez qu'ils échangent. Vous devrez identifier au moins trois groupes de discussion pour qu'une grande variété de conversations puissent avoir lieu.
- 4 Les sous-groupes déjà identifiés comme utiles à la discussion comprennent en particulier :
 - les jeunes HSH
 - les migrants HSH
 - les HSH identifiés comme non gays/bisexuels
 - les HSH appartenant à des groupes ethniques ou culturels minoritaires
 - les HSH transsexuels
 - les HSH vivant avec le VIH
 - les HSH qui sont des travailleurs sexuels
 - Les HSH toxicomanes (en particulier ChemSex) et alcooliques
 - les HSH en milieu carcéral
- 5 Répartissez les participants en petits groupes de trois à cinq personnes.
- 6 La tâche de chaque groupe est de se concentrer sur les groupes vulnérables qu'ils ont choisis ou qui leur ont été attribués, d'identifier et de discuter des problèmes probables/possibles liés à la santé sexuelle auxquels le groupe est confronté. Voici quelques questions utiles à poser :
 - Quels sont ces problèmes et pourquoi pourraient-ils les affecter ?
 - Comment sont-ils affectés – quel effet ces problèmes ont-ils sur eux ?
 - Quelle serait la différence pour ces sous-groupes s'ils vivaient avec le VIH ou affrontaient un autre problème, comme la surdité ou l'utilisation d'un fauteuil roulant ? Quelles sont ces différences ?
- 7 Dites aux groupes qu'ils ont 30 minutes pour réaliser cette tâche et demandez-leur de noter le résultat de leurs discussions sous forme de liste sur une feuille de paperboard pour chacun des groupes dont ils ont discuté.
- 8 Une fois les 30 minutes écoulées, demandez aux groupes de coller leurs feuilles sur le mur de la salle et de présenter aux autres groupes la liste des problèmes rencontrés par les sous-groupes de HSH sur lesquels ils se sont concentrés. Donnez à chaque groupe environ 5 minutes pour le faire.
- 9 Maintenant que les groupes ont une liste des problèmes rencontrés par les sous-groupes HSH, dites-leur que leur tâche est de développer des interventions dans le domaine de la santé sexuelle pour un groupe sur lequel ils ont travaillé. Cela pourrait être de travailler directement avec ce groupe. Cela pourrait aussi être de travailler dans un endroit qu'ils utilisent ou occupent.
- 10 Ils doivent développer leur intervention en utilisant une feuille ASTOR. Présentez au groupe les différentes diapositives PowerPoint qui expliquent ce qu'est un ASTOR, puis donnez à chaque groupe son propre ASTOR.



Un ASTOR est un outil simple et utile pour l'élaboration de projets. Il aide à identifier certains des éléments clés dont vous avez besoin pour une intervention. Il se décompose comme suit :

BUT : Qu'essayez-vous de faire ?

LIEU : Où allez-vous faire ce que vous essayez de faire ?

CIBLE : À qui s'adresse l'intervention ?

OBJECTIFS : Quelles sont les étapes nécessaires pour atteindre le BUT ?

RESSOURCES : De quoi avez-vous besoin pour que l'intervention ait lieu ?

Par exemple : de l'argent, des heures de personnel, des espaces de bureau, d'autres ressources ?

- 11** Dites aux groupes que pendant qu'ils décident de quoi ils souhaitent discuter, il est préférable de travailler sur une autre feuille de paperboard, puis de réécrire sur la feuille ASTOR. Dites-leur qu'ils ont 30 minutes pour faire cette tâche.

Ouvrir la voie aux commentaires :

-  Le facilitateur demande à chaque groupe de commenter à tour de rôle le sous-groupe sur lequel il s'est concentré.
-  Demandez aux groupes de commenter leur ASTOR, de décrire leur intervention et de donner leurs réflexions supplémentaires sur le fonctionnement éventuel de l'intervention. C'est le résultat escompté. Que faire ?
-  Lorsque tous les groupes ont fini de commenter, interrogez le groupe au complet sur l'expérience de développement de ces interventions :
 - Comment était-ce ?
 - Comment leur intervention affecte-t-elle les besoins en matière de santé sexuelle du sous-groupe sur lequel ils ont travaillé ?
 - D'après eux, la discussion a-t-elle permis d'identifier les compétences et l'approche utilisées pour développer l'initiative ? Sont-elles faciles à utiliser dans les groupes sur lesquels ils ont tous travaillé ?
 - L'expérience de développer une intervention pour le sous-groupe sur lequel ils ont travaillé leur a-t-elle donné des idées ou des réflexions sur des interventions pour les autres sous-groupes de HSH ?
-  Si des personnes sont intéressées, dirigez le groupe vers le module de formation en ligne pour plus d'informations sur les sous-groupes HSH vulnérables et les liens vers les données pertinentes. Mettez fin à l'exercice.

Fiche de travail du participant : Combattre la stigmatisation - Groupes de HSH vulnérables

ASTOR

<p>But : que cherches-tu à faire ?</p>	
<p>Lieu : où le fais-tu ?</p>	
<p>Cible : à qui s'adresse l'intervention ?</p>	
<p>Objectifs : quelles sont les étapes nécessaires pour atteindre le but ?</p>	
<p>Ressources : De quoi as-tu besoin pour que l'intervention ait lieu ? Par exemple : de l'argent, des heures de personnel, des espaces de bureau</p>	

Titre informel de l'exercice :

Sensibiliser sur les facteurs de stigmatisation liés au VIH/SIDA et à la sexualité.

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Acquérir des connaissances sur les facteurs et l'impact de la stigmatisation autour du VIH/SIDA, des IST ou de la sexualité dans le domaine de la santé sexuelle. Cet exercice permet aux participants d'explorer et d'examiner les facteurs de stigmatisation liés à l'orientation sexuelle et au VIH/SIDA.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront réfléchi et pris davantage conscience des facteurs de stigmatisation liés à la fois à la sexualité et au VIH/SIDA, autant au sein de la population HSH que dans la société en général. Cet exercice permet aux participants d'examiner les étapes nécessaires pour fournir des services appropriés et acceptables aux gays et autres HSH.



Matériel nécessaire :

- ✎ Feuille imprimée « Problèmes » Il est préférable d'utiliser des feuilles de format A3, mais vous pouvez reproduire les feuilles sur paperboard.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants



Préparation du facilitateur :

- ✓ Pensez aux trois domaines :
 - manque de connaissances,
 - manque de visibilité et
 - normes sociales

et comment ils pourraient affecter la stigmatisation et la discrimination autour du VIH/SIDA et de la sexualité. Par exemple, avec le manque de visibilité, si vous ne voyez jamais de personnes « gays » à la télévision ou dans des films, il est plus facile de penser qu'elles n'existent pas.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Pensez aux déclarations stigmatisantes que vous avez entendues ou peut-être même dites pour contourner le problème, afin de faciliter le travail du groupe. Encouragez-les à réfléchir aux choses qu'ils ont entendues lorsqu'ils font l'exercice.

Méthode : (45 minutes)

- 1 Présentez aux membres du groupe le sujet et demandez-leur de former des groupes de deux ou trois personnes et d'examiner la question suivante :
 - « Comment le VIH, la séropositivité ou le fait d'être un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont-ils stigmatisés ? »
- 2 Si vous pensez que cela pourrait être utile, notez certaines des réponses données sur le tableau à feuilles. Prenez environ 5 minutes ce brainstorming..
- 3 Une fois le brainstorming terminé, répartissez les participants en 3 groupes. S'il y a trop de participants pour les diviser en 3 groupes seulement, créez 6 groupes et chaque « facteur de stigmatisation » sera étudié par 2 groupes.
- 4 Chaque groupe examinera l'un des trois facteurs de stigmatisation qui nous préoccupent :
 - Manque de connaissances
 - Manque de visibilité
 - Normes sociales liées au sexe, à la sexualité et à l'identité sexuelle
- 5 Les groupes doivent examiner et noter leurs réflexions sur ces facteurs de stigmatisation. Voici quelques questions utiles que vous pouvez poser :
 - Qu'entendons-nous par « manque de connaissances » ? Quelles sont les lacunes dans les connaissances ? Et comment se traduisent-elles dans la stigmatisation du VIH, de la sexualité et de l'identité sexuelle ?
 - Qu'entendons-nous par « manque de visibilité » autour du VIH, de la sexualité et de l'identité sexuelle ? Et en quoi cela pourrait-il affecter la stigmatisation et la discrimination à leur égard ?
 - Que sont les « normes sociales » ? Et comment ces « normes » autour du sexe, de la sexualité et de l'identité sexuelle sont-elles reflétées dans l'expérience de la stigmatisation des HSH ?
- 6 Si les groupes en ont besoin, vous pouvez leur proposer des exemples de facteurs de stigmatisation :

Pour le VIH :

 - la peur d'être infecté ;
 - la peur de mourir ;
 - les tabous sexuels concernant le sexe anal ;
 - le fait d'être identifié comme gay/sale/infecté ;
 - le fait de « mal représenter » la communauté LGBTQI+ car positif au VIH ;
 - le fait d'être une « salope ».

LGBTQI+:

 - le fait d'être considéré comme « contre nature » ;
 - il n'y a pas eu/il n'y a pas de représentation de personnes LGBTQI+ ;
 - aller à l'encontre des attentes des gens en ce qui concerne qui vous êtes ;
 - la ou les religions et les dogmes religieux ;
 - le fait d'être accusé d'avoir des relations sexuelles qui ne permettront pas d'être enceinte ou d'avoir des enfants.
- 7 Les groupes doivent prendre en compte ces facteurs à la fois pour le VIH/SIDA et l'orientation sexuelle, ainsi que dans le contexte de la population HSH/de la communauté LGBTQI+ et de la société dans son ensemble.
- 8 Donnez aux membres de chaque groupe suffisamment de feuilles « Problème » (voir ci-dessous) pour qu'ils les remplissent. Les exemples de réponses ci-dessous ne sont donnés qu'à titre indicatif. Les groupes recevront des formulaires vierges à remplir.



Problème : manque de connaissances

VIH/SIDA		Sexualité	
Population HSH	« Salope contagieuse »	Population HSH	« Trop efféminé/ maniéré »
	Exemple 2		Exemple 2
	Exemple 3, etc. etc.		Exemple 3, etc. etc.
Société	« Tabou autour du sexe anal entre hommes »	Société	« Contre nature »
	Exemple 2		Exemple 2
	Exemple 3, etc. etc.		Exemple 3, etc. etc.

- 9 Dites aux groupes qu'ils disposent de 30 minutes pour réaliser cette tâche.

Ouvrir la voie aux commentaires : (30 minutes)



Une fois le temps écoulé, réunissez les participants. Chaque petit groupe commentera sa discussion et partagera sa feuille de « présentation finale ». Une fois que chaque groupe a terminé sa présentation, demandez aux autres groupes s'ils ont des exemples de « facteurs de stigmatisation » qu'ils souhaitent proposer.



S'il y a deux groupes par « facteur », demandez à ces groupes de se réunir et de finaliser leur « feuille de présentation finale » ensemble, 10 minutes avant la fin du temps imparti.



Lorsque la discussion est terminée, mettez fin à l'exercice.

Fiche de travail du participants: Combattre la stigmatisation et la discrimination – Fiche de travail du participant : Combattre la stigmatisation et la discrimination – Sensibilisation aux facteurs de stigmatisation

Problème :			
VIH/SIDA		Sexualité	
Population HSH		Population HSH	
Société		Société	

Titre informel de l'exercice :

Créer un service ou un environnement sans jugement pour les gays et autres HSH

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'examiner les étapes nécessaires pour fournir des services appropriés et acceptables aux gays et autres HSH. Les participants examinent comment développer leur capacité à mobiliser les individus ou les organisations pour combattre la stigmatisation et l'homophobie liées au VIH et comment être en mesure d'utiliser la « compétence culturelle » avec les populations HSH pour obtenir de meilleurs résultats.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront exploré et évalué les étapes nécessaires à la création de services sans jugement, et ils auront une meilleure idée de la manière de réaliser les changements qu'ils ont identifiés.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez les diapositives sur la définition de la stigmatisation et les étapes à suivre pour la combattre.
- ✓ Cet exercice n'a pas pour objectif de critiquer les services non communautaires, mais il s'agit d'examiner comment tous les services pourraient être améliorés.
- ✓ Tenez compte de vos propres services ainsi que des autres services locaux lorsque vous recherchez des exemples pour guider/informer les participants.
- ✓ Pensez aux bons et aux mauvais exemples à utiliser.
- ✓ Cherchez des problèmes pratiques ainsi que des problèmes de politique. Considérez les informations fournies sur le service ainsi que l'accès à ce service.
- ✓ Considérez tous les aspects de la pratique « non discriminatoire ». Même les choses les plus simples sont importantes, comme les horaires d'ouverture ou les plannings des groupes. Sont-ils adaptés aux personnes avec lesquelles vous travaillez ?
- ✓ Deux méthodes sont décrites ci-dessous, le processus pour recueillir les commentaires est identique pour les deux. La deuxième méthode ne doit être utilisée que si vous dispensez une formation au sein de votre propre service et que tous les participants appartiennent à ce même service. Vous aurez également besoin de lire et de comprendre toutes les politiques de vos services et les étapes pratiques relatives aux pratiques antidiscriminatoires.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 N'oubliez pas qu'on ne vous demande pas d'avoir réponse à tout. Laissez les connaissances et l'expérience des membres du groupe éclairer les discussions. Aidez-les et guidez-les si nécessaire.

Méthode One: (40 minutes)

- 1 Présentez le sujet au groupe et demandez-lui :
 - « À quoi pensez-vous lorsque nous parlons de services sans jugement ? »et notez certaines des réponses sur le paperboard si vous pensez qu'elles pourraient être utiles. Consacrez seulement environ 5 minutes (10 minutes au maximum) à cet exercice. Il s'agit d'un brainstorming rapide et non d'une discussion.
- 2 Lorsque cette partie de l'exercice est terminée, partagez les informations sur les étapes suggérées pour créer un service sans jugement en utilisant les diapositives PowerPoint.



Définir la stigmatisation

- L'ONUSIDA définit la stigmatisation et la discrimination comme : « [...] un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec ou associées au VIH et au SIDA [...] La discrimination fait suite à la stigmatisation et consiste en un traitement injuste ou abusif d'un individu fondé sur [...] son statut perçu à l'égard du VIH ».



Réduire la stigmatisation dans les établissements de santé

- Sensibiliser davantage à la stigmatisation et aux avantages de la réduire
- Les peurs et les idées fausses sur la transmission du VIH doivent être abordées
- Comprendre et combattre l'association du VIH et du SIDA avec des comportements supposés « immoraux » ou « inappropriés »
- Développer et surveiller régulièrement des directives claires ou des politiques spécifiques pour lutter contre les comportements discriminatoires

- 3 Il est utile de faire le lien avec les quatre points relatifs à la « compétence culturelle » (prise de conscience, attitude, connaissance et compétences) en utilisant les PowerPoint, et de relier la discussion de l'exercice « Quand j'étais jeune » avec la création d'environnements/services sans jugement si vous avez fait cet exercice avec le groupe.

4



La « compétence culturelle » comprend quatre composantes principales : prise de conscience, attitude, connaissance et compétences.

Prise de conscience :

Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous ont des angles morts lorsque nous abordons nos croyances et nos valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent à quel point nous sommes ouverts à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester conscients lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas pour éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent.

- 5 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 membres.
- 6 La tâche des groupes consiste à utiliser un service ou un environnement utilisé dans le travail avec des HSH qui fait partie de leurs propres services, d'une autre communauté ou d'un service clinique dont ils ont connaissance. Ils doivent envisager les modifications à apporter à ce service en utilisant les informations contenues dans les PowerPoint et portant les intitulés suivants : prise de conscience, attitude, connaissance et compétences. Voici les questions utiles à poser :
 - À quoi ressembleraient ces changements ? Pensez aux changements, petits et grands, qui pourraient être apportés.
 - À qui pouvez-vous vous adresser pour mettre en place ces changements ? Et comment pourriez-vous créer un soutien à la fois pour eux-mêmes et pour les changements qu'ils proposent ?
 - Comment pourriez-vous vous assurer que les services sont « culturellement compétents » ? (Travail pour les personnes qui les utilisent)
 - Comment pourriez-vous utiliser les réseaux qu'ils pourraient créer (comme ceux qu'ils créent pendant cette formation) ou dont ils font déjà partie pour se soutenir mutuellement ?
 - À quoi ressemblerait un service « parfait » ? Sachant qu'il n'existe aucun service parfait nulle part, il s'agit de savoir comment proposer un service peut être aussi bon que possible.
- 7 Dites aux groupes qu'ils disposent de 20 minutes pour faire cette tâche.

Méthode 2 : (40 minutes : à utiliser uniquement dans votre propre service)

Effectuez la session comme dans la méthode 1 jusqu'au point 5.

- 1 La tâche des groupes consiste à utiliser leur service ou environnement qui est utilisé pour travailler avec les HSH. Ils doivent envisager les modifications à apporter au service en utilisant les informations contenues dans les PowerPoint et portant les intitulés suivants : prise de conscience, attitude, connaissance et compétences. Voici les questions utiles à poser :
 - À quoi ressembleraient ces changements ? Pensez aux changements, petits et grands, qui pourraient être apportés.
 - Quelles sont les politiques de votre organisation pour aider à créer des services sans jugement ? Tout le personnel est-il au courant de ces politiques ? (Y compris le personnel travaillant à l'accueil, au nettoyage et tout autre personnel auxiliaire)
 - Vos clients connaissent-ils les politiques de votre service ? Comment en ont-ils pris connaissance ? Comment êtes-vous sûr(e) qu'ils les connaissent ?
 - Si vous avez identifié des changements ou des ajouts aux problèmes pratiques et de politiques, à qui pourriez-vous vous adresser pour ces changements ? Comment pourriez-vous créer un soutien à la fois pour eux et pour les changements que vous pourriez proposer ?
 - À quoi ressemblerait un service « parfait » ? Sachant qu'il n'existe aucun service parfait nulle part, il s'agit de chercher comment un service peut être aussi bon que possible.
- 2 Dites aux groupes qu'ils disposent de 20 minutes pour faire cette tâche.

Ouvrir la voie aux commentaires : (30 minutes)

-  Lorsque le temps est écoulé, demandez aux groupes de commenter leurs discussions. Ils disposent d'environ 5 minutes chacun et doivent :
- Identifier le service ou le type de service considéré
 - Suggérer les 3 principaux changements qu'ils pourraient apporter, tant au niveau pratique que politique.
 - Comment pourraient-ils assurer une transparence afin que les utilisateurs soient au fait des politiques qui les soutiennent en cas de discrimination ? Comment l'utilisateur peut-il savoir comment utiliser ces règles ?
 - Comment pourraient-ils aborder les changements à apporter qu'ils ont eux-mêmes identifiés ?
 - Qui pourrait être impliqué dans les changements ?
 - De quel soutien ces changements auraient-ils besoin d'après eux ?
-  Une fois que les groupes ont fini leurs commentaires, demandez s'il y a d'autres éléments à examiner, et dirigez-les vers le module de formation en ligne pour obtenir des informations supplémentaires et des ressources importantes pour les aider à comprendre comment élaborer des politiques pour créer un espace/service sans jugement. Mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

Les éléments suivants vous aideront à faciliter les discussions ou les questions du groupe. Ces informations sont également disponibles de manière plus complète dans le module de formation en ligne.



Définir la stigmatisation

- L'ONUSIDA définit la stigmatisation et la discrimination comme : « [...] un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec ou associées au VIH et au SIDA [...] La discrimination fait suite à la stigmatisation et consiste en un traitement injuste ou abusif d'un individu fondé sur son statut réel ou perçu à l'égard du VIH. »
- « La stigmatisation accentue souvent les préjugés et les inégalités existants. La stigmatisation liée au VIH a tendance à être la plus invalidante pour les personnes déjà marginalisées socialement et étroitement associées au VIH et au SIDA, comme p. ex. les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection et les prisonniers.
- La stigmatisation liée au VIH se manifeste de différentes manières dans les établissements de santé. Une étude réalisée en Tanzanie a rapporté un large éventail de pratiques discriminatoires et stigmatisantes. Elle les a classées en trois catégories : négligence, différence de traitement, refus des soins, dépistage et divulgation du statut VIH sans consentement, et violences verbales/commérages.
- La stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé et ailleurs contribuent à empêcher les personnes, y compris les professionnels de la santé, d'adopter des comportements préventifs contre le VIH et d'avoir accès aux soins et traitements nécessaires. La peur d'être identifié comme une personne infectée par le VIH augmente la probabilité que les personnes évitent de se faire dépister, ne divulguent pas leur statut VIH aux professionnels de la santé et aux membres de leur famille, ou ne consultent pas pour bénéficier d'un traitement ou de soins, mettant ainsi leur santé et leur bien-être en danger.
- La stigmatisation représente un « coût » majeur autant pour les individus que pour la santé publique. Les recherches ont démontré que l'expérience ou la peur de la stigmatisation aboutit souvent à reporter ou à refuser les soins, à chercher à se faire soigner loin de chez soi pour protéger la confidentialité et à ne pas respecter la prise du traitement.
- Des recherches menées auprès de populations générales du monde entier ont révélé trois causes majeures immédiatement exploitables de la stigmatisation liée au VIH dans le contexte communautaire :
 - ▶ Le manque de sensibilisation aux différents visages de la stigmatisation et à ses conséquences néfastes ;
 - ▶ La peur des contacts occasionnels découlant de connaissances lacunaires sur la transmission du VIH ; et
 - ▶ Les valeurs associant les personnes vivant avec le VIH et un comportement inapproprié ou immoral.



Réduire la stigmatisation dans les établissements de santé

- Une des principales leçons tirées des recherches récentes et des expériences sur le terrain est que, pour lutter contre la stigmatisation dans les environnements médicaux, les interventions doivent être centrées sur les individus, l'environnement et les politiques.

Au niveau individuel

- Au niveau individuel, il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé à la stigmatisation et à l'importance d'y mettre fin. Une meilleure compréhension de ce qu'est la stigmatisation, de ses manifestations et de ses conséquences négatives peut aider à réduire la stigmatisation et la discrimination et à améliorer les interactions entre patient et professionnels de la santé.
- Les craintes et les idées fausses des professionnels de la santé sur la transmission du VIH doivent également être abordées. Les programmes doivent fournir aux professionnels de la santé des informations complètes sur la manière dont le VIH est transmis ou non, et sur la manière dont la mise en œuvre de mesures de précaution universelles peut apaiser leurs craintes.
- Comprendre l'association entre le VIH/SIDA et des comportements supposés immoraux et inappropriés est essentiel pour confronter les perceptions qui favorisent des attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Au niveau environnemental

- Dans l'environnement physique, les programmes doivent veiller à ce que les professionnels de la santé disposent des informations, des fournitures et du matériel nécessaires pour appliquer les mesures de précaution universelles et prévenir la transmission du VIH dans l'exercice de leurs fonctions.

Au niveau des politiques

- L'absence de politiques spécifiques ou d'orientations claires pour la prise en charge des patients séropositifs renforce le comportement discriminatoire des professionnels de la santé. Les établissements de santé doivent adopter des politiques qui protègent la sécurité et la santé des patients, ainsi que celles des professionnels de la santé, pour prévenir toute forme de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Ces politiques réussissent mieux lorsqu'elles sont élaborées de manière participative, clairement communiquées au personnel et régulièrement contrôlées après leur mise en œuvre.

Nous suggérons ce qui suit :

- Impliquer tous les membres du personnel, pas seulement les professionnels de la santé, dans la formation et l'élaboration des politiques
- Utiliser des méthodes participatives telles que des jeux, des jeux de rôle, des exercices et des discussions de groupe pour partager les expériences de chacun
- Fournir une formation sur la stigmatisation et les mesures de précaution universelles
- Impliquer les personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration de politiques et dans la formation du personnel
- Surveiller périodiquement la stigmatisation parmi les professionnels de la santé
- Profiter des outils existants
- Répondre aux besoins des professionnels de la santé touchés par le VIH en leur fournissant des services comprenant la prise en charge psychologique, le dépistage et l'accompagnement. »

Tiré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/>

Support de formation en ligne

Combattre la stigmatisation et la discrimination :

Créer un service ou un environnement sans jugement pour les gays et autres HSH

Définir la stigmatisation

L'ONUSIDA définit la stigmatisation et la discrimination comme : « [...] un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec ou associées au VIH et au SIDA [...] La discrimination fait suite à la stigmatisation et consiste en un traitement injuste ou abusif d'un individu fondé sur [...] son statut perçu à l'égard du VIH

« La stigmatisation accentue souvent les préjugés et les inégalités existants. La stigmatisation liée au VIH a tendance à être la plus invalidante pour les personnes déjà marginalisées socialement et étroitement associées au VIH et au SIDA, comme p. ex. les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers.

La stigmatisation liée au VIH se manifeste de différentes manières dans les établissements de santé. Une étude réalisée en Tanzanie a documenté un large éventail de pratiques discriminatoires et stigmatisantes. Elle les a classées en trois catégories : négligence, traitement différencié, refus des soins, dépistage et divulgation du statut VIH sans consentement, et violences verbales/commérages.

La stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé et ailleurs contribuent à empêcher les personnes, y compris les professionnels de la santé, d'adopter des comportements préventifs contre le VIH et d'avoir accès aux soins et traitements nécessaires. La peur d'être identifié comme une personne infectée par le VIH augmente la probabilité que les personnes évitent le dépistage du VIH, ne divulguent pas leur statut VIH aux professionnels de la santé et aux membres de leur famille, ou ne consultent pas pour bénéficier d'un traitement ou de soins, mettant ainsi leur santé et leur bien-être en danger.

La stigmatisation représente un « coût » majeur autant pour les individus que pour la santé publique. Les recherches ont démontré que l'expérience ou la peur de la stigmatisation aboutit souvent à reporter ou à refuser les soins, à chercher à se faire soigner loin de chez soi pour protéger la confidentialité et à ne pas respecter la prise du traitement.

La stigmatisation représente un « coût » majeur autant pour les individus que pour la santé publique. Les recherches ont démontré que l'expérience ou la peur de la stigmatisation aboutit souvent à reporter ou à refuser les soins, à chercher à se faire soigner loin de chez soi pour protéger la confidentialité et à ne pas respecter la prise du traitement.

Des recherches menées auprès de populations générales du monde entier ont révélé trois causes majeures immédiatement exploitables de la stigmatisation liée au VIH dans le contexte communautaire :

- Le manque de sensibilisation aux différents visages de la stigmatisation et à ses conséquences néfastes ;
- La peur des contacts occasionnels découlant de connaissances lacunaires sur la transmission du VIH ; et
- Les valeurs associant les personnes vivant avec le VIH et un comportement inapproprié ou immoral.

Réduire la stigmatisation dans les établissements de santé

Une des principales leçons tirées des recherches récentes et des expériences sur le terrain est que, pour lutter contre la stigmatisation dans les environnements médicaux, les interventions doivent être centrées sur les individus, l'environnement et les politiques.

Au niveau individuel

Au niveau individuel, il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé à la stigmatisation et aux avantages de la réduire. Une meilleure compréhension de ce qu'est la stigmatisation, de ses manifestations et de ses conséquences négatives peut aider à réduire la stigmatisation et la discrimination et à améliorer les interactions entre patient et professionnels de la santé.

Les craintes et les idées fausses des professionnels de la santé sur la transmission du VIH doivent également être abordées. Les programmes doivent fournir aux professionnels de la santé des informations complètes sur la manière dont le VIH est transmis ou non, et sur la manière dont la mise en œuvre de mesures de précaution universelles peut apaiser leurs craintes.

Comprendre l'association entre le VIH/SIDA et des comportements supposés immoraux et inappropriés est essentiel pour confronter les perceptions qui favorisent des attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Au niveau environnemental

Dans l'environnement physique, les programmes doivent veiller à ce que les professionnels de la santé disposent des informations, des fournitures et du matériel nécessaires pour appliquer les mesures de précaution universelles et prévenir la transmission du VIH dans l'exercice de leurs fonctions..

Au niveau des politiques

L'absence de politiques spécifiques ou d'orientations claires pour la prise en charge des patients séropositifs renforce le comportement discriminatoire des professionnels de la santé. Les établissements de santé doivent adopter des politiques qui protègent la sécurité et la santé des patients, ainsi que celles des professionnels de la santé, pour prévenir la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Ces politiques réussissent mieux lorsqu'elles sont élaborées de manière participative, clairement communiquées au personnel et régulièrement contrôlées après leur mise en œuvre.

Nous suggérons ce qui suit :

- Impliquer tous les membres du personnel, pas seulement les professionnels de la santé, dans la formation et l'élaboration des politiques
- Utiliser des méthodes participatives telles que des jeux, des jeux de rôle, des exercices et des discussions de groupe pour partager les expériences de chacun
- Fournir une formation sur la stigmatisation et les mesures de précaution universelles
- Impliquer les personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration de politiques et dans la formation du personnel
- Surveiller périodiquement la stigmatisation parmi les professionnels de la santé
- Profiter des outils existants
- Répondre aux besoins des professionnels de la santé touchés par le VIH en leur fournissant des services comprenant la prise en charge psychologique, le dépistage et l'accompagnement. »

Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/>

La création d'un service ou d'un environnement sans jugement est étroitement liée à la compréhension et à l'utilisation des compétences culturelles. La compétence culturelle fait référence à la capacité de surmonter avec succès les différences interculturelles afin de réaliser des objectifs pratiques.

La « compétence culturelle » comprend quatre composantes principales : prise de conscience, attitude, connaissance et compétences.

Prise de conscience :

« Il est important d'examiner nos propres valeurs et croyances afin d'identifier tous les préjugés et stéréotypes profondément enracinés qui peuvent constituer des obstacles pour notre apprentissage, notre développement personnel et le travail dans lequel nous sommes engagés. Beaucoup d'entre nous se renferment lorsqu'il s'agit d'aborder nos croyances et nos valeurs ; la formation/l'éducation à la diversité peut être utile pour les révéler.

Comportement :

Les valeurs et les croyances ont une incidence sur l'efficacité des questions culturelles, car elles montrent à quel point nous sommes ouverts à des points de vue et opinions différents. Plus nos croyances et nos valeurs sont fortes, plus nous serons susceptibles de réagir émotionnellement lorsqu'elles se heurteront à des différences culturelles.

Connaissance :

Plus nous avons de connaissances sur des personnes de cultures et d'origines différentes, plus nous sommes capables d'éviter de commettre des erreurs. Savoir comment la culture influe sur la résolution des problèmes, la gestion des personnes, les demandes d'aide, etc. peut nous aider à rester conscients lorsque nous sommes dans une situation d'interaction interculturelle.

Compétences :

On peut avoir la « bonne » attitude, une grande conscience de soi et beaucoup de connaissances sur les différences culturelles, sans être capable de gérer efficacement les différences. Si nous n'avons pas acquis de compétences ou si nous avons eu peu d'occasions de les mettre en pratique, nos connaissances et notre prise de conscience ne suffisent pas pour éviter et gérer les sujets interculturels qui fâchent. »

Adapté de **Rainbow Heights LGBT Project**.

Vous pouvez trouver un outil d'évaluation utile pour mesurer la stigmatisation au sein des services. Il est montré ici qu'il concerne à la fois la stigmatisation liée au VIH et la stigmatisation liée aux personnes LGBT/HSH.

Mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Tiré de : http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf

« Il est possible de mesurer les niveaux de stigmatisation et de discrimination liés au VIH/SIDA en utilisant un ensemble de questions destinées à la population en général, aux professionnels de la santé et aux personnes vivant avec le VIH elles-mêmes. Voici un exemple de ce à quoi pourrait ressembler un tel exercice de mesure : »

Questions illustratives par domaine de stigmatisation et de discrimination lié au VIH.

	Population générale	Professionnels de la santé	PVVIH (personnes vivant avec le VIH)
Domaine			
Peur de l'infection	La peur de contracter le VIH te prendrait-elle si tu entras en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>À quel point serais-tu inquiet de contracter le VIH si tu te retrouvais dans l'une ou plusieurs des situations suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • prendre la température d'un patient vivant avec le VIH ? • Etc. • Etc. <p>Utilises-tu généralement l'une des mesures suivantes lorsque tu dispenses des soins à un patient vivant avec le VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter le contact physique • Etc. • Etc. <p>À quel point es-tu inquiet d'aider pendant un accouchement si :</p> <p>la femme vit avec le VIH ?</p> <p>le statut VIH de la femme est inconnu ?</p>	N/A
Jugement social	<p>Es-tu en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <p><i>« J'aurais honte si un membre de ma famille avait le VIH. »</i></p>	<p>Es-tu tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes vivant avec le VIH auraient pu éviter d'attraper le VIH si elles l'avaient vraiment voulu. • Les personnes vivant avec le VIH devraient avoir honte d'elles-mêmes. • J'aurais honte si une personne de ma famille était infectée par le VIH. 	<p>Es-tu en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <p>Les gens pensent que le VIH est une maladie honteuse et qu'ils ne devraient pas me fréquenter.</p>

<p>Environnement juridique et politique</p>	<p>Ce point doit continuer à être développé.</p>	<p>Mon établissement de santé a des politiques pour protéger les patients séropositifs de la discrimination.</p> <p>Je vais avoir des ennuis au travail si je ne respecte pas les politiques qui protègent les patients vivant avec le VIH.</p> <p>Depuis que je travaille dans mon institution, j'ai été formé(e) à la protection de la confidentialité du statut VIH des patients.</p>	<p>As-tu entendu parler de [insérer la loi/politique nationale la mieux connue ou l'ensemble de lignes directrices de ton pays] qui protège les droits des personnes vivant avec le VIH dans ce pays ?</p> <p>Si oui, as-tu déjà lu ou discuté du contenu de cette loi/politique/ensemble de directives ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu participé à des efforts pour élaborer des lois, des politiques ou des directives relatives au VIH ?</p> <p>Penses-tu que tu as le pouvoir d'influencer les décisions dans les aspects suivants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questions juridiques/relatives aux droits des personnes vivant avec le VIH • Politiques des gouvernements locaux touchant les personnes vivant avec le VIH • Politiques gouvernementales nationales touchant les personnes vivant avec le VIH
<p>Stigmatisation anticipée</p>	<p>Selon toi, les gens hésitent-ils à faire un test de dépistage du VIH en raison de la réaction des autres personnes si le résultat se révélait positif ?</p>	<p>À ton avis, dans quelle mesure les professionnels de la santé de cet établissement hésitent-ils à faire un dépistage du VIH par crainte de la réaction des autres personnes si le résultat se révélait positif ?</p> <p>À quel point les professionnels de la santé de cet établissement hésitent-ils à travailler aux côtés d'un collègue vivant avec le VIH, indépendamment de la nature de leurs tâches ?</p>	<p>Les craintes concernant la réaction des autres personnes (par exemple : tes amis, ta famille, ton employeur ou ta communauté) en cas de dépistage positif pour le VIH te font-elles hésiter à le faire ? Oui/Non</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu eu peur qu'un des événements suivants t'arrive ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être victime de commérages • Être insulté(e), harcelé(e) ou menacé(e) verbalement • Être harcelé(e) ou menacé(e) physiquement • Être agressé(e) physiquement

Stigmatisation intériorisée	N/A	N/A	<p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu éprouvé l'un des sentiments suivants en raison de ton statut VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'ai honte • Je me sens coupable • Je m'en veux • J'en veux aux autres • J'ai une faible estime de moi • Je pense que je devrais être puni(e) • J'ai des pensées suicidaires
Stigmatisation perçue	<p>Les gens parlent-ils mal des personnes vivant avec le VIH ou susceptibles de vivre avec le VIH ?</p> <p>Les personnes vivant avec le VIH ou susceptibles de vivre avec le VIH perdent-elles le respect ou leur réputation ?</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu observé les incidents suivants dans ton établissement de santé ?</p> <p>Les professionnels de la santé parlent mal des personnes vivant avec le VIH ou susceptibles de vivre avec le VIH.</p>	Voir les questions parallèles dans la section « Stigmatisation vécue »
Stigmatisation vécue (hors du champ juridique)	Achèterais-tu des légumes frais chez un commerçant ou un vendeur si tu savais que cette personne est séropositive ?	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souffert que des personnes parlent mal de toi parce que tu t'occupes de patients vivant avec le VIH ? • Été évité(e) par des amis ou des membres de ta famille parce que tu t'occupes de patients vivant avec le VIH ? • Été considéré(e) comme séropositif(ive) pour le VIH parce que tu t'occupes de patients vivant avec le VIH ? 	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu eu connaissance de commérages en raison de ton statut VIH ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu été exclu(e) de réunions ou d'activités sociales ?</p>

<p>Discrimination (dans le champ juridique)</p>	<p>Penses-tu que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir aller à l'école avec des enfants qui sont séronégatifs ?</p> <p>Selon toi, si une enseignante a le VIH mais n'est pas malade, devrait-elle être autorisée à continuer d'enseigner ?</p>	<p>Je ne dépisterais jamais un patient pour le VIH sans avoir obtenu son consentement éclairé.</p> <p>Quels que soient mes opinions ou mes sentiments, il est de ma responsabilité professionnelle de préserver la confidentialité de mes patients vivant avec le VIH.</p> <p>Pour évaluer la stigmatisation de population clé :</p> <p>Je préférerais ne pas fournir de services à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des personnes qui s'injectent des drogues illicites ; • Des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; • Des travailleurs du sexe ; • Des personnes transgenres ; • Des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ; • Des migrants. <p>Pour chacune des populations de la liste, il y a une question complémentaire :</p> <p>Je suis tout à fait d'accord/je suis d'accord pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils m'exposent à un risque plus élevé pour la maladie. • Ce groupe adopte un comportement immoral. • Je n'ai pas reçu de formation pour travailler avec ce groupe. • Je suis inquiet(e), les gens vont penser que je fais partie de ce groupe. 	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois t'es-tu vu refuser des services de santé, y compris des soins dentaires, en raison de ton statut VIH ?</p> <p>As-tu décidé toi-même de faire le test de dépistage du VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai pris la décision moi-même de me faire dépister (c.-à-d. c'était volontaire) • J'ai pris la décision de me faire dépister, mais je l'ai fait sous la pression d'autrui. • On m'a fait passer un dépistage du VIH (sous la contrainte). • J'ai été dépisté(e) à mon insu. • Je ne l'ai découvert qu'une fois le dépistage réalisé. <p>Pour évaluer la stigmatisation de population clé :</p> <p>Si tu as été victime de stigmatisation ou de discrimination pour des raisons autres que ton statut VIH, choisis une catégorie qui explique le mieux la raison de ta stigmatisation ou discrimination.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation sexuelle (homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, gay ou lesbienne, transgenre) • Travailleur du sexe • Consommateur de drogues injectables • Réfugié ou demandeur d'asile • Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays • Membre d'un groupe autochtone • Travailleur immigré • Prisonnier • Aucune de ces réponses – une ou plusieurs autres raisons
---	---	---	--

Résilience	N/A	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu observé les incidents suivants dans ton établissement de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Des professionnels de la santé ont affronté ou informé une personne qui maltraitait des personnes vivant avec le VIH ou qui leur parlait mal. 	<p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu affronté, défié ou informé une personne qui te stigmatisait ou te discriminait ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu soutenu des personnes vivant avec le VIH ?</p> <p>Si oui, quels types de soutien as-tu apportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Soutien psychologique Soutien médical Orientation vers d'autres services
------------	-----	---	---

Ce type d'outil de mesure peut être adapté pour mesurer les niveaux de stigmatisation liés à d'autres problèmes comme l'orientation sexuelle et le statut VIH. Voilà à quoi cela pourrait ressembler :

	Population générale	Professionnels de la santé	Personnes HSH/LGBT
Domaine			
Peur de l'infection	<p>Crains-tu de contracter le VIH si tu entres en contact avec un homme gay ?</p>	<p>À quel point serais-tu inquiet de contracter le VIH si tu te retrouvais dans l'une ou plusieurs des situations suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> prendre la température d'un patient vivant avec le VIH ? Etc. Etc. <p>Utilises-tu généralement l'une des mesures suivantes lorsque tu dispenses des soins à un patient vivant avec le VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Éviter le contact physique Etc. Etc. <p>Le fait de travailler avec des HSH porteurs du VIH t'inquiète-t-il ?</p>	<p>Si tu es un homme séronégatif, refuses-tu de coucher avec des hommes séropositifs parce que tu crains de contracter le VIH ?</p> <p>Penses-tu que les hommes séropositifs devraient informer leur partenaire sexuel de leur statut VIH avant d'avoir des relations sexuelles ?</p> <p>Penses-tu que les hommes séropositifs qui cachent leur séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels devraient être poursuivis en justice ?</p>

<p>Jugement social</p>	<p>Es-tu en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <p>« J'aurais honte si un membre de ma famille était gay/LGBT. »</p>	<p>Es-tu tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les HSH vivant avec le VIH auraient pu éviter d'attraper le VIH s'ils l'avaient vraiment voulu. • Les HSH pourraient changer d'orientation sexuelle s'ils le souhaitaient vraiment. • J'aurais honte si un membre de ma famille était gay/LGBT. 	<p>Es-tu en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ?</p> <p><i>Les gens pensent qu'être gay/LGBT est honteux et qu'ils ne devraient pas me fréquenter</i></p>
<p>Environnement juridique et politique</p>	<p>Ce point doit continuer à être développé.</p>	<p>Mon établissement de santé a des politiques pour protéger les clients/patients HSH/LGBT de la discrimination.</p> <p>Je vais avoir des ennuis au travail si je ne respecte pas les politiques qui protègent les patients HSH/LGBT.</p> <p>Depuis que je travaille dans mon institution, j'ai été formé(e) à la protection de la confidentialité du statut VIH des patients.</p>	<p>As-tu entendu parler de [insérer la loi/politique nationale la mieux connue ou l'ensemble de lignes directrices de ton pays] qui protège les droits des personnes HSH/LGBT dans ce pays ?</p> <p>Si oui, as-tu déjà lu ou discuté du contenu de cette loi / politique/ ensemble de directives ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu participé à des efforts pour élaborer des lois, des politiques ou des directives relatives aux droits des personnes HSH/LGBT ?</p> <p>Penses-tu que tu as le pouvoir d'influencer les décisions dans les aspects suivants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questions juridiques/légales touchant les personnes HSH/LGBT • Politiques des gouvernements locaux concernant les personnes HSH/LGBT • Politiques gouvernementales nationales touchant les personnes HSH/LGBT vivant avec le VIH

Stigmatisation anticipée	Selon toi, les gens hésitent-ils à s'affirmer en tant que LGBT par crainte de la réaction des autres ?	D'après toi, à quel point les professionnels de la santé de cet établissement hésitent-ils à s'affirmer en tant que HSH/LGBT par crainte de la réaction des autres ? À quel point les professionnels de la santé de cet établissement hésitent-ils à travailler aux côtés d'un collègue LGBT, leur rôle au sein de l'établissement mis à part ?	Les craintes concernant la réaction des autres personnes (par exemple : tes amis, ta famille, ton employeur ou ta communauté) si tu leur révèles que tu es LGBT te font-elles hésiter à le faire ? Oui/ Non Au cours des 12 derniers mois, as-tu eu peur qu'un des événements suivants t'arrive ? <ul style="list-style-type: none"> • Être victime de commérages • Être insulté(e), harcelé(e) ou menacé(e) verbalement • Être harcelé(e) ou menacé(e) physiquement • Être agressé(e) physiquement
Stigmatisation intériorisée	N/A	N/A	Au cours des 12 derniers mois, as-tu éprouvé l'un des sentiments suivants parce que tu es LGBT ? <ul style="list-style-type: none"> • J'ai honte • Je me sens coupable • Je m'en veux • J'en veux aux autres • J'ai une faible estime de moi-même • Je pense que je devrais être puni(e) • J'ai des pensées suicidaires
Stigmatisation perçue	Les gens parlent-ils mal des personnes LGBT ou susceptibles d'être LGBT ? Les personnes LGBT ou susceptibles d'être LGBT perdent-elles le respect ou leur réputation ?	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu observé les incidents suivants dans ton établissement de santé ? <ul style="list-style-type: none"> • Les travailleurs de la santé parlaient mal des personnes LGBT 	Voir les questions parallèles dans la section « Stigmatisation vécue »

<p>Stigmatisation vécue (hors du champ juridique)</p>	<p>Serais-tu opposé(e) à avoir des voisins LGBT ?</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souffert que des personnes parlent mal de toi parce que tu es LGBT ? • Été évité(e) par des amis ou des membres de ta famille parce que tu es séropositif(ive) ? • Été considéré(e) comme séropositif(ive) parce que tu t'occupes de clients/patients vivant avec le VIH ? 	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu eu connaissance de commérages parce que tu es LGBT ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu été exclu(e) de réunions ou d'activités sociales ?</p>
---	---	---	--

<p>Discrimination (dans le champ juridique)</p>	<p>Penses-tu que les enfants devraient être informés des problèmes LGBT à l'école ?</p> <p>À ton avis, si un enseignant est LGBT, devrait-il être autorisé à enseigner dans une école primaire ?</p>	<p>Je ne dépisterais jamais un patient pour le VIH sans avoir obtenu son consentement éclairé.</p> <p>Quels que soient mes opinions ou mes sentiments, il est de ma responsabilité professionnelle de préserver la confidentialité des clients/patients LGBT et de tous les patients vivant avec le VIH.</p> <p>Pour évaluer la stigmatisation de population clé :</p> <p>Je préférerais ne pas fournir de services à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des personnes qui s'injectent des drogues illicites ; • Des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; • Des travailleurs du sexe ; • Des personnes transgenres ; • Des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ; • Des migrants. <p>Pour chacune des populations de la liste, il y a une question complémentaire :</p> <p>Je suis tout à fait d'accord/ je suis d'accord pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils m'exposent à un risque plus élevé pour la maladie. • Ce groupe adopte un comportement immoral. • Je n'ai pas reçu de formation pour travailler avec ce groupe. • Je suis inquiet(e), les gens vont penser que je fais partie de ce groupe. 	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois t'es-tu vu refuser des services parce que tu es LGBT ou que l'on pense que tu l'es ?</p> <p>Si tu as été dépisté(e) pour le VIH, était-ce ta décision de le faire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai pris la décision moi-même de me faire dépister (c.-à-d. c'était volontaire) • J'ai pris la décision de me faire dépister, mais je l'ai fait sous la pression d'autres personnes. • On m'a fait passer un test de dépistage du VIH (sous la contrainte). • J'ai été dépisté(e) à mon insu. • Je ne l'ai découvert qu'une fois le dépistage réalisé. <p>Pour évaluer la stigmatisation de population clé :</p> <p>Si tu as été victime de stigmatisation ou de discrimination pour des raisons autres que votre statut VIH, choisis une catégorie qui explique le mieux la raison de ta stigmatisation ou discrimination.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation sexuelle (homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, gay ou lesbienne, transgenre) • Travailleur du sexe • Consommateur de drogues injectables • Réfugié ou demandeur d'asile • Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays • Membre d'un groupe autochtone • Travailleur immigré • Prisonnier • Aucune de ces réponses – une ou plusieurs autres raisons
---	--	--	---

Résilience	N/A	<p>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu observé les incidents suivants dans ton établissement de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Des professionnels de la santé ont affronté ou informé une personne qui maltraitait des personnes LGBT ou qui leur parlait mal. 	<p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu affronté, défié ou informé une personne qui te stigmatisait ou te discriminait ?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, as-tu aidé des personnes LGBT ?</p> <p>Si oui, quels types de soutien as-tu apportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Soutien psychologique Soutien médical Orientation vers d'autres services
------------	-----	---	--

Vous jugerez peut-être utile de penser à un service ou à un environnement qui, à votre connaissance, est utilisé pour travailler avec les HSH et de considérer tout changement qui pourrait être apporté à ce service en utilisant les informations sur la stigmatisation et la compétence culturelle, ou en utilisant l'indice de stigmatisation montré ici.

Pensez aux changements qui peuvent figurer sous les intitulés « prise de conscience, attitude, connaissance et compétences », et utilisez les questions suivantes pour vous y aider :

- À quoi ressembleraient ces changements ? Pensez aux changements, petits et grands, qui pourraient être apportés.
- À qui pouvez-vous vous adresser pour apporter ces changements ? Et comment pourriez-vous créer un soutien à la fois pour eux-mêmes et pour les changements qu'ils proposent ?
- Comment pourriez-vous vous assurer que les services sont « culturellement compétents » ? (Travail pour les personnes qui les utilisent)
- Comment pouvez-vous utiliser les réseaux qu'ils pourraient créer ou dont ils font déjà partie pour se soutenir mutuellement ?
- Quelles sont les politiques de votre organisation pour aider à créer des services sans jugement ? Tout le personnel est-il au courant de ces politiques ? (Y compris le personnel travaillant à l'accueil, au nettoyage et tout autre personnel auxiliaire)
- Vos clients connaissent-ils les politiques de votre service ? Comment les ont-ils connues ? Comment êtes-vous sûr(e) qu'ils les connaissent ?
- Si vous avez identifié des changements ou des ajouts à des problèmes pratiques et de politiques, à qui pourriez-vous vous adresser pour apporter ces changements ? Comment pourriez-vous créer un soutien à la fois pour eux et pour les changements que vous pourriez proposer ?
- À quoi ressemblerait un service « parfait » ? Sachant qu'il n'existe aucun service parfait nulle part, il s'agit de chercher comment un service peut être aussi bon que possible.

Y a-t-il des changements que vous pourriez suggérer dans vos relations professionnelles ? Comment pourriez-vous mettre en œuvre concrètement ces changements ?

Titre informel de l'exercice :

Engager et impliquer les utilisateurs de votre ou vos services

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'explorer les moyens de faire participer leurs utilisateurs aux services qui leur sont fournis.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront examiné les aspects de l'engagement et de l'implication du « patient » (utilisateur) et comment ils pourraient agir sur eux ou les améliorer dans leur propre contexte de travail.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Le terme « patient » dans « engagement du patient » et « implication du patient » a été remplacé par « Utilisateur de service » ou « utilisateur » dans l'exercice, car de nombreuses personnes ne sont pas considérées comme « nos » patients par les Agents de santé communautaires. Si vous travaillez avec du personnel médical, vous pouvez utiliser le terme « patient » au lieu de l'expression « utilisateur de service ».
- ✓ Lisez l'intégralité des cinq étapes pour comprendre comment elles agissent afin d'impliquer les utilisateurs de services.
- ✓ Identifiez des exemples de services ou de projets qui ont associé ou impliqué des utilisateurs de services à l'échelon local ou national.
- ✓ Identifiez des exemples locaux de projets ou de services qui pourraient être améliorés en associant ou en impliquant les utilisateurs de services.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Utilisez les connaissances et l'expérience du groupe pendant les discussions qu'ils ont. Vous n'avez pas à tout savoir.
- 💡 Réfléchissez à la façon d'utiliser les cinq étapes avec un projet ou un service que vous connaissez bien.
- 💡 Il peut être utile de relier ces discussions aux quatre éléments de « compétence culturelle » (prise de conscience, attitude, connaissances, compétences) et aux discussions de l'exercice « Quand j'étais jeune » si vous avez réalisé ces exercices avec le groupe.
- 💡 N'oubliez pas que de nombreux groupes communautaires réclament une approche « si cela me concerne, je dois le savoir » pour les projets et les services. En d'autres termes, ne pensez pas que vous pouvez produire quelque chose d'efficace pour l'utilisateur du service sans le consulter ou le faire participer d'une certaine manière.

Méthode : (45 minutes)

- 1 Présentez le sujet aux membres du groupe et demandez-leur de faire un brainstorming pour aider à définir les termes suivants :
 - Engagement des utilisateurs de services (« Qu’entendons-nous par engagement des utilisateurs de services ? De quels niveaux d’engagement dans les services parlons-nous ? »)
 - Implication des utilisateurs de services (Qu’entendons-nous par implication des utilisateurs de services ? En quoi est-ce différent de l’engagement de l’utilisateur ?)et aussi : pourquoi l’engagement ou l’implication des utilisateurs du service sont-ils importants ?
- 2 Présentez au groupe le PowerPoint décrivant les cinq étapes de l’engagement des utilisateurs de service :
 - Informez-moi
 - Interagissez avec moi
 - Donnez-moi les moyens
 - Collaborez avec moiSoutenez ma communication (en ligne)



Les cinq étapes de l’engagement du « patient » ou de « l’utilisateur du service »

- Informez-moi : attirer de nouveaux « utilisateurs de services » avec des services d’informations (en ligne)
- Engagez-moi : attirer ces « utilisateurs » pour qu’ils interagissent avec vous
- Donnez-moi les moyens : retenir ces « utilisateurs » et mettez en place des partenariats avec eux
- Collaborez avec moi : créer des interactions et des collaborations entre vous
- Soutenez ma communication (en ligne) : « l’utilisateur » définit sa propre communauté (en ligne)

- 3 Expliquez qu’elles ont été développées pour engager les « utilisateurs » via des environnements et des services en ligne, et les titres peuvent être utilisés dans les différentes initiatives d’engagement des utilisateurs de services.
- 4 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 membres.
- 5 Leur tâche est d’examiner les questions suivantes :
 - Quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontés avec l’engagement et l’implication des utilisateurs ?
 - Qu’est-ce qui pourrait aider/faciliter à améliorer (ou davantage) l’engagement des utilisateurs et leur implication ?
 - Comment pourraient-ils utiliser les cinq étapes pour mieux planifier la manière d’interagir avec et d’impliquer les HSH avec lesquels ils travaillent ?
- 6 Les participants utilisent leur propre expérience pour éclairer leurs discussions et leurs décisions. Les groupes disposent de 30 minutes pour réaliser cette tâche, soit 10 minutes pour chaque question, en notant leurs idées sur un paperboard. Incitez les groupes à envisager ce qui, à leur avis, constituerait la méthode « idéale » pour interagir avec et impliquer les patients s’il n’existait aucune barrière, et utilisez-la pour construire leurs scénarios.

Ouvrir la voie aux commentaires : (15-20 minutes)

-  Demandez aux groupes de commenter leurs discussions, en les encourageant à réfléchir et à discuter de la façon dont ils surmonteraient les obstacles, de leurs idées sur ce qu'ils pourraient faire pour faciliter l'engagement et l'implication et de leurs idées « parfaites », le cas échéant.
-  Lorsque les groupes ont fini de commenter ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

-  Si vous êtes impliqué ou participez aux programmes « Participative Quality development in HIV » (PQHIV <https://www.pq-hiv.de>) ou « Quality Action » (<https://www.qualityaction.eu>), l'échelle pourrait indiquer votre situation actuelle en matière d'engagement et d'implication. Des évaluations seraient ainsi disponibles pour savoir comment vous pourriez améliorer l'engagement et l'implication du niveau du service par les utilisateurs du service.
-  Vous pouvez également trouver d'autres modèles de participation ici :
<https://www.pq-hiv.de/en/chapter/levels-participation>
<https://www.pq-hiv.de/en/Méthode/circles-influence>

Titre informel de l'exercice :

Comprendre les modèles de production syndémiques et leur influence sur notre travail

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Acquérir de solides connaissances sur les facteurs qui nuisent à la santé sexuelle des gays et autres HSH. Cet exercice permet aux participants de développer leurs connaissances autour des modèles de production syndémiques et de la manière dont les différents facteurs de la vie des gays et autres HSH affectent leur santé sexuelle.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront une meilleure connaissance de ce qu'est un modèle de production syndémique et de la manière dont il peut influencer sur notre compréhension des facteurs interdépendants qui peuvent être la cause de mauvaise santé sexuelle chez les gays et autres HSH.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier ou fiche et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Identifiez différents problèmes qui pourraient être liés dans une syndémie. Utilisez des exemples locaux que vous connaissez ainsi que des exemples « généraux ».
- ✓ Identifiez les interventions possibles qui pourraient relier les problèmes, en utilisant votre propre expérience et vos propres idées. Elles ne doivent pas nécessairement se produire, mais toute intervention que vous jugez bonne est valide.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Utilisez les connaissances et l'expérience du groupe pendant les discussions. N'oubliez pas que vous n'avez pas besoin d'avoir toutes les réponses.
- 💡 Deux méthodes sont proposées pour réaliser l'exercice. Choisissez la méthode qui convient le mieux au groupe avec lequel vous travaillez. La première est plus rapide et plus orientée vers l'action ou la pratique, la seconde est davantage basée sur la discussion.
- 💡 Lisez et travaillez avec les supports de la formation en ligne qui traitent de la syndémie pour vous aider à comprendre le concept.

Méthode:

- 1 Présentez le sujet au groupe, puis présentez le PowerPoint qui explique ce qu'est un modèle de production syndémique et qui donne l'exemple du modèle syndémique original appliqué au VIH/SIDA.



Comprendre les modèles de production syndémiques

Une syndémie est la présence de deux ou plusieurs états ou problèmes pathologiques qui interagissent négativement, en affectant l'évolution de chaque problème ou maladie et en augmentant la vulnérabilité à la maladie, et qui sont aggravés par les injustices/inégalités rencontrées.

Identifiée dans les années 1990, la notion de syndémie a été utilisée pour décrire les interactions entre la toxicomanie, la violence et le SIDA (en anglais : « **S**ubstance **A**buse, **V**iolence and **A**IDS », SAVA), qui étaient devenues une véritable crise à Hartford, aux États-Unis.

Dans les années qui ont suivi l'identification de SAVA, d'autres syndémies ont été décrites, dont le VIH/SIDA et la santé sexuelle sont des composants.



Comprendre les modèles de production syndémiques

Schéma : Modèle syndémique de base : The Lancet



Comprendre les modèles de production syndémiques

Schéma : Modèle de production syndémique : Santé des gays et autres HSH

Adapté de : Stall, Friedman et Catania 2008

- 2 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 personnes.
- 3 Leur tâche est de travailler ensemble pour identifier ce qu'ils pensent être certains des facteurs communs qui peuvent avoir un impact ou avoir une influence sur les gays et autres HSH, p. ex. l'homophobie ou l'homonégativité intériorisée.
- 4 Il y a deux manières de réaliser l'exercice : une méthode plus courte et plus « pratique », et une méthode légèrement plus longue et basée sur la discussion.

Méthode One

- 1 Dites aux groupes qu'ils ont 10 minutes pour identifier les problèmes qui, selon eux, touchent les gays et autres HSH, et notez-les individuellement sur les fiches/feuilles de papier que vous leur avez données. Demandez-leur de lier les problèmes tels que la santé mentale aux facteurs qui peuvent avoir une incidence négative sur la santé mentale d'une personne, comme la solitude ou la violence physique ou psychologique.
- 2 Une fois les 10 minutes écoulées, demandez aux groupes de mettre toutes leurs fiches sur le sol, puis commencez à suggérer comment 3 à 5 des problèmes pourraient être liés. Encouragez la discussion entre les personnes pendant l'exercice.
 - Pourquoi estiment-elles que ces problèmes vont ensemble ?
 - Comment s'affectent-ils négativement mutuellement ?
- 3 Lorsque vous avez relié les problèmes sur les fiches/papiers, indiquez au groupe qu'ils sont syndémiques, et demandez-leur de commencer à suggérer des interventions possibles pour les syndémies qu'ils ont construites, tels que les services de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme en plus des services de dépistage et de traitement des IST, etc.

Méthode 2 :

- 1 Les groupes disposent de 15 minutes pour réaliser cette tâche et notent leurs idées sur les feuilles de tableau que vous leur donnerez. Encouragez-les à décomposer certains des facteurs les plus importants, tels que la santé mentale, en ce qu'ils pensent être les facteurs susceptibles de nuire à la santé mentale d'une personne, p. ex. l'anxiété, la dépression, la solitude, la violence physique ou psychologique, etc. Encouragez-les à prendre en compte les facteurs sociaux (c.-à-d. logements insalubres, manque d'opportunités professionnelles) et les facteurs physiques/médicaux.
- 2 Une fois le temps écoulé, demandez aux groupes s'ils peuvent maintenant associer 3 à 5 des facteurs qu'ils ont suggérés afin de créer une syndémie (utilisez le modèle déjà identifié pour susciter la réflexion) et dessinez des schémas reliant les facteurs. Ils ont 10 minutes supplémentaires pour exécuter cette partie de la tâche. Demandez-leur de discuter de la raison pour laquelle ils pensent que les facteurs sont associés dans une syndémie.
- 3 La dernière étape de la tâche consiste à demander aux groupes d'envisager maintenant ce qu'ils pourraient faire pour intervenir, soit en pensant à une nouvelle intervention, soit en identifiant une intervention qu'ils connaissent déjà ou qu'ils utilisent. Ils ont 15 minutes supplémentaires pour exécuter cette partie de la tâche.

Ouvrir la voie aux commentaires :



Le facilitateur demande à chaque groupe de commenter un modèle syndémique et les interventions qu'il a identifiées.



Encouragez les membres du groupe à consulter le module de formation en ligne s'ils souhaitent en savoir plus sur les syndémies. Mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



«Une syndémie est caractérisée par la présence de deux ou plusieurs états pathologiques qui interagissent défavorablement, en affectant négativement l'évolution mutuelle de chaque trajectoire pathologique, en augmentant la vulnérabilité, et que les injustices vécues rendent encore plus nuisibles.

Introduite dans les années 1990 par l'anthropologue médical Merrill Singer, la notion de syndémie a été utilisée pour décrire les interactions entre la toxicomanie, la violence et le SIDA (en anglais « **S**ubstance **A**buse, **V**iolence et **A**IDS », SAVA) qui étaient devenues une véritable crise à Hartford (Connecticut, États-Unis). Les chercheurs ont remarqué qu'une multitude d'éléments avaient une incidence sur le risque : des facteurs structurels tels que le manque de logement et la pauvreté, et des aspects sociaux tels que la stigmatisation et le manque de systèmes de soutien, tous ces éléments renforçant le fardeau de la maladie.

Dans les années qui ont suivi l'identification de SAVA, d'autres syndémies ont été décrites, dont le VIH/SIDA et la santé sexuelle sont des composants, comme la syndémie VIH/malnutrition/insécurité alimentaire en Afrique sub-saharienne.

Des changements rapides peuvent précipiter ou accélérer une syndémie existante ou créer des conditions propices au développement d'une syndémie. Par exemple, les schémas de la mondialisation ont rapidement et fondamentalement modifié les habitudes alimentaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en améliorant l'accès aux aliments hypercaloriques et aux glucides raffinés et en augmentant ainsi radicalement le pourcentage de personnes atteintes de diabète de type 2 dans ces pays.

Des changements dans les conjonctures politiques et économiques et, de même, la détérioration des mesures ou des infrastructures protectives de la santé peuvent avoir des effets néfastes différents et additionnels sur certaines populations spécifiques.

Du point de vue clinique, l'application d'une approche syndémique est quelque chose de novateur et précieux si l'on souhaite garantir une vision d'ensemble, avec des questions allant de « pourquoi un patient a des résultats médiocres ? » (p. ex. dérégulation de la glycémie) à « quels sont les autres facteurs qui contribuent à son état ? ».

Bien que les médecins et les intervenants en santé publique ne puissent pas faire grand chose face à des situations sociales et politiques qui pourraient nuire à la santé, le cadre syndémique permet d'atténuer ces effets en appréciant la nature complexe de certaines maladies et affections, et en traitant les nombreux facteurs qui les déclenchent. La syndémie suggère que le contexte est essentiel. »

Tiré de The Lancet Vol 389 March 4 2017 and Resilience, Syndemic Factors, and serosorting behaviours among HIV positive and HIV negative substance using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193-205. Steven Kurtz et al.

Support de formation en ligne

Combattre la stigmatisation et la discrimination

Comprendre les modèles de production syndémiques et leur influence sur notre travail.

« Une syndémie est caractérisée par la présence de deux ou plusieurs états pathologiques qui interagissent défavorablement, en affectant négativement l'évolution mutuelle de chaque trajectoire pathologique, en augmentant la vulnérabilité, et que les injustices vécues rendent encore plus nuisibles.

Introduite dans les années 1990 par l'anthropologue médical Merrill Singer, la notion de syndémie a été utilisée pour décrire les interactions entre la toxicomanie, la violence et le SIDA (en anglais « **S**ubstance **A**buse, **V**iolence et **A**IDS », SAVA) qui s'étaient transformées en une véritable crise à Hartford (Connecticut, États-Unis). Les chercheurs ont remarqué qu'une multitude d'éléments avaient une incidence sur le risque : des facteurs structurels tels que le manque de logement et la pauvreté, et des aspects sociaux tels que la stigmatisation et le manque de systèmes de soutien, tous ces éléments renforçant le poids de la maladie.

Dans les années qui ont suivi l'identification de SAVA, d'autres syndémies ont été décrites, dont le VIH/SIDA et la santé sexuelle sont des composants, comme la syndémie VIH/malnutrition/insécurité alimentaire en Afrique sub-saharienne.

Des changements rapides peuvent précipiter ou accélérer une syndémie existante ou créer des conditions propices au développement d'une syndémie. Par exemple, les schémas de la mondialisation ont rapidement et fondamentalement modifié les habitudes alimentaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en améliorant l'accès aux aliments hypercaloriques et aux glucides raffinés et en augmentant ainsi radicalement le pourcentage de personnes diabétiques de type 2 dans ces pays.

Les changements dans les conjonctures politiques et économiques et la détérioration consécutive des mesures ou des infrastructures de protection de la santé peuvent avoir des effets néfastes différents et additionnels sur certaines populations spécifiques.

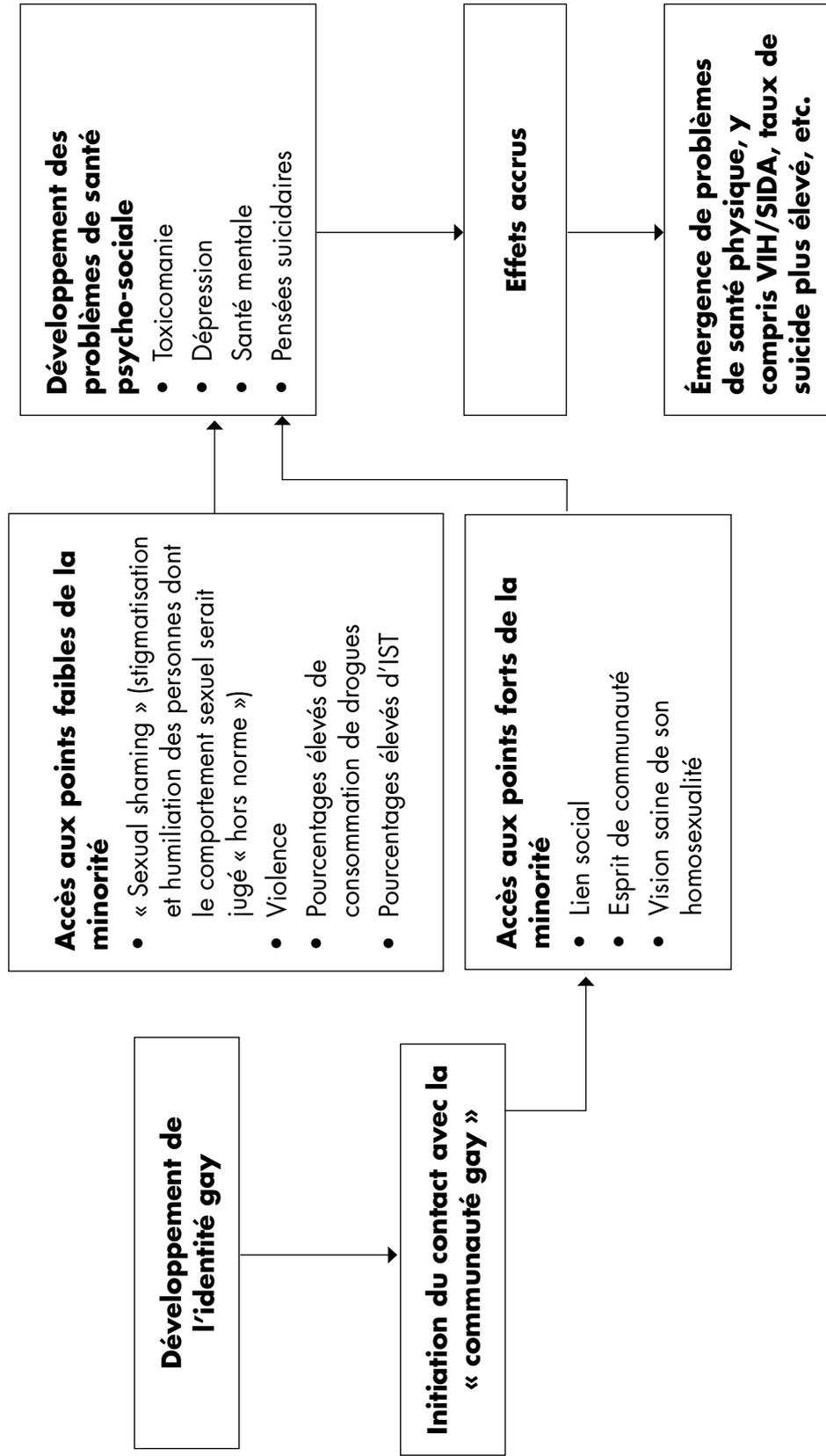
Du point de vue clinique, appliquer une approche syndémique est quelque chose de nouveau et utile afin d'avoir une vision d'ensemble, avec des questions allant de « pourquoi un patient a des résultats médiocres ? » (p. ex. dérégulation de la glycémie) à « quels sont les autres facteurs qui contribuent à son état ? ».

Bien que les médecins et les intervenants en santé publique puissent faire peu de choses face à des situations sociales et politiques nocives pour la santé, le cadre syndémique aide à atténuer ces effets en appréciant la nature complexe de certaines maladies et affections, et de traiter les nombreux facteurs qui les déclenchent. La syndémie suggère que le contexte est essentiel. »

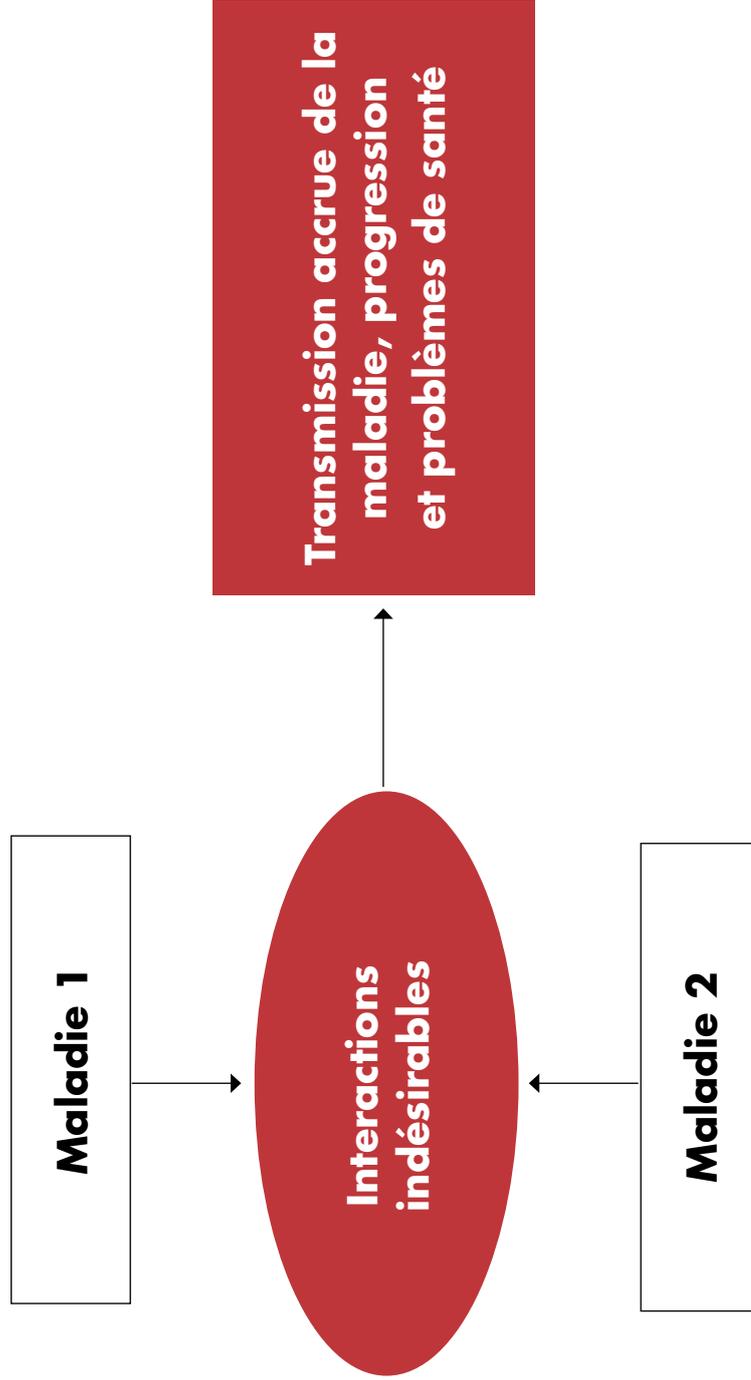
Tiré de The Lancet Vol 389 March 4 2017 and Resilience, Syndemic Factors, and serosorting behaviours among HIV positive and HIV negative substance using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193-205. Steven Kurtz et al.

Modèle de production syndémique : santé des gays et autres HSH

Adapté de : Stall, Friedman et Catania 2008



Modèle syndémique de base
The Lancet



Maintenant que vous avez pris connaissance des informations sur les modèles de production syndémiques et que vous avez vu à la fois le modèle simple et le modèle spécifique, votre tâche consiste à identifier ce que vous pensez être des facteurs communs qui peuvent affecter ou influencer les HSH et à les noter, p. ex. homophobie ou homonégativité intériorisée. Nous vous encourageons à « décomposer » certains des facteurs les plus importants, tels que la santé mentale, en ce que vous pensez être des problèmes liés à la santé mentale, p. ex. la dysmorphie du corps, etc. Un temps de 15 minutes est suffisant pour réaliser cet exercice.

Une fois les 15 minutes écoulées, prenez le temps de voir si vous pouvez associer les facteurs que vous avez suggérés pour créer/fournir un modèle syndémique (utilisez le modèle déjà identifié pour susciter la réflexion) et dessinez les schémas reliant les facteurs. Vous avez 15 minutes supplémentaires pour exécuter cette partie de l'exercice.

La dernière étape consiste à envisager ce que vous pourriez faire pour intervenir, soit en pensant à une nouvelle intervention, soit en identifiant une intervention que vous connaissez déjà ou que vous utilisez. Vous avez 15 minutes supplémentaires pour exécuter cette partie de l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Reconnaître les systèmes complexes liés à la santé et la façon dont ils peuvent être traités

Domaine/groupe d'étude :

Combattre la stigmatisation et la discrimination

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Avoir une bonne connaissance des facteurs qui nuisent à la santé sexuelle des gays et autres HSH et être capable de planifier une approche systémique globale de la santé de ces populations, en utilisant des services de santé, publics et communautaires en général. Cet exercice permet aux participants d'acquérir des connaissances sur ce qu'est une « approche systémique globale », d'explorer les différents aspects et d'intégrer la santé sexuelle des gays et autres HSH dans une « approche systémique globale » adaptée au public cible.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront acquis des connaissances sur une approche holistique des systèmes et sur la manière de concevoir des interventions et des initiatives intégrées dans ce modèle.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez et développez vos connaissances sur les « silos de maladies » et la « pensée cloisonnée » dans la section « Informations supplémentaires » et dans les supports de formation en ligne.
- ✓ Identifiez des exemples concrets locaux ou nationaux de silos de maladies
- ✓ Identifiez (si vous le pouvez) des exemples de travail décloisonné ou d'approches holistiques
- ✓ Lisez les informations de l'enquête EMIS de 2010 sur « Une meilleure vie sexuelle ».



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 N'oubliez pas que les liens entre ces concepts et la stigmatisation/discrimination fonctionnent. L'une des raisons pour lesquelles une approche systémique globale peut ne pas être envisagée tient aux méthodes « traditionnelles » de travail dans ce « silo », c'est-à-dire que les services de lutte contre la toxicomanie s'adressent principalement aux consommateurs d'opiacés par injection et qu'ils ont peu d'expérience en ce qui concerne la consommation des autres drogues récréatives ou les problématiques des gays et autres HSH.

Méthode : (40 minutes)

- 1 Présentez le sujet des « Approches systémiques globales » et présentez les informations contenues dans les diapositives PowerPoint sur ce qui est défini comme une approche systémique globale - les liens entre les services et les initiatives. Présentez les diapositives expliquant la « pensée cloisonnée » et les « silos de maladies ».



Définition des approches systémiques globales

Les approches systémiques globales impliquent l'identification des différentes composantes d'un système et l'évaluation de la nature des liens et des relations qui existent entre chacune d'elles.



Pensée cloisonnée (« en silo »)

Les maladies et les problèmes de santé sont généralement étudiés dans des silos séparés.

Cela signifie qu'ils sont considérés individuellement et de manière linéaire plutôt que de reconnaître les éventuels chevauchements qui pourraient affecter le changement. (Schéma ici, une fois les textes approuvés)

La santé n'est pas un phénomène isolé avec des frontières claires. Elle est influencée par des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux.



Silos de maladies

Les maladies et les problèmes de santé ont des causes multiples, notamment sociales, économiques et environnementales. Ils sont étroitement liés aux maladies auxquelles vous pouvez être génétiquement prédisposé(e), ainsi qu'à votre capacité à prendre soin de votre santé, et ces deux éléments évoluent avec le temps.

Les systèmes de santé défient toute représentation simple. Un cadre holistique est nécessaire pour appréhender les multiples maladies et problèmes de santé et la manière dont ils interagissent dans une approche unifiée. Il est important de ne pas se concentrer sur un seul « silo », à savoir les comportements.

- 2 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 membres et demandez-leur de dresser une liste des problèmes de santé sexuelle rencontrés par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, en notant leurs suggestions sur un paperboard. Ils ont 15 minutes pour réaliser cette tâche.
- 3 Une fois ce délai écoulé, réunissez les petits groupes en un seul grand groupe. Présentez la ou les PowerPoint contenant les informations de l'enquête EMIS de 2010 sur « une meilleure vie sexuelle ». Rappelez au groupe le travail déjà effectué sur la stigmatisation et la discrimination qui pourraient affecter la capacité des gays et autres HSH à vivre la meilleure vie sexuelle possible, c.-à-d. l'accès aux préservatifs ou à la PrEP, la consommation de drogue pour surmonter leur honte ; la capacité de rencontrer de nouveaux partenaires en raison de la fermeture des lieux de rencontre ou des applications de rencontre en ligne.
- 4 Encouragez les groupes à prendre en compte d'autres problèmes auxquels certains gays et autres HSH sont confrontés, tels que la consommation problématique d'alcool et de drogues, la solitude, etc.



EMIS 2010 : Composantes d'une « meilleure vie sexuelle » (pour les HSH)

- Formation relationnelle
- Lien affectif/sexuel avec le partenaire sexuel
- Quantité et variété (des contacts sexuels)
- Acte/comportement sexuel (actes sexuels spécifiques)
- Exempt de préjugés physiques
- Caractéristiques physiques idéalisées (du ou des partenaires)
- Surmonter les barrières psychologiques et sociales (avoir confiance en soi ou s'affirmer ; apprécier le sexe sans stresser)
- Lieux ou espaces physiques
- Je ne sais pas...



EMIS 2010

« Le contenu de ces réponses peut également refléter le désir, largement partagé par les HSH célibataires, d'avoir un partenaire stable, et les besoins sociaux et communautaires qui alimentent ce désir. »

« Les relations affectives sérieuses sont la caractéristique la plus fréquemment valorisée. Par conséquent, les programmes visant à améliorer la qualité de la vie sexuelle des HSH devraient se concentrer sur les aspects et les capacités émotionnels/affectifs et relationnels, parallèlement aux sujets sécuritaires et techniques qui sont les plus couramment abordés. »

L'enquête EMIS montre que 47 % des HSH en moyenne sont mécontents de leur vie sexuelle dans leur pays.

Les avantages :

- Réduire l'insatisfaction sexuelle est en soi un objectif louable.
- La prévention du VIH est renforcée si elle n'est pas en concurrence directe avec ce que les HSH recherchent dans leur vie sexuelle.
- Une « bonne » vie sexuelle est associée positivement à un traitement efficace du VIH.

- 5 Demandez aux membres du groupe de reformer les petits groupes dans lesquels ils se trouvaient et de considérer maintenant ces nouvelles informations conjointement à la liste des problèmes de santé sexuelle qu'ils ont créée et des informations qui leur ont été fournies sur l'approche systémique globale. Rappelez le travail déjà effectué sur la syndémie si vous avez précédemment réalisé cet exercice avec le groupe.
- 6 Leur tâche est d'identifier les domaines dans lesquels ils pourraient intervenir ou soutenir l'utilisation de services autres que leurs propres services, et de développer un maximum de 2 initiatives (donc 1 ou 2) pouvant alimenter une approche systémique globale, p. ex. la mise en place de services de soutien/d'information aux toxicomanes sur la dépendance au ChemSex parallèlement aux services de santé sexuelle et de lutte contre la toxicomanie
- 7 Encouragez les groupes à discuter de ces problèmes sur le plan personnel et organisationnel et à envisager le développement d'une initiative « retour aux sources », comme la distribution/l'utilisation de préservatifs, ainsi que sur un autre problème, et de réfléchir à des services se trouvant en dehors de leur zone de confort, comme le Service dans les prisons. Ils ont 20 minutes pour réaliser cette tâche.

Ouvrir la voie aux commentaires :



L'animateur demande aux groupes, chacun à leur tour, d'examiner l'une de leurs initiatives : « qu'est-ce que c'est ? », « comment ils espèrent avoir un effet sur la santé ou le comportement des gays et autres HSH ? » et « comment cela s'intègre dans l'approche systémique globale ? ».

Informations supplémentaires :



« Les approches systémiques globales impliquent l'identification des différentes composantes d'un système et l'évaluation de la nature des liens et des relations qui existent entre chacune d'elles.



Les approches systémiques globales sont un moyen utile d'examiner la participation car :

- Les organisations doivent changer à tous les niveaux, de la direction au personnel de première ligne, si elles veulent parvenir à une participation significative.
- La participation devrait devenir une pratique quotidienne et non une activité ponctuelle.
- La participation intervient à différents niveaux. Il existe de nombreuses manières d'impliquer les utilisateurs de services dans les différents types de décisions. (Kirby et coll., 2003b, p144-145)



Wright et coll. (2006) suggèrent que les différents éléments de la participation peuvent être rassemblés dans un cadre unique, un peu comme un puzzle. Il s'agit d'un exemple d'une approche systémique complète utilisée pour illustrer le concept. Dans la section PRACTICE [entraînement], les termes « les enfants et les jeunes » peuvent être remplacés par « les personnes », « les clients » ou « les utilisateurs/utilisateurs de services », c'est-à-dire toute personne susceptible de participer. »

Approches systémiques globales et santé

Tiré de : Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy [analyse des systèmes complexes : vers des approches holistiques pour la planification et les politiques des systèmes de santé] Babak Pourbohloul a & Marie-Paule Kiény

« Les maladies et les problèmes de santé sont généralement étudiés dans des silos séparés. Des politiques visant à réduire le taux de morbidité et de mortalité sont développées au sein de chaque « silo de maladies ». Dans de nombreuses régions du monde, il n'existe toujours pas d'évaluation systématique des programmes de lutte contre les maladies ou des programmes de santé, ce qui nuit aux efforts déployés pour attribuer efficacement les ressources limitées. La santé n'est pas un phénomène isolé avec des frontières claires.

Les maladies et les problèmes de santé ont des causes multiples, notamment sociales. Ils sont étroitement liés à l'inné et l'acquis, et ils évoluent avec le temps. Les systèmes de santé défient toute représentation simple. Ils appellent à de nouvelles façons de penser pour améliorer notre capacité à prévoir et à contrôler les résultats de santé pour les individus et pour la population. Un cadre holistique est nécessaire pour appréhender les maladies et les troubles de santé disparates et leurs relations complexes dans une plateforme unifiée. Ces cadres sont développés en utilisant une analyse de réseau complexe.

Les systèmes complexes sont composés de réseaux d'éléments interconnectés qui s'influencent mutuellement, souvent de manière non linéaire. Que nous fassions référence à un écosystème ou à un système de santé, nous devons reconnaître les interactions au sein de ces systèmes et entre eux.

Un système de santé comprend toutes les organisations, personnes et actions dont le but premier est de promouvoir, rétablir ou maintenir la santé. La mise à disposition de services de santé optimaux dépend essentiellement de l'incidence et de la prévalence des maladies infectieuses ou chroniques, des déterminants sociaux et des ressources disponibles. En tant que tels, qu'ils soient mondiaux ou locaux, les systèmes de santé sont des réseaux complexes qui s'infiltrent dans toutes les dimensions de la santé humaine.

Au niveau de la société, l'interaction sociale est à la base de la propagation des agents pathogènes, de la grippe au VIH/SIDA, ou des comportements individuels, de l'obésité à la consommation de drogues illicites.

Au niveau institutionnel, l'interaction complexe entre les organisations nationales et internationales est la base de la conception et de la mise en œuvre des décisions de politique en matière de gouvernance, d'allocation de personnel, de services et de technologies, de partage de l'information et de répartition des ressources.

Au niveau moléculaire, plusieurs maladies ont une origine génétique ou fonctionnelle commune. Il est donc nécessaire d'avoir une approche coopérative et collaborative pour la conception des interventions de santé. »

¹Silos et silos de maladies = penser individuellement et linéairement plutôt que de prendre en compte les multiples agences et les nombreuses approches des agences, ainsi que les problèmes et/ou les effets des maladies.

Support de formation en ligne

Combattre la stigmatisation et la discrimination

Reconnaître les systèmes complexes liés à la santé et la façon dont ils peuvent être traités. (Approches systémiques globales)

Babak Pourbohloul and Marie-Paule Kieny

Les approches systémiques globales impliquent l'identification des différentes composantes d'un système et l'évaluation de la nature des liens et des relations qui existent entre chacune d'elles.

« Les maladies et les problèmes de santé sont généralement étudiés dans des silos séparés. Des politiques visant à réduire la morbidité et la mortalité sont développées au sein de chaque « silo de maladies »¹. Dans de nombreuses régions du monde, il n'existe toujours pas d'évaluation systématique des programmes de lutte contre les maladies ou des programmes de santé, ce qui nuit aux efforts déployés pour attribuer efficacement des ressources déjà maigres. La santé n'est pas un phénomène isolé avec des frontières claires.

Les maladies et les problèmes de santé ont des causes multiples, notamment sociales. Ils sont étroitement liés à l'inné et l'acquis, et ils évoluent avec le temps. Les systèmes de santé défient toute représentation simple. Ils nécessitent de nouvelles façons de penser afin d'améliorer notre capacité à prévoir et à contrôler les résultats de santé pour les individus et la population. Un cadre holistique est nécessaire pour appréhender les maladies et les troubles de santé disparates et leurs relations complexes dans une plateforme unifiée. Ces cadres sont développés en utilisant une analyse de réseau complexe.

Les systèmes complexes sont composés de réseaux d'éléments interconnectés qui s'influencent mutuellement, souvent de manière non linéaire. Que nous fassions référence à un écosystème ou à un système de santé, nous devons reconnaître les interactions au sein de et entre ces systèmes.

Un système de santé comprend toutes les organisations, personnes et actions dont le but premier est de promouvoir, rétablir ou maintenir la santé. La mise en place de services de santé optimaux dépend essentiellement de l'incidence et de la prévalence des maladies infectieuses ou chroniques, des déterminants sociaux et des ressources disponibles. En tant que tels, qu'ils soient mondiaux ou locaux, les systèmes de santé sont des réseaux complexes qui s'infiltreront dans toutes les dimensions de la santé humaine.

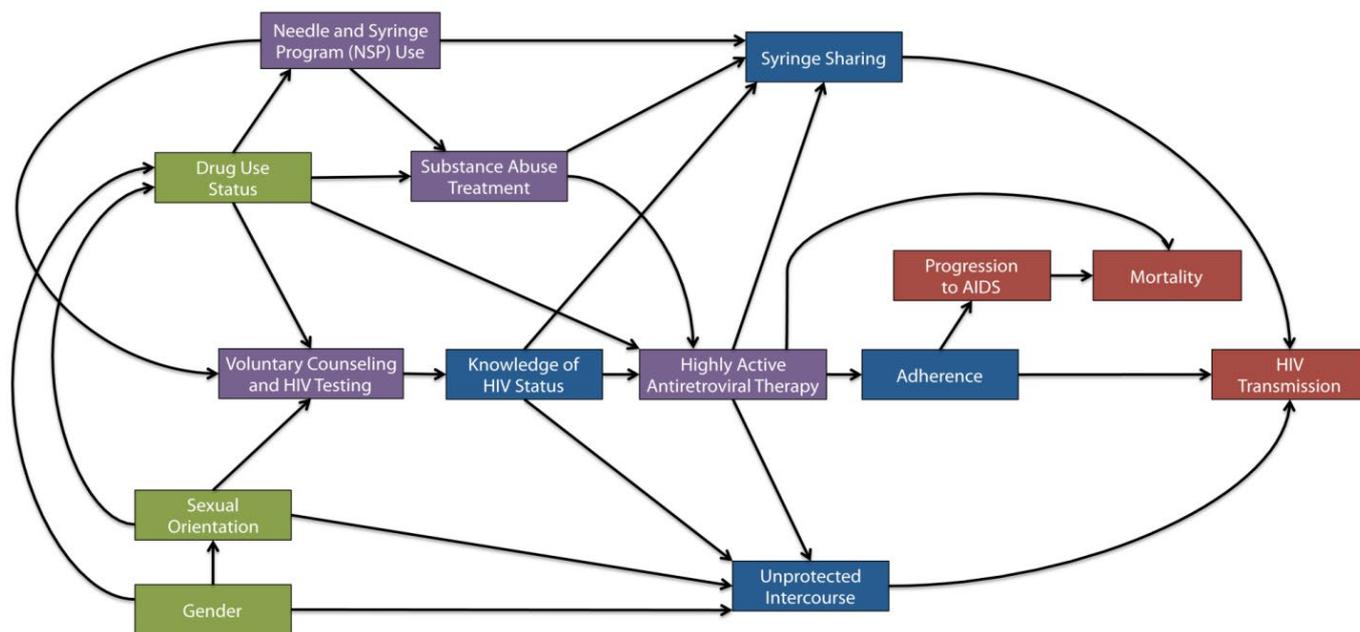
Au niveau de la société, l'interaction sociale est à la base de la propagation des agents pathogènes, de la grippe au VIH/SIDA, ou des comportements individuels, de l'obésité à la consommation de drogues illicites.

Au niveau institutionnel, l'interaction complexe entre les organisations nationales et internationales est la base de la conception et de la mise en œuvre des décisions de politique en matière de gouvernance, d'allocation de personnel, de services et de technologies, de partage de l'information et de répartition des ressources.

Au niveau moléculaire, plusieurs maladies ont une origine génétique ou fonctionnelle commune. Il est donc nécessaire d'avoir une approche coopérative et collaborative pour la conception des interventions de santé. »

¹Silos et silos de maladies = penser individuellement et linéairement plutôt que de prendre en compte les multiples agences et les nombreuses approches des agences, ainsi que les problèmes et/ou les effets des maladies.

Modèle d'une approche systémique globale pour le VIH



Needle and Syringe Program (NPS) Use	Utilisation du programme d'échange d'aiguilles et de seringues (NPS)
Drug Use Status	Statut vis-à-vis de la consommation de drogue
Voluntary Counseling and HIV Testing	Dépistage du VIH et soutien psychologique volontaires
Sexual Orientation	Orientation sexuelle
Gender	Genre/sexe
Substance Abuse Treatment	Traitement contre la toxicomanie
Knowledge of HIV Status	Connaissance du statut VIH
Syringe Sharing	Partage de seringues
Highly Active Antiretroviral Therapy	Traitement antirétroviral très actif
Unprotected Intercourse	Rapport sexuel non protégé
Progression of AIDS	Progression du SIDA
Adherence	Adhésion
Mortality	Mortalité
HIV Transmission	Transmission du VIH

Maintenant que vous avez lu toutes ces informations, votre tâche consiste à dresser une liste des problèmes de santé sexuelle rencontrés par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, en notant vos suggestions sur une feuille de papier. Vous disposez de 15 minutes pour réaliser cette tâche.

Une fois terminé, prenez connaissance des informations suivantes concernant ce que les HSH considèrent comme nécessaire pour avoir une « une meilleure vie sexuelle » (informations tirées du rapport EMIS 2010).

EMIS 2010 : Composantes d'une « meilleure vie sexuelle » (pour les HSH)

- Formation relationnelle
- Lien affectif/sexuel avec le partenaire sexuel
- Quantité et diversité (des contacts sexuels)
- Acte/comportement sexuel (actes sexuels spécifiques)
- Exempt de préjugés physiques
- Caractéristiques physiques idéalisées (du ou des partenaires)
- Surmonter les barrières psychologiques et sociales (avoir confiance en soi ou s'affirmer ; apprécier le sexe sans stresser)
- Lieux ou espaces physiques
- Je ne sais pas...

« Le contenu de ces réponses peut également refléter le désir, largement partagé par les HSH célibataires, d'avoir un partenaire stable, et les besoins sociaux et communautaires qui alimentent ce désir. »

« Les relations affectives sérieuses sont la caractéristique la plus fréquemment valorisée. Par conséquent, les programmes visant à améliorer la qualité de la vie sexuelle des HSH devraient se concentrer sur les aspects et les capacités émotionnels/affectifs et relationnels, parallèlement aux sujets techniques et touchant à la sécurité qui sont les plus couramment abordés. »

L'enquête EMIS montre que 47 % des HSH en moyenne sont mécontents de leur vie sexuelle dans leur pays.

Les avantages...

- Réduire l'insatisfaction sexuelle est en soi un objectif louable.
- La prévention du VIH est renforcée si elle n'est pas en concurrence directe avec ce que les HSH recherchent dans leur vie sexuelle.
- Une vie sexuelle satisfaisante est associée positivement à un traitement efficace du VIH.

Maintenant que vous avez lu ces informations de l'enquête EMIS de 2010, considérez-les conjointement aux notes que vous avez déjà écrites sur les problèmes de santé sexuelle des HSH et aux informations que vous avez lues sur les approches systémiques globales.

Votre tâche est maintenant d'identifier les domaines dans lesquels ils pourraient intervenir ou soutenir l'utilisation de services autres que leurs propres services, et de développer un maximum de 2 initiatives (donc 1 ou 2) pouvant alimenter une approche systémique globale, p. ex. la fourniture de services de soutien/d'information aux toxicomanes sur la dépendance au ChemSex dans des services médicaux.

Nous vous encourageons à réfléchir à ces problèmes à la fois sur le plan personnel et sur le plan organisationnel. Il peut être utile d'envisager également de développer une initiative de « retour aux sources », comme la distribution/l'utilisation de préservatifs, ainsi que sur un autre problème, et de réfléchir à des services se trouvant en dehors de leur zone de confort, comme le Service dans les prisons.

2.1.4 Travailler en partenariat

Titre informel de l'exercice :

Identifier et développer les bonnes pratiques pour travailler en partenariat avec les services de santé publics et communautaires

Domaine/groupe d'étude :

Travailler en partenariat



Objectif et/ou but de l'exercice :

Comprendre et développer les connaissances des participants sur les partenariats entre les services publics et communautaires qui travaillent avec les gays et autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront identifié certaines des raisons pour travailler en partenariat et les approches, les étapes et les pratiques nécessaires pour créer des partenariats fructueux.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Fiche « Éléments de partenariat efficace », une pour chaque participant.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Identifiez tous les partenariats locaux existant entre les services de santé publics et les services de santé communautaires qui peuvent être utilisés comme exemples, si nécessaire.
- ✓ Lisez la section sur les avantages et les risques des partenariats dans la section Informations supplémentaires ci-dessous et dans le module de formation en ligne pour faciliter les discussions entre participants.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Incitez les membres du groupe à utiliser leurs connaissances et leur expérience en matière de partenariat pour éclairer leurs discussions.
- 💡 Préparez le paperboard avec les six questions sur le travail en partenariat avant de commencer l'exercice.
- 💡 Lisez la section « Informations supplémentaires » sur l'Échelle de participation d'Arnstein pour mieux comprendre la relation entre les partenariats et les déséquilibres de pouvoir. Ouvrez le lien http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf pour voir une image PDF à haute résolution de « l'échelle ».

Méthode : (40 minutes)

- 1 Présentez le sujet aux membres du groupe et demandez-leur de réfléchir à la question suivante :
 - « Quand et pourquoi voudriez-vous établir un partenariat entre les services de santé publics et les services de santé communautaires ? »
- 2 Le facilitateur doit noter les suggestions évoqués lors du brainstorming sur le paperboard.
- 3 Le facilitateur présente les PowerPoint qui contiennent les informations sur les partenariats, les approches suggérées et les conditions nécessaires à l'établissement d'un partenariat fructueux.



Éléments de partenariats efficaces

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.



Éléments de partenariats efficaces

- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres établit un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

- 4 Divisez le groupe en petits groupes d'environ 5 ou 6 membres. Si vous le jugez utile, vous pouvez suggérer que les personnes travaillant pour la même organisation ou dans le même type d'organisation travaillent ensemble pour réaliser cette tâche.
- 5 Au cours de leurs discussions, demandez aux groupes :
 - D'identifier une idée pour une intervention que vous jugez appropriée dans le cadre d'un partenariat entre une organisation de santé publique et une organisation de santé communautaire. Quels sont les avantages à travailler en partenariat et qui fonctionneraient pour votre idée d'intervention ?
 - Comment peut-on développer une vision commune de votre intervention ?
 - Quelles sont les principales étapes de votre intervention qui permettraient d'assurer sa mise en place ?
 - Comment pouvez-vous gérer les conflits d'intérêts qui pourraient survenir entre le public cible de votre intervention et l'organisme de santé publique ou communautaire impliqué dans le projet ?
 - Comment maintiendriez-vous la communauté si l'intervention vise un « acteur clé » en particulier dans le travail en partenariat ?
 - Selon vous, quels sont les « risques » qui pourraient être associés aux partenariats de santé entre les organismes publics et communautaires ? Comment pourriez-vous réduire ces risques ?
- 6 Demandez aux groupes de prendre des notes lors de leurs discussions sur ces six questions, en faisant particulièrement attention aux avantages et aux risques pour les organisations impliquées et pour la communauté à laquelle le travail est destiné. Ils ont 20 minutes pour en discuter.

Ouvrir la voie aux commentaires : (20 minutes)

-  Demandez aux groupes, chacun à leur tour, de partager leurs principales réflexions sur leurs approches et les problèmes liés à la création de leur(s) partenariat(s).
-  Soulignez toutes les différences dans les approches adoptées. Demandez au groupe pourquoi ces différences peuvent être nécessaires, qui a le plus de « pouvoir » dans le partenariat proposé, par exemple.
-  Demandez au groupe s'il a des idées supplémentaires sur le travail en partenariat une fois qu'il a entendu tous les commentaires des groupes. Lorsque les commentaires s'épuisent, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



Partenariats efficaces :

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis.

L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.
- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services.

Il est facile de sous-estimer les difficultés du travail en collaboration. Les partenariats doivent asseoir leur légitimité aux yeux de la population locale et permettre au secteur bénévole, aux communautés et aux groupes d'utilisateurs de participer pleinement aux initiatives. Ils doivent également faire participer les cadres intermédiaires et le personnel de première ligne des agences publiques.

Les partenariats doivent également mettre au point des accords transversaux efficaces entre organisations qui peuvent gérer plusieurs niveaux de responsabilité pour créer un véritable travail collaboratif. Ils doivent également définir des objectifs de changement significatifs, mais réalistes, et démontrer les réalisations et les améliorations. »

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press.



L'échelle de participation d'Arnstein :

Sherry R. Arnstein: 'A Ladder of Citizen Participation' Journal of the American Planning Association, Vol 35, No. 4, July 1969, pp 216-224

« L'échelle aide à voir qui a le pouvoir lorsque des décisions importantes sont prises. On l'utilise encore aujourd'hui parce qu'il est toujours nécessaire de combattre les processus qui refusent de considérer tout ce qui vient du bas de l'échelle. L'échelle est lue de bas en haut, en commençant par le numéro 1 et en montant les échelons jusqu'au numéro 8 (voir le PDF). Voici comment David Wilcox décrit les 8 échelons de l'échelle sur www.partnerships.org.uk/part/arn.htm

- 1 Manipulation et 2 Thérapie.** Ces deux échelons sont non participatifs. L'objectif est de guérir ou d'éduquer les participants. Le plan proposé est idéal, et le travail de participation consiste à obtenir le soutien du public par le biais des relations publiques.
- 3 Informer.** Un premier échelon très important pour légitimer la participation. Mais trop souvent, l'accent est mis sur un flux d'information à sens unique sans canal pour les retours d'information.
- 4 Consultation.** Encore un échelon légitime ; comprend les interventions comme les enquêtes sur les attitudes, les réunions de quartier et les enquêtes publiques. Mais Arnstein pense toujours qu'il ne s'agit que d'un rituel de façade.
- 5 Apaisement.** Par exemple, la cooptation de « notables » triés sur le volet dans des comités. Il permet aux citoyens de conseiller ou de planifier ad infinitum, mais laisse aux « détenteurs du pouvoir » le droit de juger de la légitimité ou de la faisabilité du conseil donné.
- 6 Partenariat.** Le pouvoir est en fait redistribué par la négociation entre les citoyens et les détenteurs du pouvoir. Les responsabilités en matière de planification et de prise de décisions sont partagées, p. ex. par les comités mixtes.
- 7 Délégation.** Les citoyens détiennent une majorité claire de sièges dans les comités dotés de pouvoirs délégués pour prendre des décisions. Le public peut désormais exiger que le programme lui rende des comptes.
- 8 Contrôle citoyen.** Les « laissés pour compte » s'occupent de la planification, de l'élaboration des politiques et de la gestion d'un programme, p. ex. une entreprise de proximité sans intermédiaire entre elle et la source des fonds. »

Support de formation en ligne

Travailler en partenariat

Identifier et développer les bonnes pratiques pour travailler en partenariat avec les services de santé publics et communautaires

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partenariats efficaces

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis.

L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

Leadership et vision : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.

Organisation et participation : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.

Élaboration et coordination de stratégies : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.

Apprentissage et développement : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.

Ressources : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.

Évaluation et examen : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services.

Une autre façon d'aborder ces éléments est la suivante :

Leadership

Un leadership efficace implique :

- de développer et communiquer une vision partagée
- d'incarner et promouvoir l'appropriation et l'engagement au partenariat et ses objectifs
- d'être attentif aux facteurs et aux relations dans l'environnement extérieur qui pourraient affecter le partenariat

Organisation

Des systèmes clairs et efficaces sont nécessaires pour :

- la participation du public aux processus et à la prise de décision du partenariat
- la flexibilité dans les conditions de travail
- la gestion transparente et efficace du partenariat
- la communication de diverses manières et à des moments qui peuvent être faciles à comprendre, à interpréter et à appliquer

Stratégie

Le partenariat doit mettre en œuvre sa mission et sa vision via une stratégie claire et informée par les communautés locales et les autres parties prenantes et qui se concentre sur :

- le développement stratégique pour convenir des priorités et définir les objectifs des résultats
- le partage des informations et l'évaluation des progrès et des réalisations
- un processus continu d'action et de révision

Apprentissage

Les organisations partenaires ont besoin d'attirer, de gérer et de développer les talents pour exploiter pleinement leurs connaissances et leur potentiel :

- en valorisant les personnes comme une ressource première
- en développant et en appliquant les connaissances et les compétences
- en soutenant l'innovation

Ressources

La contribution et l'utilisation partagée des ressources, y compris :

- la construction et le renforcement du capital social*
- la gestion et la mise en commun des ressources financières
- l'exploitation des informations
- l'utilisation appropriée des technologies de l'information et de la communication

Programmes

Les partenaires cherchent à développer des programmes coordonnés et des services intégrés qui s'agencent bien. Cela nécessite de veiller à :

- réaliser de la plus-value à partir de la planification commune
- fournir des prestations ciblées
- un contrôle et un examen réguliers

Il est facile de sous-estimer les difficultés du travail en collaboration. Les partenariats doivent asseoir leur légitimité aux yeux de la population locale et permettre au secteur bénévole, aux communautés et aux groupes d'utilisateurs de participer pleinement aux initiatives. Ils doivent également faire participer les cadres intermédiaires et le personnel de première ligne des agences publiques.

Les partenariats doivent également mettre au point des accords transversaux efficaces entre organisations qui peuvent gérer plusieurs niveaux de responsabilité pour créer un véritable travail collaboratif. Ils doivent également définir des objectifs de changement significatifs, mais réalistes, et démontrer les réalisations et les améliorations. »

Qu'est-ce que le capital social ?

« Au cours des dix dernières années, la notion selon laquelle des facteurs sociaux, psychologiques, économiques et contextuels ont un impact significatif sur la santé des individus et des communautés s'est répandue à mesure que la base de connaissances s'est enrichie. Dans le même temps, la popularité et l'utilisation des modèles individuels de comportements et de résultats en matière de santé ont diminué dans la santé publique et les campagnes de promotion de la santé. Dans ce contexte, le capital social est apparu comme un concept ayant le potentiel de mieux articuler la relation entre la santé et ses facteurs déterminants les plus généraux.

Le capital social peut être décrit globalement comme les ressources au sein d'une communauté qui créent une organisation familiale et sociale. Ces ressources, qui sont issues d'activités telles que l'engagement civique, l'aide sociale ou l'engagement social, profitent aux individus, mais elles sont développées par rapport à et avec d'autres personnes, par exemple au sein de groupes ou de communautés. Les concepts clés du concept qui sont souvent utilisés (et à des fins diverses) comme des indicateurs, incluent les relations sociales, l'appartenance à un groupe, les normes partagées, la confiance, les réseaux sociaux formels et informels, la réciprocité et l'engagement civique.

Pour illustrer les caractéristiques de communautés où le capital social est abondant, Campbell et coll. (1999) donnent les exemples suivants :

- Les individus se sentent obligés d'aider les autres et les personnes dans le besoin, ce qui est représenté par un réseau dense et personnel de soutien qui relie les individus, les ménages et les groupes de pairs.
- Il existe une volonté et une capacité à utiliser les ressources communautaires, notamment celles fournies par l'État, comme en témoigne l'utilisation des systèmes de services de santé institutionnalisés.
- Les individus manifestent plus de confiance et moins de peur dans leurs interactions avec les autres membres de la communauté, ce qui se manifeste par exemple par des attitudes positives à l'égard des interactions personnelles, l'utilisation des équipements collectifs, le sentiment « d'appartenance » à la communauté.

La relation entre le capital social et la santé (intersectionnalités/syndémies)

Mais quel est le lien entre le capital social et la santé ? En général, les populations les plus défavorisées et les plus pauvres sont en très mauvaise santé. Par exemple, Kawachi (1996) a constaté dans des études prospectives portant sur des travailleurs masculins aux États-Unis que les hommes les moins impliqués dans les réseaux sociaux couraient un risque significativement plus élevé de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Cooper et coll. (1999) ont constaté que les femmes vivant dans des quartiers défavorisés du Royaume-Uni où elles étaient perçues comme ayant un degré élevé de capital social étaient moins susceptibles de fumer, après prise en compte des difficultés matérielles et des facteurs socio-économiques.

Campbell et coll. suggèrent que certains éléments du concept original de capital social de Putnam (en particulier la confiance et l'engagement civique) pourraient être plus bénéfiques pour la santé que d'autres éléments. Dans cette étude, les communautés et les réseaux se sont révélés d'un modèle plus complexe et plus structuré en couches que celui défini par des frontières géographiques telles que la rue ou le quartier. Des différences importantes ont été constatées au sein des communautés dans la manière dont les éléments de capital social ont été créés, maintenus et obtenus. Il existait également de nettes différences entre les types de

réseaux communautaires que les hommes et les femmes ont créés et utilisés dans leur vie quotidienne, ainsi que dans les types de soutien qu'ils donnaient et recevaient de ces réseaux. Les constructions individuelles de la santé et les relations avec la communauté semblaient varier selon le genre/sexe, l'appartenance ethnique et l'étape de la vie. Ces résultats concordent avec les travaux plus généraux sur les inégalités en matière de santé, qui permettent d'observer des tendances claires dans les résultats et les comportements de santé, ventilés par genre/sexe, appartenance ethnique, étape de la vie et revenu.

Campbell et coll. (1999) ont suggéré que des degrés élevés de capital social pourraient servir de « tampon » aux communautés défavorisées, les protégeant ainsi de certains des pires effets de la précarité. D'autres ont fait le lien entre la précarité et la santé via les concepts psychologiques d'auto-efficacité et de stress, avec les personnes plus défavorisées socio-économiquement qui contrôlent le moins leur vie et leur environnement professionnel, qui subissent davantage de stress et qui sont, en conséquence, en mauvaise santé.

L'échelle de participation d'Arnstein :

Sherry R. Arnstein: 'A Ladder of Citizen Participation', Journal of the American Planning Association, Vol 35, No. 4, July 1969, pp 216-224

« L'échelle aide à voir qui détient le pouvoir lorsque des décisions importantes sont prises et à mieux comprendre la relation entre les partenariats et les déséquilibres de pouvoir. On l'utilise encore aujourd'hui parce qu'il est toujours nécessaire de combattre les processus qui refusent de considérer tout ce qui vient du bas de l'échelle. L'échelle est lue de bas en haut, en passant par les différentes étapes (voir PDF). Voici comment David Wilcox décrit les 8 échelons de l'échelle sur www.partnerships.org.uk/part/arn.htm

- 1 Manipulation et 2 Thérapie.** Ces deux échelons sont non participatifs. L'objectif est de guérir ou d'éduquer les participants. Le plan proposé est idéal, et le travail de participation consiste à obtenir le soutien du public par le biais des relations publiques.
- 3 Informer.** Un premier échelon très important pour légitimer la participation. Mais trop souvent, l'accent est mis sur un flux d'information à sens unique sans canal pour les retours d'information.
- 4 Consultation.** Encore un échelon légitime ; comprend les interventions comme les enquêtes sur les attitudes, les réunions de quartier et les enquêtes publiques. Mais Arnstein pense toujours qu'il ne s'agit que d'un rituel de façade.
- 5 Apaisement.** Par exemple, la cooptation de « notables » triés sur le volet dans des comités. Il permet aux citoyens de conseiller ou de planifier ad infinitum, mais laisse aux « détenteurs du pouvoir » le droit de juger de la légitimité ou de la faisabilité du conseil donné.
- 6 Partenariat.** Le pouvoir est en fait redistribué par la négociation entre les citoyens et les détenteurs du pouvoir. Les responsabilités en matière de planification et de prise de décisions sont partagées, p. ex. par les comités mixtes.
- 7 Délégation.** Les citoyens détiennent une majorité claire de sièges dans les comités dotés de pouvoirs délégués pour prendre des décisions. Le public peut désormais exiger que le programme lui rende des comptes.
- 8 Contrôle citoyen.** Les « laissés pour compte » s'occupent de la planification, de l'élaboration des politiques et de la gestion d'un programme, p. ex. une entreprise de proximité sans intermédiaire entre elle et la source des fonds. »

Ouvrez le lien http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf pour voir une image PDF à haute résolution de 'l'échelle'.

Votre tâche consiste maintenant à identifier un partenariat dont votre organisation fait partie, ou un partenariat que vous connaissez entre une organisation de santé publique et une organisation de santé communautaire.

En considérant ce partenariat, déterminez comment, selon vous, chacun des éléments décrits précédemment a été établi et ce qui vous semble ou ce qui pourrait être manquant. Identifiez quelques points pour chaque élément que vous examinez. Nous recommandons de limiter l'exercice à 30 minutes de travail au maximum car la liste pourrait être longue.

Pensez à la façon dont vous pourriez aborder un partenariat maintenant, connaissant ces éléments et la manière dont ils fonctionnent ensemble. Comment pourriez-vous établir votre approche pour garantir la création du meilleur partenariat possible, à la fois pour les partenaires et la communauté avec laquelle vous travaillez ?

Fiche de travail du participants: Travailler en partenariat

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partenariats efficaces

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis.

L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.
- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services. »

Titre informel de l'exercice :

Collaborer avec et entre des organisations LGBTQI+ et d'autres services

Domaine/groupe d'étude :

Travailler en partenariat

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'explorer la collaboration avec et entre des organisations LGBTQI+. Aider à réduire la stigmatisation et la discrimination en raison de l'orientation sexuelle et des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans différents établissements de santé et dans la communauté.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants comprendront mieux comment établir des partenariats avec et entre des organisations LGBTQI+. Identifier les éventuels obstacles, tels que les déséquilibres de pouvoir entre partenaires, ainsi que les avantages et les mécanismes de soutien nécessaires au bon fonctionnement des partenariats.



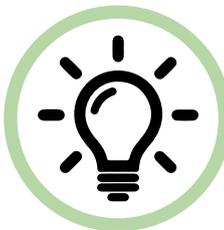
Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Fiche « Éléments de partenariat efficace », une pour chaque participant.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Identifiez tous les partenariats locaux existant entre des organisations LGBTQI+ et d'autres prestataires de services qui peuvent être utilisés comme exemples, si nécessaire.
- ✓ Lisez la section sur les avantages et les risques des partenariats dans la section Informations supplémentaires ci-dessous et dans le module de formation en ligne.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Incitez les membres du groupe à utiliser leurs connaissances et leur expérience en matière de partenariat pour éclairer leurs discussions.

Méthode : (60 minutes)

- 1 Présentez le sujet aux membres du groupe et demandez-leur de réfléchir à la question suivante :
 - « Quand et pourquoi voudriez-vous créer un partenariat entre une organisation LGBTQI+ et un autre prestataire de services ? »

Notez leurs réponses sur le paperboard si vous pensez que cela facilitera les discussions plus tard dans l'exercice.

- 2 Présentez ensuite au groupe les PowerPoint contenant les informations pour créer des partenariats de travail fructueux.



Éléments de partenariat efficace

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. La mise en place des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.



Éléments de partenariat efficaces

- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres établit un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

- 3 Demandez au groupe d'identifier et de partager des exemples de partenariats entre des organisations LGBTQI+ et d'autres organisations qu'ils connaissent ou dont ils ont fait partie, et notez leurs exemples sur le paperboard. Vous n'avez besoin que d'un ou deux exemples, trois au maximum.

- 4 Demandez aux groupes de partager leurs connaissances sur l'utilité ou le succès de ces exemples de travail en partenariat :

- Qu'est-ce qui les a rendus utiles et fructueux ?
- Le ou les partenariats ont-ils rencontré des difficultés ?

Si vous le pouvez, notez-les sur le paperboard et associez-le aux éléments efficaces des partenariats présentés dans les PowerPoint.

- 5 Si vous avez déjà fait l'exercice ou les exercices sur la compétence culturelle, vous pouvez rappeler au groupe les quatre éléments « prise de conscience, attitude, connaissance et compétence » qu'il serait utile de considérer lorsque l'on travaille avec un groupe marginalisé.

- 6 Divisez le groupe en petits groupes de 3 à 5 personnes. La tâche des petits groupes est de discuter des sujets suivants :

- Comment peut-on développer la « vision partagée » du projet ?
- Qu'est-ce que la compréhension de la stigmatisation et de la discrimination dont les gays et autres HSH sont victimes apporte au travail du partenariat ?
- Comment des différences dans la taille et le statut économique des agences impliquées pourraient-elles affecter les partenariats et leur travail ?
- Comment un partenariat de travail avec et entre des organisations LGBTQI+, y compris les personnes travaillant sur le projet, pourrait-il être soutenu efficacement ?
- Comment le processus d'évaluation et de révision pourrait-il soutenir le partenariat et la poursuite du projet ?
- Qu'est-ce qui pourrait aider à gérer les conflits qui surviennent au cours.

- 7 Informez les groupes qu'ils disposent de 30 à 40 minutes. Demandez-leur de noter les points intéressants de leur discussion sur un paperboard et de choisir les trois points les plus importants pour chaque question pour ensuite les commenter.

Ouvrir la voie aux commentaires : (30 minutes)

-  Lorsque le temps est écoulé, rappelez les petits groupes et reformez le grand groupe. Demandez aux groupes de commenter leurs trois points importants pour chacune des six questions, en traitant une question à la fois. Vous pouvez décider de les noter sur un paperboard (une feuille distincte par question) ou de demander aux groupes de placer leurs feuilles dans un espace dans la salle.
-  Nous procéderons de la même façon avec la deuxième question, puis la troisième et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les questions aient été traitées. Puis demandez au groupe de réfléchir afin de choisir les points les plus importants parmi ceux évoqués par tous les groupes. Essayez de n'en garder qu'un ou deux par question. Tous les points évoqués sont valables, et certains points pourraient être plus utiles à considérer dans un premier temps.
-  À la fin de cette discussion, il devrait y avoir quelques points importants qu'ils peuvent emporter avec eux et utiliser en discutant pour développer leurs propres partenariats. Informez les membres du groupe qu'ils disposent dans le module de formation en ligne d'informations supplémentaires sur la création de partenariats et la compréhension du « capital social », ainsi que sur la manière dont cela peut affecter les partenariats entre et avec les groupes minoritaires. Mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.



Partenariats efficaces

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis. L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.
- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.

- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services.

Il est facile de sous-estimer les difficultés du travail collaboratif. Les partenariats doivent asseoir leur légitimité aux yeux de la population locale et permettre au secteur bénévole, aux communautés et aux groupes d'utilisateurs de participer pleinement aux initiatives. Ils doivent également faire participer les cadres intermédiaires et le personnel de première ligne des agences publiques.

Les partenariats doivent également mettre au point des accords transversaux efficaces entre organisations qui peuvent gérer plusieurs niveaux de responsabilité pour créer un véritable travail collaboratif. Ils doivent également définir des objectifs de changement significatifs, mais réalistes, et démontrer les réalisations et les améliorations. »



Qu'est-ce que le capital social ?

« Au cours des dix dernières années, la notion selon laquelle des facteurs sociaux, psychologiques, économiques et contextuels ont un impact significatif sur la santé des individus et des communautés s'est répandue à mesure que la base de connaissances s'est enrichie. Dans le même temps, la popularité et l'utilisation des modèles individuels de comportements et de résultats en matière de santé ont diminué dans la santé publique et les campagnes de promotion de la santé. Dans ce contexte, le capital social est apparu comme un concept ayant le potentiel de mieux articuler la relation entre la santé et ses facteurs déterminants les plus généraux.

Le capital social peut être décrit globalement comme les ressources au sein d'une communauté qui créent une organisation familiale et sociale. Ces ressources, qui sont issues d'activités telles que l'engagement civique, l'aide sociale ou l'engagement social, profitent aux individus, mais elles sont développées par rapport à et avec d'autres personnes, par exemple au sein de groupes ou de communautés. Les concepts clés du concept qui sont souvent utilisés (et à des fins diverses) comme des indicateurs, incluent les relations sociales, l'appartenance à un groupe, les normes partagées, la confiance, les réseaux sociaux formels et informels, la réciprocité et l'engagement civique.

Pour illustrer les caractéristiques de communautés où le capital social est abondant, Campbell et coll. (1999) donnent les exemples suivants :

- ▶ Les individus se sentent obligés d'aider les autres et les personnes dans le besoin, ce qui est représenté par un réseau dense et personnel de soutien qui relie les individus, les ménages et les groupes de pairs.
- ▶ Il existe une volonté et une capacité à utiliser les ressources communautaires, notamment celles fournies par l'État, comme en témoigne l'utilisation des systèmes de services de santé institutionnalisés.
- ▶ Les individus manifestent plus de confiance et moins de peur dans leurs interactions avec les autres membres de la communauté, ce qui se manifeste par exemple par des attitudes positives à l'égard des interactions personnelles, l'utilisation des équipements collectifs, le sentiment « d'appartenance » à la communauté.



La relation entre le capital social et la santé

Mais quel est le lien entre le capital social et la santé ? En général, les populations les plus défavorisées et les plus pauvres sont en très mauvaise santé. Par exemple, Kawachi (1996) a constaté dans des études prospectives portant sur des travailleurs masculins aux États-Unis que les hommes les moins impliqués dans les réseaux sociaux couraient un risque significativement plus élevé de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Cooper et coll. (1999) ont constaté que les femmes vivant dans des quartiers défavorisés du Royaume-Uni où elles étaient perçues comme ayant un degré élevé de capital social étaient moins susceptibles de fumer, après avoir pris en compte les difficultés matérielles et les facteurs socio-économiques.

Campbell et coll. (1999) suggèrent que certains éléments du concept original de capital social de Putnam (en particulier la confiance et l'engagement civique) pourraient être plus bénéfiques pour la santé que d'autres éléments. Dans cette étude, les communautés et les réseaux se sont révélés d'un modèle plus complexe et plus structuré en couches que celui défini par des frontières géographiques telles que la rue ou le quartier. Des différences importantes ont été constatées au sein des communautés dans la manière dont les éléments de capital social ont été créés, maintenus et obtenus. Il existait également de nettes différences entre les types de réseaux communautaires que les hommes et les femmes ont créés et utilisés dans leur vie quotidienne, ainsi que dans les types de soutien qu'ils donnaient et recevaient de ces réseaux. Les constructions individuelles de la santé et les relations avec la communauté semblaient varier selon le genre/ sexe, l'appartenance ethnique et l'étape de la vie.

Ces résultats concordent avec les travaux plus généraux sur les inégalités en matière de santé, qui permettent d'observer des tendances claires en termes de résultats et de comportements de santé, ventilées par genre/ sexe, appartenance ethnique, étape de la vie et revenu.

Campbell et coll. (1999) ont suggéré que des degrés élevés de capital social pourraient servir de « tampon » aux communautés défavorisées, les protégeant ainsi de certains des pires effets de la précarité. D'autres ont fait le lien entre la précarité et la santé via les concepts psychologiques d'auto-efficacité et de stress, avec les personnes plus défavorisées socio-économiquement qui contrôlent le moins leur vie et leur environnement professionnel, qui subissent davantage de stress et qui sont, en conséquence, en mauvaise santé.

Tiré de: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell.
Open University Press.

Services de support en ligne

Travailler en partenariat

Collaboration avec et entre des organisations LGBTQI+ et d'autres services.

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partenariats efficaces

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis.

L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.
- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services. »

« Éléments clés pour un partenariat réussi

Leadership

Un leadership efficace implique :

- de développer et communiquer une vision partagée
- d'incarner et promouvoir l'appropriation et l'engagement au partenariat et ses objectifs
- d'être attentif aux facteurs et aux relations dans l'environnement extérieur qui pourraient affecter le partenariat

Organisation

Des systèmes clairs et efficaces sont nécessaires pour :

- la participation du public aux processus et à la prise de décision du partenariat
- la flexibilité dans les conditions de travail
- la gestion transparente et efficace du partenariat
- la communication de diverses manières et à des moments qui peuvent être faciles à comprendre, à interpréter et à appliquer

Stratégie

Le partenariat doit mettre en œuvre sa mission et sa vision via une stratégie claire et informée par les communautés locales et les autres parties prenantes et qui se concentre sur :

- le développement stratégique pour convenir des priorités et définir les objectifs des résultats
- le partage des informations et l'évaluation des progrès et des réalisations
- un processus continu d'action et de révision

Apprentissage

Les organisations partenaires ont besoin d'attirer, de gérer et de développer les talents pour exploiter pleinement leurs connaissances et leur potentiel :

- en valorisant les personnes comme une ressource première
- en développant et en appliquant les connaissances et les compétences
- en soutenant l'innovation

Ressources

La contribution et l'utilisation partagée des ressources, y compris :

- la construction et le renforcement du capital social*
- la gestion et la mise en commun des ressources financières
- l'exploitation des informations
- l'utilisation appropriée des technologies de l'information et de la communication

Programmes

Les partenaires cherchent à développer des programmes coordonnés et des services intégrés qui s'agencent bien. Cela nécessite de veiller à :

- réaliser de la plus-value à partir de la planification commune
- fournir des prestations ciblées
- un contrôle et un examen réguliers

Il est facile de sous-estimer les difficultés du travail en collaboration. Les partenariats doivent asseoir leur légitimité aux yeux de la population locale et permettre au secteur bénévole, aux communautés et aux groupes d'utilisateurs de participer pleinement aux initiatives. Ils doivent également faire participer les cadres intermédiaires et le personnel de première ligne des agences publiques.

Les partenariats doivent également mettre au point des accords transversaux efficaces entre organisations qui peuvent gérer plusieurs niveaux de responsabilité pour créer un véritable travail collaboratif. Ils doivent également définir des objectifs de changement significatifs, mais réalistes, et démontrer les réalisations et les améliorations. »

Qu'est-ce que le capital social ?

« Au cours des dix dernières années, la notion selon laquelle des facteurs sociaux, psychologiques, économiques et contextuels ont un impact significatif sur la santé des individus et des communautés s'est répandue à mesure que la base de connaissances s'est enrichie. Dans le même temps, la popularité et l'utilisation des modèles individuels de comportements et de résultats en matière de santé ont diminué dans la santé publique et les campagnes de promotion de la santé. Dans ce contexte, le capital social est apparu comme un concept ayant le potentiel de mieux articuler la relation entre la santé et ses facteurs déterminants les plus généraux. Le capital social peut être décrit globalement comme les ressources au sein d'une communauté qui créent une organisation familiale et sociale. Ces ressources, qui sont issues d'activités telles que l'engagement civique, l'aide sociale ou l'engagement social, profitent aux individus, mais elles sont développées par rapport à et avec d'autres personnes, par exemple au sein de groupes ou de communautés. Les concepts clés du concept qui sont souvent utilisés (et à des fins diverses) comme des indicateurs, incluent les relations sociales, l'appartenance à un groupe, les normes partagées, la confiance, les réseaux sociaux formels et informels, la réciprocité et l'engagement civique.

Pour illustrer les caractéristiques de communautés où le capital social est abondant, Campbell et coll. (1999) donnent les exemples suivants :

- Les individus se sentent obligés d'aider les autres et les personnes dans le besoin, ce qui est représenté par un réseau dense et personnel de soutien qui relie les individus, les ménages et les groupes de pairs.
- Il existe une volonté et une capacité à utiliser les ressources communautaires, notamment celles fournies par l'État, comme en témoigne l'utilisation des systèmes de services de santé institutionnalisés.
- Les individus manifestent plus de confiance et moins de peur dans leurs interactions avec les autres membres de la communauté, ce qui se manifeste par exemple par des attitudes positives à l'égard des interactions personnelles, l'utilisation des équipements collectifs, le sentiment « d'appartenance » à la communauté.

La relation entre le capital social et la santé (intersectionnalités/syndémies)

Mais quel est le lien entre le capital social et la santé ? En général, les populations les plus défavorisées et les plus pauvres sont en très mauvaise santé. Par exemple, Kawachi (1996) a constaté dans des études prospectives portant sur des travailleurs masculins aux États-Unis que les hommes les moins impliqués dans les réseaux sociaux couraient un risque significativement plus élevé de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Cooper et coll. (1999) ont constaté que les femmes vivant dans des quartiers défavorisés du Royaume-Uni où elles étaient perçues comme ayant un degré élevé de capital social étaient moins susceptibles de fumer, après prise en compte des difficultés matérielles et des facteurs socio-économiques.

Campbell et coll. suggèrent que certains éléments du concept original de capital social de Putnam (en particulier la confiance et l'engagement civique) pourraient être plus bénéfiques pour la santé que d'autres éléments. Dans cette étude, les communautés et les réseaux se sont révélés d'un modèle plus complexe et plus structuré en couches que celui défini par des frontières géographiques telles que la rue ou le quartier. Des différences importantes ont été constatées au sein des communautés dans la manière dont les éléments de capital social ont été créés, maintenus et obtenus. Il existait également de nettes différences entre les types de

réseaux communautaires que les hommes et les femmes ont créés et utilisés dans leur vie quotidienne, ainsi que dans les types de soutien qu'ils donnaient et recevaient de ces réseaux. Les constructions individuelles de la santé et les relations avec la communauté semblaient varier selon le genre/sexe, l'appartenance ethnique et l'étape de la vie. Ces résultats concordent avec les travaux plus généraux sur les inégalités en matière de santé, qui permettent d'observer des tendances claires dans les résultats et les comportements de santé, ventilés par genre/sexe, appartenance ethnique, étape de la vie et revenu.

Campbell et coll. (1999) ont suggéré que des degrés élevés de capital social pourraient servir de « tampon » aux communautés défavorisées, les protégeant ainsi de certains des pires effets de la précarité. D'autres ont fait le lien entre la précarité et la santé via les concepts psychologiques d'auto-efficacité et de stress, avec les personnes plus défavorisées socio-économiquement qui contrôlent le moins leur vie et leur environnement professionnel, qui subissent davantage de stress et qui sont, en conséquence, en mauvaise santé. »

Tiré de: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell. Open University Press.

Connaissez-vous des partenariats entre des agences publiques et des organisations LGBT ? Ou entre des organisations LGBT elles-mêmes ? Prenez des notes sur ce que vous savez de ces partenariats et sur l'utilité ou le succès de ces exemples de travail collaboratif.

Il pourrait être utile d'appréhender :

- Comment la « vision partagée » du projet a-t-elle été développée ?
- Qu'est-ce que la compréhension de la stigmatisation et de la discrimination dont les gays et autres HSH sont victimes apporte au travail du partenariat ?
- Comment des différences dans la taille et le statut économique des agences impliquées pourraient-elles affecter les partenariats et leur travail ?
- Comment un partenariat de travail avec et entre des organisations HSH/LGBT, comprenant les personnes travaillant sur le projet, pourrait-il être soutenu efficacement ?
- Comment le processus d'évaluation et de révision pourrait-il soutenir le partenariat et la poursuite du projet ?
- Qu'est-ce qui pourrait aider à gérer les conflits qui surviennent au cours des étapes de développement ou de livraison du projet ?

Nous vous suggérons de prendre 30 minutes pour prendre des notes et capturer vos idées sur ces questions. Lorsque le temps est écoulé, prenez le temps d'identifier les points que vous considérez comme essentiels pour établir de bons partenariats avec et entre des organisations LGBT/HS et d'autres services.

Fiche de travail du participants: Travailler en partenariat

Tiré de 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

Partenariats efficaces

« Les partenariats sont de toutes formes, tailles et structures. Il n'y a pas de modèle unique pour réussir un partenariat. Différents types de partenariats seront efficaces dans différentes conditions, en fonction des besoins locaux et de la situation locale, mais certains facteurs sont communs à tous les partenariats réussis.

L'analyse du fonctionnement efficace des partenariats (Audit Commission, 1998 ; Pratt et coll., 1998) montre que ces facteurs sont centrés sur les éléments suivants :

- *Leadership et vision* : la gestion et le développement d'une vision réaliste et partagée du travail en partenariat par la création d'objectifs communs. Un leadership efficace est prouvé par l'influence, la communication et la motivation des autres personnes, de sorte que la responsabilité de la prise de décision soit partagée entre les partenaires.
- *Organisation et participation* : la participation de tous les acteurs clés locaux et, en particulier, l'implication des communautés comme partenaires égaux. Tout le monde n'est pas en mesure d'apporter la même contribution. La plupart des organisations bénévoles sont petites et basées localement, avec peu de personnel. Elles peuvent avoir besoin de ressources et de temps pour leur permettre d'être pleinement engagées.
- *Élaboration et coordination de stratégies* : l'élaboration d'une stratégie claire, centrée sur la communauté, couvrant l'ensemble des problèmes et appuyée par les politiques, plans, objectifs, cibles, mécanismes d'exécution et processus pertinents. L'établissement des actions locales prioritaires reposera sur l'évaluation des besoins locaux, le partage des données et un dialogue permanent entre les partenaires.
- *Apprentissage et développement* : les partenariats efficaces investiront non seulement dans des objectifs communs et des résultats communs, mais ils apporteront également de la valeur ajoutée par des détachements et d'autres opportunités d'échange des apprentissages et de contribution au développement professionnel et organisationnel dans les organisations partenaires. La volonté d'écouter et d'apprendre les uns des autres amène un climat de confiance.
- *Ressources* : la contribution et l'utilisation partagée des informations et des ressources financières, humaines et techniques. Les nouvelles libertés de mettre en commun les budgets et de fournir des services intégrés, par exemple entre les soins primaires et les services sociaux, peuvent supprimer certains des obstacles traditionnels au travail en commun. La coopération peut commencer par fournir les ressources que tout le monde recherche, par exemple une formation en informatique.
- *Évaluation et examen* : évaluer la qualité du processus de partenariat et mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Les partenariats doivent prouver qu'ils changent les choses et que les réunions ne sont pas que des ateliers de discussion. Ils doivent également être en mesure de montrer qu'ils apportent de réelles améliorations aux services. »

Titre informel de l'exercice :

Utiliser les méthodes de l'entretien motivationnel dans votre travail

Domaine/groupe d'étude :

Prévention



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'explorer et d'améliorer leur compréhension de l'utilisation des techniques d'entretien motivationnel pour mieux engager la discussion avec les gays et autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants se seront exercés et auront acquis une meilleure compréhension des techniques d'entretien motivationnel, et ils en auront exploré l'utilisation avec les gays et autres HSH.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Pages de scénario « Initiateur », une pour chaque participant.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité des informations sur l'entretien motivationnel et les deux techniques décrites, OARS et LURE.
- ✓ Lisez les scénarios Initiateur pour vous assurer qu'ils conviennent à votre groupe. Il peut être utile d'écrire vos propres scénarios en fonction de problèmes locaux ou de votre expérience de travail avec les populations gays et autres HSH. Vous pouvez demander aux binômes de créer leur propre scénario ou simplement d'improviser sur un thème comme « les difficultés de l'utilisation du préservatif » ou « être ivre et incontrôlable ».
- ✓ Un outil de formation en ligne pour l'entretien motivationnel avec un groupe cible de médecins de famille est disponible à l'adresse <http://equip-eLearning.woncaeuropa.org/> ; il inclut deux exemples utiles d'interactions en entretien motivationnel, l'un sur la consommation excessive d'alcool et l'autre sur la mise en place d'un traitement médicamenteux à long terme. Il peut être utile de travailler avec cet outil si vous avez peu d'expérience en entretien motivationnel.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Nous traitons des participants s'exerçant à l'entretien motivationnel et non de ce qu'ils pourraient faire ou voudraient faire. Encouragez-les à utiliser leur temps d'exercice, même s'ils sont expérimentés. Nous tirons tous un bénéfice de la pratique.
- 💡 Lorsque vous observez et aidez les participants à s'exercer, rappelez-leur les méthodes OARS et LURE sans insister sur le fait qu'ils doivent les suivre à la lettre. Dites-leur que, si l'on se souvient de la première instruction de la première lettre de l'acronyme, les autres instructions suivent naturellement.

Méthode : (40 minutes)

- 1 Dites aux membres du groupe que nous allons maintenant examiner et nous exercer à l'entretien motivationnel (MI) et à la meilleure manière de l'utiliser dans notre travail.
- 1 Présentez au groupe les PowerPoint contenant la définition de l'entretien motivationnel.



Entretien motivationnel (MI)

- Est une stratégie de communication guidée et basée sur le client
- Aide les clients à explorer et à surmonter leurs sentiments pour corriger ou modifier leurs problèmes de comportements
- Propose des étapes de renforcement spécifiques pour aider le client.

- 3 Présentez au groupe les PowerPoint sur les outils d'entretien motivationnel OARS & LURE.



Outils d'entretien motivationnel - OARS

OUVERTES (questions ouvertes plutôt que fermées)

« Qu'en penses-tu ? » (question ouverte) par rapport à « Est-ce que cela t'a mis en colère ? » (question fermée)

AFFIRMATIONS (pour le renforcement positif)

« Félicitations ! Tu prends régulièrement ton traitement. Cela peut être difficile pour beaucoup de gens. »

RÉFLEXIONS (répéter, reformuler, paraphraser)

« Es-tu en train de dire que tu trouves difficile de demander à tes partenaires d'utiliser des préservatifs ? »

SYNTHÈSE (2 ou 3 points clés soulevés par la personne)

« Donc, ce que tu veux vraiment faire aujourd'hui, c'est de voir les résultats de ton test et d'obtenir des informations sur le groupe de soutien ? »



Outils d'entretien motivationnel - LURE

LISTEN : écouter la personne

L'entretien motivationnel implique autant d'écouter que d'informer, et vous ne pouvez comprendre la motivation de quelqu'un qu'en l'écoutant.

UNDERSTAND : comprendre leurs motivations

Leurs raisons de changer, plutôt que les vôtres, sont plus susceptibles d'aider à changer de comportement.

RESIST : résister à l'envie de « corriger » la personne avec qui vous parlez.

C'est leur conversation, pas la vôtre.

EMPOWER : donnez les moyens à la personne avec qui vous parlez

Les résultats de santé sont meilleurs lorsque la personne s'y intéresse et joue un rôle actif dans ses soins.

- 4 Demandez aux groupes de lever la main s'ils utilisent l'entretien motivationnel dans leur travail actuel. Si personne ne répond, il suffit de les répartir en binôme. Si quelques personnes répondent par l'affirmative, regroupez les personnes expérimentées entre elles. Si toutes les personnes répondent par l'affirmative, formez des binômes et expliquez que l'entraînement est bon pour nous tous, quel que soit notre niveau d'expérience. S'exercer est toujours utile et ces techniques suggérées peuvent être nouvelles pour certains.
- 5 Informez le groupe qu'il travaille maintenant en binômes qui s'exerceront à l'entretien motivationnel autour de trois « problèmes ».
 - Dépistage du VIH
 - Prise du traitement médicamenteux
 - Consommation de substances (alcool et drogues récréatives)

- 6 Informez les membres du groupe qu'ils utiliseront les scénarios d'initiation imprimés sur les feuilles que vous leur donnez pour baser leur exercice de conversations. L'important ici est de s'exercer en binôme, non pas de parler de la façon dont ils pourraient aborder des situations différentes. Il est également important de leur faire savoir que cette formation n'est pas destinée à en faire des thérapeutes. Nous n'avons ni le temps, ni les ressources nécessaires pour le faire ici. Cet exercice consiste à comprendre un bon niveau de base de conversation MI.



Entretien motivationnel (MI) - Scénarios initiateurs

Scénario 1

« Je me sens assez fatigué aujourd'hui, je suis encore sorti tout le weekend... et c'était cool, au final j'ai pas dormi, j'ai baisé et pris de la drogue pendant tout le weekend, et je ne suis pas allé bosser lundi. Je dois aller à cette fête d'anniversaire le weekend prochain. J'ai peur que la même chose ne se reproduise. Je ne pense vraiment pas pouvoir ne pas y aller. »

Scénario 2

« J'ai été tellement idiot ces dernières semaines avec tout ce qui s'est passé. J'ai eu beaucoup de rapports sexuels sans préservatif avec différents partenaires. Je connais les risques mais, sur le moment, je m'en fichais. Ce n'est qu'après que je me suis senti stupide. Je suis désolé. Je ne sais pas vraiment pourquoi je suis ici. »

Scénario 3

« Je ne sais pas s'il faut être inquiet ou non, mais je sors tellement le weekend que j'en oublie de prendre mes médicaments. Je les prends quand je m'en souviens et parfois j'ai pris deux doses juste pour être sûr, mais je n'arrive tout simplement pas à me mettre dans le crâne que je dois les prendre régulièrement. »

- 7 Commencez l'exercice en disant aux membres du groupe qu'ils disposent de 10 minutes chacun (soit un total de 20 minutes) pour s'exercer, une personne étant l'utilisateur du service et l'autre l'ASC.
- 8 Faites le tour de tous les groupes en les aidant ou en leur rappelant les directives OARS et LURE. Encore une fois, rappelez-leur que le temps est dédié à s'exercer à l'entretien motivationnel et non à discuter de ce qu'ils feraient ou pourraient faire. Exercez-vous, encore et encore.
- 9 Après les 10 premières minutes, informez le groupe qu'il est temps de changer de rôle, la deuxième personne utilisant un problème et un scénario initiateur différents de ceux utilisés par la première personne. Encore une fois, circulez entre les groupes en aidant avec les directives OARS et LURE et en leur rappelant de s'entraîner plutôt que de discuter.
- 10 Une fois la seconde période de 10 minutes terminée, rappelez les petits groupes pour reformer le grand groupe.

Ouvrir la voie aux commentaires : (15–20 minutes)



Demandez au groupe de commenter les exercices.

- Est-ce que les méthodes OARS et LURE ont aidé ?
- Si les participants avaient de l'expérience en entretien motivationnel, avaient-ils déjà utilisé OARS et LURE ?
- Comment étaient leurs conversations ?
- Quel en a été le résultat ?



Prenez de courts exemples de commentaires des binômes sur ces questions.



Lorsque les brefs commentaires du groupe s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



« Les études ont montré que :

- L'entretien motivationnel (MI) améliore les changements pour un large éventail de comportements, notamment le régime alimentaire, l'exercice, l'observance thérapeutique, la réduction de la consommation d'alcool et de drogues illicites, les pratiques sexuelles moins risquées et l'observance thérapeutique (Burke et coll., 2003 ; Hettema et coll., 2005 ; Rubak et coll., 2005).
- L'entretien motivationnel fonctionne également pour le sevrage tabagique, bien que ses effets soient moins spectaculaires que pour d'autres comportements liés à la santé (Hettema et Hendricks, 2010). L'entretien motivationnel fonctionne aussi bien que les autres méthodes de sevrage tabagique, éventuellement en un laps de temps plus court.
- L'ajout de l'entretien motivationnel à d'autres traitements actifs améliore les résultats.
- Lorsque l'entretien motivationnel est comparé à d'autres méthodes de prise en charge psychologique établies, les résultats sont similaires malgré la moindre intensité de l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel produit des résultats positifs à moindre coût et à moindre effort.
- L'entretien motivationnel fonctionne bien avec les clients/patients en colère, résistants ou moins prêts à changer. Une des études originales proposait un « bilan de consommation d'alcool » aux patients ayant un alcoolisme non reconnu. L'entretien motivationnel a aidé ces patients à changer leur consommation d'alcool, sans d'abord les obliger à admettre qu'ils avaient un problème (Miller et Rose, 2009).
- L'entretien motivationnel est moins efficace avec les clients/patients qui sont déjà clairement engagés dans le changement et prêts à agir. Ces patients peuvent bénéficier d'un soutien plus actif pour résoudre leurs problèmes.
- L'entretien motivationnel fonctionne bien avec les populations minoritaires. Il présente des caractéristiques qui correspondent aux valeurs culturelles latino-américaines respecto et personalismo (Anez, Silba, Paris et Bedregal, 2008), et il a des effets plus importants chez les patients afro-américains que chez les patients blancs (Miller et Rose, 2009). L'entretien motivationnel a également été adapté spécifiquement aux patients amérindiens (Tomlin, Walker, Grover, Arquette et Stewart, non daté ; Venner et coll., 2006).
- L'entretien motivationnel a été testé principalement chez l'adulte, mais il est également efficace pour changer les comportements des adolescents (Berg-Smith et coll., 1999) et des enfants (Lozano et coll., 2010 ; Resnicow, Davis et Rollnick, 2006 ; Schwartz et coll., 2007 ; Suarez et Mullins, 2008 ; Weinstein, Harrison et Benton, 2006).
- L'entretien motivationnel a également été adapté pour une utilisation en soins palliatifs (Pollak, Childers et Arnold, 2011).
- L'entretien motivationnel fonctionne rapidement. Vous obtenez immédiatement des résultats (Rollnick et coll., 2008).
- La formation à l'entretien motivationnel améliore la communication avec le client/patient, le soutien psychologique en matière de mode de vie et les comportements (Söderlund, Madson, Rubak et Nilsen, 2011). Les professionnels de la santé primaire rapportent que l'utilisation de l'entretien motivationnel améliore et enrichit leur manière d'exercer la médecine (Brobeck, Bergh, Odencrants et Hildingh). »

Tiré de Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre.

Fiche de travail du participant :

Prévention – Utiliser les méthodes de l'entretien motivationnel

Entretien motivationnel (MI) - Scénarios initiateurs

Scénario 1

« Je me sens assez fatigué aujourd'hui, je suis encore sorti tout le weekend... et c'était cool, au final j'ai pas dormi, j'ai baisé et pris de la drogue pendant tout le weekend, et je ne suis pas allé bosser lundi. Je dois aller à cette fête d'anniversaire le weekend prochain. J'ai peur que la même chose ne se reproduise. Je ne pense vraiment pas pouvoir ne pas y aller. »

Scénario 2

« J'ai été tellement idiot ces dernières semaines avec tout ce qui s'est passé. J'ai eu beaucoup de rapports sexuels sans préservatif avec différents partenaires. Je connais les risques mais, sur le moment, je m'en fichais. Ce n'est qu'après que je me suis senti stupide. Je suis désolé. Je ne sais pas vraiment pourquoi je suis ici. »

Scénario 3

« Je ne sais pas s'il faut être inquiet ou non, mais je sors tellement le weekend que j'en oublie de prendre mes médicaments. Je les prends quand je m'en souviens et parfois j'ai pris deux doses juste pour être sûr, mais je n'arrive tout simplement pas à me mettre dans le crâne que je dois les prendre régulièrement. »

Support de formation en ligne

Prévention

Utiliser les méthodes de l'entretien motivationnel dans votre travail.

« Pour commencer : l'entretien motivationnel (en anglais : Motivational Interviewing, MI) est une stratégie de communication qui est guidée et basée sur le client. Ce n'est pas une méthode de prise en charge psychologique, bien qu'elle puisse être utilisée dans le cadre d'une séance thérapeutique.

L'entretien motivationnel a pour objectif d'aider la personne avec laquelle vous travaillez à explorer et à résoudre ses problèmes d'ambivalence afin de mettre fin à des comportements malsains ou problématiques. Le cœur de l'entretien motivationnel est un esprit d'empathie, d'acceptation, de respect, d'honnêteté et de compassion (Moyers, Miller et Hendrickson, 2005).

L'entretien motivationnel propose des manœuvres de renforcement spécifiques à chaque étape du cheminement à mesure que le client avance, souvent en spirale, vers le changement.

Il s'agit d'un modèle par étapes. C'est une approche centrée sur la personne et axée sur les objectifs pour faciliter le changement en explorant et en résolvant les ambivalences. Les stratégies pragmatiques sont adaptées au niveau de volonté du client de rectifier son comportement.

Publiée à l'origine en 1991 pour la prise en charge psychologique des toxicomanes, l'approche d'entretien motivationnel a été étudiée dans plus de 200 essais randomisés contrôlés pour divers comportements liés à la santé (Miller et Rollnick, 1991 ; Rollnick, Miller et Butler, 2008).

Alors, qu'est-ce qui prouve l'efficacité de l'entretien motivationnel en tant qu'intervention ?

Les études ont montré que :

- L'entretien motivationnel améliore les changements pour un large éventail de comportements, notamment le régime alimentaire, l'exercice, l'observance thérapeutique, la réduction de la consommation d'alcool et de drogues illicites, les pratiques sexuelles moins risquées et l'observance thérapeutique (Burke et coll., 2003 ; Hettema et coll., 2005 ; Rubak et coll., 2005).
- L'ajout de l'entretien motivationnel à d'autres traitements actifs améliore les résultats.
- Lorsque l'entretien motivationnel est comparé à d'autres méthodes de prise en charge psychologique établies, les résultats sont similaires malgré la moindre intensité de l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel produit des résultats positifs à moindre coût et à moindre effort.
- L'entretien motivationnel fonctionne bien avec les clients/patients en colère, résistants ou moins prêts à changer. Une des études originales proposait un « bilan de consommation d'alcool » aux patients ayant un alcoolisme non reconnu. L'entretien motivationnel a aidé ces patients à changer leur consommation d'alcool, sans d'abord les obliger à admettre qu'ils avaient un problème (Miller et Rose, 2009).
- L'entretien motivationnel est moins efficace avec les clients/patients qui sont déjà clairement engagés dans le changement et prêts à agir. Ces patients peuvent bénéficier d'un soutien plus actif pour résoudre leurs problèmes.
- L'entretien motivationnel fonctionne bien avec les populations minoritaires. Il présente des caractéristiques qui correspondent aux valeurs culturelles latino-américaines respecto et personalismo (Anez, Silba, Paris et Bedregal, 2008), et il a des effets plus importants chez les patients afro-américains que chez les patients blancs (Miller et Rose, 2009). L'entretien motivationnel a également été adapté spécifiquement aux patients amérindiens (Tomlin, Walker, Grover, Arquette et Stewart, non daté ; Venner et coll., 2006).
- L'entretien motivationnel fonctionne rapidement. Vous obtenez immédiatement des résultats de vos efforts (Rollnick et coll., 2008).

- La formation à l'entretien motivationnel améliore la communication avec le client/patient, le soutien psychologique en matière de mode de vie et les comportements (Söderlund, Madson, Rubak et Nilsen, 2011). Les professionnels de la santé primaire rapportent que l'utilisation de l'entretien motivationnel améliore et enrichit leur manière d'exercer la médecine (Brobeck, Bergh, Odencrants et Hildingh).

Bien que l'entretien motivationnel ait traditionnellement été utilisé en présentiel face à face, les recherches suggèrent que la méthode est également efficace si elle est utilisée en groupe (Santa Ana, Wulfert et Nietert, 2007) ou au téléphone (Cook, 2006).

Les études en cours aideront à déterminer si l'entretien motivationnel peut être utilisée efficacement via des e-mails, des SMS ou les réseaux sociaux. Les données actuelles suggèrent que les messages d'entretien motivationnel livrés sous forme électronique constituent un complément à la prise en charge psychologique de l'entretien motivationnel par téléphone (Battaglia, Benson, Cook, et Prochazka, sous presse).

La recherche montre également que l'entretien motivationnel peut être utilisé par différents éducateurs en promotion de la santé et qu'il peut être utilisé avec succès par des thérapeutes de clients/patients issus de différents milieux professionnels, notamment :

- infirmiers (Cook & Sakranda, 2006),
- pédiatres (Lozano et coll., 2010),
- dentistes (Weinstein et coll., 2006),
- éducateurs de patients (Cook, Bremer, Ayala et Kahook, 2010),
- pharmaciens (Basiago, 2007),
- infirmiers scolaires (Robbins, Preiffer, Maier, LaDrig et Berg-Smith, 2012),
- enseignants (Cook, Richardson et Wilson, 2012), et
- professionnels de la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (Miller et Rollnick, 1991).

Alors maintenant que nous avons examiné ce qu'est l'entretien motivationnel et ce que la recherche en dit, voyons désormais comment nous pouvons mieux nous engager dans l'entretien motivationnel et utiliser certains outils qui peuvent être utiles lorsque vous utilisez l'entretien motivationnel dans une variété de situations.

Nous pouvons utiliser quelques outils utiles pour guider les conversations que nous avons lors de l'utilisation de l'entretien motivationnel : OARS et LURE.

OARS.

Un moyen simple de commencer à utiliser l'entretien motivationnel consiste à utiliser l'acronyme OARS (Miller et Rollnick, 1991). Vous pratiquez l'entretien motivationnel lorsque vous utilisez :

Ouvertes (questions ouvertes plutôt que fermées)

- « Qu'en penses-tu ? » (question ouverte) par rapport à « Est-ce que cela t'a mis en colère ? » (question fermée)
- « Parle-moi de la dernière fois que tu as pris de la méthamphétamine. » (question ouverte) par rapport à « Tu as arrêté de prendre de la drogue, n'est-ce pas ? » (question fermée et orientée)

Affirmations (pour le renforcement positif)

- « Tu respectes vraiment très bien tes rendez-vous. »
- « Félicitations ! Tu prends régulièrement tes médicaments. Cela peut être difficile pour beaucoup de gens. »

Réflexions (répéter, reformuler, paraphraser)

- « On dirait que tes maux de tête t'inquiètent. »
- « Es-tu en train de dire que tu trouves difficile de demander à tes partenaires d'utiliser des préservatifs ? »

Synthèse (2 ou 3 points clés soulevés par le patient)

- « Donc, ce que tu veux vraiment faire aujourd'hui, c'est de voir les résultats de ton test et d'obtenir des informations sur le groupe de soutien ? »
- « Il semble que nous ayons mis en place ton nouveau programme d'exercices et que tu commences à l'Étape 1 demain. »

LURE.

Voici une autre façon d'aborder une conversation d'entretien motivationnel avec quelqu'un.

La méthode LURE a été réorganisée à partir de la méthode initialement intitulée RULE (Rollnick et coll. 2008) pour éviter les schémas de communication inutiles qui peuvent avoir lieu et parce qu'écouter un patient/client avant de faire une suggestion est la pratique la plus utile.

LISTEN : écoutez votre client/patient :

- L'entretien motivationnel implique autant d'écouter que d'informer, et vous ne pouvez comprendre la motivation de votre client/patient qu'en l'écoutant.
- Une bonne écoute fait partie des bons soins de santé généraux.
- L'écoute est une manifestation d'empathie qui montre à votre client/patient que vous êtes vraiment intéressé(e) par eux.

UNDERSTAND : comprendre les motivations de votre client/patient :

- Les raisons du client/patient, plutôt que celles du professionnel de la santé, sont plus susceptibles de provoquer un changement de comportement.
- Le professionnel aide en exprimant son intérêt pour les valeurs, les préoccupations, les motivations et le contexte de vie du client/patient.

RESIST : résister à l'envie de corriger le client/patient. Rollnick et coll. (2008) appellent cela le « réflexe de correction ». Les professionnels de la santé ont un désir profond de guérir, de ne pas nuire et de « remettre le patient sur le droit chemin ». Mais cela peut avoir un effet paradoxal car les gens n'aiment pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire.

Le praticien de l'entretien motivationnel résiste au réflexe de correction en utilisant l'écoute réflexive :

- « Tu m'expliques que si tu dis à ton partenaire que tu veux utiliser des préservatifs, il sera en colère contre toi. »
- « Tu ne veux pas prendre de médicaments antirétroviraux car ils représentent une charge supplémentaire pour ton foie, en plus de ta consommation actuelle d'alcool. »

EMPOWER : donnez les moyens à votre client/patient :

- Les résultats de santé sont meilleurs lorsque les clients/patients s'intéressent et jouent un rôle actif dans leurs soins.
- Vous donnez à vos clients/patients les moyens de rechercher comment ils peuvent prendre leur santé en main.
- Les clients/patients sont des conseillers essentiels pour leur propre vie et pour les moyens par lesquels ils peuvent réussir à intégrer un changement de comportement dans leurs routines quotidiennes.

- Les clients/patients autonomisés ont plus de chances de maintenir les changements qui sacrifient la commodité à court terme pour la réduction des risques à long terme.
- Les professionnels de la santé responsabilisent les clients/patients en leur demandant les options disponibles et en maintenant un rapport de force équilibré dans la relation entre le soignant et le soigné. Les options et les solutions générées par le client/patient ont plus de chances de succès que les options générées par le professionnel de la santé. Les clients/patients réussissent mieux lorsqu'ils jouent un rôle actif dans leurs soins.

On peut également constater que l'entretien motivationnel fonctionne avec une approche telle que le modèle des étapes du changement.

Le modèle des étapes du changement (Prochaska et Velicer, 1997) fournit un cadre que vous pouvez utiliser pour aider vos clients/patients à mettre en place des changements positifs pour la santé à tous les niveaux de leur préparation. La compréhension de ces étapes vous aidera à déterminer s'ils sont prêts à changer et vous fournira les conseils appropriés.

Les personnes peuvent être plus ou moins prêtes à changer de comportement à un moment donné, et différents messages conviennent aux personnes se trouvant à différents stades de leur préparation au changement.

Ici, l'objectif est d'identifier où, dans le processus de changement, se trouve la personne avec laquelle vous travaillez afin de déterminer les interventions qui pourraient fonctionner le mieux.

Comme toujours, commencez par une question ou une affirmation ouverte :

- « Je vois que ton infirmier traitant t'a recommandé de commencer le traitement antirétroviral. Dis-moi ce que tu en penses. »
- « Que s'est-il passé avec ton projet d'arrêter de fumer ? »

Les questions dans les sections suivantes sont destinées à être des exemples ou des amorces de conversation pour vous aider, vous et vos clients/patients, à discuter du changement.

Elles ne constituent pas un scénario à suivre ni une enquête pour la recherche.

Vous pouvez utiliser plusieurs d'entre elles ou aucune lors de n'importe quelle rencontre. Rappelez-vous qu'établir un lien authentique avec la personne avec laquelle vous travaillez et essayer de comprendre son point de vue sont essentiels pour le succès de l'entretien motivationnel.

ÉTAPE DE PRÉ-RÉFLEXION

Les clients/patients à l'étape de pré-réflexion peuvent ne pas se rendre compte de l'existence d'un problème et ne pas avoir encore pensé à changer.

Ses buts sont de :

- **faire prendre conscience du problème afin que le client/patient puisse commencer à y penser, et**
- **maintenir le client/patient impliqué dans le processus.**

Il est facile de refroidir ces personnes « non engagées » pendant cette étape, il est donc important de choisir des messages appropriés. N'oubliez pas que vous souhaitez laisser la porte ouverte aux futures discussions.

ÉCOUTER les préoccupations

Reflétez le contenu :

- « Il semblerait que tu souhaites être sûr que notre discussion ici est confidentielle. »
- « Je t'ai entendu dire que tu tousses, mais que tu ne penses pas être capable d'arrêter de fumer. »
- « Tu voudrais que ton partenaire arrête de te harceler. »

Reflétez les émotions :

- « Ainsi, tu te sens dépassé ? »
- « On a l'impression que tu te sens déprimé. »

Résumez :

- « Tu aimes vraiment fumer. »
- « Il semble que tu ne penses pas pouvoir dire non quand ton partenaire veut avoir un rapport sexuel. »

OBTENEZ plus d'informations

Expériences passées :

- « Dis-moi quand tu as essayé d'arrêter de fumer dans le passé. »
- « Que s'est-il passé quand tu lui as demandé d'utiliser des préservatifs ? »

Forces actuelles :

- « Comment réussis-tu à faire de l'exercice aussi régulièrement ? »
- « Tu respectes vraiment bien tous tes rendez-vous. Comment fais-tu pour t'en souvenir ? »

Attitudes actuelles :

- « Que penses-tu d'un changement de médicaments ? »
- « Que penses-tu de l'utilisation de préservatifs lorsque tu as des relations sexuelles avec de nouveaux partenaires ? »
- « De plus en plus de personnes se rencontrent en ligne. Qu'en penses-tu ? »

COMMUNIQUEZ avec bienveillance

Empathie :

- « Cela semble vraiment difficile. Comment y as-tu fait face ? »

Honnêteté :

- « J'aurais tout aussi peur si mon nombre de CD4 chutait. »

Acceptation :

- « C'est toi qui décides. C'est ta santé. »
- « Tu es le seul à pouvoir prendre ces décisions, mais je peux t'aider à examiner la question et à explorer tes options. »

ÉTAPE DE RÉFLEXION

Les clients/patients à l'étape de réflexion sont disposés à penser à changer, mais ils ne sont pas encore prêts à agir.

Le but est de pousser la personne avec laquelle vous travaillez à agir :

- **en la faisant parler du changement,**
- **en la sensibilisant aux options de changement, et**
- **en augmentant les avantages perçus du changement.**

DÉVELOPPEZ les divergences

Reflétez l'ambivalence :

- « Tu vois des avantages à changer, et aussi quelques inconvénients. »
- « On dirait que tu te sens coincé. »

Explorez les préoccupations :

- « De quelle manière penses-tu que l'utilisation des préservatifs affecterait ta vie sexuelle ? »
- « Qu'est-ce qui t'inquiète du fait d'être sous traitement antirétroviral ? »

Explorez les valeurs et les objectifs :

- « Qu'espères-tu d'un traitement ? »
- « Dis-moi en quoi protéger ton partenaire pourrait changer les choses. »

Reflétez l'intention :

- « On dirait que tu veux consommer de la drogue de manière plus sûre, mais que tu ne sais pas comment faire. »
- « Donc, tu envisages d'élaborer un plan pour prendre tes médicaments régulièrement. »

Explorez le contexte :

- « Qu'est-ce qui a changé dans ta vie et qui fait que le moment est venu d'arrêter la drogue ? »
- « Comment les inquiétudes de ton partenaire t'ont-elles décidé à utiliser des préservatifs ? »
- « Quelque chose a-t-il changé pour t'inciter à commencer à prendre un traitement antirétroviral ? »

Donnez votre avis :

- « Ton médecin te dira pourquoi elle pense que tu dois commencer un traitement antirétroviral. Je peux te dire ce que les autres ont dit et te donner une brochure si tu veux. »

ACCÉPTEZ la résistance. La résistance signifie qu'il est temps que le professionnel change de tactique. Essayez les stratégies de pré-réflexion au lieu d'argumenter ou d'essayer de persuader le client/patient.

Présentez vos excuses :

- « Je suis désolé. J'ai peut-être mal compris. Revenons en arrière. »

Affirmez :

- « J'entends ton inquiétude sur les effets secondaires des médicaments, et c'est justifié. Parlons-en. »

Acceptez :

- « Peut-être qu'utiliser ce remède à base de plantes n'était pas la meilleure idée. Si cela ne fonctionne pas pour toi, nous pouvons explorer les autres options. »

Reflétez les préoccupations des autres :

- « Tu n'es pas inquiet, mais ton partenaire l'est. Quelles sont ses préoccupations ? »

Reformulez les « oui mais » en « oui et » :

- « Tu sembles vouloir que ton plan fonctionne, et tu as également quelques réserves à ce sujet. »

Clarifiez :

- « De quoi as-tu besoin pour faire avancer ton plan ? » « Comment puis-je t'aider ? »

Réflexion amplifiée : (Si vous utilisez cette stratégie, veillez à ce que votre ton ne soit pas dédaigneux ou péjoratif. Si vous parlez avec respect, la plupart des patients répondront en donnant les raisons pour lesquelles ils sont prêts à changer.)

- « Peut-être n'es-tu pas prêt à commencer le traitement antirétroviral maintenant. »
- « Il se pourrait que l'utilisation de préservatifs ne soit pas pour toi. »

SOUTENEZ l'efficacité personnelle

Autosurveillance :

- « Serais-tu prêt à noter comment tu prends tes médicaments pendant une semaine ? Cela nous aidera à identifier les schémas qui pourraient indiquer que tu as du mal à te souvenir de prendre tes pilules. »

Succès passés :

- « Quelles sont les stratégies qui ont fonctionné pour toi dans le passé ? »
- « Parle-moi de la dernière fois que tu as pu utiliser un préservatif. »

Optimisme :

- « Qu'est-ce qui est différent maintenant et qui rend le changement possible ? »

Explorez les extrêmes

- « Quelle est la meilleure/pire chose qui puisse arriver lorsque tu commenceras à utiliser cette thérapie ? Quelle est la probabilité que cela se produise ? »

Engagement :

- "« Quel est votre point de vue à ce sujet, au moins pour aujourd'hui ? »

Prise de décision :

- « Parmi ces idées, lesquelles pourrais-tu être prêt à essayer ? »
- « Est-ce que l'une de ces idées pour réduire ta consommation d'alcool te semble possible ? »

Autonomie :

- « Tu es responsable de tes actes. Personne ne va aller chez toi pour surveiller tes progrès. »
- « Tu peux décider si tu veux le faire. »

ÉTAPE D'ACTION

Les participants à l'étape d'action sont prêts à faire un premier essai pour changer leurs comportements, mais ils n'ont peut-être pas encore confiance en leurs capacités de réussite.

L'objectif est de réduire les obstacles au changement.

ENCOURAGER les progrès

- « Je suis impressionné par ce que tu as pu réaliser. »
- Demandez au patient de vous aider à « évaluer le changement sur une échelle » :
 - « Sur une échelle de 1 à 10, où étais-tu auparavant ? Et où en es-tu aujourd'hui ? »
 - « Le score de 7 est génial. Tu as parcouru un long chemin par rapport au score 2 où tu étais quand tu as commencé. »
 - « Veux-tu être maintenant à un 7 ? Si non, que faudrait-il pour t'amener à un 8 ? »

RÉDUIRE les barrières

- « Qu'est-ce qui a fonctionné jusqu'à présent ? »
- « Quelles sont les autres actions qui pourraient améliorer davantage cette stratégie ? »
- « Voici quelques ressources qui pourraient t'aider (prévoir des repas nutritifs, élaborer un programme pour prendre vos médicaments, etc.). »
- « Comment puis-je t'aider à surmonter cela ? »

BRIDEZ les changements excessifs

- « Il vaut mieux ne pas changer trop de choses en même temps. Comment peux-tu faire un petit pas dans cette direction ? »
- « Où est le meilleur endroit pour commencer ? »
- « Que penses-tu pouvoir faire pour l'amélioration de ta santé cette semaine ? »

ÉTAPE DE MAINTIEN

Les personnes à l'étape de maintien ont réussi à changer un comportement et maintenu le changement pendant au moins six mois.

Les objectifs sont :

- **aider le patient à rester concentré, et**
- **anticiper et réduire les risques de rechute.**

NORMALISEZ les hauts et les bas et offrez vos ENCOURAGEMENTS

- « Il n'est pas rare que des personnes qui ont changé de comportement reculent parfois. C'est normal. Si tu sais que cela peut arriver, tu peux être prêt à faire face à cette situation. »
- « Un écart n'est pas une rechute. »
- « Tu l'as déjà fait et tu peux le refaire. Je crois en toi. »

MOBILISEZ les soutiens

- « Est-ce que quelqu'un peut te rappeler de prendre tes médicaments ? »
- « Quelles autres activités pourraient t'aider à t'éloigner des bars ? »
- « Es-tu prêt à raconter ton succès à d'autres ? »

PLANIFIEZ à l'avance

- « Quelles situations peuvent rendre difficile le maintien de ton nouveau comportement ? Comment penses-tu gérer ces situations ? »
- Fixez un rendez-vous de suivi : « Quand pouvons-nous nous revoir pour discuter de la situation ? »

RECHUTE

Les rechutes sont une partie normale et attendue du processus de changement. Lorsqu'une rechute se produit, vous avez la possibilité d'aider le patient à prendre du recul et à réévaluer ses objectifs personnels, sa préparation et les stratégies utilisées jusqu'à présent.

Les objectifs sont :

- **les aider à ne pas se décourager et**
- **les aider à renouveler leur engagement dans le processus de changement.**

Utilisez toutes vos compétences en entretien motivationnel pour aider le patient à discuter de ces problèmes. Voici quelques questions qui pourraient aider à démarrer cette conversation :

- « S'est-il passé quelque chose qui a déclenché ta consommation de drogue cette fois-ci ? »
- « Qu'est-ce qui a affecté ta capacité à prendre tes médicaments ? »
- « Tu peux être fier de ne pas avoir fumé/ pris de drogue/ bu de l'alcool pendant les 14 derniers mois. C'est un grand succès. »
- « Dis-moi ce qui t'est arrivé. Qu'en penses-tu ? »
- « Cela peut être très utile de savoir ce qui n'a pas fonctionné. Que peux-tu apprendre de cette rechute ? »
- « Que pourrais-tu faire différemment la prochaine fois ? »
- « Tu as la capacité de faire ce changement. Tu l'as déjà fait et tu peux le refaire. »
- « Quelle est la prochaine étape ? »
- « Une rechute n'est pas une faillite. »

Tiré de: 'Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre and the Terrence Higgins Trust 'Motivational Interviewing: Tools and Techniques' training course.

Titre informel de l'exercice :

Sensibiliser sur l'utilisation du traitement comme prévention (TasP ou U=U), de la PrEP, du TPE et de l'autotest ou de l'auto-prélèvement pour les gays et autres HSH

Domaine/groupe d'étude :
Prévention



Objectif et/ou but de l'exercice :

Accroître l'accès à la prévention, y compris aux services de dépistage, pour le VIH, les IST et les hépatites virales chez les HSH et les sous-groupes prioritaires. Cet exercice permet aux participants de se renseigner sur les nouvelles méthodes de prévention et sur la manière dont ils peuvent les appliquer dans le cadre d'interventions destinées aux gays et autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront examiné et exploré les nouvelles méthodes de prévention (TasP ou U=U, PrEP, TPE et autotest/auto-prélèvement) et planifié la manière d'informer les gays et autres HSH sur ce sujet.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Renseignez-vous sur ce qu'on appelle les « nouvelles méthodes » (TasP (U=U), PrEP, TPE et autotest/auto-prélèvement), et prenez en compte ce qui sera disponible localement, le statut juridique et les obstacles économiques qui pourraient s'opposer à leur utilisation.
- ✓ Décidez des « méthodes » à utiliser pour l'exercice. Vous pouvez utiliser les quatre méthodes décrites ici ou décider de vous concentrer sur l'une d'entre elles.
- ✓ Soyez conscient que vous aurez à traiter des questions sur l'efficacité ou l'éthique autour de ces nouvelles méthodes et préparez-vous à y répondre. N'oubliez pas que cette formation vise à fournir des informations sur ces « méthodes » et à combattre la stigmatisation et les idées fausses sur leur utilisation et leurs utilisateurs. Par exemple, de nombreuses personnes ont un problème avec la PrEP parce qu'elle n'offre aucune protection contre les autres IST, à part le VIH, et que les préservatifs sont considérés comme offrant une certaine protection contre les IST. La réponse de base est que c'est le cas, et que si un protocole approprié est mis en place, le dépistage et le traitement des IST augmentent à mesure que les utilisateurs sont associés aux soins et qu'ils sont plus susceptibles de se faire dépister et soigner et d'être informés sur ce qu'il faut rechercher.
- ✓ Lisez les « 7 A de l'accessibilité » pour vous familiariser avec le processus.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Laissez les connaissances, l'expérience et les opinions des participants éclairer la discussion tout en gardant à l'esprit votre rôle, qui est de fournir des informations actuelles et actualisées, de corriger les fausses informations et de lutter contre la stigmatisation. À la base, le choix que fait la personne d'utiliser la « méthode » est le sien et non le nôtre. Notre rôle est de l'informer sur la manière d'accéder à la méthode choisie et de l'utiliser, pour qu'elle soit autant protégée qu'elle le souhaite.

Méthode : (70 minutes)

- 1 Demandez au groupe ce qu'il pense de ce qui suit :
 - « Qu'entendons-nous quand nous parlons des « nouvelles méthodes de prévention » ? Parmi elles, lesquelles sont disponibles pour que nous les utilisions/fournissions ici localement ? »
- 2 Vous espérez obtenir des réponses contenant les mots clés : TasP, PrEP, TPE et autotest et auto-prélèvement.
- 3 Présentez les PowerPoint au groupe, en passant en revue chacune des nouvelles méthodes que vous avez choisi d'utiliser et comment elles peuvent interagir et se soutenir mutuellement, c'est-à-dire que la PrEP et le TasP sont associés pour prévenir l'infection par le VIH, etc. Présentez-leur également la diapositive sur les 7 A de l'accessibilité.



Traitement comme prévention (TasP)

- Aussi appelé U=U (en anglais : Undetectable = Uninfectious) ou indétectable = non infectieux
- Lorsque les personnes séropositives suivent un traitement efficace et qu'elles ont une charge virale indétectable, elles ne peuvent pas transmettre le VIH lors de rapports sexuels. Nous ne disposons pas encore de suffisamment de données pour nous assurer que c'est également le cas pour les consommateurs de drogues injectables qui peuvent partager le matériel d'injection ou les aiguilles.
- Le traitement du VIH empêche le virus de se répliquer et il réduit la quantité de VIH dans le sang. La quantité de VIH est mesurée par un test sanguin appelé « test de charge virale ».
- Lorsqu'une personne présente une charge virale indétectable, cela signifie qu'il n'y a pratiquement pas de VIH dans ses fluides corporels.
- Lorsqu'il n'y a presque plus de VIH dans le sperme, le VIH ne peut pas être transmis pendant les rapports sexuels, même lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés.
- Les personnes sous traitement ne présentent pas toutes une charge virale indétectable, en particulier si elles ont commencé le traitement dans les six derniers mois, si elles prennent leur traitement en retard ou si elles oublient de prendre des doses.



PrEP, ou prophylaxie pré-exposition

- La PrEP est une pilule prise pour protéger la personne du VIH. Elle est extrêmement efficace si elle est prise correctement. La PrEP ne vous protège que contre le VIH.
- L'un des principaux médicaments approuvés comme PrEP est le médicament de marque Truvada. La PrEP est également disponible sous une forme générique (parfois sans marque) qui contient les mêmes ingrédients que le Truvada et qui agit de la même manière, en contenant les 2 mêmes médicaments actifs : le ténofovir et l'emtricitabine.
- Le dosage à la demande (ou dosage basé sur les événements) et 4 comprimés par semaine sont des méthodes qui conviennent uniquement au sexe anal.
- La PrEP quotidienne et la PrEP « de vacances » sont les seules méthodes de PrEP adaptées aux relations sexuelles anales et vaginales ou frontales et sont les seules méthodes recommandées aux personnes trans ou aux personnes atteintes d'hépatite B chronique.



TPE (traitement post-exposition)

- C'est un traitement d'un mois contre le VIH, commencé dans les 72 heures maximum qui suivent le risque d'infection supposé.
- Il est recommandé de commencer le TPE le plus tôt possible après une exposition supposée au risque, idéalement dans les 24 heures.
- Principalement utilisé pour les blessures par piqûre d'aiguille au travail et lorsqu'un préservatif se déchire ou n'est pas utilisé avec un partenaire sexuel de statut VIH inconnu ou différent.



Autotest et auto-prélèvement

- Auto-prélèvement du VIH : un kit qui permet à l'utilisateur de prélever un échantillon de sang ou de salive, de l'envoyer à un laboratoire de test et de recevoir les résultats par téléphone, SMS ou e-mail.
- Autotest du VIH : un kit permettant de prélever un échantillon de sang ou de salive, de tester soi-même l'échantillon à l'aide du test, puis d'obtenir le résultat.
- De nombreux pays ont approuvé l'utilisation de kits d'auto-prélèvement et d'autotest.
- Des kits d'autotest ou d'auto-prélèvement de certaines IST sont également disponibles dans certains pays.



Les 7 A de l'accessibilité

- Awareness : sensibilisation/prise de conscience du « produit », et de tout problème associé ; et des agences et des services impliqués dans la mise à disposition des informations sur le produit et du produit lui-même.
- Accessibility : accessibilité au « produit », ainsi qu'aux agences, services et défenseurs impliqués.
- Affordability : abordabilité du produit, à la fois pour le fournisseur et l'utilisateur, et de tout service associé.
- Appropriateness : pertinence d'un produit dans la situation du client, basée sur la discussion avec les clients pour savoir si leurs besoins seraient ou sont satisfaits.
- Adequacy (adéquation) : les besoins des clients sont-ils satisfaits ?
- Acceptability (acceptabilité) : le produit est-il acceptable pour le client en se basant sur ses besoins physiques, affectifs, psychologiques et culturels ?
- Availability (disponibilité) : le produit est-il disponible pour le fournisseur/client ? Existe-t-il des obstacles financiers ou juridiques ?

- 4 Informez les membres du groupe qu'ils vont maintenant développer une intervention informative sur une nouvelle méthode.
- 5 Formez des groupes de 3 à 5 participants.
- 6 Partagez la tâche avec les groupes : « Vous devez obtenir des informations sur la méthode choisie : TasP, PrEP, TPE, autotest ou auto-prélèvement auprès d'un public HSH. ». Encouragez-les à utiliser les « 7 A de l'accessibilité » pour aider à aborder des questions telles que :
 - Quelles informations voulez-vous communiquer aux gays et autres HSH sur cette méthode ?
 - Quel est le meilleur cadre ou format à utiliser pour transmettre des informations à votre public ? Réfléchissez à ce que vous savez sur les HSH localement et à ce qui fonctionne avec eux.
 - Comment pouvez-vous orienter les hommes vers les services appropriés ou le panneau pour plus d'informations ? Pouvez-vous leur fournir des informations ou un accès à la « méthode » via votre organisation ?
 - Comment géreriez-vous les risques de désinformation ou de stigmatisation associée à cette « méthode » que les HSH pourraient entendre de la part d'amis ou d'autres sources ?
 - Aider les HSH à intégrer la méthode dans leur(s) stratégie(s) sexuelle(s). Quels sont les moyens pratiques avec lesquels nous pouvons aider les HSH ?
- 7 En fonction de votre décision de travailler sur une ou plusieurs « méthodes », vous pouvez demander à chaque groupe de travailler sur les méthodes ou d'en choisir une, en veillant à ce que chacune des méthodes soit couverte par les groupes.
- 8 Dites aux groupes qu'ils ont entre 40 et 50 minutes pour terminer l'exercice.

Ouvrir la voie aux commentaires : (30 minutes)



Lorsque le temps imparti est écoulé (ou avant, si tous les groupes ont terminé leur travail), demandez aux groupes de partager leurs idées et leurs discussions.



Encouragez les groupes à commenter en utilisant les 7 A de l'acceptabilité et à inclure les questions suivantes :

- Quels choix ont-ils faits dans les lieux, les informations données et la mise en relation ultérieure avec un professionnel de la santé ?
- Pourquoi ont-ils fait les choix qu'ils ont faits ?
- Quels problèmes ou difficultés ont-ils identifiés ?
- Qu'est-ce qui était facile, ou plus facile que ce qu'ils pensaient au départ ?



Encouragez le groupe à lire le module de formation en ligne de l'exercice s'ils veulent avoir davantage d'informations de base sur ces « méthodes », puis mettez fin à l'exercice.

Support de formation en ligne

Prévention

Sensibiliser sur l'utilisation du TasP (U=U), de la PrEP, du TPE et de l'autotest ou de l'auto-prélèvement pour les HSH

Nous examinons maintenant ce que l'on appelle parfois les nouvelles méthodes de prévention. Il s'agit du traitement comme prévention (TasP), de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), du traitement post-exposition (TPE) et de l'autotest/auto-prélèvement.

Traitement comme prévention (TasP)

« Il a été démontré que le traitement du VIH était bénéfique à la fois pour la santé d'une personne et pour la réduction du risque de transmission à son/ses partenaire(s).

La transmission sexuelle du VIH d'une personne séropositive à son partenaire est corrélée avec la charge virale de VIH dans les voies génitales et les fluides génitaux. Ce mécanisme permet à un traitement antirétroviral (ART) combiné de réduire le risque de transmission sexuelle du VIH.

Des études évaluant la transmission du VIH ont été menées principalement auprès de couples hétérosexuels sérodiscordants pour le VIH, et elles ont montré que le traitement des personnes vivant avec le VIH peut réduire le risque de transmission sexuelle du VIH à leur partenaire de plus de 90 %.

Les résultats de l'étude PARTNER, qui a inclus des couples HSH sérodiscordants, ont confirmé ces résultats pour la population HSH en ne détectant aucun épisode de transmission du VIH associée chez des hommes infectés par le VIH et ayant une charge virale inférieure à la limite de détection. On estime que la majorité des transmissions du VIH parmi les HSH au Royaume-Uni se produisent avant que le partenaire séropositif ne soit diagnostiqué. Par conséquent, les principaux efforts visant à mettre en place des programmes efficaces de prévention et de traitement du VIH dans les pays de l'UE/EEE se focaliseront sur l'obtention d'une fréquence de dépistage élevée et régulière pour les HSH les plus à risque et sur l'accès facilité au traitement et l'observance du traitement chez les personnes qui sont dépistées comme séropositives.

Les nouvelles données de l'étude Partner II, qui se concentraient sur les couples HSH sérodiscordants, corroborent les conclusions de l'étude Partner initiale. Aucune de ces études n'a observé d'infection associée génétiquement alors que le partenaire séropositif avait une charge virale indétectable (suppression de la charge virale), que les couples avaient des relations sexuelles sans préservatifs et qu'ils n'utilisaient pas de prophylaxie pré-exposition (PrEP). Dans ces études, la suppression virale était définie comme le fait d'avoir moins de 200 copies d'ARN du VIH par millilitre de sang ; la plupart des participants séropositifs avaient moins de 50 copies d'ARN du VIH par millilitre de sang. Les couples dans les deux études se sont livrés à plus de 100 000 actes sexuels sans préservatif ni PrEP. Les estimations du risque de transmission sont de 0,00 risque par 100 années en couple, le niveau de confiance correspondant étant de 95 %. C'est pourquoi nous pouvons maintenant affirmer avec certitude qu'une charge virale indétectable est égale à une infection intransmissible (U=U) et que les partenaires séropositifs bénéficiant d'un traitement efficace ne peuvent pas transmettre le VIH.

(Tiré de : National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STI and TB Prevention. États-Unis – Décembre 2018)

Voici une explication simple qui peut être utile pour expliquer le traitement comme prévention (TasP) :

- Lorsque les personnes séropositives prennent des médicaments anti-VIH et qu'elles ont une charge virale indétectable, il est extrêmement improbable qu'elles transmettent le VIH.
- Le traitement du VIH empêche le virus de se répliquer et il réduit la quantité de VIH dans le sang. La quantité de VIH est mesurée par un test sanguin appelé « test de charge virale ».
- Lorsqu'une personne présente une charge virale indétectable, cela signifie qu'il n'y a pratiquement pas de VIH dans ses fluides corporels.

- Lorsqu'il n'y a presque pas de VIH dans le sperme (et les sécrétions vaginales), il est extrêmement improbable que le VIH se transmette lors des rapports sexuels, même lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés.
- Les personnes sous traitement ne présentent pas toutes une charge virale indétectable, en particulier si elles ont commencé le traitement au cours des derniers mois, si elles prennent leur traitement en retard ou si elles oublient de prendre des doses. »

Prophylaxie pré-exposition (PrEP).

« La PrEP est une méthode permettant de réduire le risque d'infection par le VIH chez les adultes séronégatifs pour le VIH et présentant un risque élevé d'exposition au VIH. Le traitement comprend l'utilisation de médicaments antirétroviraux oraux afin d'empêcher le virus d'installer une infection permanente. Les concentrations de médicaments détectables dans le sang étaient fortement corrélées à l'effet prophylactique, ce qui souligne l'importance de l'observance de la PrEP.

Les résultats finaux de la prolongation d'un vaste essai clinique (iPrEX OLE) mené auprès de HSH et de femmes transgenres ont montré qu'une bonne observance de la PrEP était associée à une réduction du risque d'infection par le VIH de 84 %.

Alors que l'on s'attendait à ce que l'utilisation de la PrEP en mode ouvert et sans essai clinique puisse aboutir à une moindre efficacité, l'essai britannique PROUD mené auprès de 545 HSH randomisés dans les groupes de traitement PrEP immédiat ou PrEP différé a révélé une réduction de 86 % chez les hommes du groupe PrEP immédiat, et des taux égaux d'IST rectales et d'utilisation élevée de préservatifs dans les deux groupes au cours de l'essai, ce qui indique que les hommes avaient intégré la PrEP dans les stratégies de réduction des risques existantes.

L'étude française Ipergay réalisée avec 400 HSH a également montré une réduction de 86 % de l'infection par le VIH chez les HSH sous PrEP intermittente (2 comprimés 2 à 24 heures avant les rapports sexuels, 1 comprimé 24 heures après et 1 comprimé 48 heures après la 1^{re} dose) par rapport au groupe placebo. L'efficacité élevée a été atteinte bien que seulement 43 % des HSH aient déclaré avoir utilisé la PrEP de manière optimale lors de leur dernier rapport sexuel.

Ces études apportent des preuves solides de l'efficacité de la PrEP, et elles indiquent qu'il faut envisager sérieusement son inclusion dans la « boîte à outils de prévention du VIH », en particulier pour les HSH les plus à risque de contracter le VIH.

L'OMS a ajouté une nouvelle recommandation sur l'utilisation de la PrEP chez les HSH comme un choix de prévention supplémentaire dans un ensemble complet de mesures de prévention du VIH, dans les directives consolidées pour la prévention du VIH, publiées en juillet 2014. Les États-Unis recommandent la PrEP depuis 2012, bien que la mise en œuvre dans de nombreuses régions ait été plus lente que prévu.

La grande efficacité de la PrEP dans la réduction du risque d'infection par le VIH contractée sexuellement a récemment été démontrée dans un certain nombre d'essais randomisés contrôlés, dont deux essais menés auprès des HSH en Europe. En juillet 2016, l'Agence européenne des médicaments a recommandé l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché pour l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour la PrEP. Cette recommandation a été approuvée par la Commission européenne en août 2016.

Actuellement, deux pays d'Europe, la France et la Norvège, fournissent la PrEP via leurs services de santé publique. Cependant, il n'existe pas encore de consensus clair en Europe sur la manière de mettre en œuvre la PrEP. »

Traitement post-exposition (TPE)

« Le traitement post-exposition à base d'antirétroviraux (ARV) est approuvé en Europe, et il doit être commencé dès que possible après l'exposition au risque de VIH, mais toujours dans les 48 à 72 heures. Le traitement doit être poursuivi pendant 28 jours, à moins que l'individu à l'origine de l'exposition au risque de VIH ne soit déclaré séronégatif.

Il a été démontré de manière répétée que le TPE réduisait la transmission du VIH dans les études sur des modèles animaux. Le TPE avait été introduit à l'origine pour réduire la transmission après une blessure par piqûre d'aiguille. Pour des raisons éthiques, aucun essai randomisé contrôlé n'a été réalisé. Les études observationnelles montrent une protection constante, mais à des degrés divers.

Outre le TPE professionnel et le TPE dans les situations d'agression sexuelle, dans la plupart des pays, le TPE est également recommandé aux personnes qui ont eu des rapports anaux sans préservatif avec un partenaire dont le statut sérologique VIH est inconnu et qui consultent un médecin dans les 48 à 72 heures.

Les couples sérodiscordants (dans lesquels le partenaire de référence n'est pas sous ARV) ont le plus souvent recours au TPE non professionnel en raison de la rupture ou de la défaillance du préservatif. La plupart des lignes directrices européennes et américaines incluent également spécifiquement comme admissibles au TPE les personnes ayant eu des relations sexuelles anales sensibles non protégées avec un homme homosexuel ou bisexuel de statut VIH inconnu.

Étant donné que les médicaments antirétroviraux comportent également un risque d'événements indésirables, le bénéfice individuel du TPE doit être pondéré avec les risques. Dans les pays où le TPE est disponible, il s'agit d'une décision clinique reposant sur le bénéfice individuel plutôt que sur une mesure stricte basée sur des directives.

Le TPE n'a pas été associé à une augmentation du comportement sexuel à haut risque chez les HSH, et il a rarement été promu comme un moyen de prévention principal auprès de la population HSH. La sensibilisation au TPE et à l'accès perçu au TPE est faible chez les HSH dans la plupart des pays européens, ce qui indique que le TPE n'est pas une intervention préventive de première ligne.

Une étude danoise n'a montré qu'une augmentation modeste du nombre de demandes de TPE malgré une population de HSH bien informée et un accès facile au traitement. Une étude évaluant le programme TPE d'Amsterdam a révélé une tendance similaire à l'augmentation très modeste des demandes de TPE, mais 75 % des demandes provenaient des HSH.

Dans l'enquête EMIS de 2010, moins de 2 % des personnes interrogées dans 26 des 38 pays concernés ont déclaré avoir déjà eu accès au TPE. Les autres pays ont signalé une utilisation légèrement plus élevée, avec les personnes interrogées en France qui ont déclaré la plus forte utilisation, même si elle n'atteignait que 9 %.

La faible utilisation du TPE dans la plupart des pays européens pourrait s'expliquer par une faible sensibilisation ou des besoins perçus comme faibles pour ce type d'intervention. L'accès est également une question importante et dans l'enquête EMIS de 2010, environ un tiers des pays européens ont indiqué que l'accès au TPE n'était pas gratuit.

Il existe une grande variation en Europe quant à la fréquence à laquelle le TPE est envisagé et prescrit pour la prévention du VIH. Les HSH qui sont exposés au VIH (quel que soit le motif de leur exposition) ont le droit d'être informés sur toutes les interventions potentielles, y compris une meilleure connaissance du TPE et des endroits où il peut être obtenu. Les conclusions de l'enquête EMIS de 2010 suggèrent que les accidents de préservatifs et des lacunes constantes sur l'utilisation correcte des préservatifs, plutôt que la négligence, sont associés à l'exposition au VIH et à l'expérience associée du TPE.

Des autorités telles que l'ECDC ont fortement suggéré la promotion des informations sur le TPE auprès des HSH, et la mise à disposition du TPE dans les cliniques ciblant les HSH ou spécialisées en santé sexuelle, dans la mesure du possible. Le TPE devrait être proposé aux HSH ayant eu des relations sexuelles sans

préservatif avec un partenaire séropositif dont le statut de la charge virale est inconnu, ainsi qu'aux HSH qui ont eu des relations sexuelles anales sensibles avec un partenaire au statut VIH inconnu et qui consultent un médecin dans les 48 à 72 heures. »

Auto-prélèvement et autotest du VIH

“Un auto-prélèvement du VIH consiste en un kit qui permet à l'utilisateur de se prélever lui-même un échantillon de sang ou de salive, de l'envoyer à un laboratoire d'analyse et de recevoir les résultats par téléphone, SMS ou e-mail.

L'autotest du VIH suppose que le patient prélève un échantillon à sa convenance, p. ex. un écouvillon buccal, exécute lui-même le test puis interprète le résultat. Certains pays ont approuvé ou sont en train d'approuver la vente de kits d'autotest du VIH.

Le Royaume-Uni est devenu le premier pays à lancer la vente de tests à domicile en avril 2015. Ces kits permettront à l'individu de produire son propre échantillon et de réaliser le test chez lui, avec un résultat en 15 à 40 minutes.

L'autotest peut augmenter la fréquence des tests en raison de leur disponibilité et de leur accès, mais une assurance qualité rigoureuse est nécessaire pour minimiser les faux négatifs et les faux positifs, ainsi que des filières bien définies pour les tests de confirmation et la prise en charge psychologique afin de garantir la mise en relation avec les professionnels de la santé, et l'accès à la prévention et à l'accompagnement.

Les nouvelles directives de l'OMS recommandent aux pays d'accroître la gamme disponible de nouvelles stratégies d'autotest du VIH pour accroître l'utilisation des tests. À ce jour, la mise en œuvre de l'auto-prélèvement et de l'autotest est relativement limitée en Europe.

Selon la base de données « Barring the Way to Health » (bloquer l'accès à la santé), l'auto-prélèvement pour le dépistage du VIH (c.-à-d. prélever un échantillon à la maison et l'envoyer à un laboratoire où le dépistage est effectué) est légal dans 5 des pays inclus dans l'enquête EMIS de 2010 : la Belgique, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suisse et le Royaume-Uni.

L'autotest du VIH (c.-à-d. se prélever un échantillon et effectuer le test à domicile) est légalisé en France, et un produit approuvé est disponible à l'achat. Au Royaume-Uni, l'autotest a été légalisé en avril 2014 et le premier kit d'autotest du VIH a été mis sur le marché en avril 2015. Les premiers résultats montrent que 75 % des tests ont été vendus à des personnes vivant en dehors des zones urbaines et que la moitié des utilisateurs ayant effectué le test n'avaient pas été dépistés pour le VIH auparavant.

Les commandes de tests étaient étroitement liées aux influences extérieures (p. ex. la Journée mondiale du SIDA, la Semaine nationale du SIDA), avec une augmentation du nombre de commandes lorsque le VIH était présenté dans les médias et/ou lorsque des publicités pour le kit circulaient sur les réseaux sociaux.

Des études qualitatives menées auprès des HSH au Royaume-Uni ont révélé que le principal avantage perçu de l'autotest (et dans une moindre mesure de l'auto-prélèvement) était un anonymat accru pour les personnes qui sont préoccupées par des questions de vie privée et de confidentialité lorsque les dépistages se font en face à face. L'autotest était également perçu comme potentiellement bénéfique pour les personnes qui n'étaient pas encore sûres de leur sexualité (comme les jeunes hommes), les personnes qui avaient également des relations avec des femmes, les hommes vivant dans des zones rurales et les personnes issues de communautés ethniques et culturelles où le fait de divulguer leur activité homosexuelle reste tabou. Les inconvénients perçus de l'autotest comprenaient : la peur d'obtenir un résultat positif sans soutien personnel immédiat, les préoccupations des hommes quant à leur capacité à effectuer le test, et leur coût (les kits d'autotest doivent être achetés au Royaume-Uni), étant donné que des tests sont disponibles gratuitement dans d'autres contextes, y compris l'auto-prélèvement.

En dehors de la France et du Royaume-Uni, la légalisation et la disponibilité de l'autotest du VIH sont limitées en Europe. En Belgique, la vente de kits d'autotest est autorisée, mais à la mi-2016, aucun produit n'était officiellement disponible à la vente sur le marché et le système de santé belge ne couvre pas le coût du test dans le cadre de ses politiques actuelles. Aux Pays-Bas, des directives sur l'utilisation des autotests ont été publiées, mais aucune politique publique n'a été créée et aucun test n'a été approuvé pour le marché néerlandais. En Allemagne, les dispositions législatives en vigueur ne permettent pas la vente d'autotests. Ils sont considérés comme des « dispositifs médicaux » qui doivent être administrés par un professionnel de la santé. L'Espagne envisage actuellement l'inclusion des autotests du VIH, mais aucun kit n'a encore été autorisé à la vente. Selon la base de données « Barring the Way to Health » (bloquer l'accès à la santé), l'autotest est légal dans un certain nombre de pays d'Europe orientale (République tchèque, Estonie, Moldavie, Pologne, Roumanie, Russie, Ukraine), mais l'exactitude de ces données n'a pas été vérifiée avec des interlocuteurs de ces pays. »

Tiré de ECDC: HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC 2015 and the Terrence Higgins Trust website.

Titre informel de l'exercice :

« Interventions de première ligne » : travailler avec les HSH en utilisant des interventions de conseil et d'information individuelles et en groupe, de prise en charge psychologique, et de dépistage communautaire du VIH et des IST

Domaine/groupe d'étude :

Prévention



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'explorer et d'accroître leurs connaissances individuelles en donnant des conseils et des informations individuellement et en groupe (y compris un travail de sensibilisation effectué en ligne) sur l'entretien motivationnel (MI) et le changement thérapeutique (prise en charge psychologique) et le dépistage communautaire du VIH et des IST.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront exploré l'éventail des interventions préventives de première ligne et l'expérience des groupes qui les ont menées.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Décidez si vous souhaitez vous concentrer sur l'une des interventions ou sur deux. Il est inutile d'aborder l'entretien motivationnel si vous avez déjà fait la session pratique qui couvre ces compétences. La discussion ici porte davantage sur les différences entre la prise en charge psychologique et l'entretien motivationnel.
- ✓ Identifiez des exemples de travail pour votre ou vos interventions de votre choix, avec des exemples en ligne.
- ✓ S'il existe des directives, des protocoles ou des limites « locales » sur les interventions que vous avez choisies, informez-vous de leur nature et la manière dont elles affectent le travail.
- ✓ Lisez les « 5 C » pour les services de dépistage du VIH et demandez-vous s'ils sont toujours pertinents pour tous les HSH, en particulier dans les contextes communautaires.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice est plus approprié pour les personnes qui débutent dans le travail avec les gays et autres HSH dans les domaines du VIH et de la santé sexuelle, plutôt que pour les travailleurs expérimentés.
- 💡 Ces exercices permettent de partager l'expérience et les compétences de tous les membres du groupe avec lequel vous travaillez. Il est donc plus important de parler de ce qui se passe, de ce qui pourrait se passer et de la meilleure pratique dans votre région, plutôt que de dire « c'est le seul moyen de faire ça »

Exercice : Explorer la possibilité de donner des informations ou des conseils, soit individuellement, soit en groupe, et en incluant les activités de sensibilisation en ligne.

Méthode : (30 minutes)

- 1 Informez le groupe que nous allons maintenant examiner des informations et des conseils fournis dans des situations individuelles et en groupe et incluant également des travaux effectués en ligne.
- 2 Demandez au groupe de partager ses idées et son expérience sur ce que l'on entend par les conseils ou informations dispensés individuellement ou en groupe.
- 3 Notez les définitions sous forme de liste sur un paperboard.
- 4 Si vous pensez que cela est utile, présentez le ou les PowerPoint contenant des informations sur les définitions de base.



Individuellement ou en groupe – Informations et/ou conseils

- Donner des informations ou des conseils à une personne ou à un groupe de personnes sur diverses questions sociales ou personnelles.
 - Activités de sensibilisation en ligne : effectuer cette tâche sur un forum en ligne via un site Web ou une application en ligne.
 - Ce sont généralement des interventions ponctuelles.
- 5 Demandez au groupe de partager des exemples d'interventions types de conseil ou d'information individuelles ou en groupe.
 - Quel type d'informations ou conseils ? (conseil sur quoi ?)
 - Où effectuez-vous ces interventions ? Dans quels lieux ?
 - De quelles ressources avez-vous/aurez-vous besoin pour aider ?
 - Comment pourrions-nous améliorer ce que nous faisons déjà ? Avez-vous vu des exemples de travail faits à d'autres endroits ?
 - 6 Demandez aux membres du groupe si l'un d'entre eux a déjà donné des conseils ou des informations en ligne.
 - 7 Si oui, peuvent-ils raconter comment ils l'ont fait et en quoi cela diffère-t-il d'un travail en face à face ?
 - 8 Sinon, d'après eux, en quoi cela serait-il différent du travail en face à face ?
 - 9 Pour les deux questions, vous recherchez des problèmes du type :
 - Vous ne pouvez pas voir la personne avec qui vous parlez, donc vous ne pouvez pas lire les expressions faciales ni le langage corporel
 - La personne avec laquelle vous discutez peut penser que vous lui dites ce qu'elle doit faire.
 - Il peut être plus difficile de poser et de répondre à des questions lorsque vous tapez sur un clavier/ envoyez des SMS plutôt que de simplement parler à quelqu'un
 - 10 Informez le groupe qu'il trouvera plus d'informations sur les conseils et les informations dispensés individuellement et en groupe dans le module de formation en ligne de cet exercice.

Exercice : Explorer l'entretien motivationnel, le changement thérapeutique en situation individuelle ou en groupe (prise en charge psychologique/groupes)

Méthode : (30 minutes)

- 1 Informez le groupe que nous allons maintenant envisager un entretien motivationnel (MI) et un travail thérapeutique individuel et en groupe.
- 2 Demandez aux participants de partager leurs idées sur ce qu'est un entretien motivationnel et notez-les sur un paperboard. Ces idées peuvent être des définitions assez floues, elles ne doivent pas nécessairement correspondre exactement à ce qui est écrit sur le paperboard.
- 3 Demandez aux participants d'exposer leurs idées sur ce qu'est un changement thérapeutique individuel et en groupe, et notez-les sur un paperboard. Encore une fois, ces idées/pensées peuvent être assez vagues.
- 4 Présentez les PowerPoint contenant les informations sur les définitions.



Entretien motivationnel (MI)

L'entretien motivationnel est un modèle thérapeutique bref conçu pour aider les clients peu motivés à changer et à réaliser le besoin de changer grâce à des comportements à risque auto-identifiés.

- Travail thérapeutique individuel (prise en charge thérapeutique)

Assister et guider les clients/personnes, en particulier par une personne qualifiée sur une base professionnelle, afin de résoudre des problèmes personnels, sociaux ou psychologiques. Il s'agit généralement d'une intervention sur plusieurs séances, bien que des séances uniques de prise en charge psychologique soient généralement proposées parallèlement au dépistage du VIH.

- Travail thérapeutique en groupe (travail en groupe)

Le travail en groupe décrit une variété d'interventions, adressées à un groupe de personnes partageant un intérêt commun et pouvant avoir plusieurs fonctions, dont la transmission d'informations, le renforcement des compétences, la capacité et les connaissances sociales, et la résolution des conflits psycho-sociaux.

- 5 Demandez au groupe de donner des exemples de travail qu'ils connaissent ou qu'ils réalisent en utilisant l'entretien motivationnel ou un changement thérapeutique, individuel ou en groupes.
 - Comment et où cela se passe-t-il ?
 - Quelle est la différence entre travailler individuellement et travailler en groupes ?
 - En quoi est-ce différent de donner des conseils ou des informations ? Les deux approches se mélangent-elles ? Pourriez-vous utiliser l'entretien motivationnel dans le cadre d'activités de sensibilisation ?
- 6 Pour en savoir plus sur l'entretien motivationnel, consultez la formation Quality Action. Les liens dirigeant vers le site Web seront disponibles dans le module de formation en ligne de cet exercice. Vous pouvez donner ces liens aux participants s'ils ont d'autres questions.

Explorer le dépistage communautaire du VIH et des IST

Méthode : (30 minutes)

- 1 Informez le groupe que nous allons examiner le dépistage communautaire du VIH et des IST.
- 2 Présentez les Powerpoint contenant les informations sur le dépistage communautaire du VIH et des IST.



Dépistage communautaire : VIH et IST

- Habituellement effectués dans les « Points de contrôle » ou les autres lieux communautaires (CBVCT/services de prise en charge psychologique et de dépistages volontaires et communautaires), les HSH peuvent être testés à la fois pour le VIH et une série d'IST, à l'aide de tests rapides et de laboratoire sur des échantillons prélevés (sang, salive et urine).
- On peut considérer que le dépistage communautaire a un avantage par rapport au dépistage en milieu médical à cause des liens qu'il a avec la communauté qu'il dessert. Les problèmes d'identification, d'homophobie et de risque de « coming out » involontaire sont moins importants dans les contextes communautaires.
- Euro HIV EDAT a développé des informations et une boîte à outils sur les Points de contrôle : <https://eurohivedat.eu/>
ou www.msm-checkpoints.eu
- Optest a développé des informations et des outils pour lutter contre les obstacles au dépistage et à la mise en relation avec les professionnels de la santé : www.opttest.eu



Les « 5 C » de l'OMS pour les services de dépistage du VIH

1. Consent/ Consentement
2. Confidentiality/ Confidentialité
3. Counselling/ Soutien psychologique
4. Correct Results/ Résultats corrects
5. Connection/ Connexion

Les directives sont disponibles sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870>

- 3 Montrez le PowerPoint et présentez au groupe l'idée des 5 C introduite par l'OMS en 2015. Selon l'OMS, les 5 C sont des principes qui s'appliquent à tous les Services de dépistage du VIH (SDV) et dans « toutes les circonstances »
 - **Consent/Consentement** : les personnes bénéficiant d'un SDV doivent donner leur consentement avant d'être dépistées et soutenues psychologiquement (un consentement verbal suffit, le consentement écrit n'est pas obligatoire). Elles doivent être informées sur le processus de dépistage du VIH et de la prise en charge psychologique, ainsi que de leur droit de refuser ce dépistage.
 - **Confidentiality/confidentialité** : un SDV doit être confidentiel, ce qui signifie que les discussions entre le prestataire de SDV et le client ne seront divulguées à aucune autre personne sans le consentement explicite de la personne qui est dépistée. Il faut respecter la confidentialité, mais il ne doit pas être permis d'accroître le secret, la stigmatisation ou la honte. Les thérapeutes doivent discuter, entre autres questions, des tiers que la personne pourrait souhaiter informer et de la manière dont elle souhaiterait que cela se fasse. La confidentialité partagée avec un partenaire ou des membres de la famille (des personnes de confiance) et les professionnels de la santé est souvent très bénéfique.
 - **Counselling/soutien psychologique** : les informations préalables au test peuvent être fournies en groupe, mais toutes les personnes doivent avoir la possibilité de poser des questions en privé si elles le souhaitent. Tous les dépistages du VIH doivent être accompagnés d'un soutien psychologique approprié et de haute qualité après le test, basé sur les résultats du dépistage du VIH et le statut VIH déclaré. Des mécanismes d'assurance-qualité (AQ) ainsi que des systèmes encourageants de supervision et de mentorat doivent être en place pour garantir une prise en charge psychologique de haute qualité.

- **Correct/résultats corrects** : les prestataires de dépistage du VIH doivent s'efforcer de fournir des services de dépistage de haute qualité, et les mécanismes d'assurance-qualité doivent garantir que les personnes reçoivent un diagnostic correct. L'AQ peut inclure des mesures internes et externes, et elle doit recevoir le soutien du laboratoire national de référence. Toutes les personnes ayant reçu un diagnostic positif pour le VIH doivent être testées à nouveau afin de confirmer leur diagnostic avant le début des soins ou du traitement du VIH.
- **Connection/connexion** : la mise en relation avec les services de prévention, de traitement et de soins doit inclure un suivi efficace et approprié, y compris un soutien à la prévention et au traitement à long terme. Fournir des SDV dans des lieux ne disposant d'aucun accès aux soins, ou en cas de mauvaise mise en relation avec les professionnels de la santé, y compris la mise à disposition de traitements antirétroviraux, présente des avantages limités pour les personnes vivant avec le VIH.

- 4 Demandez aux membres du groupe si quelqu'un a déjà travaillé ou fourni des dépistages communautaires du VIH ou des IST.
- 5 Si oui, demandez à quelques participants s'ils utilisent toujours l'ensemble des 5 C et s'ils les considèrent comme des moteurs ou des obstacles. Par exemple, tous les gays et autres HSH ont-ils besoin de « soutien psychologique » avant et après le test ? Est-ce devenu un obstacle à l'accès au test lui-même ? Les participants peuvent-ils partager trois points qu'ils jugent importants et qu'ils ont appris de leur expérience en service de dépistages communautaires ? Sinon, mettez fin à la discussion ou utilisez vos propres expériences, si elles sont pertinentes.

À la fin de la ou des sessions que vous avez choisies, mettez fin à l'exercice.

Support de formation en ligne

Prévention

« Interventions de première ligne » : travailler avec les HSH en utilisant des interventions de conseil et d'information individuelles et en groupe ; entretien motivationnel et prise en charge psychologique, et dépistage communautaire du VIH et des IST

Vous allez maintenant examiner les interventions qui sont utilisées en première ligne de la prévention. Nous envisagerons de donner des informations ou des conseils, en face à face (ou individuellement), en groupe et en ligne. Ensuite, nous examinerons les changements comportementaux ou thérapeutiques, y compris les entretiens de motivation, encore une fois dans des situations individuelles et de groupe.

Nous explorerons également le dépistage communautaire du VIH/des IST, et enfin les autres médias tels que la presse écrite, la télévision et la radio.

En ce qui concerne les informations et les conseils dispensés, j'aimerais que vous réfléchissiez et preniez note des interventions qui utilisent des contextes individuels ou de groupe pour donner des informations ou des conseils, ou des situations et des contextes dans lesquels vous vous trouvez lorsque des personnes vous contactent (en tant que représentant de votre organisation) pour vous demander des informations ou des conseils. Réfléchissez à l'éventail des informations ou des conseils que vous souhaitez donner à un public HSH, ainsi qu'aux diverses situations et différents environnements dans lesquels vous vous trouvez lorsque l'on vous contacte pour obtenir des informations ou des conseils. Il peut également être utile de réfléchir aux ressources dont vous avez besoin.

Vous avez 10 minutes pour réaliser cette tâche.

Nous allons maintenant penser aux environnements en ligne. En donnant des conseils ou des informations dans un environnement en ligne, quels sont les problèmes que vous devez retenir ?

Des suggestions/des idées ?

- Absence de signaux visuels
- Problèmes en étant perçu comme « directif »
- Formuler les réponses de manière satisfaisante pour les deux parties
- Etc.

Maintenant que vous avez réfléchi à cela, pouvez-vous identifier et noter tous les exemples que vous connaissez qui utilisent les environnements en ligne pour donner des conseils ou des informations ? (Considérons-nous les sites Web organisationnels destinés aux HSH comme des portails d'informations ou de conseils, ainsi que les environnements de « discussion en ligne » ?)

Passons maintenant au changement de comportement thérapeutique. Premièrement, qu'entendons-nous par changement de comportement thérapeutique ? Une définition de base dit que tout comportement est appris et il peut donc être « désappris » ou que les comportements jugés comme « malsains » peuvent être changés. Pour ce faire, le changement de comportement thérapeutique utilise une palette de thérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale pour aider les personnes à identifier les problèmes qui bloquent le changement souhaité et à développer des solutions pour contourner ces problèmes et parvenir au comportement souhaité. L'entretien motivationnel est un outil de dialogue ou de conversation qui utilise une formule pour aider les clients/personnes à identifier leurs problèmes, puis à réfléchir et à identifier leurs propres solutions.

Maintenant que nous avons vu la définition, pouvez-vous identifier et noter des exemples d'interventions thérapeutiques individuelles ou en groupe, les problèmes qu'elles peuvent traiter, les formes qu'elles prennent et, si vous en connaissez, les modèles (comme la TCC) qu'elles utilisent ? Encore une fois, vous avez 10 minutes pour faire cet exercice.

Quality Action Training: www.qualityaction.eu

Dépistage communautaire du VIH/des IST

Habituellement effectué dans les « Points de contrôle » ou autres lieux communautaires (CBVCT), le dépistage du VIH et d'une série d'IST pour les HSH peuvent être effectués à l'aide de tests rapides et de laboratoire sur des échantillons prélevés (sang, salive et urine).

On peut considérer que le dépistage communautaire a un avantage par rapport au dépistage en milieu médical à cause des liens qu'il a avec la communauté qu'il dessert. Les problèmes d'identification, d'homophobie et de risque de « coming out » involontaire sont moins importants dans les contextes communautaires.

En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré des lignes directrices sur les services de dépistage du VIH qui intègrent l'idée de « 5 C ». Les 5 C sont des principes qui s'appliquent à tous les Services de dépistage du VIH (SDV) et dans « toutes les circonstances ».

- **Consent/Consentement** : les personnes bénéficiant d'un SDV doivent donner leur consentement avant d'être dépistées et soutenues psychologiquement (un consentement verbal suffit, le consentement écrit n'est pas obligatoire). Elles doivent être informées sur le processus de dépistage du VIH et de la prise en charge psychologique, ainsi que de leur droit de refuser ce dépistage.
- **Confidentiality/confidentialité** : un SDV doit être confidentiel, ce qui signifie que les discussions entre le prestataire de SDV et le client ne seront divulguées à aucune autre personne sans le consentement explicite de la personne qui est dépistée. Il faut respecter la confidentialité, mais il ne doit pas être permis d'accroître le secret, la stigmatisation ou la honte. Les thérapeutes doivent discuter, entre autres questions, des tiers que la personne pourrait souhaiter informer et de la manière dont elle souhaiterait que cela se fasse. La confidentialité partagée avec un partenaire ou des membres de la famille (des personnes de confiance) et les professionnels de la santé est souvent très bénéfique.
- **Counselling/soutien psychologique** : les informations préalables au test peuvent être fournies en groupe, mais toutes les personnes doivent avoir la possibilité de poser des questions en privé si elles le souhaitent. Tous les dépistages du VIH doivent être accompagnés d'un soutien psychologique approprié et de haute qualité après le test, basé sur les résultats du dépistage du VIH et le statut VIH déclaré. Des mécanismes d'assurance-qualité (AQ) ainsi que des systèmes encourageants de supervision et de mentorat doivent être en place pour garantir une prise en charge psychologique de haute qualité.
- **Correct/résultats corrects** : les prestataires de dépistage du VIH doivent s'efforcer de fournir des services de dépistage de haute qualité, et les mécanismes d'assurance-qualité doivent garantir que les personnes reçoivent un diagnostic correct. L'AQ peut inclure des mesures internes et externes, et elle doit recevoir le soutien du laboratoire national de référence. Toutes les personnes ayant reçu un diagnostic positif pour le VIH doivent être testées à nouveau afin de confirmer leur diagnostic avant le début des soins ou du traitement du VIH.
- **Connection/connexion** : la mise en relation avec les services de prévention, de traitement et de soins doit inclure un suivi efficace et approprié, y compris un soutien à la prévention et au traitement à long terme. Fournir des SDV dans des lieux ne disposant d'aucun accès aux soins, ou en cas de mauvaise mise en relation avec les professionnels de la santé, y compris la mise à disposition de traitements antirétroviraux, présente des avantages limités pour les personnes vivant avec le VIH.

Euro HIV EDAT a développé des informations et une boîte à outils sur les Points de contrôle : <https://eurohivedat.eu/>

Optest a développé des informations et des outils pour lutter contre les obstacles au dépistage et à la mise en relation avec les professionnels de la santé : www.opttest.eu

Lisez les informations sur les « 5 C » de l'OMS et le kit d'outils à Euro HIV EDAT et répondez aux questions suivantes :

- Quel est l'impact collectif que peut avoir un service de prise en charge psychologique et de dépistages volontaires et communautaires ?
- Que pourriez-vous faire pour atteindre les HSH à risque et difficiles à atteindre ?
- Comment facilitez-vous l'utilisation des centres de dépistage communautaires ?
- Quels sont les meilleurs moyens de développer une approche globale et positive de la santé sexuelle pour les HSH ?
- Quels sont les meilleurs moyens de faire fonctionner les services de dépistage communautaires ?
- Existe-t-il des avantages d'un environnement par rapport à un autre pour les services de dépistage communautaires ?
- Quels sont les avantages comparés des tests traditionnels par rapport aux tests rapides ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'assurer un suivi et une évaluation appropriés du service ?
- Comment rendez-vous le service acceptable pour votre public cible ?
- Comment garantissez-vous la confidentialité et des services de prise en charge psychologique appropriés et acceptables dans un cadre communautaire ? Quand la prise en charge psychologique pourrait-elle devenir une barrière plutôt qu'un moteur ?

« En développant et en fournissant des informations à travers un certain nombre d'interventions, qu'elles soient sous format papier ou en ligne, il existe quelques recommandations que vous pouvez suivre pour les aider à être aussi efficaces et acceptables que possible pour votre public cible, y compris sur les barrières et les moteurs de la communication.

Les voici :

Utilisez des informations précises, complètes et à jour

Les professionnels de la santé publique, les décideurs politiques et les praticiens de la prévention du VIH concevant les stratégies de communication doivent reconnaître la nécessité de fournir des informations en produisant des messages scientifiquement précis et à jour. L'une des principales difficultés de la communication en matière de santé est de fournir suffisamment d'informations pour permettre au public de suivre la logique des recommandations, sans pour autant perdre les membres du public qui ont un niveau faible de connaissances dans le domaine de la santé.

Moteur : Donner des informations précises

Barrière : Donner trop d'informations avec des termes trop techniques.

Construire un climat de confiance entre le destinataire et l'expéditeur

Un message de communication santé réussi repose largement sur la confiance existant entre le destinataire et l'expéditeur, qu'il s'agisse d'un particulier, d'une organisation ou d'une autorité publique. Par conséquent, il est important que le message soit précis et à jour, et que l'expéditeur soit perçu comme authentique et digne de foi.

Moteur : Relation entre le prestataire d'informations et le destinataire

Barrière : Le destinataire ne connaît pas le prestataire d'informations ou n'a pas confiance en lui.

Promouvoir le respect de soi et l'autonomisation

Les stratégies de communication doivent être conçues de manière à accroître les connaissances du groupe cible afin qu'il puisse protéger et améliorer sa santé sexuelle.

Moteur : informations précises utiles qui favorisent le respect de soi et qui permettent au destinataire d'utiliser les connaissances.

Barrière : Confondre le public/les destinataires.

Adoptez une approche participative

L'angle avec lequel les messages sont communiqués est un facteur important pour la promotion de la santé, en particulier dans le contexte des messages sur le sexe et la santé sexuelle. Une approche « descendante » peut renforcer le sentiment de dépossession et saper les efforts de communication en matière de santé.

Moteur : Permettre aux destinataires de faire partie du processus de développement et de s'engager avec les informations.

Barrière : Dire aux gens ce que vous pensez qu'ils devraient faire.

Utiliser un langage et des images acceptables

Il existe des preuves empiriques issues de la science de la communication qui indiquent l'importance d'utiliser un langage simple et acceptable, associé à des images appropriées et attrayantes pour atteindre efficacement le public cible.

Moteur : Utiliser un langage et des images familiers pour les destinataires dans le bon contexte.

Barrière : Utiliser un langage compliqué et des images inappropriées. »

Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet dans le document technique de l'ECDC intitulé « Communication strategies for the prevention of HIV, STI and hepatitis among MSM in Europe » [Stratégies de communication pour la prévention du VIH, des IST et de l'hépatite chez les HSH en Europe].

2.2 Supports de formation présentielle et de formation en ligne

Prévention 2.2.1

- IST : symptômes et traitements
- ChemSex : consommation de drogue pendant les activités sexuelles
- Quelles sont les pratiques sexuelles à moindre risque aujourd'hui ?

Les supports de formation en ligne sont accessibles via la plateforme de formation ESTICOM www.msm-trainings.org.

Titre informel de l'exercice :

IST, symptômes et traitements

Domaine/groupe d'étude :

Prévention

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants de développer leurs connaissances sur les symptômes et les traitements associés aux IST, notamment le VIH chez les gays et autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants comprendront mieux l'épidémiologie, les risques de transmission, les options de prévention, la résistance, les symptômes et les traitements des IST.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Copies de « Exposition aux IST : symptômes révélateurs », une pour chaque participant OU
- ✎ Format Kahoot pour les symptômes des IST.
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Vous pouvez décider de faire l'exercice comme un exercice général en utilisant la plupart ou la totalité des IST identifiées ou de vous concentrer sur une seule IST qui peut présenter un intérêt local, comme l'hépatite. Pensez à la situation et aux besoins locaux.
- ✓ Vous trouverez peut-être utile de lire les informations du module de formation en ligne de cet exercice pour avoir plus d'informations sur les IST et leurs traitements.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 En plus de faire cet exercice à l'aide des formulaires papier, vous pouvez toujours développer/utiliser la plateforme de jeu Kahoot pour obtenir les réponses du groupe. www.kahoot.com
- 💡 Utilisez les connaissances du groupe ainsi que les vôtres pour obtenir des réponses. Vous n'avez pas à tout savoir.
- 💡 Le formulaire des symptômes des IST présenté dans la section Méthode est rempli à titre d'illustration uniquement. Les formulaires que les participants reçoivent sont vierges. Vous disposerez d'un formulaire complètement rempli afin de vérifier leurs réponses.

Méthode : (40 minutes)

- 1 Dites au groupe que nous allons maintenant explorer les différentes IST que les HSH peuvent contracter lorsqu'ils sont sexuellement actifs, en identifiant leurs symptômes et leurs traitements.
- 2 Expliquez que l'exercice comporte deux parties. Nous allons d'abord examiner les types d'IST que les HSH peuvent contracter, puis faire une activité en petits groupes qui consiste à identifier les symptômes et les options de traitement pour un certain nombre d'IST.
- 3 Premièrement, présentez au groupe les PowerPoint sur les groupes d'IST et montrez celles qui sont bactériennes, fongiques, virales ou parasitaires.



Informations sur les IST

Quatre groupes d'infections peuvent être transmises sexuellement : infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques.

- **Les virus** sont des capsules de matériel génétique (ADN ou ARN) entourées d'une enveloppe protectrice de protéines. Ils ne peuvent pas se multiplier seuls, ils doivent envahir une cellule « hôte » et prendre le contrôle de la machinerie cellulaire pour pouvoir produire plus de particules virales. Les cellules des membranes muqueuses, telles que celles de l'anus, de la gorge et de l'urètre (conduit urinaire) sont particulièrement exposées aux attaques, car elles ne sont pas recouvertes d'une peau protectrice.
- **Les bactéries** sont des organismes constitués d'une seule cellule. Elles sont capables de se multiplier par elles-mêmes, car elles ont la capacité de se diviser. Les bactéries existent partout, à l'intérieur et à l'extérieur de notre corps. La plupart des bactéries sont totalement inoffensives. Certaines sont utiles et d'autres provoquent des maladies. Certaines bactéries causent des maladies parce qu'elles se retrouvent dans la mauvaise partie du corps ou parce qu'elles ont évolué pour nous envahir.
- **Les parasites** sont des créatures minuscules qui vivent sur ou à l'intérieur d'une autre créature (l'hôte) et se nourrissent de l'hôte. Un parasite ne peut pas vivre de manière autonome bien qu'il puisse survivre pendant un certain temps sans son hôte.
- **Les champignons** sont des organismes qui ressemblent à des plantes et qui sont dépourvus de chlorophylle. Comme les champignons n'ont pas de chlorophylle, ils doivent absorber leur nourriture à partir d'autres organismes. Les champignons aiment les endroits chauds, sombres et humides.



Informations sur les IST

Bactéries	Virus	Parasites	Champignons
Gonorrhée Urétrite non spécifique Chlamydia Syphilis Infections intestinales	Hépatite A Hépatite B Hépatite C Herpès Verrues VIH	Morpions Gale	Candidose

- 4 Expliquez-leur qu'ils vont maintenant travailler par groupes de trois pour identifier certains des symptômes les plus courants de plusieurs IST. Indiquez clairement qu'il s'agit de symptômes reconnus et que de nombreuses personnes sont « asymptomatiques » ou ne présentent aucun symptôme. Il est important qu'ils le précisent clairement aux HSH avec lesquels ils travaillent. Une personne peut également présenter des symptômes d'infection dans la région génitale et non dans la gorge ou l'anus. Rappelez au groupe que la bonne pratique pour dépister les IST consiste à recueillir des échantillons par écouvillonnages de la gorge, de l'anus et de l'urètre, ainsi que du sang pour les tests.
- 5 Divisez le groupe en groupes de deux ou de trois.
- 6 Dites aux participants de trouver la page avec la feuille de travail sur les IST, de lire les symptômes et de placer une croix à côté des symptômes qu'ils jugent pertinents pour chacune des IST. Dites-leur que certaines colonnes sont déjà remplies pour leur donner une idée de ce qu'il faut faire.

- 7 Ils ont 10 minutes pour réaliser cette tâche.
- 8 Lorsque le temps est écoulé, rappelez-les pour reformer le grand groupe.
- 9 Le facilitateur demande aux groupes de passer en revue leurs réponses pour chaque IST les unes après les autres (p. ex. toutes les réponses concernant la gonorrhée avant de passer à la syphilis). Les groupes aident à informer et à contester les réponses avec le facilitateur. Demandez-leur s'ils ont identifié des symptômes qui ont été « oubliés » et si oui, lesquels.
Les réponses devraient être comme suit :

Exposition aux IST : symptômes révélateurs, symptômes possibles

SYMPTÔMES	GONORRHÉE	CHLAMYDIA	SYPHILIS
Écoulement par le pénis	X	X	
Douleur en urinant	X	X	
Plaie ou cloque sur le pénis			X
Démangeaisons dans ou sur le pénis			
Petites excroissances sur le pénis			
Écoulement par l'anus	X	X	
Douleur dans l'anus ou au moment des selles	X	X	
Plaie ou cloque dans ou autour de l'anus			X
Démangeaisons dans ou autour de l'anus			
Petites excroissances dans ou autour de l'anus			X
Mal de gorge	X		
Plaie ou cloque dans ou autour de la bouche ou de la gorge			X
Éruption cutanée			X
Ganglions enflés			X
Symptômes grippaux			X
Diarrhée			
Perte de poids			
Fatigue extrême			X
Coloration jaunâtre de la peau et du blanc des yeux			
Selles pâles ou urine foncée			
Démangeaisons sur le corps			
Taches blanches dans la bouche			

- 10 Lorsque vous avez terminé de répondre à tous les symptômes avec le groupe, présentez le PowerPoint contenant des informations sur le traitement de chaque groupe d'IST, en informant le groupe qu'il s'agit d'un format simple permettant de partager ces informations avec les HSH qu'ils rencontrent ou avec lesquels ils travaillent.



Options de traitement des IST – une approche simple

Bactérienne

- Les infections bactériennes peuvent être traitées rapidement avec des antibiotiques.

Virale

- Généralement, il n'existe aucun traitement contre les virus. L'infection virale doit généralement suivre son propre cours. Cependant, il existe des traitements pour maintenir la charge virale à des niveaux indétectables (suppression de la charge virale). Il existe des vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B, injectables individuellement ou ensemble. Cependant, il n'existe actuellement aucun vaccin contre l'hépatite C, bien qu'un traitement médicamenteux soit disponible et connu sous le nom d'antiviraux à action directe (AAD).
- Il n'y a pas de vaccin contre le VIH, mais il existe des traitements pouvant supprimer la charge virale du VIH.

Parasitaire

- Les infections parasitaires de la peau peuvent être soulagées et traitées avec des crèmes et des lotions que vous pouvez acheter en vente libre chez le pharmacien. En cas d'infections parasitaires intestinales, un médecin peut vous prescrire des antibiotiques spécifiques qui peuvent vous aider à vous en débarrasser.

Fongique

- Les infections fongiques peuvent être soulagées et traitées avec des crèmes et des lotions que vous pouvez acheter en vente libre.

Les IST qui présentent des symptômes dans les trois jours sont normalement des infections bactériennes. Les infections virales ont des périodes d'incubation plus longues. Parfois, elles ne se manifestent que lorsque le système immunitaire est affaibli ou épuisé.

- 11** Ensuite, demandez aux participants de reformer leurs groupes de deux ou trois personnes et d'examiner la question :
 - « Comment pourriez-vous aider les gays et les autres HSH à se sentir moins coupables d'avoir une IST ? »
- 12** Invitez-les à penser à leur propre expérience. Ont-ils affronté des attitudes stigmatisantes de la part de médecins et d'autres professionnels de la santé ? Dans les informations diffusées sur les IST ?
- 13** Dites au groupe qu'il dispose de 15 minutes pour discuter de cette question et suggérer un moyen de combattre la culpabilité et la stigmatisation entourant les IST chez les gays et autres HSH.

Lorsque le temps est écoulé, demandez aux groupes de deux ou trois personnes de partager leurs suggestions. Lorsque vous avez terminé, mettez fin à l'exercice.

Fiche de travail du participant : Prévention – IST : symptômes et traitements

Exposition aux IST : symptômes révélateurs, symptômes possibles

SYMPTÔMES	GONORRHÉE	MORPIONS/GALE	CHLAMYDIA	VIH	HÉPATITE C	HÉPATITE B	HÉPATITE A	HERPÈS	VERRUES	NSP*	URÉTRITE NON SPÉCIFIQUE	CANDIDOSE	SYPHILIS
Écoulement par le pénis											X		
Douleur en urinant								X			X	X	
Plaie ou cloque sur le pénis								X					
Démangeaisons dans ou sur le pénis		X						X				X	
Petites excroissances sur le pénis									X				
Écoulement par l'anus								X		X			
Douleur dans l'anus ou au moment des selles								X		X			
Plaie ou cloque dans ou autour de l'anus								X					
Démangeaisons dans ou autour de l'anus		X						X				X	
Petites excroissances dans ou autour de l'anus									X				
Mal de gorge													
Plaie ou cloque dans ou autour de la bouche ou de la gorge								X					
Éruption cutanée		X		X									
Ganglions enflés				X						X	X		
Symptômes grippaux				X	X	X	X	X					
Diarrhée/nausée				X	X	X	X						
Perte de poids				X	X	X	X						
Fatigue extrême				X	X	X	X						
Coloration jaunâtre de la peau et du blanc des yeux					X	X	X						
Selles pâles ou urine foncée					X	X	X						
Démangeaisons sur le corps		X											
Taches blanches dans la bouche				X								X	

* NSP :Programme d'échange d'aiguilles et de seringues

Titre informel de l'exercice :

ChemSex : consommation de drogues pendant les activités sexuelles

Domaine/groupe d'étude :

Prévention

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Améliorer la compréhension de la consommation de drogue pendant les activités sexuelles chez les gays et autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront discuté de la consommation de drogue pendant les activités sexuelles, des drogues en cause et identifié des services de référence appropriés.



Matériel nécessaire :

- ✎ Diapositives PowerPoint.
- ✎ Cartes « Parlons de drogues »
- ✎ Fiche « Je cherche de l'aide et des conseils »
- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité des informations sur les drogues dans le module de formation en ligne.
- ✓ Identifiez les services locaux de lutte contre la toxicomanie et plus particulièrement toutes les initiatives sur le ChemSex qui sont lancées dans votre région. Vous souhaitez peut-être partager des informations et des chiffres avec le groupe s'ils sont disponibles, et vous pouvez ajouter ces informations à la discussion pendant la partie PowerPoint de la section Méthode.
- ✓ Préparez suffisamment de cartes pour le jeu « Parlons de drogues » et de fiches « Je cherche de l'aide et des conseils » pour l'exercice en petits groupes, pour le nombre de participants présents.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Comme il n'y a que 14 cartes pour l'exercice « Parlons de drogues », le déroulement du jeu dépendra du nombre de participants. Si vous avez plus de 14 personnes, encouragez les personnes autres que la personne qui a choisi la carte à parler de la substance/drogue. Si vous avez moins de 14 participants, ils peuvent prendre plus d'une carte. Le module de formation en ligne contient des informations sur les drogues figurant sur les cartes. D'autres informations sur des substances telles que la nicotine et la caféine peuvent être trouvées facilement en ligne.
- 💡 Cet exercice peut être lié à d'autres exercices sur la Stigmatisation et la discrimination, tels que les Sous-groupes ou populations de HSH vulnérables, et la création de services sans jugement et sur des compétences comme l'entretien motivationnel.

Méthode : (90 minutes)

- 1 Demandez au groupe :
 - Qu'entendez-vous par le terme « ChemSex » ?
 - Ils doivent réfléchir à leurs réponses à la question. Vous pouvez écrire quelques-unes de ces suggestions sur le paperboard si vous le souhaitez, mais ce n'est pas essentiel.
- 2 Dites aux membres du groupe qu'ils vont jouer à un jeu intitulé « Parlons de drogues ».
 - Dites-leur que vous allez placer une série de cartes sur le sol, face cachée et, chacun à leur tour, ils devront tirer une carte et la lire.
 - Ils doivent parler de ce qui est écrit sur la carte, de ce qu'ils savent au sujet de la drogue ou de la substance concernée, y compris son nom utilisé couramment (c.-à-d. la méthamphétamine est communément appelée Tina, bien que les noms puissent varier selon la région et le sous-groupe des consommateurs).
 - S'ils se sentent suffisamment à l'aise, il serait bon de savoir s'ils ont personnellement consommé la drogue ou la substance. Ne forcez pas les gens à partager des choses dont ils n'ont pas envie de parler.
 - Les drogues et les substances sur les cartes sont :

Poppers	Cocaïne
GHB/GBL	Méthamphétamine
Kétamine	Cannabis
Caféine	Nicotine
Alcool	Sucre
Méphédron	MDMA
Speed	Acide

- Placez les cartes de telle sorte que les mots se trouvent face au sol et que les participants ne puissent pas lire leur contenu. Demandez à un participant de bien vouloir être le premier à tirer une carte.
 - Encouragez-le, ainsi que le groupe, à combler ses lacunes et utilisez vos propres connaissances tirées de vos lectures pour les aider.
- 3 Lorsque toutes les cartes ont été utilisées, demandez aux membres du groupe de se mettre en binômes et de discuter.
 - « Quelle est la différence entre la consommation de drogues et la toxicomanie ? »
 - Dites-leur qu'ils ont cinq minutes pour cette discussion.
 - Une fois les cinq minutes écoulées, demandez aux binômes de faire part de leurs commentaires au groupe et encouragez la discussion. Rappelez au groupe l'approche et le modèle de la réduction des risques, qui consiste à atténuer les effets néfastes possibles d'actes potentiellement dangereux. Les initiatives de réduction des risques et de consommation plus sûre liées à la drogue comprennent par exemple les programmes d'échange de seringues.
 - 4 Présentez les PowerPoint au groupe en soulignant :
 - Les principales drogues utilisées dans le ChemSex
 - Le mode d'utilisation de ces drogues et leurs effets
 - Données de l'enquête EMIS de 2017 sur le nombre de consommateurs de drogues associées au ChemSex



ChemSex : Principales drogues utilisées : GHB/GBL

- Aussi connues sous les noms de G ou Gina
- Drogues dépressives ou « déprimantes »
- Ont un effet sédatif et euphorique semblable à l'effet ressenti lorsqu'on est ivre.
- Les overdoses peuvent être fréquentes car il est difficile de savoir ce qu'est une « dose sûre ».
- Est mis dans les boissons des gens pour leur « faire perdre conscience » dans les bars et autres soirées.



ChemSex : Principales drogues utilisées : Méthamphétamine

- Aussi connue sous les noms de crystal meth, T ou Tina.
- Drogue super puissante et stimulante
- Libère la norpinéphrine (l'hormone du « stress »), la dopamine et la sérotonine (les hormones du bien-être) dans le sang.
- Augmente la température corporelle, le rythme cardiaque et la tension artérielle. La méthamphétamine augmente donc le risque de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de coma.



ChemSex : Principales drogues utilisées : Méphédronne

- Aussi connue sous le nom de Meow Meow
- Drogue stimulante similaire aux amphétamines
- Induit l'euphorie ; augmente la vigilance, la confiance en soi, le sentiment d'empathie envers les personnes qui vous entourent ; et vous rend excité et bavard.
- Descente (« comedown ») puissante, avec fatigue, dépression et incapacité à se concentrer pendant les quelques jours qui suivent la prise de méphédronne. Mélanger la méphédronne et l'alcool crée des problèmes.



ChemSex : Principales drogues utilisées : Kétamine

- Aussi connue sous le nom de K ou Spécial K
- C'est un médicament anesthésique, qui est également utilisé comme tranquillisant pour les chevaux.
- Les utilisateurs ont la sensation de « planer », sont engourdis et vivent des expériences « hors du corps » (aussi connues sous le nom de « K-Holes »)
- Les K-Holes peuvent causer des difficultés de déglutition et de respiration, et des agressions sexuelles et physiques peuvent se produire lorsqu'une personne est sous l'influence de la kétamine.



ChemSex : Modes de consommation des drogues : Injection

- Aussi connue sous le nom de « slam ».
- Comporte un risque de transmission du VIH et de l'hépatite C en cas de partage des aiguilles, des cuillères, des filtres ou de l'eau.
- Utilisez votre propre seringue et vos ustensiles. Utilisez une nouvelle seringue à chaque injection.



ChemSex : Modes de consommation des drogues : Sniffer

- La cocaïne, le crystal meth, la méphédronne, le speed et l'héroïne sont tous sniffés.
- Comporte le risque de transmission de l'hépatite C et du VIH si les pailles sont partagées.
- Utilisez votre propre paille. N'utilisez jamais de billets de banque.



ChemSex : Modes de consommation des drogues : Fumer

- La cocaïne, le crystal meth et l'héroïne sont tous fumés.
- Comporte le risque de transmission de l'hépatite C si les pipes sont partagées, car les températures élevées causent des cloques buccales.
- Utilisez votre propre pipe. Ne la partagez pas avec quelqu'un d'autre.



ChemSex : Modes de consommation des drogues : Ingestion orale et insertion dans l'anus

- Les comprimés et les formes liquides de nombreuses drogues sont avalés.
- L'insertion de drogues dans l'anus (« booty bumping ») peut causer l'irritation de la muqueuse anale, des saignements et une augmentation du risque de transmission du VIH et de l'hépatite C
- Le consommateur a moins de contrôle sur les quantités ingérées et leurs effets, mais il subit moins de dommages sur le corps (nez, poumons et veines). Le consommateur doit mesurer soigneusement et se rappeler les quantités prises afin d'éviter les overdoses.



Données de l'enquête EMIS de 2017 sur le ChemSex en Europe

Cette section vous permet de partager des informations sur le travail local ou les chiffres que vous avez obtenus.

- 5** Dites aux membres du groupe qu'ils vont maintenant faire quelques exercices en petits groupes afin d'expérimenter ce que c'est que d'essayer d'accéder aux services en tant que HSH. Ils doivent former des binômes. Chacun à leur tour, les membres du binôme doivent jouer le rôle d'une personne essayant d'accéder à un service, tandis que l'autre personne joue le rôle du prestataire de services, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un infirmier, d'un travailleur de proximité, etc. Chacun d'entre eux aura à jouer les deux rôles. La personne essayant d'accéder à un service aura une brève description de la situation pour laquelle elle cherche à obtenir de l'aide. Chaque personne du binôme aura un scénario différent.

Voici les scénarios :

Vous êtes un peu plus saoul que d'habitude et ne vous souvenez pas si vous avez également pris des drogues. Vous vous êtes réveillé dans le lit d'un inconnu et vous ne vous souvenez pas très bien de ce qui s'est passé. C'est pourquoi vous êtes ici pour demander un TPE.

Cela fait des années que vous consommez des drogues le weekend pour vous détendre et décompresser. Récemment, vous avez commencé à utiliser la méthamphétamine, car cela vous aide à jouir, mais vous craignez la possibilité de contracter le VIH. Vous voulez donc commencer à prendre la PrEP et vous êtes ici pour en parler avec l'équipe.

Vous avez de temps en temps des rapports sexuels sans préservatif, mais vous n'avez pas accès à la PrEP ni les moyens de l'acheter en ligne et vous voulez savoir comment éviter les IST.

Vous craignez de contracter l'hépatite C car vous pratiquez parfois le fist-fucking et vous avez entendu dire que c'est associé à l'hépatite C. Vous voulez des conseils sur la façon de « pratiquer à moindre risque » pour vous aider à réduire le risque d'hépatite C.

On vous a récemment diagnostiqué la syphilis et vous ne comprenez pas pourquoi, car vous utilisez toujours des préservatifs lors des relations sexuelles anales. La dernière IST que vous avez eue était une gonorrhée buccale il y a environ 8 mois. Vous voulez savoir pourquoi vous avez attrapé la syphilis et quelles sont vos options de traitement.

Bien que vous preniez de la méthamphétamine depuis environ un an sans aucun problème, vous avez récemment commencé la pratique du slam que vous appréciez vraiment, mais vous commencez à remarquer que cela affecte votre travail. De plus, vous commencez à prendre plus de Tina, ce qui coûte cher. Vous avez donc commencé à demander de l'argent en échange de rapports sexuels et vous avez été arrêté récemment. Vous souhaiteriez être conseillé.

Vous avez toujours utilisé des préservatifs car vous avez peur d'être infecté par le VIH. Maintenant, vous avez commencé à avoir des relations sexuelles sans préservatif avec votre nouveau petit ami. Vous l'aimez vraiment, mais le sexe sans protection vous angoisse et vous fait peur et vous avez du mal à en parler avec lui. Vous souhaiteriez être conseillé.

- 6** Demandez aux membres du groupe de former des binômes et de décider qui est le « patient » et le prestataire de service, puis donnez au patient l'un des scénarios, en veillant à ce qu'il sache qu'il ne doit pas le montrer à son collègue. Encouragez la personne qui joue le rôle de prestataire de service à penser à une personne qu'elle connaît et qui pourrait porter un jugement sur ces questions, et à s'inspirer de cette personne pour réaliser cet exercice. Une fois que vous avez fait cela avec tous les binômes, dites-leur qu'ils ont 5 minutes pour chaque exercice, soit 10 minutes environ au total. Rappelez-leur que c'est un temps pour s'exercer et non pour discuter de ce qu'ils pourraient, voudraient ou devraient faire entre eux.
- 7** Commencez les exercices en petits groupes et circulez entre les binômes en les encourageant à vraiment collaborer sur cet exercice. Une fois les 5 minutes écoulées, échangez les rôles dans les binômes. Donnez un nouveau scénario au nouveau « patient » et commencez l'exercice, en encourageant à nouveau le prestataire de service à s'inspirer d'une personne susceptible de porter des jugements.
- 8** Lorsque le temps est écoulé, demandez aux binômes de partager leurs idées avec le groupe sur les questions suivantes :
 - « Comment avez-vous vécu cette expérience en tant que « patient » ? Qu'est-ce qui a facilité la situation et la conversation et qu'est-ce qui les a rendues difficiles ? »
 - « Selon vous, qu'est-ce qui pourrait rendre la situation moins intimidante pour la personne qui accède au service et minimiser la honte éventuelle qu'elle pourrait ressentir ? »
 - « Y a-t-il eu un moment au cours de l'exercice en tant que « patient » où vous vous êtes senti accepté ? Et à quel moment avez-vous remarqué une stigmatisation ou une discrimination ? »

- 9 Lorsque vous prenez les commentaires, rappelez au groupe que nous nous efforçons de réduire la stigmatisation et la discrimination dans le travail que nous faisons et non de stigmatiser les gens en raison de leurs choix. La stigmatisation et la discrimination peuvent constituer des obstacles pour le travail que nous accomplissons, en repoussant les gens qui ne viennent plus nous voir. Si nous proposons une aide et des informations « neutres », fondées sur des preuves scientifiques, qui aident les personnes à prendre leurs propres décisions, qui sont moins stigmatisantes et qui permettent aux gens de collaborer avec nous. Toutes les personnes qui consomment de la drogue ne développent pas une dépendance ou n'ont pas de problèmes, et il y a de nombreuses raisons qui mènent à la consommation de drogue que nous devons respecter, p. ex. le divertissement, les comportements adaptatifs comme faire face au stress de minorité ou aux sentiments d'infériorité, etc.
- 10 Une fois que vous avez terminé, demandez aux membres du groupe de partager leurs expériences de travail avec les gays et les HSH qui pratiquent le « ChemSex ». Comment les ont-ils aidés, quels services ont-ils fournis ou vers quels services les ont-ils orientés ?
- 11 Présentez le dernier PowerPoint pour étayer le point « Comment aider ». Elle inclut des informations détaillées sur le plan de soin « ChemSex Care Plan » et les premiers soins « ChemSex First Aid » de David Stuart, les pages de « 56 Dean Street ChemSex » et le site Internet fridaymonday de THT.



ChemSex : Comment aider

- Orientez les personnes vers les services locaux appropriés
- Lisez le module de formation en ligne pour en savoir plus sur les drogues utilisées et leurs modes de consommation à moindre risque.
- Plan de soin « ChemSex Care Plan » de David Stuart – www.davidstuart.org/care-plan
- Premiers soins « ChemSex First Aid » de David Stuart – www.davidstuart.org/chemsex-first-aid
- Les pages « 56 Dean Street ChemSex » – www.dean.st/chemsex-support
- Fridaymonday de THT – www.fridaymonday.org.uk

Lorsque vous avez présenté la dernière diapositive, mettez fin à l'exercice.

ChemSex : Parlons de drogues – Cartes pour l'exercice

Poppers	Cocaïne
GHB/GBL	Méthamphétamine
Kétamine	Cannabis
Caféine	Nicotine
Alcool	Sucre
Méphédronne	MDMA
Speed	Acide

ChemSex : « Je cherche de l'aide et des conseils », instructions de situation pour l'exercice

À utiliser pour l'exercice en petits groupes.

Vous êtes un peu plus saoul que d'habitude et ne vous souvenez pas si vous avez également pris des drogues. Vous vous êtes réveillé dans le lit d'un inconnu et vous ne vous souvenez pas très bien ce qui s'est passé. C'est pourquoi vous êtes ici pour demander un TPE.

Cela fait des années que vous consommez des drogues le weekend pour vous détendre et décompresser. Récemment, vous avez commencé à utiliser la méthamphétamine, car cela vous aide à jouir, mais vous craignez la possibilité de contracter le VIH. Vous voulez donc commencer à prendre la PrEP et vous êtes ici pour en parler avec l'équipe.

Vous avez de temps en temps des rapports sexuels sans préservatif, mais vous n'avez pas accès à la PrEP ni les moyens de l'acheter en ligne et vous voulez savoir comment éviter les IST.

Vous craignez de contracter l'hépatite C car vous pratiquez parfois le fist-fucking et vous avez entendu dire que c'est associé à l'hépatite C. Vous voulez des conseils sur la façon de « pratiquer à moindre risque » pour vous aider à réduire le risque d'hépatite C.

On vous a récemment diagnostiqué la syphilis et vous ne comprenez pas pourquoi, car vous utilisez toujours des préservatifs lors des relations sexuelles anales. La dernière IST que vous avez eue était une gonorrhée buccale il y a environ 8 mois. Vous voulez savoir pourquoi vous avez attrapé la syphilis et quelles sont vos options de traitement.

Bien que vous preniez de la méthamphétamine depuis environ un an sans aucun problème, vous avez récemment commencé la pratique du slam que vous appréciez vraiment, mais vous commencez à remarquer que cela affecte votre travail. De plus, vous commencez à prendre plus de Tina, ce qui coûte cher. Vous avez donc commencé à demander de l'argent en échange de rapports sexuels et vous avez été arrêté récemment. Vous souhaiteriez être conseillé.

Vous avez toujours utilisé des préservatifs car vous avez peur d'être infecté par le VIH. Maintenant, vous avez commencé à avoir des relations sexuelles sans préservatif avec votre nouveau petit ami. Vous l'aimez vraiment, mais le sexe sans protection vous angoisse et vous fait peur et vous avez du mal à en parler avec lui. Vous souhaiteriez être conseillé.

Titre informel de l'exercice :

Quelles sont les pratiques sexuelles à moindre risque aujourd'hui ?

Domaine/groupe d'étude :

Prévention

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'examiner et de discuter des réponses actuelles au VIH, aux IST et aux hépatites virales.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants comprendront mieux quelles sont les réponses actuelles au VIH, aux IST et aux hépatites virales.



Matériel nécessaire :

- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Informez-vous sur tous les outils accessibles aujourd'hui aux HSH pour qu'ils se protègent contre le VIH, les IST et les hépatites, en incluant la vaccination, les traitements et les outils de prévention, en lisant le module de formation en ligne de cet exercice.
- ✓ Les directives actuelles utilisées pour cet exercice et dans le composant de formation en ligne peuvent ne pas être à jour au moment où vous faites l'exercice. Vérifiez s'il existe des observations ou des données plus récentes.
- ✓ Au moment de l'élaboration de cette session, il était établi que le traitement comme prévention (TasP ou U=U) n'est efficace que pour prévenir l'infection par le VIH par les voies sexuelles et les voies de transmission verticale (de la mère à l'enfant). En effet, l'évaluation des autres voies de transmission possibles posaient des questions éthiques. De nouveaux éléments peuvent être disponibles à ce sujet au moment où vous organisez la session. Pensez à vérifier que vos informations sont à jour.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Laissez votre expérience et celle du groupe éclairer les discussions.

Méthode : (20 minutes)

- 1 Dites au groupe que nous allons examiner les réponses actuelles
 - au VIH,
 - aux IST et
 - aux hépatites virales (hépatites A, B et C).
- 2 Formez des groupes de 3 à 5 personnes. Demandez à ces groupes de discuter de la question « Quelles sont les pratiques sexuelles à moindre risque aujourd'hui ? » en leur demandant de prendre des notes sur leurs discussions. Accordez 15 minutes aux groupes pour en discuter.
- 3 Si le groupe a des questions sur ce que cela veut dire, guidez-le comme suit :
 - « Est-ce juste une question d'utilisation des préservatifs ? »
 - « Quelles sont les autres choses qui pourraient être perçue comme une amélioration de la sécurité des relations sexuelles des HSH ? »
 - « Qu'en est-il des hépatites ? »

Ouvrir la voie aux commentaires : (30–40 minutes)

- 1 Demandez aux groupes de commenter leurs discussions. Il est probable que les groupes auront proposé des choses comme :
 - préservatifs
 - dépistage du VIH, des IST et des hépatites A, B et C
 - TasP ou U=U (indétectable = non infectieux)
 - PrEP
 - TPE (traitement post-exposition)
 - autotest et auto-prélèvement

Encouragez les groupes à développer ces « titres » dans leurs discussions, p. ex.

- Le dépistage régulier du VIH et des IST
 - Être vacciné contre l'hépatite A et l'hépatite B
 - Être sous traitement du VIH
 - Traiter les IST rapidement et informer les partenaires
 - Se faire dépister et traiter pour l'hépatite C
 - Utilisation du TEP ou de la PrEP, si disponible
 - Mesurer la charge virale en cas de séropositivité pour s'assurer que la charge virale est indétectable, car indétectable signifie non infectieux.
- 2 Au fur et à mesure que les groupes commentent, prenez des notes en utilisant une feuille de paperboard pour chaque « outil » (donc une pour la PrEP, une pour les préservatifs, etc.). Encouragez les groupes à échanger sur tous les points qu'ils ont soulevés à propos de chaque « sujet », et demandez-leur s'il existe des influences locales qui affectent l'accessibilité des HSH à cette intervention. La PrEP peut-elle être obtenue légalement ? Est-elle gratuite ? Etc. Existe-t-il différents types de préservatifs et de lubrifiants disponibles gratuitement ? Etc.
 - 3 Une fois que la discussion est terminée, demandez aux membres du groupe s'ils ont des conseils à donner pour aider les HSH à utiliser ces outils, c'est-à-dire des conseils qu'ils donnent aux hommes pour faciliter l'utilisation du préservatif, etc. Il s'agit d'échanger sur les expériences entre les groupes. Si le groupe est expérimenté, la discussion est moins importante.
 - 4 Informez le groupe que le module de formation en ligne contient beaucoup plus d'informations sur chacune de ces composantes et sur les preuves utilisées de leur efficacité. Encouragez-les à lire ces informations à leur rythme. Mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Épidémiologie: Soutenir la compréhension du rôle et l'usage des données dans le travail des agents de santé communautaire

Domaine/groupe d'étude :
Prévention

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Encourager une meilleure compréhension de l'usage et de l'importance des données en lien avec le travail accompli par les ASC pour les HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront examiné et discuté de l'usage des données et comment cela étaye leur travail.



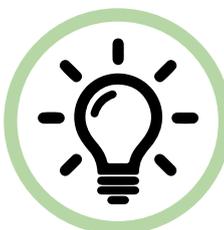
Matériel nécessaire :

- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos
- ✎ Papier et stylos pour les participants
- ✎ Copies des données que vous jugez utiles pour les participants



Préparation du facilitateur :

- ✓ Identifiez et procurez-vous les données les plus récentes sur un point bien spécifique comme l'incidence du VIH ou de la blennorragie à partir d'une source comme l'ECDC ou EMIS (2010/2017) p.ex <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data-gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017> et familiarisez-vous avec.
- ✓ Procurez-vous des données locales sur le problème que vous avez identifié pour vous aider à localiser la discussion.
- ✓ Préparez des questions et rappels pertinents portant sur la manière dont les données peuvent être utilisées afin d'aider à défier les obstacles pour avoir accès mais également diminuer la stigmatisation autour de la contraction d'une maladie.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice peut être relié aux autres modules dans les chapitres 'Combattre la stigmatisation et la discrimination' et « Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez ».
- 💡 Envisager comment les données issues de sources comme l'EMIS (2010/2017) ont impacté le travail mené avec et pour les HSH, et rapporter ce fait dans l'exercice.

Méthode : (35 minutes)

- 1** Informer les membres du groupe qu'ils se pencheront sur des données épidémiologiques afin de considérer les données en tant que telles mais également les tendances que ces données indiquent autour de la/des question(s) traitée(s).
- 2** Ils se pencheront sur les données et se poseront deux questions autour des tendances qu'ils auront identifiées dans ces données:
 - « Quelles sont pour eux les raisons de cette tendance? »
 - « Quels sont pour eux les influenceurs de cette tendance? »
- 3** Dites aux membres du groupe qu'ils travailleront en petits groupes de 3 à 5 personnes, et que pendant les discussions il leur est demandé d'utiliser ces deux questions afin d'examiner le plus de facteurs possibles associés à ces données/tendances en question. Demandez-leur de bien vouloir prendre des notes lors de ces discussions – ils peuvent utiliser une feuille du paperboard ou bien une simple feuille de papier.
- 4** Une fois ces questions traitées, il leur est demandé de considérer, d'évoquer et d'identifier deux manières dont ces données peuvent être utilisées afin de soit influencer un travail déjà en cours ou bien d'en développer un nouveau.
- 5** Demandez-leur de se répartir en groupe de 3 à 5 personnes (ou répartissez-les vous-même) et dites-leur qu'ils ont 20 minutes de discussion. Vous pouvez leur accorder 10 minutes supplémentaires si vous les sentez vraiment passionnés par la discussion.

Ouvrir la voie aux commentaires : (25-30 minutes)

- 1** Une fois le temps de discussion écoulé, rappelez les petits groupes et demandez-leur de partager avec l'ensemble du groupe leurs avis sur les questions de données et leurs idées sur la façon dont elles pourraient influencer leur travail. En tant que facilitateur, utilisez vos connaissances et les questions que vous avez développées afin de pousser le groupe à indiquer comment les données peuvent orienter le travail déjà accompli, mais peuvent aussi parfois être utilisées afin de stigmatiser les HSH avec lesquels nous travaillons.
- 2** Accordez entre 20 et 25 minutes pour chaque petit groupe, encouragez une discussion après que chaque groupe ait debriefé (« D'autres groupes pensent-ils pareil » etc.)
- 3** Une fois les discussions terminées, renvoyez le groupe vers le module de formation en ligne sur l'épidémiologie.
- 4** Fermez le groupe.

2.3 Supports de formation en ligne

Prévention

- Comprendre la dynamique épidémiologique de l'infection par le VIH chez les HSH en Europe
- Utiliser les modèles de promotion de la santé pour favoriser le changement de comportement

Environnements et interventions

- Environnements appropriés pour les interventions destinées aux HSH
- Améliorer les liens et la continuité dans les soins
- Campagnes anti-stigmatisation : apprendre des interventions sur le VIH/SIDA et les HSH/LGBTQ+

Développement des compétences

- Utiliser le marketing social pour engager le dialogue avec les HSH
- Construire une formation sur mesure pour des services spécialisés

Les supports de formation en ligne sont accessibles via la plateforme de formation ESTICOM

<http://www.msm-training.org/>

Prévention

- « VIH 90-90-90 » : Quels sont les objectifs ?

Ce module a été développé dans le cadre du programme de formation. Il a été décidé de ne pas l'inclure dans la version finale des supports de formation. La cascade de traitements 90-90-90 reste pertinente pour la politique et la planification des interventions de santé, mais elle est moins utile pour les ASC. Par conséquent, le module n'a pas de version finalisée, mais il peut être adapté, mis à jour et utilisé selon les besoins. On peut le trouver dans l'annexe comme projet de document.

2.4 Aptitudes à la communication et interpersonnelles

- Communication dos à dos + Feuille de travail du participant
- Langage corporel et exploration de la distance relative
- Origami de communication
- Suivez toutes les instructions + feuille de travail du participant
- Aller à une fête
- Écouter sans parler
- Samaritains
- Conscience situationnelle

Titre informel de l'exercice :

Communication dos à dos

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Explorer la complexité de la communication entre les personnes.

Résultat attendu de l'exercice :

À la fin de l'exercice, les participants auront exploré et expérimenté des stratégies de communication complexes pour atteindre leur objectif.



Matériel nécessaire :

- ✎ Exemplaies du diagramme et de la fiche d'instructions, un pour chaque binôme de participants.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé pour comprendre comment le préparer et le réaliser.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

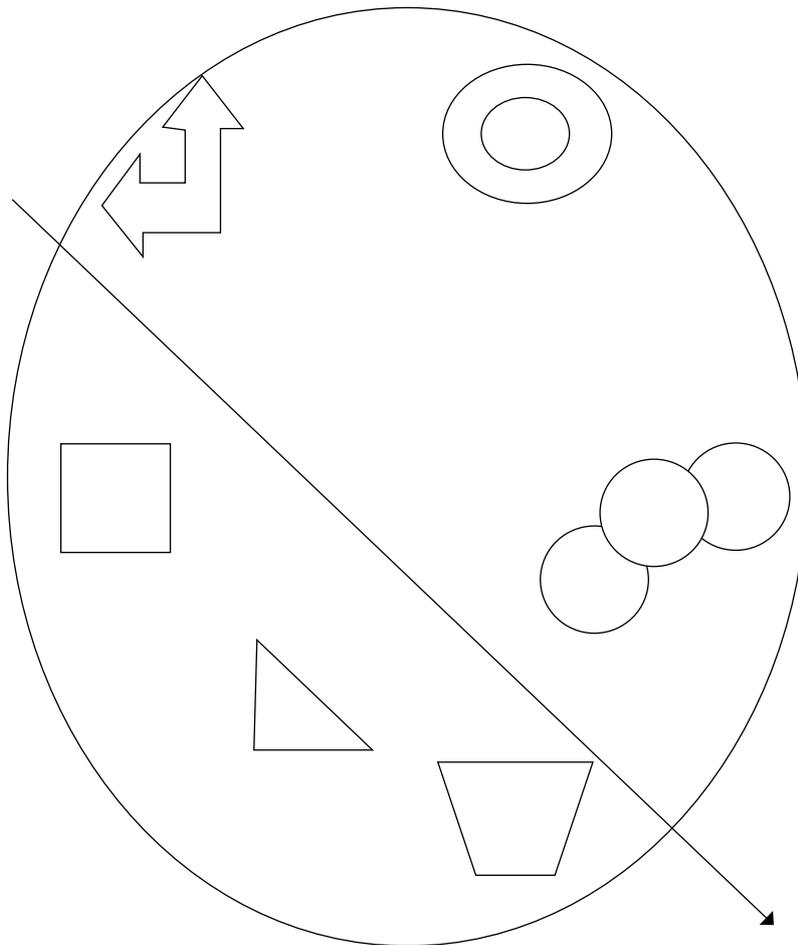
- 💡 Cet exercice est utile si les participants rencontrent des problèmes de communication dans leur travail. Peut être particulièrement utile pour les personnes engagées dans des activités de proximité dans des espaces bruyants et sombres comme p. ex. les boîtes de nuit et les saunas.

Méthode : (15 minutes)

- 1 Demandez au groupe de former des binômes et demandez à chaque binôme de s'asseoir sur les chaises placées dos-à-dos.
- 2 Donnez un exemplaire du diagramme de la figure ci-dessous à l'un des deux participants.
- 3 Expliquez au groupe que la personne qui tient le diagramme est chargée d'expliquer le dessin à son partenaire. La personne qui écoute ne doit pas voir le diagramme, et elle doit le dessiner en fonction de la description et des instructions de son partenaire. Ils ont 10 minutes pour effectuer cet exercice.
- 4 Après 10 minutes, arrêtez l'activité et demandez à chaque binôme de comparer le résultat et de déterminer à quel point le dessin de la personne qui écoutait ressemble au diagramme d'origine.



Diagramme suggéré et fiche d'instructions



Asseyez-vous dos à dos avec votre partenaire
Une personne décrira ce qu'il faut dessiner
L'autre personne dessinera ce qui lui est décrit
Le dessinateur doit poser des questions s'il ne comprend pas les instructions

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

- 1 Demandez aux participants ce qu'ils ont appris sur la communication grâce à cette activité.
- 2 Demandez aux participants comment elle peut être utile dans le cadre de leurs communications quotidiennes au travail.
- 3 Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

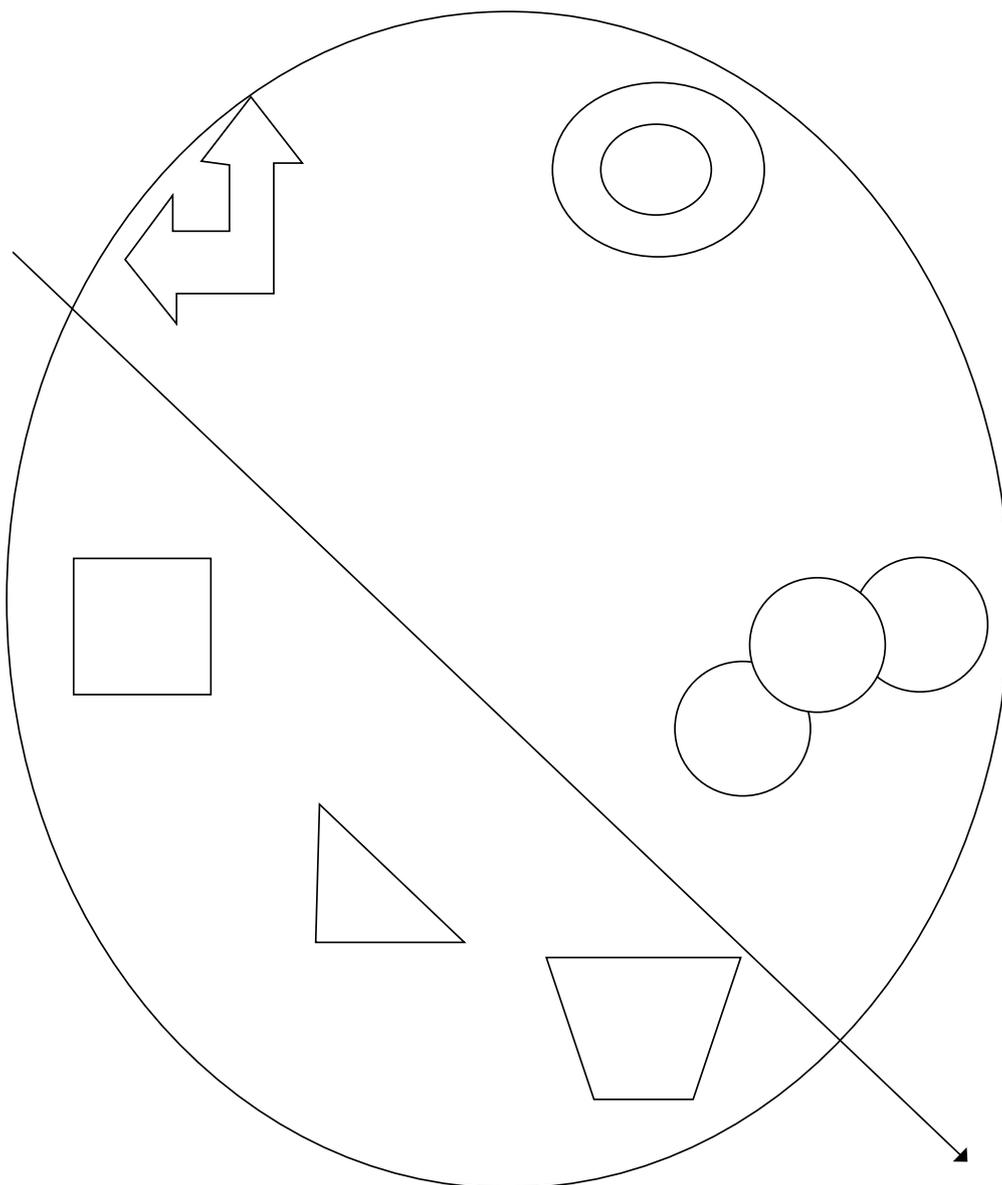
-  Vous pouvez répéter l'activité plusieurs fois. La première fois, n'autorisez pas la personne qui écoute à poser une question, mais la deuxième fois, laissez-la poser des questions et demander des précisions, puis comparez les deux résultats. Vous pouvez ici souligner l'importance des questions pour confirmer la compréhension et maintenir l'exactitude de la communication.
-  Vous pouvez faire un bilan avec le groupe en posant des questions telles que : « À quel point cela a-t-il été difficile pour la personne qui dessinait, quand elle n'avait pas le droit de poser des questions ? »
-  Vous pouvez également changer les rôles pour que chaque membre du binôme puisse être la personne qui écoute et la personne qui décrit le diagramme.

Feuille de travail des participants : Aptitudes à la communication et interpersonnelles –

Communication dos à dosn

Voici le diagramme que vous allez décrire. Bonne chance !

Diagramme suggéré et fiche d'instructions



Asseyez-vous dos à dos avec votre partenaire
Une personne décrira ce qu'il faut dessiner
L'autre personne dessinera ce qui lui est décrit
Le dessinateur doit poser des questions s'il ne comprend pas les instructions

Titre informel de l'exercice :

Langage corporel et exploration de la distance et de la position relatives.

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants de prendre conscience de leurs propres sensations concernant le langage corporel, le contact visuel et les problèmes d'espace personnel, afin de les aider à mieux comprendre ces problèmes pour les HSH avec lesquels ils travaillent.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants se seront enrichis d'un éventail d'expériences et d'une diversité de compréhension autour de l'importance du langage corporel, du respect de la « zone de confort » personnelle des gens, de la manière dont le contact visuel et le langage corporel interagissent pour influencer les interactions entre personnes et de la manière dont cette compréhension peut être utilisée dans leur travail avec les HSH.



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'exercice pour comprendre son fonctionnement et décidez si vous souhaitez ajouter les activités supplémentaires facultatives de la section Informations supplémentaires.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Il s'agit d'un exercice utile à réaliser lors de la formation à la communication avec les autres, à l'entretien motivationnel ou à la prise en charge psychologique.
- 💡 Vous aurez besoin d'un espace dégagé dans la salle de formation pour permettre aux participants de se lever et de bouger.
- 💡 Si vous travaillez avec des personnes ayant des capacités physiques réduites (p. ex. une personne en fauteuil roulant), encouragez-les à parler de leur expérience du langage corporel et du contact visuel.

Méthode : (5 minutes)

Dites au groupe : « Le langage corporel est plus fort que les mots que vous pourrez prononcer. Que vous disiez aux gens que vous les aimez, que vous êtes en colère contre eux, ou qu'ils vous indiffèrent, les mouvements de votre corps révèlent vos pensées, votre humeur et vos attitudes. Consciemment et inconsciemment, votre corps dit aux observateurs ce qui se passe réellement avec vous. »

- 1 Expliquez au groupe que vous allez leur donner une série d'instructions, que vous voudriez qu'ils les copient le plus rapidement possible.
- 2 Énoncez les actions suivantes en même temps que VOUS les faites :
 - Mettez votre main sur votre nez
 - Tapez dans vos mains
 - Levez-vous
 - Touchez votre épaule
 - Asseyez-vous
 - Tapez du pied
 - Croisez les bras
 - Posez votre main sur votre bouche - MAIS TOUT EN LE DISANT, POSEZ VOTRE MAIN SUR VOTRE NEZ
- 3 Observez combien de membres du groupe ont copié ce que vous avez fait plutôt que de faire ce que vous avez dit.

Ouvrir la voie aux commentaires : (5 minutes)

- 1 Demandez au groupe : « Pourquoi pensez-vous que vous ou certains d'entre vous avez suivi ce que j'ai fait plutôt que de faire ce que j'ai dit ? »
- 2 Faites savoir au groupe que le langage corporel peut renforcer la communication verbale, mais qu'il peut aussi être plus fort que la communication verbale. Il est important que nous soyons conscients de notre langage corporel pour s'assurer que nous envoyons le bon message.
- 3 Passons maintenant à l'exploration de la distance relative et du contact visuel

Méthode : (20 minutes)

La distance de sécurité entre deux personnes dépend fortement de la culture, de même que le degré de contact visuel autorisé et certainement la quantité de contact physique. Ce que nous explorons ici est la rencontre simultanée des regards et l'ajustement conscient de la distance entre deux partenaires qui se font face.

Cette activité n'a besoin que d'une simple introduction. Les participants sont invités à trouver une distance confortable et à explorer leurs sentiments et leurs pensées dans cette position, et à mesure qu'ils se rapprochent les uns des autres, ils doivent définir ce qu'est leur « zone de confort » et comment ils ont été affectés lorsqu'ils se sont rapprochés les uns des autres. Il est généralement inutile de faire une démonstration. Les participants s'engagent dans l'exercice suffisamment rapidement pour éviter toute résistance. La salle a besoin d'être préparée pour créer un espace dégagé suffisant pour toute la classe.

- 1 Faites savoir au groupe que l'idée de l'exercice est d'être sensible à votre propre réaction et à celle de votre partenaire lorsque vous vous rapprochez lentement.
- 2 Demandez aux participants d'identifier un partenaire et dites-leur que les deux partenaires des binômes se déplaceront de la périphérie vers le centre de la pièce, en marchant l'un vers l'autre.
- 3 Dites aux binômes de commencer l'exercice contre les murs de la pièce et de marcher lentement l'un vers l'autre en silence. Demandez-leur de noter chaque point de l'expérience et de continuer à établir le meilleur contact visuel possible tout en avançant lentement l'un vers l'autre.
- 4 Ils doivent continuer à se rapprocher jusqu'à presque se toucher, puis s'éloigner l'un de l'autre jusqu'à atteindre une distance confortable via une négociation non-verbale. Une fois arrivés à une distance qui leur convient à tous les deux, ils partagent l'expérience qu'ils ont vécue et atteinte ensemble.

Rire est recommandé, car un grand nombre des participants peuvent ressentir de la gêne pendant qu'ils négocient non verbalement et qu'ils analysent les expériences vécues. Rire face à une situation embarrassante est recommandé.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

Une fois que les participants ont réalisé plusieurs fois cet exercice, informez-les que nous allons analyser leur expérience. Vous pouvez utiliser l'une des méthodes suivantes :

- Examen par les binômes : les binômes discutent brièvement (quelques minutes, plus si vous jugez les discussions productives) de l'expérience, de la manière dont leurs sentiments/sensations ont changé au fil des déplacements, des points critiques, et de la manière dont ils ont trouvé un compromis confortable pour les deux.
- Examen par l'ensemble du groupe : les participants sont priés de rester debout et de partager avec l'ensemble du groupe toutes les facettes de leur propre expérience. Le ou les facilitateurs peuvent orienter les réponses afin que les participants rapportent leurs expériences plutôt que de formuler un jugement sur l'expérience ou l'exercice. Et ils ne doivent pas rapporter ce que leur partenaire a dit. L'argument de « l'artificialité » (« mais il s'agit d'une situation artificielle ») est neutralisé car l'exercice ne fait qu'exposer ce qui se passe normalement ou ce qui est ignoré au détriment de certaines relations.
- Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

Vous avez la possibilité d'ajouter des exercices pratiques supplémentaires pour le groupe en utilisant une ou plusieurs des activités suivantes : (5 minutes chacune)

-  **Activité pratique 1 – Proximité avec les autres partenaires :** comme l'expérience dépend de nombreux facteurs, notamment le sexe des partenaires et leur degré de connaissance mutuelle, ainsi que la hauteur de placement des individus, il est essentiel de répéter l'exercice avec deux ou trois partenaires différents à tour de rôle. Si la classe réalise bien l'activité, il n'est pas nécessaire de procéder à une analyse globale de l'exercice pour chaque binôme. La tâche consiste à collecter des données issues des nombreuses interactions avant l'analyse.
-  **Examen par le groupe entier :** cela met en évidence les variables ainsi que les expériences. Les participants sont invités à reformer le cercle et à partager de nouveau leurs expériences, en relatant cette fois les différences et les similitudes entre les différents partenaires, sans porter de jugements. Des conclusions seront tirées à propos de la négociation de la zone de confort et des différentes occasions et relations où les distances obtenues étaient différentes.
-  **Activité pratique 2 – Position relative :** les binômes sont invités à mener leurs propres expériences dans lesquelles la position relative prend en compte la hauteur, l'inclinaison ou les postures corporelles. Cela imite spontanément les normes appliquées entre les professionnels et les clients, comme une infirmière avec un patient alité ou un médecin assis derrière un bureau. Les inversions de rôle créées par les participants peuvent être très instructives si on les encourage à réfléchir sur l'expérience dans le rôle de client et à penser à la question « Comment puis-je améliorer les conditions de mon client afin qu'il puisse me présenter le problème tel qu'il le voit et me donner toutes les informations pertinentes sur sa situation ? » Effectuez une brève revue avec le groupe entier.

Titre informel de l'exercice :

Origami de la communication

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Explorer et expérimenter les problèmes de communication à l'aide d'un exercice pratique.

Résultat attendu de l'exercice :

À la fin de l'exercice, les participants auront exploré et expérimenté la complexité des problèmes de communication.



Matériel nécessaire :

- ✎ Du papier pour les participants.
- ✂ Les ciseaux sont optionnels pour l'un des exercices alternatifs suggérés.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment le réaliser efficacement.
- ✓ Décidez si vous souhaitez faire l'exercice suggéré ou utiliser l'une des variantes de la méthode.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Il s'agit d'un exercice utile pour toute personne qui travaille en présentiel avec des gays ou d'autres HSH. Il aide à découvrir la complexité des compétences en communication et comment une personne peut dire quelque chose qu'une autre personne entend différemment.
- 💡 Il s'agit d'une activité simple et rapide qui montre comment les mêmes instructions sont interprétées différemment par différentes personnes, et qui souligne l'importance d'une communication claire.

Méthode : (10 minutes)

- 1 Donnez une feuille de format lettre/A4 à chaque personne du groupe.
- 2 Puis dites au groupe que vous allez commencer à donner toutes les instructions afin de réaliser un pliage origami.
- 3 Expliquez aux participants que pendant que vous leur donnez les instructions, ils doivent fermer les yeux et ne poser aucune question.
- 4 Commencez par leur donner plusieurs instructions pour plier et déchirer leur papier plusieurs fois, puis demandez de déplier leur papier et de comparer les papiers.
- 5 Utilisez vos propres instructions. Cela peut être p. ex. pliez le papier deux fois, pliez un de ces plis sur lui-même à l'envers, etc. Voir les variantes dans la section Informations supplémentaires pour d'autres suggestions.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

- 1 Une fois que les membres du groupe ont déplié leur papier et comparé leur apparence, vous pouvez faire remarquer que chaque papier a l'air différent même si vous avez donné les mêmes instructions à tout le monde. Qu'est-ce que cela veut dire ?
- 2 Demandez aux membres du groupe s'ils pensent que les résultats auraient été meilleurs s'ils avaient gardé les yeux ouverts ou s'ils avaient été autorisés à poser des questions. Communiquer clairement n'est pas facile car nous interprétons tous différemment les informations que nous recevons. C'est pourquoi il est très important de poser des questions et de confirmer votre compréhension pour vous assurer que le message communiqué n'est pas déformé.
- 3 Lorsque les commentaires du groupe s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :

Variante 1 : pliage du papier

Méthode : (10 minutes)

- 1 Donnez à chacun une feuille de papier. Dites-leur de fermer les yeux et de suivre vos instructions.
- 2 Commencez à donner des instructions sur l'utilisation du papier, par exemple :
 - pliez-le en deux.
 - repliez le coin inférieur gauche sur le coin supérieur droit
 - tournez-le de 90 degrés vers la gauche
 - pliez-le à nouveau.
 - déchirez un demi-cercle au milieu du côté droit
 - etc.
- 3 Une fois que vous avez donné quelques instructions (plus de 10 au moins pour obtenir le meilleur résultat), dites-leur d'ouvrir les yeux et de déplier leur morceau de papier.
- 4 Même s'ils ont tous reçu les mêmes instructions et le même matériel de départ, presque tout le monde aura obtenu un résultat différent.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)



Demandez aux membres du groupe pourquoi, d'après eux, il y a des différences. Les points suivants sont des guides/réponses utiles :

- Nous ne commençons pas tous avec la même base (certains tiennent leur feuille de papier verticalement, d'autres horizontalement), nous n'obtenons donc pas tous les mêmes résultats.
- Certains ont interprété la déchirure d'un morceau de papier comme la découpe d'un gros morceau, certains comme la découpe d'un petit morceau.
- Avoir les yeux fermés = ne pas recevoir de retour visuel sur notre performance.
- Certaines instructions semblent vagues pour certains, mais claires pour d'autres.



Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Variante 2 : découpe de papier

Méthode : (10 minutes)



Il s'agit d'une activité très efficace de 5 à 10 minutes sur l'importance de percevoir et de poser des questions dans le processus de communication. L'exercice illustre l'importance de donner des instructions utiles et d'attendre un retour pour exécuter correctement ces instructions. Cet exercice est amusant et donne rapidement des résultats.

- 1** Expliquez aux participants que vous êtes sur le point de leur donner des instructions et qu'il est important de les suivre à la lettre.
- 2** Ils doivent les suivre en silence et ils ne sont pas autorisés à poser des questions. Ils ne doivent pas demander de l'aide, ni même regarder le travail des autres.
- 3** Si quelqu'un pose des questions, dites-lui simplement de suivre les instructions comme bon lui semble.
- 4** Donnez au groupe ces instructions :
 - Prenez les papiers.
 - Pliez le papier en deux.
 - Coupez (ou déchirez proprement) le coin supérieur droit du papier plié.
 - Pliez-le de nouveau en deux.
 - Coupez le coin supérieur gauche du papier.
 - Pliez-le de nouveau en deux.
 - Coupez le coin inférieur droit du papier.
 - Pliez en deux.
 - Coupez le coin inférieur gauche du papier.
 - Dépliez le papier.
 - Demandez aux participants de se montrer mutuellement leurs papiers dépliés et d'examiner les similitudes ou différences.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)



Lorsque vous avez atteint la fin des instructions :

- Demandez au groupe s'ils avaient des motifs similaires à la fin ou si les motifs de chacun étaient différents ?
- Pour quelles raisons ?
- Les instructions étaient-elles suffisamment claires ? Qu'est-ce qui manquait ?
- Pourquoi les commentaires sont-ils si essentiels dans la communication ? Que se passe-t-il s'il n'y a pas de commentaires ?
- Quelles leçons avons-nous apprises ?



Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice..

Titre informel de l'exercice :

Suivez toutes les instructions

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants de développer leurs capacités d'écoute, et il peut également être utilisé comme exercice « énergisant » (en aidant à restaurer l'énergie du groupe après une longue période d'écoute ou la pause déjeuner par exemple).

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront découvert un exercice rapide (« énergisant » possible) pour les aider à améliorer leurs capacités d'écoute.



Matériel nécessaire :

- ✎ Instructions imprimées pour les participants, un exemplaire pour chaque participant.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez les instructions pour savoir comment exécuter l'exercice, sans en révéler le but.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice est utile lorsque vous souhaitez parler du travail présentiel avec les gays ou autres HSH, car il s'agit d'une écoute active.
- 💡 Il s'agit d'un exercice amusant sur la façon dont nous pouvons tomber dans des schémas de comportement en matière de communication, de ce fait évitez d'utiliser des termes qui pourraient être ressentis comme si l'on avait accusé un participant d'être stupide. Il s'agit d'une activité de sensibilisation et non de contrôle des niveaux d'intelligence.

Méthode : (10 minutes)

Il s'agit d'une activité amusante et rapide avec une petite astuce pour voir combien de participants écouteront activement et suivront la même instruction unique que vous leur donnerez, « Lisez d'abord toutes les instructions », et combien d'entre eux se précipiteront et commenceront à exécuter chaque instruction une à une.

Assurez-vous, avant le début du cours, d'avoir un exemplaire/une photocopie de la « fiche d'instructions » (page suivante) pour chaque participant au cours.

- 1 Répartissez les participants en 3 ou 4 équipes et remettez à chaque participant une copie de la fiche d'instructions (voir ci-dessous).
- 2 Dites aux équipes qu'il s'agit d'une compétition et que la première personne d'une des équipes à terminer l'exercice sera déclarée « gagnante ». Commencez par donner aux équipes une unique consigne: « lire d'abord toutes les instructions » (sans trop insister sur l'énoncé).
- 3 Si tout le groupe réalise l'exercice sans suivre votre instruction initiale « **lisez d'abord toutes les instructions** », demandez-leur pourquoi. Comment se sentent-ils ?
- 4 Si un gagnant est déclaré rapidement parce qu'il a d'abord lu toutes les instructions, demandez aux autres à quel niveau ils se trouvaient dans la fiche d'instructions. Comment se sentent-ils ?
- 5 Une fois qu'ils ont donné leur avis, mettez fin à l'exercice.



FICHE D'INSTRUCTIONS

1. Écrivez les initiales des membres de votre équipe dans le coin supérieur droit de cette fiche.
2. Écrivez votre prénom sur une feuille de papier.
3. Écrivez la somme de $3 + 16 + 32 + 64$ ici :
4. Soulignez l'instruction 1 ci-dessus.
5. Comparez l'heure sur votre montre par rapport à l'heure indiquée sur la montre de votre voisin.
6. Notez la différence de temps entre les deux montres au bas de cette page.
7. Tracez trois cercles dans la marge gauche.
8. Cochez chacun des cercles mentionnés à la rubrique 7.
9. Signez en bas de la page.
10. Au verso de la page, divisez 50 par 12,5.
11. Lorsque vous en êtes à ce stade, levez-vous, puis asseyez-vous et passez au point suivant.
12. Si vous avez suivi soigneusement toutes ces instructions, criez « oui ».
13. Au verso de cette page, dessinez rapidement un vélo vertical vu d'en haut.
14. Revenez à la question 10, prenez votre réponse et multipliez-la par 5. Écrivez le résultat dans la marge de gauche, du côté opposé à cette question.
15. Écrivez les 5e, 10e, 9e et 20e lettres de l'alphabet ici :
16. Percez trois trous avec votre crayon ici o o o
17. Si vous pensez être la première personne à arriver aussi loin, criez « Je suis en tête ».
18. Soulignez tous les chiffres pairs à gauche de la page.
19. Tracez des triangles autour des trous percés dans le point 15.
20. Maintenant que vous avez fini de lire toutes les instructions, répondez uniquement aux points 1, 2, 20 et 21.
21. Levez-vous et dites : « Nous sommes la meilleure équipe du monde ! »

Feuille de travail des participants : Aptitudes à la communication et interpersonnelles

Suivez toutes les instructions – fiche

1. Écrivez les initiales des membres de votre équipe dans le coin supérieur droit de cette fiche.
2. Écrivez votre prénom sur une feuille de papier.
3. Écrivez la somme de $3 + 16 + 32 + 64$ ici :
4. Soulignez l'instruction 1 ci-dessus.
5. Comparez l'heure sur votre montre par rapport à l'heure indiquée sur la montre de votre voisin.
6. Notez la différence de temps entre les deux montres au bas de cette page.
7. Tracez trois cercles dans la marge gauche.
8. Cochez chacun des cercles mentionnés à la rubrique 7.
9. Signez en bas de la page.
10. Au verso de la page, divisez 50 par 12,5.
11. Lorsque vous en êtes à ce stade, levez-vous, puis asseyez-vous et passez au point suivant.
12. Si vous avez suivi soigneusement toutes ces instructions, criez « oui ».
13. Au verso de cette page, dessinez rapidement un vélo vertical vu d'en haut.
14. Revenez à la question 10, prenez votre réponse et multipliez-la par 5. Écrivez le résultat dans la marge de gauche, du côté opposé à cette question.
15. Écrivez les 5e, 10e, 9e et 20e lettres de l'alphabet ici :
16. Percez trois trous avec votre crayon ici o o o
17. Si vous pensez être la première personne à arriver aussi loin, criez « Je suis en tête ».
18. Soulignez tous les chiffres pairs à gauche de la page.
19. Tracez des triangles autour des trous percés dans le point 15.
20. Maintenant que vous avez fini de lire toutes les instructions, répondez uniquement aux points 1, 2, 20 et 21.
21. Levez-vous et dites : « Nous sommes la meilleure équipe du monde !

Titre informel de l'exercice :

Aller à une fête

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Aider les participants à renforcer leur capacité à dialoguer avec les autres, à comprendre comment prolonger les conversations en utilisant des questions « ouvertes » plutôt que des questions « fermées ».

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront découvert la différence entre une conversation difficile et une conversation facile, et ils auront appris à utiliser des questions ouvertes pour collecter des informations à incorporer à leur conversation.



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre son fonctionnement..



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Comprendre comment des questions « ouvertes » ou des questions permettant d'obtenir des informations plutôt qu'une réponse courte « fermée » peuvent aider à développer les conversations. En français, ces questions commencent par les mots « Comment », « Quand », « Pourquoi », « Quoi » et « Qui ». La structure de la langue que vous utilisez lors de la formation peut avoir une incidence sur la manière dont l'accent ou les mots sont placés dans la phrase utilisée.
- 💡 Vous aurez besoin d'espace dans votre salle de formation pour organiser cette « fête ».

Méthode:

Expliquez au groupe que nous allons jouer à un jeu où ils sont à une fête. Au cours de leurs conversations, les membres du groupe doivent découvrir une chose qu'ils ignoraient à propos d'une personne, et ce avec trois personnes. Donc 3 éléments au total. Vous ne pouvez pas simplement demander à quelqu'un de vous dire une chose que vous ne saviez pas, ou de dire à quelqu'un quelque chose qu'il ne savait pas. Cela doit venir naturellement dans la conversation.

- 1 Dites-leur qu'ils ont 15 minutes pour réaliser cet exercice.
- 2 Une fois le temps imparti écoulé, rappelez les membres du groupe et demandez-leur si c'était difficile ou facile. Prenez leurs commentaires et présentez ensuite le concept de « questions ouvertes ». Les questions qui commencent par qui, comment, quoi, où, quand sont les types de questions qui donnent le plus d'informations pour engager et développer les conversations.
- 3 Les membres du groupe reviennent ensuite au scénario de la fête, et ils doivent maintenant découvrir deux choses sur trois personnes qu'elles ignoraient auparavant. Donc six choses au total.
- 4 Dites-leur qu'ils ont à nouveau 15 minutes pour réaliser cet exercice.
- 5 Assurez-vous de chronométrer scrupuleusement, car le groupe trouve généralement ce deuxième exercice beaucoup plus facile, et ils ne croient pas qu'on leur ait donné le même temps.

Ouvrir la voie aux commentaires :

- 1 Demandez aux membres du groupe les différences (le cas échéant) qu'ils ont remarquées.
- 2 Était-ce plus facile la deuxième fois ? Qu'est-ce qui a facilité les choses ?
- 3 Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Écouter sans parler

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants de faire l'expérience d'être écoutés et d'écouter quelqu'un sans interruption pour acquérir de meilleures compétences en écoute active.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront expérimenté une véritable écoute, vécu ce qu'il se passe lorsque l'on n'interrompt pas l'autre, et ils auront renforcé leurs compétences en « écoute active ».



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Cet exercice est utile pour faciliter le travail présentiel avec les gays et autres HSH, comme la prise en charge psychologique ou les entretiens motivationnels, et il est généralement utile pour renforcer les aptitudes à la communication et interpersonnelles.
- ✓ Lisez intégralement l'énoncé de l'exercice au moins une fois pour comprendre comment aider les binômes à travailler (s'ils ont besoin d'aide).



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Si vous avez suffisamment de place dans la salle, laissez les participants avoir beaucoup d'espace entre eux. Si ce n'est pas le cas, encouragez-les à se placer eux-mêmes dans la salle de sorte à n'avoir de contact visuel qu'avec leur partenaire.
- 💡 Assurez-vous d'indiquer le temps restant aux binômes afin que chaque personne ait 10 minutes pour parler.

Méthode : (25 minutes)

C'est une activité qui incite les participants à communiquer leurs sentiments sur un sujet. Ils se mettent en binôme et l'un des deux membres exprime son opinion. Le partenaire écoute sans parler, puis identifie toutes les fois où il aurait interrompu son binôme s'il en avait eu la possibilité.

- 1** Demandez aux membres du groupe de s'asseoir par binômes. Chaque membre d'un binôme doit identifier un sujet qui les passionne tous les deux, et il peut en parler pendant environ 10 minutes. C'est probablement mieux si le sujet n'est pas trop « controversé », car ce type de sujets empêche parfois l'apprentissage.
- 2** Tandis que l'un des deux parle, l'autre (celui qui écoute) doit rester silencieux. Sa tâche est d'écouter et d'identifier toutes les fois où il aurait interrompu son binôme s'il en avait eu la possibilité.
- 3** Après environ 8 à 10 minutes, arrêtez les binômes et demandez à la personne qui écoute de récapituler en une minute le nombre de fois où elle aurait interrompu son partenaire pendant qu'il parlait. Ensuite, les rôles sont inversés, et le processus est répété.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

Lorsque les deux partenaires du binôme ont parlé et écouté, demandez-leur :

- 1** Que pensaient les personnes qui parlaient de la capacité de leur partenaire à les écouter avec un esprit ouvert ? Le langage corporel de leurs partenaires a-t-il communiqué leur sentiment sur ce qui était dit ?
- 2** Quand ils devaient écouter, que pensaient-ils du fait de ne pas pouvoir parler et exprimer leur propre vision sur le sujet ? Dans quelle mesure ont-ils pu garder un esprit ouvert ? Qu'ont-ils appris en s'empêchant d'interrompre l'autre ?
- 3** Comment peuvent-ils utiliser au travail les leçons apprises lors de cet exercice ?
- 4** Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Samaritains

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants de découvrir et d'en apprendre plus sur la communication, l'empathie et les limites lorsqu'ils travaillent avec des gays ou autres HSH.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront fait preuve d'empathie envers une autre personne afin de l'aider à résoudre un problème ou une question sans qu'elle ne devienne dépendante d'eux.



Matériel nécessaire :

- ✎ Papier et crayons pour les participants.
- ✎ Des chaises appropriées pour l'exercice, c.-à-d. des chaises qui peuvent être placées dos à dos et qui ont des accoudoirs ou des pieds solides qui font du bruit lorsqu'on les tape.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment le préparer et travaillez avec les participants si nécessaire.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice est particulièrement utile pour le travail en ligne ou par téléphone, mais il peut être utilisé pour aider à développer des compétences interpersonnelles et des aptitudes à questionner. Utile pour la prise en charge psychologique et l'entretien motivationnel.
- 💡 Vous aurez besoin d'un peu d'espace pour déplacer les chaises et les placer dos à dos.

Méthode:

Expliquez au groupe que :

- Les services téléphoniques de prise en charge psychologique reçoivent souvent des appels silencieux. Parfois, avant qu'une personne soit prête à parler, elle passe par une étape où elle ne fait que composer le numéro de téléphone. Le « jeu » auquel vous allez jouer, recrée cette situation.
 - Chacun à votre tour, vous ferez semblant d'être la personne qui appelle et qui reste silencieuse (et chacun d'entre vous prétendra être le conseiller). Les réponses aux questions sont données en tapant sur le dossier de la chaise de votre partenaire : tapez une fois pour dire « oui », deux fois pour « non ».
 - La personne qui interroge/conseille devra être assez habile pour découvrir le problème. Cela peut être plus facile si vous décidez d'établir le sexe, l'âge et le type de problème de la personne qui tape/appelle, puis de travailler à creuser les détails du problème. Vous devrez formuler vos questions de manière à ce qu'un « oui » ou « non » suffise.
 - Au bout de cinq minutes, je vous arrête et demande à la personne qui tape/appelle de montrer à celle qui interroge/conseille le problème qu'elle a noté. Vous échangerez ensuite les rôles.
- 1 Divisez le groupe en binômes. Demandez aux partenaires de s'asseoir sur des chaises, dos à dos. Ils devraient être assis suffisamment près pour pouvoir communiquer en tapant à l'arrière de la chaise.
 - 2 Demandez au binôme de réfléchir à un problème qui pourrait être à l'origine d'un appel aux Samaritains. Comme votre partenaire doit deviner le problème, faites en sorte qu'il ne soit pas trop compliqué. Lorsque vous avez votre problème, écrivez-le sur votre feuille de papier, mais ne le montrez pas à votre partenaire et assurez-vous qu'il ne puisse pas le voir.
 - 3 Chacun à votre tour, vous prétendrez être une personne avec le problème que vous avez identifié. Vous pouvez changer votre âge, votre sexe et votre nationalité si vous le souhaitez et pensez que cela contribue à rendre la situation plus réaliste. Les problèmes peuvent être personnels, familiaux, financiers ou juridiques. Les réponses aux questions sont données en tapant sur le dossier de la chaise de votre partenaire : tapez une fois pour « oui », deux fois pour « non ».
 - 4 Lancez le travail des binômes, en vous assurant de leur donner les cinq minutes imparties pour l'activité avant de les arrêter et de leur demander de partager le problème/la question. Puis, faites-les inverser les rôles de sorte que la « personne qui appelle » devienne la « personne qui conseille », et inversement.

Variante : la discussion peut continuer en examinant les types de problèmes proposés par les personnes qui tapent/appellent. Cela serait particulièrement approprié si le jeu fait partie d'une séquence visant à travailler sur les compétences, les préjugés ou la stigmatisation.

Ouvrir la voie aux commentaires :

À la fin du « jeu », demandez :

- 1 À quel point était-ce difficile de découvrir le problème ?
- 2 Qu'avez-vous ressenti en tant que personne qui interroge/conseille du fait de ne pouvoir poser uniquement des questions avec des réponses si courtes ?
- 3 Est-ce qu'il y avait quelque chose que la personne qui tapait/appelait voulait vraiment dire sans le pouvoir ? Si oui, quoi ?

Lorsque les commentaires s'épuisent, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Conscience situationnelle

Domaine/groupe d'étude :

Aptitudes à la communication et interpersonnelles

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Cet exercice permet aux participants d'acquérir des compétences en matière de cognition, de sensibilisation, de communication et d'écoute, et d'aider les participants à prendre conscience des situations dans lesquelles ils travaillent, dans les lieux où ils travaillent.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants développeront leurs compétences et leur conscience de ce qui se passe dans les lieux où ils travaillent et avec les gays et autres HSH avec lesquels ils travaillent.



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre son fonctionnement en pratique.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice est utile pour les personnes impliquées dans le travail de sensibilisation, la réception des appels et les entretiens motivationnels.
- 💡 Assurez-vous de disposer de suffisamment d'espace pour que les personnes puissent déplacer leurs chaises et travailler en binôme.

Méthode : (10–15 minutes)

Écouter en ayant une « conscience situationnelle » est essentiel dans de nombreux domaines, où les travailleurs doivent « écouter activement » leur « client » et « analyser » la situation pour rester vigilant. C'est un domaine extrêmement difficile et il y a peu de personnes capables d'écouter activement tout en maintenant leur conscience situationnelle.

Cette « technique d'écoute avec conscience situationnelle » est très utile.

- 1** Demandez aux membres du groupe de se mettre en binômes, puis de penser à un sujet dont ils aimeraient discuter pendant 2 minutes. Le sujet peut être léger ou sérieux.
- 2** Demandez aux binômes de commencer à discuter de leur sujet pendant 2 minutes.
- 3** Lorsque les 2 minutes seront écoulées, demandez à chacun des binômes quel était le sujet de conversation de leurs voisins, et NON le sujet dont ils ont discuté. La plupart du temps, ils sont incapables de donner la moindre information.
- 4** Ensuite, dites au groupe que l'exercice va être recommencé.
- 5** Demandez aux binômes de changer de partenaires pour travailler avec quelqu'un d'autre, choisir un autre sujet et répéter l'exercice pendant 2 autres minutes.
- 6** À la fin de ces 2 minutes, demandez aux binômes de rapporter les propos de leurs voisins. Cette fois, ils peuvent donner davantage d'informations sur les discussions des binômes voisins.

Cet exercice est très utile pour apprendre aux participants à écouter non seulement ce qu'ils disent à leur interlocuteur mais aussi ce qui se dit « autour » d'eux.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

- 1** Demandez au groupe de décrire quelles étaient les différences.
- 2** « Comment sont-ils restés conscients de leur propre conversation ainsi que de celles autour d'eux ? »

Lorsque les commentaires s'épuisent ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

2.5 Exercices « Brise-glace » et « Énergisants »

- Tour de ballons
- Camping
- Franchir la ligne
- Queue du dragon
- Rêves
- Salade de fruits
- Ha ha
- Combien en utilisez-vous ?
- Bingo humain + feuille de travail du participant
- Connexions impossibles
- Parlons de sexe + feuille de travail du participant
- Faire la queue
- Débuts de phrase
- Requins et pingouins
- Superlatifs
- Deux vérités et un mensonge
- Oui, je l'ai fait

Titre informel de l'exercice :

Tour de ballons

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Hybride brise-glace/énergisant : permettre aux participants de mieux se connaître et leur redonner de l'énergie.

Résultat attendu de l'exercice :

À la fin de cet exercice, l'énergie des participants aura été stimulée en les rendant plus actifs et en les aidant à découvrir des choses les uns sur les autres et à construire un climat de confiance dans le groupe.



Matériel nécessaire :

- ✎ Plusieurs grands paquets de ballons.
- ✎ Un petit rouleau de ruban adhésif transparent pour chaque participant.
- ✎ Mètre ruban pour mesurer les « tours ».



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Achetez/trouvez tout le matériel.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Cet exercice aide à créer des équipes et à déterminer les personnes qui pensent de manière logique et celles qui utilisent la théorie du chaos dans leur approche de résolution des problèmes. Il est rare que les « tours » comportent plus que cinq couches de ballons, atteignant généralement les épaules des personnes qui les construisent.

Méthode : (20 minutes)

- 1 Demandez aux participants de former des groupes de trois ou quatre personnes.
- 2 Dites-leur que vous voudriez qu'ils construisent en groupe la plus haute tour autoportante possible, en utilisant uniquement les ballons et le ruban adhésif mis à disposition.
- 3 Le groupe considéré comme « gagnant » aura construit la plus haute tour autoportante (elle tient debout sans appui sur des chaises, tables, etc. ou sans ruban adhésif qui la colle au sol, au plafond ou aux murs).
- 4 Répétez-leur qu'ils ne peuvent utiliser que les ballons et le ruban adhésif et que la tour doit être autoportante.
- 5 Dites aux groupes qu'ils ont dix minutes pour construire leur tour. Dites-leur qu'ils peuvent commencer.
- 6 Après dix minutes, vous pouvez leur accorder cinq minutes supplémentaires si vous le souhaitez (si vous remarquez qu'ils sont loin d'avoir terminé).
- 7 Lorsque le temps est écoulé, comparez et mesurez les tours, puis déclarez un groupe gagnant.

Ouvrir la voie aux commentaires : (10 minutes)

- 1 Analysez l'activité avec les groupes en posant les questions suivantes :
 - Quelle était votre stratégie ?
 - Quels étaient les difficultés et comment les avez-vous surmontées ?
 - La pression du chronomètre a-t-elle affecté le résultat ?
 - Quelle approche avez-vous adoptée et pourquoi ?
 - Que feriez-vous différemment si vous deviez recommencer ?
- 2 Les groupes adoptent normalement l'une des deux approches : ils agissent soit de manière complètement chaotique, soit de manière très ordonnée. Chaque approche peut être gagnante, et les chances de chaque approche est de 50/50. Demandez alors aux groupes à quoi cela pourrait être dû.
- 3 Lorsque les groupes ont fini de partager leurs commentaires ou à la fin du temps imparti, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



Vous pouvez ajouter des variantes si les participants ont déjà joué au jeu :

- Vous pouvez attribuer des points supplémentaires à la tour qui a la plus belle apparence visuelle.
- Vous pouvez attribuer des points supplémentaires à la tour qui est la plus haute et qui a nécessité le moins de ressources.
- Vous pouvez demander aux participants de construire une arche plutôt qu'une tour.
- Une fois que chaque équipe a construit sa tour, vous pouvez demander aux participants de travailler dans un plus grand groupe pour fusionner leurs tours en une super tour.
- Vous pouvez augmenter la pression en donnant moins de temps et en faisant des comptes à rebours.
- Vous pouvez axer davantage l'activité sur la communication en leur laissant 5 minutes pour planifier leur tour, puis en leur interdisant de parler pendant la construction de cette tour.

Titre informel de l'exercice :

Camping

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Hybride énergisant/brise-glace : aider les participants à développer leur énergie mentale et leur compétence d'écoute, et à éliminer toute inhibition en jouant à un jeu.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants développeront leur énergie mentale et échangeront des informations.



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Choisissez le « motif séquentiel » que vous utiliserez pour le jeu de mots dans l'exercice.
- ✓ Voici quelques suggestions de motifs séquentiels :
 - Des choses qui commencent par une lettre de l'alphabet comme p. ex. la lettre D (diamant, dogue, diablo, etc.)
 - Des choses qui se terminent par une lettre donnée de l'alphabet
 - Des mots avec des voyelles ou consonnes doublées (roulée, pizza, zoo, etc.)
 - Des mots avec une lettre ou un son, p. ex. la lettre K (rack, biker, coke, etc.)
 - Des objets composés de deux mots (hot-dog, chou-fleur, garde-manger, etc.)
 - Des objets de même couleur
 - Des mots composés du même nombre de lettres
 - Des objets commençant par la dernière lettre du dernier objet mentionné



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Le jeu camping requiert de la concentration et de la mémoire, alors ne soyez pas trop durs pendant le jeu car il y a des personnes qui comprendront plus ou moins rapidement.
- 💡 Il serait utile d'avoir au moins deux idées de motifs séquentiels de mots à utiliser car il faudra peut-être un certain temps pour que tout le monde comprenne bien le jeu.
- 💡 Faites votre choix de motif séquentiel en fonction de l'âge et de la composition du groupe. Certains motifs séquentiels sont plus compliqués que d'autres.

Méthode : (15 minutes)

- 1 Demandez à votre groupe de former un cercle. Choisissez le motif séquentiel que vous utilisez en premier.
- 2 En tant que facilitateur, vous lancez le jeu. Vous direz : « Je pars en camping et je vais apporter _____ ».
- 3 Vous devez choisir un objet que vous souhaitez emporter en fonction du motif séquentiel choisi. Par exemple, si le motif séquentiel est « les choses qui commencent par la lettre C », vous pouvez dire « cookies ».
- 4 Vous aurez besoin d'un motif séquentiel que doivent suivre les joueurs, mais vous êtes le seul à le connaître avant que le jeu ne commence. Il leur sera ainsi plus difficile de trouver les mots à suggérer.
- 5 Supposons que le motif est « objets commençant par la lettre C », vous allez donc dire « cookies ».
- 6 Les joueurs qui ont compris le motif séquentiel donneront des objets qui commencent par la lettre « C ».
- 7 Au début du jeu, vous êtes le seul à connaître le motif séquentiel. Donc, lorsqu'un participant le trouve, vous direz : « OK, vous pouvez l'emporter pour notre excursion en camping ». Au fur et à mesure que les participants trouvent le motif séquentiel, ils vous rejoignent.
- 8 Cependant, un joueur qui n'a pas compris pas le motif séquentiel, peut dire « Pommes ».
- 9 À ce moment-là, avec les joueurs qui connaissent le schéma vous dites : « Non, tu ne peux pas emporter de pommes ».
- 10 Le jeu continue autour du cercle jusqu'à ce que tous les joueurs aient compris le motif séquentiel. Si un joueur pense avoir trouvé le motif séquentiel, il peut commencer son tour en chuchotant au leader (en l'occurrence, vous, le facilitateur) ce qu'il pense être le motif séquentiel. Vous répondrez oui ou non. Parfois, les joueurs pensent connaître le motif séquentiel, mais ils ont simplement deviné quelque chose qui par le plus grand des hasards convient.
- 11 Jouez jusqu'à ce que le temps soit écoulé ou que vous ayez terminé deux tours du jeu. Mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Franchir la ligne

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : Cet exercice permet aux participants d'utiliser ou de développer leurs compétences d'influence, de négociation ou de persuasion.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront acquis des compétences pour influencer, persuader ou négocier.



Matériel nécessaire :

- ✎ Ruban de masquage/corde/craie pour marquer des lignes sur le sol (en fonction de ce qui convient le mieux au lieu de la formation).



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Achetez/trouvez le matériel nécessaire



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Vous aurez besoin d'un espace libre dans la salle que vous utilisez pour effectuer cet exercice.
- 💡 Un exercice utile pour développer les compétences d'influence. Lié aux interventions présentielles et d'entretiens motivationnels.
- 💡 Cela pourrait être un bon exercice à mener avant « Collaboration avec et entre des organisations LGBT/HSH et d'autres services », car il se conclut sur l'idée d'une approche gagnant-gagnant.

Méthode : (5 à 10 minutes)

- 1** Dites aux participants que vous allez maintenant faire une activité qui utilise les compétences d'influence, de négociation et de persuasion.
- 2** Mettez en place l'activité en marquant une ligne ou une série de lignes sur le sol de la salle de formation.
- 3** Répartissez les participants en équipes de deux (si vous travaillez avec un nombre impair de participants, un co-facilitateur peut « jouer ») et disposez les binômes face à face de part et d'autre de la ligne. La distance entre les deux partenaires ne doit pas dépasser une longueur de bras.
- 4** Expliquez que, lorsque vous dites « c'est parti ! », chacun dispose de 30 secondes pour convaincre son partenaire de passer de l'autre côté de la ligne. Ils ne peuvent pas utiliser la force physique pour obliger leur partenaire à franchir la ligne.
- 5** Après 30 secondes, arrêtez le jeu (30 secondes suffisent amplement) et demandez aux participants de regarder autour d'eux et de constater combien d'entre eux ont été convaincus de « franchir la ligne ».
- 6** Demandez au groupe :
 - Quelles stratégies avez-vous utilisées pour convaincre votre partenaire de franchir la ligne ?
 - Pourquoi pensez-vous que ces stratégies étaient efficaces (ou inefficaces) ?
- 7** Faites remarquer que les stratégies les plus efficaces sont celles où les deux parties sont gagnantes. Par exemple : « Franchissons la ligne tous les deux. De cette façon, nous atteindrons tous les deux l'objectif fixé. »
- 8** Cette activité fonctionne bien dans le cadre d'un programme impliquant des compétences d'influence, de persuasion ou de négociation. Lorsque l'activité est terminée, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Queue du dragon

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice énergisant : pour restaurer l'énergie du groupe après une longue session de réflexion ou de discussion, ou après le déjeuner.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie.



Matériel nécessaire :

- ✎ Deux chiffons/mouchoirs de couleurs vives.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Assurez-vous que les participants se sentent à l'aise s'ils sont placés à l'avant ou à l'arrière des « dragons »
- 💡 Assurez-vous que les « queues » sont visibles et peuvent être facilement saisies

Méthode : (5 minutes)

- 1 Divisez le groupe en deux et demandez-leur de former deux « dragons », en se tenant au niveau de la taille (ceinture du pantalon ou de la jupe) ou de l'épaule pour former une ligne ou un « dragon ».
- 2 La dernière personne de chaque dragon a un mouchoir de couleur vive rentré dans une poche arrière ou sa ceinture : c'est la « queue du dragon ».
- 3 Le but de chaque « dragon » est d'attraper la queue de l'autre « dragon » sans perdre sa propre queue.
- 4 Jouez au moins deux parties de course poursuite, mais ne dépassez pas 5 minutes de temps de jeu. Lorsque vous avez fini de jouer, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Rêves

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : amener les participants à partager des informations et à en apprendre davantage les uns sur les autres.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront appris davantage les uns sur les autres et construit un climat de confiance pour travailler en groupe.



Matériel nécessaire :

- ✎ Paperboard, bloc-notes et stylos.
- ✎ Papier et crayons pour les participants.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Encouragez les participants à penser à leurs rêves qui n'ont aucun lien avec leur travail actuel. Quels sont leurs autres rêves ?
- 💡 Pensez à vos propres « rêves » avant de commencer l'exercice, et utilisez-les comme des amorces si un participant éprouve des difficultés à identifier quelque chose.

Méthode : (5 minutes)

- 1 Dites aux membres du groupe qu'ils doivent imaginer une situation où ils n'ont pas de limites ni contraintes, comme p. ex. aucune restriction financière, etc.
 - Qu'aimeriez-vous vraiment faire ou être ?
 - Quel est votre rêve secret ? Vous pouvez garder ce rêve secret, mais il faut que vous pensiez à lui.
- 2 Dites aux membres du groupe qu'ils ont deux ou trois minutes pour y penser et décrire brièvement leurs rêves par écrit.
- 3 Lorsque tous les membres du groupe ont terminé, demandez-leur d'écrire cinq raisons expliquant pourquoi ils aimeraient être ou faire ce qu'ils décrivent (et qui était leur rêve). Ils ont cinq minutes pour le faire.
- 4 Une fois ces cinq minutes écoulées, demandez aux membres du groupe de partager trois de leurs **RAISONS** (et non leurs rêves) de leur liste. Pendant qu'ils le font, notez les raisons sur le paperboard sans les commenter.

Ouvrir la voie aux commentaires :

- 1 Lorsque tout le monde a partagé ses trois raisons, engagez la discussion avec le groupe.
- 2 En lisant les raisons, qu'ont-ils remarqué ? Ont-elles des similitudes ou sont-elles toutes très différentes ? Parmi ces raisons, combien sont similaires à ce que nous pensons être des situations vécues également par d'autres personnes ?
- 3 Autres remarques possibles :
 - Une personne qui n'a aucun besoin est morte.
 - Les besoins nous incitent à faire les choses.
 - Les besoins ne sont pas satisfaits par magie. Il faut toujours faire quelque chose.
 - Les choses que nous visons pour notre satisfaction peuvent être appelées des objectifs. Le rêve que vous avez identifié dans l'exercice est un objectif.
- 4 Identifier les raisons du rêve peut aider à réaliser partie du rêve. Par exemple :

Rêve : Être un grand joueur de football/tennis, etc.

Raison : Activité physique
Plaisir d'apparaître en public
Ce que je sais le plus sur moi
Obtenir le respect des gens

Il n'est peut-être pas possible de réaliser ce rêve, mais beaucoup de raisons ne pourraient-elles pas être satisfaites en devenant arbitre ? Cela pourrait devenir un objectif réaliste si le rêve n'est pas possible pour une raison quelconque.
- 5 Si les personnes ont partagé leurs raisons et qu'elles en ont discuté, ou que 30 minutes se sont écoulées, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Salade de fruits (ou chaises non musicales)

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercices énergisants : pour augmenter l'énergie des participants après une longue session ou une pause comme le déjeuner.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie.



Matériel nécessaire :

- ✎ Chaises appropriées, c.-à-d. des chaises simples qui peuvent être déplacées facilement mais qui n'ont pas de roues.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Décidez si vous jouez à la « salade de fruits » ou aux « chaises non musicales » (voir Informations supplémentaires).
- ✓ Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite. Il existe de meilleurs exercices brise-glace et énergisants à utiliser avec les personnes en fauteuil roulant ou ayant d'autres problèmes de mobilité.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Vous devrez pouvoir disposer d'un espace suffisant pour former un cercle de chaises autour duquel tous les participants peuvent se déplacer.

Méthode : (5-10 minutes)

- 1 Demandez aux participants de former un cercle avec leurs chaises (faisant face au centre). Assurez-vous qu'il y a autant de sièges que de personnes, puis enlevez deux sièges, mais assurez-vous que le cercle n'est pas trop petit ou ne limite pas trop les mouvements.
- 2 Demandez aux deux personnes sans chaise de se placer au milieu du cercle (assurez-vous d'être à l'extérieur du cercle)
- 3 Faites le tour du cercle et attribuez à chaque personne un nom comme citron, orange ou pomme (cycliquement, donc « citron, orange, pomme, citron, orange, pomme, etc. ») jusqu'à ce que tout le monde ait reçu un nom de fruit. **N'OUBLIEZ PAS** de nommer les deux personnes qui se tiennent au centre du cercle.
 - Dites au groupe : « Je vais crier le nom d'un fruit : citron, orange ou pomme. Si vous m'entendez dire le nom de votre fruit, vous devez quitter votre chaise et en trouver une autre.
 - Vous ne pouvez pas simplement vous lever et vous asseoir sur la même chaise. La chaise doit être différente de celle sur laquelle vous étiez assis. Si vous êtes au milieu du cercle et que j'appelle votre fruit, vous devez trouver une chaise, mais vous ne pouvez vous déplacer et trouver une chaise que lorsque vous entendez le nom de votre fruit.
 - Si je crie « salade de fruits », tout le monde doit quitter sa chaise et en trouver une autre. **N'oubliez pas** : bougez uniquement lorsque vous entendez votre nom de fruit ou salade de fruits, et il y aura toujours deux d'entre vous sans chaise, debout au milieu du cercle. »
- 4 Assurez-vous que tout le monde a bien compris ces « règles », puis démarrez l'exercice énergisant.
- 5 Appelez les différents fruits avec une combinaison/séquence aléatoire, sans oublier d'intégrer occasionnellement « salade de fruits ».
- 6 Continuez jusqu'à sentir que les niveaux d'énergie ont augmenté. Mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



Cet exercice est également connu sous le nom de « chaises non musicales », où la personne désignée qui est au centre (une seule chaise est retirée du cercle et une personne est laissée au milieu) tire une carte dans le jeu présenté par le facilitateur. Cette carte présente une activité (il peut s'agir d'une activité sexuelle si cela convient à la formation). Les autres doivent ensuite dire « j'aime » ou « je n'aime pas » en fonction de ce qu'ils ressentent vis-à-vis de l'activité, puis nommer l'activité. Par exemple, si l'activité sur la carte est « nager », ils pourraient dire « j'aime nager ». Toutes les personnes qui sont d'accord avec l'affirmation se lèvent et doivent trouver une chaise différente de celle sur laquelle elles étaient assises, et la personne debout au centre doit se trouver une chaise. La personne qui ne trouve pas de chaise et reste debout devient alors la personne du milieu qui prend la carte suivante et poursuit le jeu. Si une seule personne se lève suite à une affirmation, elle doit se placer debout au milieu du groupe et choisir ensuite une carte. Ce jeu se joue comme « salade de fruits » à partir de là, avec les règles indiquées ci-dessus.

Titre informel de l'exercice :

Ha Ha!

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice énergisant : cet exercice augmente l'énergie des participants en les rendant plus actifs et en les aidant à construire un climat de confiance dans le groupe.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie.



Matériel nécessaire :

 Aucun.



Préparation du facilitateur :

 Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

-  C'est un jeu amusant qui pourrait devenir chaotique, alors soyez-en conscient !
-  Assurez-vous de repérer la personne qui joue au jeu sans rire afin de pouvoir désigner un « gagnant ».

Méthode : (5 - 10 minutes)

- 1 Dites au groupe que vous allez jouer à un jeu nommé « Ha ha ».
- 2 Demandez au groupe de s'asseoir en cercle pour que tout le monde puisse se voir.
- 3 Expliquez que chacun doit rester aussi solennel et sérieux que possible tout au long du jeu.
- 4 Choisissez un joueur pour commencer le jeu. Il doit commencer le jeu en disant « Ha » une fois.
- 5 Le joueur à sa droite prononce alors le mot « Ha » deux fois.
- 6 Suivant ce motif séquentiel, le troisième joueur (à la droite du deuxième joueur) dit « Ha » trois fois.
- 7 Le jeu continue avec le nombre de « Ha » qui continue à augmenter par rapport au nombre des joueurs qui ont joué juste avant (4, 5, 6, 7, etc.)
- 8 Au fur et à mesure que le jeu avance, éliminez tous les joueurs qui rient ou qui font du bruit quand ce n'est pas leur tour.
- 9 Le joueur qui arrive à ne pas rire jusqu'à la fin de la partie gagne. Lorsque vous avez déclaré un « gagnant », mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Combien en utilisez-vous ?

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : développer la connaissance et la confiance entre les participants. Cet exercice permet aux participants d'en apprendre davantage les uns sur les autres d'une manière qui est contrôlée par chaque participant.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront partagé des informations sur eux-mêmes et entendu beaucoup d'informations sur les autres participants, ce qui leur permettra de nouer des liens et de créer un climat de confiance au sein du groupe.



Matériel nécessaire :

- ✎ Plusieurs rouleaux de papier toilette (1 pour commencer)



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Certaines personnes peuvent prendre un grand nombre de « feuilles », alors gardez un œil sur l'heure et, en fonction du nombre de personnes qui participent au jeu, vous devrez peut-être réduire le nombre de choses qu'ils partagent. Essayez de respecter le temps imparti, en activant les participants s'ils ont beaucoup de « feuilles » de papier : « racontez-nous 7 choses... »

Méthode : (10 minutes)

- 1 Demandez aux participants de s'asseoir en cercle.
- 2 Dites-leur que vous allez faire circuler un rouleau de papier toilette et qu'ils doivent prendre le nombre de « feuilles » de papier qu'ils utilisent normalement. « Prenez le nombre de feuilles dont vous avez normalement besoin »
- 3 Lorsque tout le monde a pris ses feuilles de papier toilette, expliquez aux membres du groupe qu'ils doivent raconter au groupe autant de choses personnelles que le nombre de feuilles de papier toilette qu'ils ont pris.
- 4 Tous les membres du groupe jouent, y compris les facilitateurs.
- 5 Quand tout le monde a participé, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Bingo humain

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Hybride brise-glace/énergisant : apprendre aux participants à mieux se connaître et augmenter leur énergie après une longue session ou une pause comme le déjeuner, en les rendant plus actifs et en créant un climat de confiance au sein du groupe.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront augmenté leurs niveaux d'énergie et appris davantage les uns sur les autres.



Matériel nécessaire :

- ✎ Les cartes de bingo que vous avez choisi d'utiliser (une pour chaque participant).
- ✎ Crayons



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Choisissez les « cartes de bingo » que vous utiliserez en fonction des participants prévus pour la formation. La carte à 9 questions contient des questions sexuellement explicites.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Selon la « carte de bingo » utilisée, cet exercice peut permettre de lever les barrières et les tabous concernant l'utilisation du langage et d'activités sexualisées, permettant ainsi aux personnes d'être plus à l'aise lorsqu'elles utilisent un tel langage pendant la formation. Utile si vous organisez une session sur la santé sexuelle, le langage ou les activités sexuelles.
- 💡 Cet exercice est également appelé « bingo populaire » et « chasse au trésor ».

Méthode : (10 minutes)

- 1 Informez les participants que vous allez maintenant jouer au « bingo humain », une variante du bingo, mais au lieu de rester assis à attendre que le bon numéro sorte, les participants doivent se parler pour trouver des réponses et remplir leur carte, puis crier « Bingo ».
- 2 Donnez à chaque participant une carte de « Bingo » et un crayon. Les cartes de bingo peuvent avoir 3 x 3, 4 x 4 ou 5 x 5 carrés, donc il y aura 9, 16 ou 25 questions auxquelles les participants devront répondre.
- 3 Dites aux membres du groupe que vous voulez que chacun remplisse sa carte de bingo en trouvant un participant et en lui posant une question figurant sur sa carte. S'il répond oui (ou s'il est d'accord), cette case est remplie. Il faut noter le nom de la personne interrogée dans cette case.
- 4 Il n'est possible de poser qu'une seule question par personne (d'où l'importance du choix de la carte et du nombre de questions qu'elle comporte)
- 5 Si on vous pose une question, il est mal venu de poser une question directement à la personne qui vient de vous interroger. Vous devez être l'initiateur des questions. Vous POUVEZ donc poser des questions à des personnes qui vous ont posé des questions, mais pas au même moment.
- 6 La première personne à remplir toutes ses cases, crie « Bingo ». Le facilitateur vérifie si sa carte est complètement remplie et, dans l'affirmative, il la déclare comme « carte gagnante ». Quand un « gagnant » a été déclaré, mettez fin à l'exercice.



Bingo humain – Carte de questions – Sexuellement explicite (9 questions)

Avoir des relations sexuelles en public	Avoir des relations sexuelles en portant des talons hauts	Avoir des relations sexuelles dans la douche ou la baignoire
Regarder un porno pendant une relation sexuelle	Avoir des relations sexuelles en plein air	Baiser le matin
Jouer avec mes seins	Explorer mes fesses avec mes doigts	Utiliser des sex toys pour me masturber



Bingo humain – Carte de questions – Générique (9 questions)

Avoir vécu à l'étranger	Avoir un animal de compagnie	Aimer l'été
Aimer « La Guerre des étoiles »	Manger du chocolat	Avoir envoyé un « selfie » au cours des 24 dernières heures
Aimer le ketchup	Avoir assisté à un opéra au cours des 12 derniers mois	Aimer cuisiner/faire des gâteaux



Bingo humain – Carte de questions – Générique (16 questions)

Avoir visité 5 pays ou plus	Avoir assisté à un événement sportif professionnel	Pouvoir jouer d'un instrument de musique	Ne pas aimer/boire du café
Aimer la couleur rose	Qui peut siffler	Avoir eu son nom mal orthographié ou mal prononcé	Avoir un grand-parent venu d'un pays étranger
Aimer dessiner/peindre	Avoir pleuré pendant un film	Avoir parlé avec une personne connue/célébrité	Préférer les en-cas salés plutôt que les collations sucrées
Porter des lentilles de contact	Avoir une allergie	Parler deux langues ou plus	Être plus jeune que vous



Bingo humain – Carte de questions – Générique (25 questions)

Pratiquer 2 sports ou plus	Avoir une phobie	Avoir la même initiale de prénom que vous	Être un enfant unique	Ne pas aimer/manger de chocolat
Avoir 3 frères ou sœurs ou plus	Avoir un « S » dans son nom	Savoir jouer au piano	Pouvoir faire du patin à roulettes	Aimer jouer/construire avec des Lego
Avoir lu 3 livres ou plus au cours des 3 derniers mois	Être végétalien ou végétarien	Avoir été dans une pièce de théâtre ou une comédie musicale	Posséder plus de 5 paires de chaussures	Avoir passé au moins trois heures à jouer à des jeux vidéo le weekend dernier
Savoir où ses grands-parents sont nés	Posséder un autographe d'une célébrité	Ne jamais avoir été dans un avion ou un hélicoptère	Aimer chanter au karaoké	Avoir un tatouage ou un piercing qui n'est pas facilement visible
Avoir visité un parc d'attractions Disney	Préférer le froid	Couper ses cheveux soi-même	Ne jamais avoir joué au Monopoly ni à Twister	Ne pas être né dans le pays dans lequel on vit actuellement

Feuille de travail des participants : Aptitudes à la communication et interpersonnelles

Bingo humain – Carte de questions

Avoir des relations sexuelles en public	Avoir des relations sexuelles en portant des talons hauts	Avoir des relations sexuelles dans la douche ou la baignoire
Regarder un porno pendant une relation sexuelle	Avoir des relations sexuelles en plein air	Baiser le matin
Jouer avec mes seins	Explorer mes fesses avec mes doigts	Utiliser des sex toys pour me masturber

Bingo humain - Carte de questions

Avoir vécu à l'étranger	Avoir un animal de compagnie	Aimer l'été
Aimer « La Guerre des étoiles »	Manger du chocolat	Avoir envoyé un « selfie » au cours des 24 dernières heures
Aimer le ketchup	Avoir assisté à un opéra au cours des 12 derniers mois	Aimer cuisiner/faire des gâteaux

Bingo humain - Carte de questions

Avoir visité 5 pays ou plus	Avoir assisté à un événement sportif professionnel	Pouvoir jouer d'un instrument de musique	Ne pas aimer/boire du café
Aimer la couleur rose	Qui peut siffler	Avoir eu son nom mal orthographié ou mal prononcé	Avoir un grand-parent venu d'un pays étranger
Aimer dessiner/peindre	Avoir pleuré pendant un film	Avoir parlé avec une personne connue/célébrité	Préférer les en-cas salés plutôt que les collations sucrées
Porter des lentilles de contact	Avoir une allergie	Parler deux langues ou plus	Être plus jeune que vous

Bingo humain – Carte de questions

Pratiquer 2 sports ou plus	Avoir une phobie	Avoir la même initiale de prénom que vous	Être un enfant unique	Ne pas aimer/ manger de chocolat
Avoir 3 frères ou sœurs ou plus	Avoir un « S » dans son nom	Savoir jouer au piano	Pouvoir faire du patin à roulettes	Aimer jouer/ construire avec des Lego
Avoir lu 3 livres ou plus au cours des 3 derniers mois	Être végétalien ou végétarien	Avoir été dans une pièce de théâtre ou une comédie musicale	Posséder plus de 5 paires de chaussures	Avoir passé au moins trois heures à jouer à des jeux vidéo le weekend dernier
Savoir où ses grands-parents sont nés	Posséder un autographe d'une célébrité	Ne jamais avoir été dans un avion ou un hélicoptère	Aimer chanter au karaoké	Avoir un tatouage ou un piercing qui n'est pas facilement visible
Avoir visité un parc d'attractions Disney	Préférer le froid	Couper ses cheveux soi-même	Ne jamais avoir joué au Monopoly ni à Twister	Ne pas être né dans le pays dans lequel on vit actuellement

Titre informel de l'exercice :

Connexions impossibles

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice énergisant : augmenter l'énergie des participants après une longue session ou une longue pause comme le déjeuner, en les rendant plus actifs

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie.



Matériel nécessaire :

- ✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite, pour savoir quel exercice « Connexion impossible » peut être effectué.

Méthode : (5 - 10 minutes)

- 1 Assurez-vous que tous les participants sont d'accord pour effectuer un exercice physique (vous leur demandez de se déplacer dans la salle, mais leurs déplacements ne seront pas nécessairement rapides).
- 2 Demandez aux participants de commencer à se déplacer dans la salle et dites-leur que, lorsque vous donnez une instruction, ils doivent entrer dans cette « connexion impossible ». Par exemple, si vous dites « trois coudes gauches », les participants doivent se rassembler par groupes de trois en mettant en contact leurs coudes gauches.
- 3 Faites bouger le groupe, puis donnez une instruction comme p. ex. « Quatre hanches ».
- 4 Vous pouvez continuer avec n'importe quelle combinaison comme « deux pieds droits », « six genoux », « deux épaules », « sept mains gauches », etc.
- 5 Ne faites pas plus de six combinaisons. Lorsque vous avez fini, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Parlons de sexe

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : développer la connaissance et la confiance entre les participants. Cet exercice permet aux participants d'en apprendre davantage les uns sur les autres d'une manière qui est contrôlée par chaque participant. Cela aide également à lever les barrières associées aux discussions sur l'activité sexuelle.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront partagé des informations sur eux-mêmes et entendu beaucoup d'informations sur les autres participants, ce qui leur permettra de nouer des liens, de créer un climat de confiance au sein du groupe et de briser les tabous sur le sexe et l'activité sexuelle pour en parler au sein du groupe.



Matériel nécessaire :

- ✎ Cartes « Parlons de sexe »



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 C'est un exercice brise-glace efficace à utiliser lorsque l'on aborde les problèmes de santé sexuelle ou les activités sexuelles pour les gays et autres HSH.

Méthode : (5-10 minutes)

- 1 Demandez aux participants de s'asseoir en cercle et expliquez qu'ils vont maintenant faire un exercice appelé « Parlons de sexe ».
- 2 Dites que vous allez placer quelques cartes à l'envers au milieu de la salle/sur le sol et que l'exercice se déroule de la manière suivante :
 - un participant à la fois doit prendre et lire une carte, puis dire quelle était sa réaction initiale à l'énoncé de la carte. Il doit ensuite répondre à deux des questions que vous avez écrites sur le paperboard.
- 3 Dites au groupe que tout le monde va faire au moins un tour, et que c'est plus amusant de « suivre le mouvement » que de résister.
- 4 Maintenant, placez les cartes à l'envers sur le sol au milieu du cercle, pendant qu'un co-facilitateur écrit les quatre questions suivantes sur le paperboard.
 - « Avez-vous déjà essayé de le faire ? Si non, aimeriez-vous le faire ? »
 - « Qu'est-ce qui vous excite (ou refroidit) dans cette activité ? »
 - « Avez-vous déjà regardé ou fait cette activité vous-même ? »
 - « Avez-vous une expérience de l'activité que vous souhaiteriez partager brièvement avec nous ? »

- 5 Lorsque vous êtes prêt, demandez aux participants s'il y a un volontaire pour commencer le jeu. Si vous sentez que le groupe est particulièrement timide ou réticent, l'un des facilitateurs peut commencer l'exercice. C'est également utile si vous souhaitez définir le ton et régler les paramètres de l'exercice.
- 6 Vous pouvez encourager les discussions, les réponses, les questions (dans les limites) et la répétition de l'exercice, en fonction du temps dont vous disposez. L'un des facilitateurs doit être responsable du respect du temps imparti pour l'exercice.
- 7 Assurez-vous que chacun a eu la possibilité de participer, et arrêtez-vous lorsque le temps est écoulé ou qu'il n'y a plus de cartes.
- 8 Reformulez les leçons apprises de cet exercice comme suit :
 « Merci pour votre participation. Nous avons fait cet exercice pour aborder le sujet et les premières réactions nerveuses que nous pouvons souvent rencontrer lorsque nous sommes appelés à parler de sexe et d'activités sexuelles, en particulier au sein d'un groupe. C'est aussi un exercice qui souligne la grande variété des activités sexuelles que les gays et autres HSH pratiquent entre eux, alors il nous aide à nous les rappeler. »

Informations supplémentaires :



These are the subject discussion cards:

baiser des copains
« glory holes »
testicules rasés
levrette
anneaux péniers
69
sexe avec des aliments
frotteurisme
éjaculer
Poppers
équipement fétichiste
faire une pipe
sexe dans les backrooms
chasse au trésor
fessée
huile pour bébé
préservatifs

petit ami
électrostimulation
godemichet
Gaydar/Hornet/Scruff/etc. (applications de rencontres pour gays et autres HSH)
fist-fucking
massage
masturbation
actif
passif
léchage
piercings
préférence pour les hommes bien membrés
anulingus
douche vaginale
plugs anaux
baiser
anal
cottageing
sauna
sondage
scatophilie
câliner
poilu
vibromasseur
mamelons

être dessus
être dessous
bondage
triolisme
rapports sexuels en groupe
harnais
poils corporels
CBT (bondage des testicules et torture du pénis)
embrasser
torture des tétons
bareback (rapports sexuels non protégés)
maître-esclave
sports nautiques
faire l'amour

Feuille de travail des participants : Exercices « Brise-glace » et « Énergisants »

Parlons sexe – cartes pour discuter de divers sujets

baiser des copains
« glory holes »
testicules rasés
levrette
anneaux péniers
69
sexe avec des aliments
frotteurisme
éjaculer
Poppers
équipement fétichiste
faire une pipe
sexe dans les backrooms
chasse au trésor
fessée
huile pour bébé
préservatifs
petit ami
électrostimulation
godemichet
Gaydar/Hornet/Scruff/etc. (applications de rencontres pour gays et autres HSH)
fist-fucking
massage
masturbation
actif
passif
léchage

piercings
préférence pour les hommes bien membrés
anulingus
douche vaginale
plugs anaux
baiser
anal
cottaging
sauna
sondage
scatophilie
câliner
poilu
vibromasseur
mamelons
être dessus
être dessous
bondage
triolisme
rapports sexuels en groupe
harnais
poils corporels
CBT (bondage des testicules et torture du pénis)
embrasser
torture des tétons
bareback (rapports sexuels non protégés)
maître-esclave
sports nautiques
faire l'amour

Titre informel de l'exercice :

« **Aligner** » ou « **De bas en haut** »

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Hybride brise-glace/énergisant : augmenter l'énergie des participants après une longue session ou une longue pause comme le déjeuner, en les rendant plus actifs. En fonction des « options de critères » utilisées, les participants découvrent également des choses les uns sur les autres. Cette activité est utile pour des groupes de 16 personnes ou plus.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront remobilisé leur énergie, ils auront également découvert des choses les uns sur les autres en fonction des « options de critères » utilisées.



Matériel nécessaire :

 Aucun.



Préparation du facilitateur :

 Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

-  Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite.
-  Cet exercice est assez similaire à « Superlatifs ».
-  Vous pouvez également utiliser des critères d'alignement pertinents pour le sujet/l'atelier.
-  Utilisez régulièrement cette activité pendant les longues sessions pour redonner rapidement de l'énergie aux participants.

Méthode : (5 - 10 minutes)

- 1 Pour des grands groupes, répartissez les participants en petits groupes de 8 à 20 personnes.
- 2 Expliquez aux participants que lorsqu'on leur demande de s'aligner d'une manière particulière, ils doivent se mettre en ligne le plus rapidement possible, et que lorsqu'un groupe a fini de s'aligner, les membres du groupe doivent applaudir pour indiquer qu'ils ont terminé.
- 3 Voici les options de critères d'alignement :
 - Âge
 - Pointure de pieds
 - Longueur des bras
 - Taille (du plus petit au plus grand)
 - Ordre alphabétique (prénoms)
 - Date de naissance (de janvier à décembre)
 - Nombre de frères et sœurs
 - Ancienneté dans votre emploi actuel
 - Nombre d'animaux domestiques/animaux
- 4 Lorsque vous avez effectué autant d'alignements que vous jugez nécessaire pour augmenter les niveaux d'énergie des participants, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



Demandez aux groupes de trouver leurs propres moyens de vous informer qu'ils ont terminé (p. ex. chanter une chanson, crier, lever les mains, etc.). Cela peut rendre l'exercice beaucoup plus amusant et le différencier des autres fois où vous avez fait le même exercice au cours du même atelier.

Titre informel de l'exercice :

Débuts de phrase

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : inciter les participants à se connaître et se faire confiance.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront partagé des informations sur eux-mêmes et appris davantage les uns sur les autres.



Matériel nécessaire :

- ✎ Débuts de phrase : au moins 2 par participant.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Décidez quel « début de phrase » vous voulez utiliser et ajoutez le vôtre. Si vous connaissez les participants, vous pouvez veiller à ce que les « débuts de phrase » concernent les membres du groupe.
- ✓ Avant le cours, écrivez les « débuts de phrase » que vous souhaitez utiliser sur des bouts de papier.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Ne mettez pas trop de débuts de phrases dans votre bocal. Nous recommandons d'en avoir deux pour chaque participant (donc si vous avez 10 participants, vous avez 20 « débuts de phrase »).
- 💡 Cet exercice pourrait être utilisé parallèlement à « Sensibiliser sur l'utilisation du TasP (U=U), de la PrEP, du TPE et de l'autotest ou de l'auto-prélèvement pour les HSH » en utilisant des débuts de phrases liés à ce sujet. Consultez « Informations supplémentaires » pour obtenir quelques exemples, exploitez également vos connaissances et votre expérience de votre région/pays.

Méthode : (10 - 15 minutes)

- 1 Demandez à chaque personne de tirer un papier dans un bocal, de dire son nom, de lire le début de phrase, puis de compléter la phrase.
- 2 Elle peut également fournir plusieurs phrases informatives supplémentaires qui coïncident avec le début de phrase tiré.
- 3 Assurez-vous que tout le monde ait lu et complété au moins un « début de phrase ».
- 4 Lorsque vous avez entendu assez de débuts de phrase ou que 15 minutes se sont écoulées, mettez fin à l'exercice.

Informations supplémentaires :



Voici une liste d'exemples de débuts de phrase :

- Bien que la plupart des gens ne trouvent pas...
- Je suis...
- Je n'ai jamais...
- J'aime quand...
- J'aime...
- Je pense avoir le meilleur...
- Je n'aurais jamais...
- Mon idée de la beauté est...
- La meilleure chose que j'ai faite pour mon enfant est...
- Le meilleur moyen de me détendre est...
- La meilleure façon d'économiser...
- Le plus grand et le meilleur...
- La chose la plus drôle qui me soit arrivée était...
- La plus grande chose que mon enfant ait faite était...
- Le plus faible...
- La décision la plus importante que j'ai prise dans ma vie était...
- La chose la plus incroyable...
- Ce qui me fait rire, c'est...
- Il n'y a rien que j'apprécie plus que...
- Quand je pense à des pruneaux...
- Dans mon pays, je peux faire un autotest pour...
- Dans mon service, la PrEP est...
- Dans mon pays, l'utilisation du TPE est...



Pour varier :

Demandez aux participants de s'asseoir en cercle et de tirer un bout de papier à la fois dans un sac, un panier ou une boîte. Lisez le début de phrase et demandez à chaque personne de le compléter à tour de rôle.

Titre informel de l'exercice :

Requins et pingouins

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice énergisant : augmenter l'énergie des participants après une longue session ou une longue pause comme le déjeuner, en les rendant plus actifs

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie.



Matériel nécessaire :

- ✎ Deux feuilles de papier A4.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Vous aurez besoin de suffisamment d'espace dans la salle pour jouer à ce jeu.

Méthode : (5 – 10 minutes)

- 1 Dites aux participants que vous allez maintenant jouer à « Requins et pingouins », un jeu très prenant. Voyez si un des participants a des problèmes de mobilité (utilisateur de fauteuil roulant ou de béquilles), bien que cela ne l'empêchera pas de participer à l'activité. En fait, cela peut être plus amusant si le requin est en fauteuil roulant (et encore mieux s'il fredonne la musique des « Dents de la mer »). Expliquez que le but du jeu est de rester un pingouin pendant que tous les autres pingouins se transforment en « requins ».
- 2 En fonction de la taille du groupe (c.-à-d. s'il y a plus de huit personnes), placez les deux feuilles de papier A4 au sol à chaque extrémité de l'espace dégagé (vous aurez besoin d'un espace vraiment grand pour l'activité). Les feuilles A4 représentent des « icebergs » qui sont les seules « zones de sécurité » pour les pingouins.
- 3 Demandez à une personne de se porter volontaire pour être le requin. En tant que requin, son travail consiste à « attraper » les pingouins en les touchant légèrement (sans les saisir) pour les transformer en requins.
- 4 Les autres participants sont les pingouins qui se déplacent dans la pièce. Les pingouins ne peuvent pas rester à proximité des icebergs ; tout pingouin qui le fait devient automatiquement un requin.
- 5 Dites au groupe que vous commencerez en criant « Vous pouvez nager sans danger » et que vous direz parfois « Attaque de requin ! ». À ce cri, les pingouins doivent essayer de placer une partie de leur pied/main/roue/béquille sur l'un des « icebergs » qui est leur zone de sécurité. Le « requin » attaque les pingouins en les touchant légèrement. Les pingouins touchés se figent sur place. « L'attaque de requin » dure jusqu'à ce que tous les pingouins aient une partie de leur pied/roue/main sur « l'iceberg » ou qu'ils aient été figés sur place par un requin. Ces pingouins figés deviennent alors des requins supplémentaires, qui chassent maintenant les pingouins à côté du requin initial.
- 6 Vérifiez que les participants aient tous compris les règles de l'activité. Dans l'affirmative, démarrez l'activité en disant « Vous pouvez nager sans danger ».
- 7 Choisissez un moment pour dire « Attaque de requin » en vous assurant que le requin et les pingouins respectent les règles, que les pingouins capturés se figent sur place et que les requins n'attaquent pas les pingouins dans la zone de sécurité que sont les « icebergs ». Rappelez aux pingouins capturés qu'ils sont maintenant des requins et qu'ils doivent chasser les pingouins aux côtés du requin initial.
- 8 Criez « Vous pouvez nager sans danger » pour permettre aux pingouins de nager hors des icebergs et, avant de crier à nouveau « Attaque de requin ! », déchirez en deux chacune des deux feuilles de papier A4 (les icebergs) et remplacez seulement une moitié sur le sol (donc deux moitiés de feuille A4). La « zone de sécurité » pour les pingouins est désormais une surface moins grande.
- 9 Le jeu se poursuit avec le facilitateur qui crie « Attaque de requin ! ». Après chaque attaque de requins, il y a de nouveaux requins et les icebergs de papier sont également réduits de moitié. Le gagnant est le dernier pingouin restant. Lorsque vous avez un gagnant, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :

Superlatifs

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Hybride brise-glace/énergisant : permettre aux participants de mieux se connaître et leur redonner de l'énergie, en les rendant plus actifs et en créant un climat de confiance au sein du groupe.

Résultat attendu de l'exercice :

À la fin de l'exercice, les participants auront augmenté leurs niveaux d'énergie et appris davantage les uns sur les autres.



Matériel nécessaire :

✎ Aucun.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.
- ✓ Choisissez les catégories à utiliser pour l'exercice.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 Renseignez-vous sur la présence éventuelle de participants à mobilité réduite (p. ex. les participants en fauteuil roulant). Choisissez les catégories en conséquence et évitez ce qui pourrait choquer.

Méthode : (5 à 10 minutes)

- 1 Dites au groupe que vous allez jouer à un jeu nommé « Superlatifs ».
- 2 Divisez le groupe en équipes de 5 à 10 personnes (en fonction du nombre de participants) et demandez à chaque équipe de choisir un « chef ».
- 3 Expliquez que l'objectif de ce jeu est que les membres de chaque équipe se placent le plus rapidement possible en fonction de la catégorie.
- 4 Utilisez vos propres catégories ou l'une des suivantes :
 - Du plus court au plus long : nombre de lettres dans votre prénom
 - Du plus éloigné au plus proche d'ici : votre lieu de naissance
 - Du plus petit au plus grand : le nombre de vos frères et sœurs
 - Du plus petit au plus grand : la taille
 - Du début à la fin de l'année : les dates de naissance
- 5 Une fois qu'une équipe s'est réorganisée, le « chef » du groupe contrôle la réorganisation.
- 6 Le premier groupe qui termine l'exercice et qui a été contrôlé par le facilitateur, remporte la partie. Vous pouvez jouer au « meilleur des trois », si les groupes viennent rapidement à bout de leurs épreuves.

Titre informel de l'exercice :

Deux vérités et un mensonge

Domaine/groupe d'étude :

Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice brise-glace : développer la connaissance et la confiance entre les participants. Cet exercice permet aux participants d'en apprendre davantage les uns sur les autres d'une manière qui est contrôlée par chaque participant.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront partagé des informations sur eux-mêmes et entendu beaucoup d'informations sur les autres participants, ce qui leur permettra de nouer des liens et de créer un climat de confiance au sein du groupe.



Matériel nécessaire :

 Aucun.



Préparation du facilitateur :

 Lisez l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

 Donnez aux gens quelques minutes pour réfléchir aux vérités et mensonges qu'ils vont partager.

Méthode : (5-10 minutes)

- 1 Demandez aux participants de s'asseoir en cercle.
- 2 Dites au groupe que chaque personne se présentera en donnant deux vérités et un mensonge sur elle-même. Le reste du groupe essaiera d'identifier quelle affirmation est fausse.
- 3 Exemple : « Bonjour, je m'appelle Mary. Quand j'étais ado mes cheveux m'arrivaient quasiment aux pieds, j'ai parlé à Cher dans un café-restaurant de l'aéroport, et je parle quatre langues. »
- 4 Tous les membres du groupe jouent, y compris les facilitateurs. Lorsque tout le monde a parlé, mettez fin à l'exercice.

Titre informel de l'exercice :
« **Oui, je l'ai fait...** »

Domaine/groupe d'étude :
Exercices brise-glace et énergisants

ESTICOM



Objectif et/ou but de l'exercice :

Exercice hybride brise-glace/énergisant : pour augmenter l'énergie des participants après une longue session ou longue pause comme le déjeuner. Cet exercice permet aux participants d'en apprendre davantage les uns sur les autres et de restaurer leur énergie.

Résultat attendu de l'exercice :

Les participants auront restauré leur énergie, partagé des informations sur eux-mêmes et entendu beaucoup d'informations sur les autres, ce qui leur permettra de nouer des liens et de créer un climat de confiance au sein du groupe.



Matériel nécessaire :

- ✎ La feuille de questions et de signature « Oui, je l'ai fait... », une par participant.



Préparation du facilitateur :

- ✓ Lisez l'intégralité de l'énoncé de l'exercice pour comprendre comment l'animer efficacement.



Conseils utiles pour les facilitateurs :

- 💡 C'est un stimulant efficace, à utiliser lors d'une formation portant sur les compétences en matière de communication, entretien motivationnel et prise en charge psychologique.

Méthode : (10 minutes)

- 1 Dites aux participants que vous allez maintenant jouer à un jeu dans lequel ils se poseront des questions mutuellement pour essayer d'être les premiers à remplir leur feuille.
- 2 Distribuez la feuille de questions et dites aux participants que leur objectif est de trouver quelqu'un dans le groupe qui peut répondre à chacune des questions. Quand ils ont trouvé quelqu'un qui peut dire « Oui, je l'ai fait », demandez-leur de signer avec leur nom à côté de cette question. S'il y a plus de questions que de participants, il est possible de signer deux fois, mais ils doivent obtenir un « oui, je l'ai fait » et une signature de tous les participants avant d'acquiescer la double signature. Autrement dit, ils ne peuvent pas poser plusieurs questions à la même personne lors d'une même conversation/réunion.
- 3 Il est possible que les participants ne trouvent pas de « nouvelle » personne pour répondre « Oui, je l'ai fait » à un énoncé particulier. Dans ce cas, ils doivent revenir en arrière et supprimer le nom d'une personne qui a dit « Oui, je l'ai fait » à un énoncé pour lui permettre de répondre oui à un autre énoncé.
- 4 La première personne à remplir sa liste gagne.
- 5 Voici les questions de la liste :
 - Es-tu déjà allé en Australie ?
 - As-tu déjà conduit une moto ?
 - As-tu déjà vécu dans un autre pays ?
 - As-tu déjà rencontré une célébrité ?
 - As-tu déjà visité un parc d'attractions Disney ?
 - As-tu déjà planté un potager ?
 - As-tu déjà travaillé dans un magasin ?
 - As-tu déjà organisé un mariage ?
 - As-tu déjà roulé dans une limousine ?
 - As-tu déjà conduit un tracteur-tondeuse ?
 - As-tu déjà participé à un marathon ?
 - As-tu déjà fait de l'alpinisme ?
 - As-tu déjà consulté un acupuncteur ?
 - As-tu déjà été à une exposition canine ?
 - As-tu déjà vécu un tremblement de terre ?
 - As-tu déjà été pris dans une tornade ?
- 6 Lorsqu'un gagnant s'est manifesté, mettez fin à l'exercice.

« Oui, je l'ai fait... »

Feuille de questions et de signatures

A été en Australie...	A conduit une moto...	A vécu dans un autre pays...	A rencontré une célébrité...
A visité un parc Disney...	A planté un potager...	A travaillé dans un magasin...	A organisé un mariage...
A roulé dans une limousine...	A conduit un tracteur-tondeuse...	A couru un marathon...	A fait de l'alpinisme...
A consulté un acupuncteur...	A été à une exposition canine...	A vécu un tremblement de terre...	A été pris dans une tornade...

3. Annexe

3.1 Fiches de travail des participants

Les fiches de travail sont déjà fournies avec les supports de formation et il est inutile de les reproduire et traduire à nouveau ici.

3.2 Outils d'évaluation

Mesurer l'impact de la formation.

Introduction:

Nous voulons pouvoir mesurer l'efficacité de la formation que vous allez suivre afin de nous assurer que la formation répond à vos besoins. Pour ce faire, merci de remplir le formulaire d'évaluation pré-cours. À la fin du cours, nous vous demanderons de remplir le formulaire d'évaluation post-cours afin que nous puissions mesurer les changements.

Évaluation pré-cours :

Merci d'indiquer votre degré de confiance dans les domaines suivants :

Prévention	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Prévention et transmission du VIH				
Symptômes et traitements du VIH				
Prévention et transmission des IST				
Symptômes et traitements pour les IST				
Prévention et transmission des hépatites virales				
Symptômes et traitements pour les hépatites virales				
L'épidémiologie du VIH (en Europe et dans votre région)				
L'épidémiologie des IST (en Europe et dans votre région)				
L'épidémiologie des hépatites virales (en Europe et dans votre région)				
VIH 90-90-90 - La continuité des soins				
L'utilisation de techniques d'entretien motivationnel dans mon travail				
Utilisation du traitement comme moyen de prévention (U=U)				
Utilisation du traitement post-exposition (TPE)				
Utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)				

L'utilisation de kits d'autotest				
L'utilisation de kits d'auto-prélèvement				
Pratiques sexuelles moins risquées actuellement pour les gays et autres HSH				
La consommation de drogues récréatives lors des rapports sexuels (ChemSex)				
Modèles de promotion de la santé utilisés dans le travail avec les gays et autres HSH				
L'utilisation d'informations et de conseils en face à face et en groupe				
L'utilisation du travail en face à face et en groupe				

Prestation de services de dépistage, de test et de prise en charge psychologique	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Le dépistage ou le test du VIH				
Le dépistage ou le test des hépatites virales (B ou C)				
Le dépistage ou le test des autres IST (gonorrhée, syphilis, etc.)				
L'accompagnement psychologique avant et après les dépistages dans ces services				

Points d'exercice des activités de prévention, de dépistage et de test...	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Travailler dans un lieu de loisirs gay/gay friendly (café, bar, club, sauna, etc.)				
Travailler dans un cadre communautaire (centre d'accueil, centre communautaire, club social, manifestations gay)				
Travailler en extérieur (bus/fourgonnette, bateaux de croisière, rues/espaces publics, etc.)				
Travailler dans un cadre gouvernemental/public (enseignement, prison, services sociaux publics, etc.)				
Travailler dans un cadre privé (maison/résidence privée, hôtel, maison de soins, etc.)				
Travailler en ligne ou par email (site Internet/chat en ligne, applications pour téléphone portable, réseaux sociaux)				

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (« Compétence culturelle »)	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Comment nos attitudes affectent mon travail				
Travail avec la communauté HSH pour améliorer l'accès aux soins et la mise en relation avec les professionnels de la santé.				
Comment les aspects de l'identité HSH affectent la santé sexuelle				

Combattre la stigmatisation et la discrimination	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Identifier et travailler avec les groupes vulnérables de gays et autres HSH				
Impliquer et mobiliser les utilisateurs de services dans votre service				
Créer un service sans jugement pour les gays et autres HSH				
Comment les facteurs sociaux, économiques et environnementaux affectent la santé				
Comment les problèmes rencontrés par les gays et autres HSH peuvent être associés à leur état de santé				
Stigmatisation qui entoure les pratiques sexuelles des HSH				
Stigmatisation qui entoure l'orientation sexuelle				
Stigmatisation qui entoure l'identité sexuelle				
Stigmatisation qui entoure le VIH/les IST/les hépatites virales (A, B et C)				
Combattre la discrimination : orientation sexuelle				
Combattre la discrimination : être séropositif(ve)				
Combattre la discrimination : prévention du VIH et choix faits par les HSH				
Combattre la discrimination : sexe et identité sexuelle				
Combattre la discrimination : mise à disposition d'outils de prévention et de traitement				

Travailler en partenariat	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Développer des partenariats avec et entre les services de santé communautaires et publics				
Développer des partenariats avec et entre des organisations HSH/LGBTQI+				

Développement des compétences	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Développer ma capacité à communiquer efficacement avec les gens				
Développer mes compétences pour engager efficacement le dialogue avec les gens				
Utiliser les réseaux sociaux (FB/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) pour engager le dialogue avec les gays et autres HSH				
Développer et fournir une formation pour les autres services spécialisés (c.-à-d. les prisons)				

Merci d'avoir terminé l'évaluation préalable au cours.

Évaluation après le cours :

Maintenant que tu as terminé ta session de formation, il nous serait très utile que tu évalues ton niveau de compréhension et de ton degré de confiance en ce qui suit :

Prévention	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Prévention et transmission du VIH				
Symptômes et traitements du VIH				
Prévention et transmission des IST				
Symptômes et traitements pour les IST				
Prévention et transmission des hépatites virales				
Symptômes et traitements pour les hépatites virales				
L'épidémiologie du VIH (en Europe et dans votre région)				
L'épidémiologie des IST (en Europe et dans votre région)				
L'épidémiologie des hépatites virales (en Europe et dans votre région)				
VIH 90-90-90 - La continuité des soins				
L'utilisation de techniques d'entretien motivationnel dans mon travail				

Utilisation du traitement comme un moyen de prévention (U=U)				
Utilisation du traitement post-exposition (TPE)				
Utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)				
L'utilisation de kits d'autotest				
L'utilisation de kits d'auto-prélèvement				
Pratiques sexuelles moins risquées actuellement pour les gays et autres HSH				
La consommation de drogues récréatives lors des rapports sexuels (ChemSex)				
Modèles de promotion de la santé utilisés dans le travail avec les gays et autres HSH				
L'utilisation d'informations et de conseils en face à face et en groupe				
L'utilisation du travail en face à face et en groupe				

Prestation de services de dépistage, de test et de prise en charge psychologique	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Le dépistage ou le test du VIH				
Le dépistage ou le test des hépatites virales (A, B ou C)				
Le dépistage ou le test des autres IST (gonorrhée, syphilis, etc.)				
L'accompagnement psychologique avant et après les dépistages dans ces services				

Points d'exercice des activités de prévention, de dépistage et de test...	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Travailler dans un lieu de loisirs gay/gay friendly (café, bar, club, sauna, etc.)				
Travailler dans un cadre communautaire (centre d'accueil, centre communautaire, club social, manifestations gay)				
Travailler en extérieur (bus/fourgonnette, bateaux de croisière, rues/espaces publics, etc.)				
Travailler dans un cadre gouvernemental/public (enseignement, prison, services sociaux publics, etc.)				
Travailler dans un cadre privé (maison/résidence privée, hôtel, maison de soins, etc.)				
Travailler en ligne ou par email (site Internet/chat en ligne, applications pour téléphone portable, réseaux sociaux)				

Connaître la communauté avec laquelle vous travaillez (« Compétence culturelle »)	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Comment nos attitudes affectent mon travail				
Travail avec la communauté HSH pour améliorer l'accès aux soins et la mise en relation avec les professionnels de la santé				
Comment les aspects de l'identité HSH affectent la santé sexuelle				

Combattre la stigmatisation et la discrimination	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Identifier et travailler avec les groupes vulnérables de gays et autres HSH				
Impliquer et mobiliser les utilisateurs de services dans votre service				
Créer un service sans jugement pour les gays et autres HSH				
Comment les facteurs sociaux, économiques et environnementaux affectent la santé				
Comment les problèmes rencontrés par les gays et autres HSH peuvent être associés à leur état de santé				
Stigmatisation qui entoure les pratiques sexuelles des HSH				
Stigmatisation qui entoure l'orientation sexuelle				
Stigmatisation qui entoure l'identité sexuelle				
Stigmatisation qui entoure le VIH/les IST/les hépatites virales (A, B et C)				
Combattre la discrimination : orientation sexuelle				
Combattre la discrimination : être séropositif(ve)				
Combattre la discrimination : prévention du VIH et choix faits par les HSH				
Combattre la discrimination : sexe et identité sexuelle				
Combattre la discrimination : mise à disposition d'outils de prévention et de traitement				

Travailler en partenariat	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Développer des partenariats avec et entre les services de santé communautaires et publics				
Développer des partenariats avec et entre des organisations HSH/LGBT				

Développement des compétences	Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)
Je suis certain(e) d'avoir une bonne connaissance et une bonne compréhension :	4	3	2	1
Développer ma capacité à communiquer efficacement avec les gens				
Développer mes compétences pour engager efficacement le dialogue avec les gens				
Utiliser les réseaux sociaux (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) pour engager le dialogue avec les gays et autres HSH				
Développer et fournir une formation pour les autres services spécialisés (c.-à-d. les prisons)				

Merci d'avoir effectué l'évaluation post-cours.

3.3 Évaluation des besoins

Introduction:

Nous vous demandons de remplir cette évaluation des besoins afin de mieux comprendre votre activité, ce que vous faites, comment et où vous le faites. Nous vous demandons de réfléchir honnêtement à votre niveau de connaissances, aux compétences et au niveau d'aisance que vous avez sur un certain nombre de sujets. Cela nous permet de cibler la formation en fonction de vos besoins. Rassurez-vous, vos réponses ne seront exploitées que pour faciliter l'identification des modules de formation qui peuvent être utilisés pour vous aider à augmenter votre confiance, vos connaissances, vos compétences et vos aptitudes dans tous ces domaines. De ce fait, nous vous conseillons vivement de répondre aux questions le plus honnêtement possible.

L'évaluation vous demande d'évaluer votre niveau de confiance sur les sujets suivants: vos niveaux de connaissance (votre degré de connaissance sur le problème traité), vos niveaux de compétences (le niveau d'expérience et de compétences que vous avez développé sur un problème donné) et vos niveaux d'aisance (votre niveau d'aisance personnelle à gérer le problème) et de les évaluer sur une échelle allant de « Très confiant » (4) à « Pas confiant » (1). Ces trois domaines ont été choisis pour l'évaluation car les modules de formation ont été développés pour les cibler. Donner des exemples aide à clarifier les choses. Les gens peuvent posséder des connaissances sur un sujet mais être dotés de peu de compétences dans ce domaine, ou ils peuvent avoir des compétences en rapport avec un problème et se sentir mal à l'aise quand ils sont face à ce problème. Il y a également une autre colonne « Pas concerné » (0) que nous vous demandons de cocher si vous ne participez pas à l'activité en question.

La dernière section vous propose d'examiner une série d'énoncés et de déterminer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec ces affirmations.

L'évaluation prend environ 10 à 15 minutes. Assurez-vous donc d'avoir assez de temps pour remplir le formulaire avant de vous lancer.

Nous vous remercions de votre coopération. Cela nous aidera à mettre en place une formation adaptée à vos besoins.

Prévention		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
		4	3	2	1	0
Prévention et transmission du VIH	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Symptômes et traitements du VIH	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Prévention et transmission des IST	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Symptômes et traitements pour les IST	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Prévention et transmission des hépatites virales	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Symptômes et traitements pour les hépatites virales	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

L'épidémiologie du VIH (en Europe et dans votre région)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
L'épidémiologie des IST (en Europe et dans votre région)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
L'épidémiologie des hépatites virales (en Europe et dans votre région)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
VIH 90-90-90 - La continuité des soins	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Utilisation des méthodes de l'entretien motivationnel dans mon travail	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Compréhension et utilisation du traitement comme un moyen de prévention (U=U)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Compréhension et utilisation du traitement post-exposition (TPE)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Compréhension et utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

Compréhension et utilisation des kits d'autotest	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Compréhension et utilisation des kits d'auto-prélèvement	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Pratiques sexuelles moins risquées actuellement pour les gays et autres HSH	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
La consommation de drogues récréatives lors des rapports sexuels (ChemSex)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Modèles de promotion de la santé utilisés dans le travail avec les gays et autres HSH	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
L'utilisation d'informations et de conseils en face à face et en groupe	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
L'utilisation du travail en face à face et en groupe	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

Prestation de services de dépistage, de test et de prise en charge psychologique		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
		4	3	2	1	0
Le dépistage ou le test du VIH	Élément					
	Connaissance de					
	Compétences en À l'aise avec					
Le dépistage ou le test des hépatites virales (A, B ou C)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Le dépistage ou le test des autres IST (gonorrhée, syphilis, etc.)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
L'accompagnement psychologique avant et après les dépistages dans ces services	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

Points d'exercice des activités de prévention, de dépistage et de test...		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
	Élément	4	3	2	1	0
Travailler dans un lieu de loisirs gay/gay friendly (café, bar, club, sauna, etc.)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Travailler dans un cadre communautaire (centre d'accueil, centre communautaire, club social, manifestations gay)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Travailler en extérieur (bus/fourgonnette, bateaux de croisière, rues/espaces publics, etc.)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Travailler dans un cadre gouvernemental/public (enseignement, prison, services sociaux publics, etc.)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Travailler dans un cadre privé (maison/résidence privée, hôtel, maison de soins, etc.)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Travailler en ligne ou par email (site Internet/chat en ligne, applications pour téléphone portable, réseaux sociaux)	Knowledge of					
	Skills in					
	Comfort with					

Combattre la stigmatisation et la discrimination		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
		4	3	2	1	0
Identifier et travailler avec les groupes vulnérables de gays et autres HSH	Élément					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Impliquer et mobiliser les utilisateurs de services dans votre service	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Créer un service sans jugement pour les gays et autres HSH	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Comprendre comment les facteurs sociaux, économiques et environnementaux affectent la santé	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Comprendre comment les problèmes rencontrés par les gays et autres HSH peuvent être associés à leur état de santé	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Comprendre la stigmatisation qui entoure les pratiques sexuelles des HSH	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					

Comprendre la stigmatisation qui entoure l'orientation sexuelle	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Comprendre la stigmatisation qui entoure l'identité sexuelle	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Comprendre la stigmatisation qui entoure le VIH/les IST/les hépatites virales (A, B et C)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Combattre la discrimination : orientation sexuelle	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Combattre la discrimination : être séropositif(ve)	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Combattre la discrimination : prévention du VIH et choix faits par les HSH	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Combattre la discrimination : sexe et identité sexuelle	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					
Combattre la discrimination : mise à disposition d'outils de prévention et de traitement	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

Travailler en partenariat		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
		4	3	2	1	0
Développer des partenariats avec et entre les services de santé communautaires et publics	Élément					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Développer des partenariats avec et entre des organisations HSH/LGBTIQ+	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
	À l'aise avec					

Développement des compétences		Très confiant(e)	Confiant(e)	Peu confiant(e)	Pas confiant(e)	Non concerné(e)
		4	3	2	1	0
Développer ma capacité à communiquer efficacement avec les gens	Élément					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Développer mes compétences pour engager efficacement le dialogue	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Utiliser les réseaux sociaux (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet, etc.) pour engager le dialogue avec les gays et autres HSH	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					
Développer et fournir une formation pour les autres services spécialisés (c.-à-d. les prisons)	À l'aise avec					
	Connaissance de					
	Compétences en					

Nous aimerions maintenant avoir ton avis sur un certain nombre d'affirmations. Encore une fois, réponds aussi honnêtement que possible.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord
	4	3	2	1	0
Je parle facilement du VIH/SIDA avec les HSH.					
J'ai honte si un HSH me parle de ses pratiques sexuelles et de son dernier rapport sexuel.					
Je n'aime pas que les hommes gays soient si souvent efféminés.					
Si un homme me dit qu'il n'utilise pas de préservatifs, je lui dis qu'il est important d'en utiliser et qu'il devrait y penser.					
Parfois, je pense que les gays qui couchent avec beaucoup de partenaires méritent d'attraper des IST.					
Je pense que les HSH qui ne parlent pas ouvertement de leur sexualité vivent dans le mensonge.					
Le plus gros problème avec les gays est qu'ils ne peuvent pas s'arrêter d'avoir des rapports sexuels.					
Je pense que les préservatifs protègent mieux que la PrEP contre le VIH.					
Je crains que de nouvelles initiatives telles que la PrEP favorisent l'abandon du préservatif par les hommes et les autorisent à se comporter comme ils le souhaitent sans en subir la moindre conséquence.					
Je n'ai pas besoin de connaître les HSH et leur vie pour pouvoir travailler efficacement avec eux.					
Ma famille sait que mon travail porte sur le VIH et le SIDA.					
Je suis capable d'établir des relations de confiance avec de nombreux HSH différents.					
Je crains que nous nous concentrons trop sur l'homophobie et la stigmatisation aux dépens du VIH.					
J'utilise sans problème des mots comme « baiser », « se branler » et « fist-fucking » pour discuter de la vie sexuelle de quelqu'un avec les HSH.					
Je ne crois pas que l'homophobie ait eu un impact sur moi et ma capacité à travailler avec les HSH.					

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord
	4	3	2	1	0
Alors que notre service accompagne tout le monde, pourquoi devons-nous faire un effort particulier pour attirer les HSH ?					
Je ne me sentirais pas à l'aise d'aborder la PrEP alors que le type peut facilement utiliser des préservatifs.					
Je peux avoir une vie épanouie et heureuse, y compris une vie sexuelle, en dehors de mon travail.					
Les HSH avec des partenaires féminins devraient arrêter de mentir à tout le monde et admettre qu'ils sont gays.					
Je n'aime pas parler avec les HSH de pratiques sexuelles qui me répugnent.					
Je suis capable de me détendre et d'apprécier de parler de leurs vies avec les HSH.					
Je peux engager le dialogue et aider un grand nombre de HSH pour un certain nombre de problèmes qu'ils ont identifiés.					
Je me sens à l'aise de parler avec les HSH de leur vie sexuelle.					
Je me sens à l'aise de voir/rencontrer mes ex ou mes partenaires sexuels lorsque je suis au travail.					
Je suis capable d'engager la conversation avec des hommes qui ont honte d'être des HSH.					
J'ai souvent honte d'être LGBTIQ+ moi-même.					

Enfin, une dernière question... « Les trois choses que j'espère que cette formation couvrira sont...

- 1.
- 2.
- 3.

3.5 Projet d'exercice « HIV 90-90-90 » : quels sont les objectifs ?

Remarque : Ce module a été développé dans le cadre du programme de formation. Il a été décidé de ne pas l'inclure dans la version finale des supports de formation. La cascade de traitements 90-90-90 reste pertinente pour la politique et la planification des interventions de santé, mais elle est moins utile pour les ASC. Par conséquent, le module n'a pas de version finalisée, mais il peut être adapté, mis à jour et utilisé selon les besoins.

Formation en ligne : Prévention

VIH 90-90-90 : Quels sont les objectifs ?

L'OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE

- 90 % des malades diagnostiqués
- 90 % des malades sous traitement
- 90 % des malades avec une suppression de la charge virale (= 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) présenteront une suppression de la charge virale durable)

Le diagnostic dépend des méthodes de dépistage, qui sont aujourd'hui améliorées avec les tests rapides, les kits d'auto-prélèvement et les autotests.

Le traitement dépend de facteurs économiques et de l'accès aux traitements (coûts des traitements efficaces de première intention, utilisation de médicaments génériques efficaces et accessibilité aux protocoles thérapeutiques).

La suppression de la charge virale dépend de l'efficacité, de l'observance et de l'accompagnement thérapeutique et de l'accès aux tests quantifiant la charge virale.

Lorsque cet objectif tripartite sera atteint, la charge virale sera supprimée chez au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde, soit deux à trois fois les estimations approximatives actuelles de la suppression de la charge virale. La modélisation suggère que la réalisation de ces objectifs d'ici 2020 permettra au monde de mettre fin à l'épidémie de SIDA à l'horizon 2030, ce qui produira de profonds bénéfices pour la santé et l'économie.

Le traitement du VIH est un outil essentiel pour mettre fin à l'épidémie du SIDA, mais ce n'est pas le seul.

Tout en prenant des mesures pour maximiser les effets préventifs du traitement du VIH, il est également urgent d'agir pour renforcer les autres stratégies fondamentales de prévention, y compris l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, les programmes en matière de préservatifs, la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (PrEP), la circoncision médicale volontaire dans les pays prioritaires, des services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, et les programmes de prévention ciblés visant d'autres populations clés. Afin de mettre en place une réponse globale pour mettre fin à l'épidémie, des efforts concertés seront nécessaires pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale.

Le traitement du VIH prévient les maladies liées au VIH

En 2013, en recommandant de relever le seuil du nombre de CD4 de 350 à 500 cellules/mm³ pour commencer le traitement du VIH, l'OMS a invoqué le nombre croissant de données prouvant les bénéfices cliniques d'un début plus précoce du traitement. Depuis le lancement de ces directives, une analyse supplémentaire des résultats de l'étude HPTN 052 a montré que les participants randomisés dans le groupe de traitement précoce (nombre des CD4 compris entre 250 et 500) présentaient un nombre médian de CD4 plus élevé au cours des deux années du suivi, qu'ils avaient 27 % de moins de risque de subir un événement clinique majeur, qu'ils avaient 36 % de moins de risque de subir un événement clinique caractéristique du SIDA, et qu'ils avaient 51 % de moins de risque de recevoir un diagnostic de tuberculose.

Un traitement du VIH permet d'éviter les décès liés au SIDA

Alors qu'une personne qui avait contracté le VIH à l'époque antérieure au traitement du VIH avait une espérance de vie de 12,5 ans, une personne jeune qui vit dans un pays industrialisé et qui est infectée aujourd'hui peut avoir une espérance de vie presque normale (ou vivre cinq décennies supplémentaires) grâce à la prise du traitement du VIH de manière continue et tout au long de sa vie. Un ensemble de preuves en rapide expansion indique que des résultats comparables peuvent être réalisés dans des environnements à faibles ressources.

Le traitement du VIH prévient les nouvelles infections par le VIH

Parmi les interventions de prévention évaluées à ce jour dans les essais randomisés contrôlés, le traitement du VIH a démontré, et de loin, l'effet le plus important sur l'incidence du VIH.

Les conclusions provisoires de l'étude PARTNER indiquent que, parmi 767 couples sérodiscordants, aucun cas de transmission du VIH ne s'est produit lorsque la personne vivant avec le VIH présentait une charge virale indétectable, après environ 40 000 rapports sexuels. Comme outil de prévention, le traitement du VIH doit être considéré comme un élément essentiel d'une combinaison d'approches fondées sur des preuves (également appelée « prévention combinée »).

Le traitement du VIH permet d'économiser de l'argent

Le début précoce du traitement améliore les bénéfices à la fois pour la santé et pour l'économie. D'après une autre modélisation, les investissements dans le développement/renforcement du traitement du VIH génèrent des retombées plus de deux fois supérieures, lorsque l'on écarte les coûts médicaux et la prise en charge des orphelins mais également les gains de productivité au travail. Il ne sera pas non plus nécessaire d'attendre des décennies pour voir les bénéfices économiques des investissements précoces dans le développement/renforcement rapide du traitement. Dans certains pays, les économies résultant des investissements dans le développement/renforcement du traitement du VIH se feront immédiatement sentir. Les économies de coûts réelles apparaîtront un peu plus tard dans les pays connaissant une forte prévalence du VIH.

Région ou sous-région	Statut	Objectif de 2020	Résultat de 2018	L'objectif mondial est-il atteint ?
Région Europe et Asie centrale	Malades diagnostiqués (n = 40)	90%	80%	Objectif non atteint
	Sous traitement antirétroviral (ARV) (n = 41)	90%	64%	Objectif non atteint
	Suppression de la charge virale (n=35)	90%	86%	Dans les 10 % de l'objectif
	Suppression de la charge virale chez toutes les PVVIH (n=34)	73%	43%	Objectif non atteint
Sous-région Ouest	Malades diagnostiqués (n=19)	90%	87%	Dans les 10 % de l'objectif
	Sous traitement antirétroviral (ARV) (n=19)	90%	91%	Objectif atteint ou dépassé
	Suppression de la charge virale (n = 16)	90%	93%	Objectif atteint ou dépassé
	Suppression de la charge virale chez toutes les PVVIH (n=16)	73%	74%	Objectif atteint ou dépassé
Sous-région Centre	Malades diagnostiqués (n=10)	90%	83%	Dans les 10 % de l'objectif
	Sous traitement antirétroviral (ARV) (n=10)	90%	73%	Objectif non atteint
	Suppression de la charge virale (n=8)	90%	75%	Objectif non atteint
	Suppression de la charge virale chez toutes les PVVIH (n=8)	73%	46%	Objectif non atteint
Sous-région Est	Malades diagnostiqués (n=11)	90%	76%	Objectif non atteint
	Sous traitement antirétroviral (ARV) (n=12)	90%	46%	Objectif non atteint
	Suppression de la charge virale (n=11)	90%	78%	Objectif non atteint
	Suppression de la charge virale chez toutes les PVVIH (n=10)	73%	26%	Objectif non atteint

Ouest, 24 pays :

Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Israël, Italie, Luxembourg, Liechtenstein, Malte, Monaco, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Saint-Marin, Espagne, Suède , Suisse, Royaume-Uni.

Centre, 16 pays :

Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Hongrie, Kosovo, République de Macédoine du nord, Monténégro, Pologne, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie et Turquie.

Est, 15 pays :

Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Estonie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Russie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine, Ouzbékistan.

Lien vers le rapport 2018 de l'ECDC sur la continuité de soins de l'ECDC, avec des chiffres européens :

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV-continuum-of-care-monitoring-dublin-declaration-progress-report-2018.pdf>

Health Promotion Model: Nutbeams Model

Information sourced from Understanding Public Health: Health Promotion Theory

Ed: Davies, M & McDowell, W. Open University Press.

If you are interested in Health Promotion models and how they can work there is a larger table in the Annex that helps to understand how all of the models are used and the development of the interventions from those models fits together into the larger developmental and implementation programme/s that a health promotion service may be providing.

It can seem quite complex, and is only of real use when programme planning and understanding how a range of models and interventions can push different 'buttons' for the target audiences, as not everyone will respond to the same model in the same way. It's called Nutbeams 'Planning model for Health Promotion' and more information about it can be found online. The text following the illustration of the model helps understand the basics of how it fits together. Looking through the top headings of the model to help explain how the framework fits together you can see that:

A planning model for Health Promotion (Planning and Implementing Prévention Programmes) source: Nutbeam (2001)

Problem Definition	Solution Generation	Capacity Building		Health Promotion Actions		Health Promotion Outcomes	Intermediate Health Outcomes	Health and Social Outcomes
Epidemiological & demographic information	Theory and Interventions Models	Mobilising Resources (people, money, materials)	Development and pre-testing Méthodes and materials	Education Examples include: patient education, school education, broadcast media and print media, communication.	Monitoring and recording of programme implementation and quality control.	Health Literacy Measures include: Health related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self efficacy.	Healthy Lifestyles Measures include: Tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use.	Social Outcomes Measures include: Quality of life, functional independence, equity.
Behavioural & social research on the determinants of health	Evidence from past programmes	Building Capacity (training and Infrastructure development)		Social Mobilisation Examples include: community development, group facilitation, targeted mass communication		Social Action & Influence Measures include: Community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Social action & influence Measures include: Provision of preventative services, access to and appropriateness of health services.	Health Outcomes Measures include: Reduced morbidity, disability, avoidable mortality.
Community needs and perceived priorities	Experiences from practitioners	Raising Public and Political Awareness		Advocacy Examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia.		Health Public Policy and Organisational Practice Measures include: Policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices.	Healthy Environments Measures include: Safe physical environment, supportive economic and social conditions, restricted access to tobacco & alcohol.	

Problem definition

“Identification of the parameters of the health problem to be addressed may involve drawing on a wide range of epidemiological and demographic information, as well as information from the behavioural and social sciences and knowledge of community needs and priorities. Here, different theories can help you identify what should be the focus for an intervention. Specifically, theory can inform your choice for the focus for the intervention. This might be individual characteristics, beliefs and values that are associated with different health behaviours and that may be amenable to change. Alternatively, the focus might be organizational characteristics that may need to be changed.”

Solution generation

“The second step involves the analysis of potential solutions, leading to the development of a programme plan which specifies the objectives and strategies to be employed, as well as the sequence of activity. Theory is at its most useful here in providing guidance on how and when change might be achieved in the target population, organization or policy. It may also generate ideas which might not otherwise have occurred to you.

Different theories can help you understand the Méthodes you could use as the focus of your interventions; specifically by improving understanding of the processes by which changes occur in the target variables (i.e. people, organizations and policies), and by clarifying the means of achieving change in these target variables. For example, theory may help explain the influence of different external environments and their impact on individual behaviour. These insights will help in the design of a programme, for example by indicating how changes to the environment can have an impact on health behaviour.

Thus, those theories that explain and predict individual and group health behaviour and organizational practice, as well as those that identify Méthodes for changing these determinants of health behaviour and organizational practice, are worthy of close consideration in this phase of planning. Some theories also inform decisions on the timing and sequencing of your interventions in order to achieve maximum effects.”

Capacity building

“Once a programme plan has been developed, the first phase in implementation is usually directed towards generating public and political interest in the programme, mobilizing resources for programme implementation, and building capacity in organizations through which the programme may operate (e.g. schools, worksites, local government). Models theories which indicate how to influence organizational policy and procedures are particularly useful here, as too is theory which guides the development of media activities.”

Health promotion actions

“The implementation of a programme may involve multiple strategies, such as education and advocacy. Here, the key elements of theory can provide a benchmark against which actual selection of Méthodes and sequencing of an intervention can be considered in relation to the theoretically ideal implementation of programmes. In this way, the use of theory helps you to understand success or failure in different programmes, particularly by highlighting the possible impact of differences between what was planned and what actually happened in the implementation of the programme. It can also assist in identifying the key elements of a programme that can form the basis for disseminating successful programmes.”

Outcomes

“Health promotion interventions can be expected to have an impact initially on processes or activities such as participation and organizational practices. Theory can provide guidance on the appropriate measures that can be used to assess such activities. For example, where theory suggests that the target of interventions is to achieve change in knowledge or changes in social norms measurement of these changes becomes the first point of evaluation. Such impact measures are often referred to as health promotion outcomes (note, not outcomes in the sense of improvements in health – see below).

Intermediate outcome assessment is the next level of evaluation. Theory can also be used to predict the intermediate health outcomes that are sought from an intervention. Usually these are modifications of people’s behaviour or changes in social, economic and environmental conditions that determine health or influence behaviour. Theories can predict that health promotion outcomes will lead to such intermediate health outcomes.

Health and social outcomes refer to the final outcomes of an intervention in terms of changes in physical or mental health status, in quality of life, or in improved equity in health within populations. Definition of final outcomes will be based on theoretically predicted relationships between changes in intermediate health outcomes and final health outcomes.”

4. Glossaire et liste des abréviations

AAAE : AIDS ACTION EUROPE, réseau régional regroupant plus de 420 ONG, réseaux nationaux et groupes communautaires variés, qui sont majoritairement des associations de lutte contre le SIDA, présents dans 47 pays de la région européenne de l'OMS (www.aidsactioneurope.org).

SIDA : sans traitement efficace, le VIH dégrade les défenses naturelles de l'organisme, que l'on appelle également « système immunitaire ». Sans traitement, le corps ne peut plus lutter contre les pathogènes envahisseurs, comme p. ex. les bactéries, les champignons ou les virus. Dans le pire des cas, certaines maladies potentiellement mortelles (comme une pneumonie grave) peuvent se produire. On parle alors de SIDA. Encore une fois, il s'agit d'un acronyme qui signifie « Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise ». Les médicaments anti-VIH suppriment le virus dans le corps et empêchent ainsi l'apparition du SIDA. Les personnes séropositives pour le VIH qui suivent un traitement efficace peuvent vivre bien et aussi longtemps que les personnes non séropositives.

ARV : le traitement AntiRétroViral résulte de l'association de plusieurs médicaments pour le traitement de l'infection par le VIH.

ASTOR : un ASTOR est un outil simple et utile pour l'élaboration de projets. Il aide à identifier certains des éléments clés dont vous avez besoin pour une intervention. Il se décompose en différents éléments : OBJECTIF, DÉFINITION, CIBLE, OBJECTIFS, RESSOURCES.

CBVCT : Community based voluntary counselling and testing/Soutien psychologique et dépistage volontaires et communautaires. Services qui proposent des dépistages volontaires, libres et anonymes pour le VHB, le VHC, les IST ou le VIH en dehors des établissements médicaux officiels, conçus pour cibler spécifiquement des communautés comme les gays et les autres HSH. Les services CBVCT pour les HSH sont souvent appelés Points de contrôle.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention/centres pour le contrôle et la prévention des maladies) : Agence américaine de protection de la santé.

CD4 (Cluster of differentiation 4/groupe de différenciation 4) : il s'agit d'une glycoprotéine présente à la surface de cellules immunitaires comme les lymphocytes T auxiliaires et d'autres cellules. Ces cellules sont des globules blancs et elles sont importantes pour le système immunitaire. On les appelle souvent « lymphocytes T auxiliaires » ou « cellules CD4 ». Lorsqu'elles se raréfient, par exemple lors d'une infection par le VIH non traitée, le corps est exposé sans défense à une grande variété d'infections qui seraient normalement combattues.

ChemSex : ce terme définit les relations sexuelles, principalement entre les gays et autres HSH, sous l'influence de drogues qui renforcent l'expérience sexuelle. Les principales substances utilisées dans le ChemSex sont le GHB/crystal meth (méthamphétamine), la kétamine et la méphédronne.

CHAFEA : Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency/Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation

ASC : le terme Agent de Santé Communautaire (ACS) est courant en Amérique ou en Afrique, mais nouveau en Europe pour parler du travail avec les gays et autres HSH. D'après les résultats de l'enquête ECHOES auprès des ASC européens, la définition des ASC dans le contexte européen est la suivante : « Les Agents de santé communautaires (ASC) sont des personnes qui fournissent un accompagnement en matière de santé sexuelle et d'autres aspects de la santé (peu importe que ces services soient payants ou gratuits) aux gays, bisexuels et autres HSH. Un ASC peut mener des activités de promotion de la santé ou de santé

publique en dehors des établissements de soin officiels. Ils peuvent être membres des communautés qu'ils servent (leurs pairs) ou être liés à ces communautés. » (Rapport d'enquête ECHOES)

Cobatest : le réseau COBATEST connecte des organisations à travers l'Europe qui offrent des services volontaires et communautaires de prise en charge psychologique et de dépistage des IST/VIH, et qui font la promotion du dépistage, du diagnostic précoce et la mise en relation avec les professionnels de la santé dans les populations à risque (www.cobatest.org).

Communauté – population : le terme « communauté » dans ce contexte désigne un groupe partageant ou ayant certaines attitudes et intérêts en commun. Définir une communauté peut aider à cibler les services en fonction des besoins des utilisateurs. Le terme n'est pas très spécifique et a des limites. Par conséquent, nous utilisons également le terme « population » pour décrire un certain groupe (p. ex. les HSH), qui peut être traité comme un groupe, mais dans lequel des attitudes ou des intérêts communs peuvent ne pas être décrits.

Compétence culturelle : il s'agit d'un ensemble défini de codes éthiques et de principes, de comportements, d'attitudes, de politiques et de structures qui permettent le déroulement efficace du travail dans toutes les cultures.

AAD (antiviraux à action directe) : ces antiviraux constituent une classe de médicaments relativement nouvelle qui agit de manière ciblée à des étapes spécifiques du cycle de vie du virus de l'hépatite C (VHC). L'hépatite C peut être guérie dans presque tous les cas en un temps court de 8 à 12 semaines avec les AAD disponibles.

DAH : Deutsche Aidshilfe, Berlin, Allemagne, www.aidshilfe.de

DG Santé : Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission européenne

EATG : European AIDS Treatment Group/groupe européen de traitement du SIDA

CE : Commission européenne

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control/Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) : l'ECDC est une agence européenne dont l'objectif est de renforcer la lutte contre les maladies infectieuses en Europe.

ECHOES (European Community Health Worker Online Survey/Enquête en ligne sur les professionnels de la santé communautaires en Europe) : il s'agit d'une enquête en ligne sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les besoins en formation des professionnels de la santé communautaires qui fournissent des prises en charge psychologique, des dépistages et des services d'accompagnements psycho-sociaux aux HSH dans l'UE et les pays voisins. (www.esticom.eu)

ECOM : Eurasian Coalition on Male Health/coalition eurasienne sur la santé masculine

EL : supports de formation en ligne (E-learning)

OEDT : observatoire européen des drogues et des toxicomanies

EMIS (European Men who have Sex with Men Internet survey/enquête en ligne sur les hommes européens ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) : il s'agit de la plus grande enquête en ligne au monde sur les gays et autres HSH. L'objectif général d'EMIS est de générer des données utiles pour la planification des programmes de prévention et de traitement du VIH et des IST, et pour le suivi des progrès nationaux dans ce domaine (www.esticom.eu).

ESTICOM (European Surveys and Training to Support MSM Community Health/Enquêtes européennes et formation pour soutenir la santé communautaire des HSH) : c'est un projet mené à l'échelle européenne et composé des enquêtes EMIS et ECHOES et du programme de formation ESTICOM (www.esticom.eu).

UE/EEE : Union européenne/Espace économique européen (pays de l'UE plus la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein)

Euro HIV EDAT : Projet européen sur « les connaissances opérationnelles pour améliorer le diagnostic précoce et le traitement du VIH dans les groupes vulnérables en Europe » (www.eurohivedat.eu ; www.msm-checkpoints.eu).

EuroTEST : cette initiative européenne, à l'origine baptisée « HIV in Europe », a été lancée en 2007 pour attirer l'attention sur l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge plus précoce des personnes vivant avec le VIH, les IST et la tuberculose.

F2F : Support de formation présentielle (« face-to-face »)

GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos) : ONG portugaise qui travaille avec les différents groupes les plus touchés par le VIH et qui gère le Point de contrôle à Lisbonne.

Genre : le terme « genre » peut avoir différentes significations et désigner un terme biologique, une construction définie par la société ou d'une combinaison des deux. Il décrit la gamme de caractéristiques diverses qui s'étendent entre la « masculinité » et la « féminité » ». Dans ce contexte, nous l'utilisons comme : l'identité de genre/sexuelle de la personne comme une catégorie sociale (p. ex. en termes de conscience de soi, d'estime de soi ou de comportement).

MG : médecin généraliste

HEP/Hépatite/Hépatite virale : le mot hépatite signifie « inflammation du foie ». L'inflammation du foie peut avoir de nombreuses causes, notamment des virus et des bactéries, mais également l'alcool et d'autres drogues. Les inflammations du foie causées par des virus sont les plus pertinentes pour les ASC travaillant avec les gays et autres HSH. Il existe plusieurs types de virus de l'hépatite, les principaux étant les virus VHA, VHB et VHC (virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C). Les conséquences de ces infections distinctes sont très différentes. Un vaccin est disponible contre l'hépatite A et l'hépatite B, et il est recommandé aux gays et autres HSH de se faire vacciner contre ces deux hépatites. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, mais elle est curable.

VIH : l'acronyme VIH signifie « virus de l'immunodéficience humaine ». Le VIH dégrade les défenses naturelles de l'organisme, que l'on appelle également « système immunitaire ». Sans traitement, le corps ne peut plus lutter contre les pathogènes envahisseurs, comme p. ex. les bactéries, les champignons ou les virus. Dans le pire des cas, certaines maladies potentiellement mortelles (comme une pneumonie grave) peuvent se produire. On parle alors de SIDA. Encore une fois, il s'agit d'un acronyme qui signifie « Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise ». Les médicaments anti-VIH suppriment le virus dans le corps et empêchent ainsi l'apparition du SIDA. Les personnes séropositives pour le VIH qui suivent un traitement efficace peuvent vivre bien et aussi longtemps que les personnes non séropositives.

Homophobie/transphobie : gamme d'attitudes et de sentiments négatifs à l'égard de l'homosexualité ou des personnes identifiées ou perçues comme étant lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers ou intersexuelles (LGBTQI+). L'homophobie et la transphobie se développent souvent sur le mépris, les préjugés, l'aversion, la haine ou l'antipathie, et elles reposent souvent sur des peurs irrationnelles ou des normes culturelles.

SDV : Services de Dépistage du VIH

IDU : Injecting Drug Use/consommation de drogues injectables

Incidence : le terme indique la fréquence d'une nouvelle infection ou d'une nouvelle maladie dans un groupe ou une région en particulier, sur une période de temps définie. Exemple : en 2017, environ 2 700 personnes ont été nouvellement infectées par le VIH.

INTEGRATE : action commune visant à intégrer les stratégies de prévention, de dépistage et de mise en relation avec les professionnels de la santé dans les domaines du VIH, de l'hépatite virale, de la tuberculose et des IST en Europe (www.integrateja.eu)

Kahoot : c'est une plate-forme de formation basée sur le jeu. Vous pouvez concevoir votre propre jeu pédagogique ou un jeu-questionnaire, puis l'utiliser comme un outil amusant et interactif pour présenter un sujet. Les participants peuvent répondre à vos questions depuis leurs propres appareils mobiles. Pour en savoir plus, visitez www.kahoot.com.

LGBT*QI+ : cet acronyme signifiant « lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres (* = et tout le reste entre les deux), queer, intersexuels + toutes les autres minorités sexuelles et d'identité sexuelle » est l'une des nombreuses variantes possibles pour s'adresser à ces communautés. L'objectif principal est d'aider à faire en sorte que les services et les organisations soient ouvertes et respectueuses des différentes formes d'identité sexuelles.

LURE : techniques d'entretien motivationnel qui fonctionnent en quatre étapes : écouter, comprendre, résister, donner les moyens/autonomiser.

MI : Motivational Interviewing/entretien motivationnel

Min : minutes

HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) : le kit de formation utilise une combinaison des termes « HSH » (ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) et « gays et autres HSH » pour décrire les personnes avec lesquelles les ASC travaillent généralement. Le problème est que l'acronyme HSH n'est généralement pas un terme compris ou utilisé par le public ciblé (les HSH eux-mêmes) et bon nombre des problèmes auxquels ils sont confrontés concernent tous les hommes qui sont sexuellement attirés et engagés avec d'autres hommes, peu importe le terme qu'ils utilisent pour se qualifier. Le problème est la stigmatisation et la discrimination qui sont vécues, et non la manière d'identifier le public cible de notre travail.

N/A : non disponible

NPT : National Pilot Training/formation pilote nationale

OARS : techniques d'entretien motivationnel utilisant des questions Ouvertes, des Affirmations, des Réflexions et une Synthèse

NAM aidsmap : plate-forme d'informations sur Internet (www.aidsmap.com)

ONG : Organisation Non Gouvernementale

UNG : urétrites non gonococciques, urétrites non spécifiques

OptTest : projet européen visant à « optimiser le dépistage et la mise en relation avec les professionnels de la santé dans le domaine du VIH en Europe » (www.opttest.eu)

Outreach/Sensibilisation : type de service de santé qui mobilise les agents de santé pour fournir des services à une population qui ne fréquente pas les lieux où les professionnels de la santé travaillent habituellement, p. ex. les clubs, les saunas, les bars, mais également en ligne sur les plates-formes Internet.

Patient/utilisateur/client : les personnes (gays et autres HSH) avec lesquelles les ASC travaille seront généralement appelées « utilisateurs de services » ou simplement « utilisateurs » dans le document car, en général, les ASC ne voient pas les hommes avec lesquels ils travaillent comme des « patients » ou des « clients ». Les facilitateurs ont la possibilité de demander à leurs participants comment ils désignent les hommes avec lesquels ils travaillent, et d'utiliser leur définition s'ils se sentent à l'aise avec ces termes.

PPE (prophylaxie post-exposition) : utilisation d'un traitement antirétroviral après avoir été exposé à une infection par le VIH afin de prévenir la mise en place de l'infection.

PVVIH : personnes vivant avec le VIH et le SIDA

PPT : PowerPoint

PrEP (prophylaxie pré-exposition) : dans cette méthode de prévention, les personnes séronégatives prennent les médicaments anti-VIH quotidiennement ou avant et après les rapports sexuels pour se protéger de l'infection par le VIH. La PrEP protège aussi bien que les préservatifs et que le TasP (protection par un traitement efficace contre le VIH) lorsqu'elle est utilisée correctement.

Prévalence : nombre de patients ou fréquence d'une caractéristique (p. ex. une maladie ou une nouvelle infection) ; souvent donnée comme un taux de prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes infectées ou malades par rapport au nombre de personnes examinées. Exemple : en Europe occidentale, moins de 1 % de la population générale est infectée par le VIH.

QA : Quality Assurance/assurance qualité, ou également « Quality Action » (www.qualityaction.eu)

Résilience : capacité d'un individu à s'adapter à des conditions difficiles et hostiles, comme p. ex. la stigmatisation, la discrimination ou une crise.

RKI : Institut Robert Koch, Berlin, Allemagne

ODD : Objectifs de développement durable

Auto-prélèvement : l'utilisateur prélève lui-même son échantillon de sang ou de salive. Il est souvent possible de commander (régulièrement) ces kits d'auto-prélèvement par courrier. L'utilisateur envoie les tests à un laboratoire, et il reçoit ensuite les résultats, principalement en ligne ou par téléphone.

Autotest : l'utilisateur prélève lui-même son échantillon de sang ou de salive, puis utilise un kit de diagnostic rapide pour traiter l'échantillon, obtenir les résultats et les interpréter lui-même conformément aux instructions fournies avec le kit de test.

IST (Infections sexuellement transmissibles) : La plupart des gens contracteront une infection sexuellement transmissible dans leur vie. Par exemple, la chlamydia, l'herpès, les maladies fongiques et les verrues génitales sont des infections très répandues. La gonorrhée et la syphilis sont également des infections courantes, notamment chez les HSH. La plupart des IST peuvent être guéries facilement. Il est important de se faire dépister régulièrement si vous êtes sexuellement actif, car les IST peuvent également être asymptomatiques.

Stigmatisation/discrimination : la stigmatisation sociale est la désapprobation ou la discrimination d'une personne sur la base de caractéristiques sociales perceptibles qui servent à la distinguer des autres membres d'un groupe/de la société. La discrimination est normalement réalisée en considérant/traitant une personne, ou en établissant une distinction à son égard, en fonction du groupe, de la classe ou de la catégorie à laquelle elle est censée appartenir. Les stigmatisations sociales sont généralement liées à la culture, au genre, à la race, à l'intelligence et à la santé.

Syndémie/SPM (modèle de production syndémique) : une syndémie est la présence de deux ou plusieurs états ou problèmes pathologiques qui interagissent négativement, en affectant l'évolution de chaque problème ou maladie et en augmentant la vulnérabilité à la maladie, et qui sont aggravés par les injustices/inégalités rencontrées.

TasP : Treatment as Prevention/traitement comme prévention (voir également U=U)

THT : Terrence Higgins Trust, Londres, Angleterre, www.tht.org.uk

ToT : Training of Trainers Workshop/Atelier de formation des formateurs

ONUSIDA : programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

U=U : « indétectable = non transmissible » signifie que les personnes qui sont efficacement traitées contre le VIH ne peuvent pas transmettre le VIH lors de relations sexuelles.

Approche systémique globale : les approches systémiques globales impliquent l'identification des différentes composantes d'un système et l'évaluation de la nature des liens et des relations qui existent entre chacune d'elles.

WP : Work Package/module de travail

5 « C » : principes de base pour tous les services de dépistage du VIH conformément aux directives de l'OMS : « Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection » – consentement, confidentialité, prise en charge psychologique, résultats corrects et connexion (en relation avec les professionnels de la santé).

7 A de l'accessibilité : sept principes de base pour garantir l'accessibilité à faible seuil aux services : « Awareness, Accessibility, Affordability, Appropriateness, Adequacy, Acceptability, Availability » (conscience, accessibilité, abordabilité, adéquation, acceptabilité, disponibilité)

90-90-90 : également appelé « cascade de traitement », il s'agit de l'objectif exprimé par l'ONUSIDA en 2014 pour mettre fin à la crise du SIDA dans le monde. L'objectif est que d'ici 2020, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH sachent qu'elles sont séropositives, que 90 % de toutes les personnes qui ont reçu un diagnostic de VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral permanent, et que 90 % de toutes les personnes sous traitement antirétroviral auront obtenu la suppression de leur charge virale. En fait, l'ONUSIDA a relevé les objectifs à 95-95-95 à l'horizon 2030. Les associations de lutte contre le VIH et les autres organisations ajoutent souvent « 0 » devant 90-90-90. Elles utilisent la formulation « 0-90-90-90 », car si l'on ne réduit pas la stigmatisation du VIH à zéro, les objectifs « 90-90-90 » ne seront pas atteints. Dans de nombreux pays, ces objectifs sont adaptés avec des suppléments régionaux, comme un quatrième objectif à 90 %, etc.

Bibliography

Knowing the Community you are working with (Cultural Competence)

Cultural Competence

- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. JOSEPHA CAMPINHA-BACOTE, PhD, RN, CNS, BC, CTN, FAAN Transcultural C.A.R.E. Associates
- Billy Vaughn 2007 High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications
- 'Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]
- Rainbow Heights LGBT Project (US): Cultural Competency issues and considerations

Resilience

- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193–205.
Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD
- Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. Hospital and Community Psychiatry. 1993;44:162–167.
Rabkin JG, Remien R, Katoff L, Williams JB.
- Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. Siegel K, Meyer IH. AIDS Education and Prévention. 1999;11(1):53–64.
- Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. McConnell EA, Janulis P, Phillips G 2nd, Truong R, Birkett M. Psychol Sex Orientat Gen Divers. 2018 Mar;5(1):1-12.
- Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Ilan H Mayer; NCI.NLM.NIH.GOV/PMC2072932/
- Resilience as an untapped resource in Behavioural Intervention Design for gay men. Herrick, AL; Lim, SH; Smith, H; Guadamuz, T; Friedman, MS; Stall, R. NCI.NLM.NIH.GOV/pubmed/21344306

Challenging Stigma & Discrimination

Stigma

- Combating HIV stigma in health care settings: what works?
Laura Nyblade, Anne Stangl, Ellen Weiss, and Kim Ashburn
J Int AIDS Soc. 2009; 12: 15. Published online 2009 Aug 6
UNAIDS Gap Report 2015.

Vulnerable MSM groups

- Male Sex Workers: Practices, Contexts, and Vulnerabilities for HIV acquisition and transmission.
Stefan David Baral, M. Reuel Friedman, Scott Geibel, Kevin Rebe, Borche Bozhinov, Daouda Diouf, Keith Sabin, Claire E. Holland, Professor Roy Chan, and Professor Carlos Caceres: Lancet. 2015 Jan 17; 385(9964): 260–273. Published online 2014 Jul 22.
- Central and East European migrant men who have sex with men: an exploration of sexual risk in the UK.
Alison R Evans; Graham J Hart; Richard Mole; Catherine H Mercer; Violetta Parutis; Christopher J Gerry; John Imrie; Fiona M Burns: BMJ Journals Volume 87, Issue 4.
- Sociodemographic, Sexual, and HIV and Other Sexually Transmitted Disease Risk Profiles of Nonhomosexual-Identified Men Who Have Sex With Men.
William L. Jeffries, IV, MA, MPH: Am J Public Health. 2009 June; 99(6)
- Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men.
Pathela P, Hajat A, Schillinger J, Blank S, Sell R, Mostashari F.
Ann Intern Med. 2006 Sep 19;145(6):416-25.
- UNAIDS Gap Report 2015.

Service User Involvement

- Participative Quality Development: Deutsche Aidshilfe.
Karl Lemmen; Prof Dr Michael T. Wright
- 5 Steps to Patient Engagement: The National eHealth Collaborative

Syndemic Production Models

- The Lancet Vol 389 March 4 2017.
- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. *AIDS Educ Prev.* 2012 Jun; 24(3): 193–205.
Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD

Complex Health Related Systems

- Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy.
Babak Pourbohloul & Marie-Paule Kieny
Division of Mathematical Modelling, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Innovation, Information, Evidence and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland. *Bulletin of the World Health Organization* 2011;89:242-242.

Working in Partnerships

Effective Partnerships

- Understanding Public Health: Health Promotion Theory.
Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell
Open University Press
- Arnstein's Ladder of Participation: "A Ladder of Citizen Participation".
Journal of the American Planning Association, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224. Arnstein, S.R.

Social Capital

- Social Capital and Health.
Catherine Campbell, Rachel Wood, Moira Kelly: Gender Institute, London School of Economics
Health Education Authority Report for the Health Education Authority, 1999
- A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the U.S.
Kawach, I et al.
- *J.Epidemiol Community Health*, 50: 245-51
- Understanding Public Health: Health Promotion Theory.
Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell.
Open University Press.

Prevention

Motivational Interviewing

- Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change: Mountain Plains AIDS Education and Training Centre: sources are;
Anez, L. M., Silva, M. A., Paris, M., Jr., & Bedregal, L. E. (2008). Engaging Latinos through the integration of cultural values and motivational interviewing principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 153-159.
- Basiago, S. (2007, April). The pharmacist's role in managing medication adherence. *CBI's 6th Annual Forum on Patient Compliance, Adherence, and Persistency*, Philadelphia, PA.
- Battaglia, C., Benson, S. L., Cook, P. F., & Prochazka, A. (in press). Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. doi:10.1177/1078390313483314
- Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E. . . . Smith K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399-410.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843
- Cook, P. F. (2006). Adherence to medications. In W.T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 183-202). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cook, P. F., Bremer, R. W., Ayala, A. J., & Kahook, M. Y. (2010). Feasibility of a motivational interviewing delivered by a glaucoma educator to improve medication adherence. *Journal of Clinical Ophthalmology*, 4, 1091-1101.
- Cook, P. F., Richardson, G., & Wilson, A. (2012). Motivational interviewing training to promote Head Start children's adherence to oral health care recommendations: Results of a program evaluation. *Journal of Public Health Dentistry*. Online in advance of print. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00357.x
- Cook, P. F., & Sakraida, T. J. (2006). Training nurses on interventions to change behavior. *Communicating Nursing Research*, 39, 367.
- Hettema, J., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 868-884.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Lozano, P., McPhillips, H. A., Hartzler, B., Robertson, A. S., Runkle, C., Schlotz, K. A., . . . Kieckhefer, G.M. (2010). Randomized trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164, 561-566.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of Méthodes to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1050
- Mitchell, S., Heyden, R., Heyden, N., Schroy, P., Andrew, S., Sadikova, E., & Wiecha, J. (2011). A pilot study of motivational interviewing training in a virtual world. *International Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e77.

Moyers, T. B., Miller, W.R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 590-598.

Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying motivational interviewing techniques to palliative care communication. *Journal of Palliative Medicine, 14*, 587-592. doi:10.1089/jpm.2010.0495

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 390–395.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1993). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Journal of Addictions Nursing 5*(1), 2-16.

Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.

Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association, 106*, 2024-2033.

Robbins, L. B., Pfeiffer, K. A., Maier, K. S., LaDrig, S. M., & Berg-Smith, S. M. (2012).

Treatment fidelity of motivational interviewing delivered by a school nurse to increase girls' physical activity. *The Journal of School Nursing, 28*(1), 70-78
doi:10.1177/105984051

1424507

Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York, NY: Guilford.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*, 305-312.

Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 816-822.

Schwartz, R. P., Hamre, R., Dietz, W. H., Wasserman, R. C., Slora, E. J., Myers, E. F., ... Resnicow, K. A. (2007). Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: A feasibility study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*, 495-501.

Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling, 84*, 16-26. doi:10.1016/j.pec.2010.06.025

Suarez, M., & Mullins, S. (2008). Motivational interviewing and pediatric health behavior interventions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 29*, 417-428.

Tomlin, K., Walker, R.D., Grover, J., Arquette, W., & Stewart, P. (n.d.). *Motivational interviewing: Enhancing motivation for change. A learner's manual for the American Indian/Alaska Native counselor*. Retrieved from <http://www.motivationalinterview.org/Documents/Learners/ManualforMotivationalInterviewing.pdf>

Venner, K. L., Feldstein, S. W., & Tafoya, N. (2006). *Native American motivational interviewing: Weaving Native American and western practices*. Retrieved from <http://casaa.unm.edu/mimanuals.html>

Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association, 137*, 789-793.

- Terrence Higgins Trust: Motivational Interviewing Training Tools.

New Technologies (TasP or U=U, PrEP, PEP and Self-Testing/Sampling)

- Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations: Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris, and Grant Russell. Int J Equity Health. 2013; 12: 18. Published online 2013 Mar 11.
- European Centre for Disease Prévention and Control. HIV and STI Prévention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STIs and TB Prévention. USA. Dec 2018.
- Terrence Higgins Trust website. Information correct as of August 2019

Frontline Interventions

- World Health Organization. (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. World Health Organization.
- Euro HIV Edat.
- OptTEST.

STIs: symptoms and treatments

European Centre for Disease Prévention and Control (ECDC)

- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/gonorrhoea/facts
- ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-hepatitis-A_0.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-A/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hepatitis-B-annual-epidemiological-report-2017.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-b/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-hepatitis-C.pdf
- ecdc.europa.eu/en/hepatitis-c/facts
- ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Hepatitis-B-C-epidemiology-in-selected-populations-in-the-EU.pdf
- ecdc.europa.eu/en/publications-data/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2017
- ecdc.europa.eu/en/lymphogranuloma-venereum/facts
- ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus/factsheet

World Health Organisation (WHO)

- 'Growing antibiotic resistance forces updates to recommended treatment for sexually transmitted infections'. 30 August 2016/NewsRelease/Geneva who.int/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections

Chemsex

- Friday/Monday: Terrence Higgins Trust 2018.
- Drugscouts.de
- EMIS 2017.
- David Stuart.
- Dean Street Clinic.

'What is safer sex now?'

- European Centre for Disease Prévention and Control: HIV and STI Prévention among men who have sex with men. Stockholm. ECDC 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STI and TB Prévention. USA. December 2018
- Terrence Higgins Trust website: August 2019

Epidemiology (HIV, STI's & Viral Hepatitis)

- European Centre for Disease Prévention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
- Review of HIV and Sexually Transmitted Infections among men who have sex with men (MSM) in Europe. (WP1) RKI March 2017.

Prevention and Health Promotion Theories

- Health behaviour change models for HIV Prévention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. Kaufman MR1, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). Published online 2015 Jul 11.
- Bandura A (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (2002) *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green LW, Kreuter MW (1999) *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Hawe P, McKenzie N, Scurry R (1998) Randomised controlled trial of the use of a modified postal reminder card on the uptake of measles vaccination, *Archives of Disease in Childhood* 79: 136–40.
- Marcus BH, Rossi JS, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology* 11: 386–95.

- Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB (1992). Using the stage of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion* 6:424–9.
- Nutbeam D (2001) Effective health promotion programmes, in Pencheon D, Guest C, Meltzer D, Muir Gray JA (eds.) *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam D, Harris E (2004) *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*. Sydney, NSW: McGraw-Hill.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Van Ryn M, Heany CA (1992) What's the use of theory?, *Health Education Quarterly*, 19(3): 315–30.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
- NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/evidence/behaviour-change-review-4-models-369664528>.
- WHO: http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/un aids_99_27.pdf.
- AIDS MAP: <http://www.aidsmap.com/Theoretical-models-of-behaviour-change/page/1768379/> (information correct as of August 2017 – link no longer live).
- Sweat, Michael. Report to the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): A Framework for Classifying HIV Prevention Interventions. 2009.

Settings and Interventions

Settings for Interventions

- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI Prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- Understanding the impact of smartphone applications on STI/HIV Prevention among men who have sex with men in the EU/EEA. Terrence Higgins Trust 2015.
- 'Reaching Out Online': University of Sussex & Terrence Higgins Trust 2014.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of online outreach for HIV Prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV Prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- 'The Cruising Counts Guide': GMSH, Ontario, Canada. 2016.
- 'We are the sexperts': RFSL, Stockholm, Sweden. 2009.

Improving linkage and retention in care

- Euro HIV Edat: www.eurohivedat.eu / www.msm-checkpoints.eu
- OptTest: www.opttest.eu

Anti-Stigma

- HIV Prévention and psychosocial support for men in prisons: The Penitentiary Initiative. Ukraine.
- Acceptance on the gay scene: IWWIT. Germany.
- Stigmatisation of PLWHIV: IWWIT. Germany.
- Test and Testing Awareness: IWWIT. Germany.
- HIV and Buddies: Sprungbrett. Germany.
- Enough is Enough: Challenging Stigma & Discrimination. European Union.
- HIV Information in Sign Language: Gehoerlosen. Germany.
- Smartphone/WebApp/Social Media initiative to meet MSM not linked to services: Quickiecheck. Austria.
- Rainbow Laces: Kicking Homophobia out of football: Stonewall. UK
- Stamp It Out: Ending discrimination in football. UK
- O=O (U=U): A YouTube intervention: RFSL. Sweden.
- Break The Chains: Staying HIV Negative: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- Dr Gay: Online advice tool for Gay and other MSM: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- GaylsOK: Lush Cosmetics. Worldwide.
- This Is Our Community: Bisexual Anti-Stigma Poster Campaign. Canada.
- Daily Blue Campaign: Combatting PrEP related stigma: Human Rights Campaign. USA.
- U=U: Undetectable = Untransmittable: Prévention Access Campaign. USA.

Skills Building

Social Marketing

- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of Twitter for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of Facebook for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of YouTube for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017

- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of Google AdWords for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of online outreach for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prévention and Control. Use of smartphone application advertising for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV Prévention. Stockholm: ECDC; 2017
- European Centre for Disease Prévention and Control. Effective use of digital platforms for HIV Prévention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An introduction to the ECDC guides. Stockholm: ECDC; 2017

Building Tailored Training

- Places and People: The perceptions of men who have sex with men concerning STI Testing: A qualitative study. Sexually Transmitted Infections.
- Sexual Health of Ethnic Minority MSM in Britain (MESH Project): Design and Méthodes. BMC Public Health.
- Setting the standards for sexual health support for MSM-Community Health work in Slovenia. AIDS Action Europe.
- Journal of Gay and Lesbian Mental Health.
- Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men: Public Health England.
- Promoting the sexual health of MSM in the context of comorbid mental health problems. Europe PMC.
- Public Health Guidance in brief on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Public Health (full report) on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Drug use among men who have sex with men: Implications for Harm Reduction. Sigma Research.
- Joining up sexual health and drugs services to better meet client needs: European Monitoring Centre for drugs and drug addiction.
- Guidance on Prévention and control of blood borne viruses in prison settings: ECDC. 2018.
- Guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings: ECDC. 2018.
- Thematic Report: Prisoners: ECDC. 2014.
- Evidence Brief: HIV and Laws and Policies in Europe: ECDC. 2017.
- Evidence Brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and men who have sex with men: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV treatments and care: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and Migrants: ECDC. 2017.
- Thematic Report: Sex Workers: 2014 Progress Report: ECDC. 2015.

