

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

'MEDIATEURS'
ET PREVENTION DU VIH/SIDA

*Mary Haour-Knipe, Giovanna Meystre-Agustoni,
Françoise Dubois-Arber, Daniel Kessler
avec la collaboration d'Isabelle Delbos Piot*

Etude financée par :

L'Office fédéral de la santé publique, Berne
Contrat n° 316.95.5755 A-B-C

Citation suggérée :

Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I. 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 41).

Remerciements :

Nos chaleureux remerciements vont à toutes les personnes et institutions qui ont participé à cette étude.

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
Plusieurs modèles de médiateurs	6
Clés pour le succes?	9
Conclusions	10
Recommandations	11
Zusammenfassung	12
Mehrere Mediatorenmodelle	13
Erfolgsrezepte?	16
Schlussfolgerungen	17
Empfehlungen	18
Summary	19
Mediator models	20
Keys to success?	23
Conclusions	24
Recommendations	24
1 Introduction	25
1.1 Pourquoi l'étude	25
1.2 Questions d'évaluation	26
1.3 Structure du rapport	26
1.4 Méthode	26
1.4.1 Littérature analysée	26
1.4.2 Repérage des projets suisses	27
1.4.3 Entretiens	27
2 Littérature	29
2.1 Recherche d'une définition	29
2.2 Quelques repères historiques et théoriques	32
2.3 Exemples de programmes ayant recours à des médiateurs dans le domaine du VIH/sida	34
2.3.2 La typologie appliquée aux programmes "médiateurs" auprès des homosexuels	38
2.3.3 Programmes "médiateurs" auprès des personnes qui s'injectent	40
2.3.4 Programmes "médiateurs" auprès des travailleurs du sexe	41
2.3.5 Programmes qui impliquent une mobilisation communautaire	43
3 Programmes suisses de prévention du sida ayant recours aux médiateurs	46
3.1 Hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH)	49
3.1.1 Mise en place du projet	49
3.1.2 Recrutement des médiateurs	50
3.1.3 Formation et suivi	50
3.1.4 Activité des médiateurs	50
3.1.5 Dynamique induite à moyen terme	51
3.2 Projet Migrants Santé	52
3.2.1 Mise en place du projet	52
3.2.2 Recrutement des médiateurs	52
3.2.3 Formation et suivi	52
3.2.4 Activité des médiateurs	53
3.2.5 Dynamique induite à moyen terme	54
3.3 Projet Parcs	54
3.3.1 Mise en place du projet	54
3.3.2 Recrutement des médiateurs	55
3.3.3 Formation et suivi	55
3.3.4 Activité des médiateurs	55
3.3.5 Dynamique induite à moyen terme	55
3.4 Entrelaçar	55
3.5 Appartenances	56
3.5.1 Mise en place du projet	56
3.5.2 Recrutement des médiateurs	57
3.5.3 Formation et suivi	57
3.5.4 Activité des médiateurs	57
3.5.5 Dynamique induite à moyen terme	58

3.6	Projet MEDIA	58
3.6.1	Mise en place du projet	58
3.6.2	Recrutement des médiateurs	59
3.6.3	Formation et suivi	59
3.6.4	Activité des médiateurs	60
3.6.5	Dynamique induite à moyen terme	60
3.7	Projet prison Saxerriet	61
3.7.1	Mise en place du projet	61
3.7.2	Recrutement des médiateurs	61
3.7.3	Formation et suivi	61
3.7.4	Activité des médiateurs	62
3.8	Projet Overdose	62
3.9	"Donne a confronto"	63
3.10	Barfüsserfrauen	63
3.10.1	Mise en place du projet	64
3.10.2	Recrutement des médiatrices	64
3.10.3	Formation et suivi	64
3.10.4	Activité des médiatrices	65
3.10.5	Dynamique induite à moyen terme	66
3.11	Projet Boulevards	67
3.12	Male sex workers (MSW) : Zurich, Bâle, Berne, Genève	68
3.12.1	Mise en place du projet	68
3.12.2	Recrutement des médiateurs	68
3.12.3	Formation et suivi	68
3.12.4	Activité des médiateurs	69
3.12.5	Dynamique induite à moyen terme	69
3.13	Projets 'multiplicateurs', à l'exemple du projet PAMiR	70
3.13.1	Mise en place du projet	70
3.13.2	Recrutement, formation et suivi	70
3.13.3	Activité des 'multiplicateurs'	71
3.13.4	Dynamique induite à moyen terme	71
4	Analyse sur les projets suisses	71
4.1	Profils des médiateurs	73
4.2	Caractéristiques des programmes	76
4.3	Typologie de programmes "médiateurs"	76
4.3.1	Modèle A	77
4.3.2	Modèles B	77
5	Discussion générale	81
5.1	Avantages et inconvénients des différents modèles de médiateur	81
5.1.1	Médiateurs issus du milieu	81
5.1.2	Médiateurs non-issus du milieu	84
5.2	Questions particulières	86
5.2.1	Entrer en contact avec le groupe cible	86
5.2.2	La rétribution financière (payer ou ne pas payer les médiateurs?)	87
5.2.3	Encadrement et supervision, pouvoir et limites	88
5.2.4	"Empowerment" et société	89
5.2.5	Durabilité des programmes et aspects éthiques	90
5.2.6	Les multiplicateurs : à ne pas confondre avec les médiateurs	91
6	Conclusions	94
7	Recommandations	95
	Références bibliographiques	97
	Annexes	105
	Principaux projets suisses avec "médiateurs"	106
	Hauptsächliche Schweizer Projekte mit "MediatorInnen"	108
	Principal Swiss projects involving mediators	110
	Guide d'entretien	112

RESUME

L'éducation par les pairs est une méthode de prévention d'origine anglo-saxonne surtout utilisée auprès des jeunes, qui date des années 60. L'Organisation Mondiale de la Santé l'a depuis longtemps reconnue comme une réponse valable à son objectif de renforcement de l'efficacité de la contribution des non-professionnels en matière de soins de santé primaire. Ce concept a été largement repris dans la prévention du sida.

En Suisse, c'est le terme de "médiateurs" qui est plus souvent utilisé. De nombreux programmes de prévention s'y réfèrent¹. Ils s'adressent plus particulièrement à des publics-cibles difficiles à atteindre par les canaux habituels en raison notamment de leur marginalité, d'écarts culturels ou d'obstacles linguistiques.

Le recours à des médiateurs est principalement dicté par :

- le besoin d'adapter la forme et le contenu de la prévention aux divers publics-cibles,
- l'utilisation de l'influence que les pairs exercent les uns sur les autres,
- la possibilité de faire participer les publics-cibles aux actions de prévention.

Le travail avec des médiateurs peut permettre de construire un mécanisme de feed-back (retour d'information aux responsables et adaptation continue du dispositif de prévention).

Des interventions mettant en œuvre des médiateurs font régulièrement l'objet de communications. Celles-ci n'illustrent toutefois qu'incomplètement la diversité des expériences. Peu décrivent avec précision les rôles et activités des médiateurs actifs sur le terrain. C'est précisément la confusion prévalant autour de la réalité de l'intervention des médiateurs, combinée à l'engouement pour ce concept, qui a conduit à se pencher sur les expériences réalisées en Suisse et à se poser les questions suivantes :

- quel est le bilan théorique et pratique des interventions recourant à des médiateurs ?
- quelle est la pertinence du concept et de ses différentes traductions dans le domaine de la prévention du sida ?
- dans quelles conditions ce concept est-il utilisé ?

L'étude se fonde sur une revue de la littérature internationale (publiée ou "grise") ainsi que sur une analyse des expériences entreprises en Suisse dans le domaine de la prévention du VIH/sida. La revue de la littérature a notamment permis de dégager un certain nombre de modèles d'intervention et de construire une grille de lecture servant à analyser les fondements, l'organisation et le déroulement des projets de prévention recourant à des médiateurs mis sur pied en Suisse. Ce chapitre du rapport est circonscrit aux résultats de cette dernière démarche.

¹ Sans aucun lien ni avec la notion juridique de médiation (intervention en cas de conflit) ni avec celle de médiation scolaire (espace intermédiaire d'écoute des élèves et fonction de relais des enseignants hors de leur rôle de professeur dans une classe).

Une quarantaine de projets recourant à des médiateurs ont été recensés². Ceux utilisant des jeunes-relais dans le cadre scolaire n'ont pas été retenus pour l'analyse puisque c'est la transposition de ce modèle "classique" à d'autres populations qui était étudiée. Les projets de formation visant à inviter des professionnels (santé, social, éducation) ou des "laïcs" à jouer un rôle de transmetteurs de messages de prévention du sida dans le cadre de leur activité quotidienne n'ont été retenus que dans la mesure où il s'agissait, par ce biais, d'atteindre une population particulière.

La liste des principaux projets analysés figure en annexe, page 106. Les informations ont été récoltées à partir de documents établis à leur propos (protocoles, rapports, etc.) ainsi qu'à l'occasion de trente entretiens avec les cadres des projets nationaux, des coordinateurs de projets locaux et des médiateurs. Les thèmes suivants ont notamment été abordés :

- objectifs généraux du projet et raisons justifiant le recours à des médiateurs,
- recrutement des médiateurs (profil idéal, cahier des charges, difficultés),
- description détaillée des activités de prévention des médiateurs,
- formation et supervision/encadrement, rémunération, problèmes rencontrés,
- effets des activités sur le médiateur, relations entre médiateur et programme.

PLUSIEURS MODELES DE MEDIATEURS

La notion de "médiateur" recouvre un large éventail de "profils humains", actifs dans une grande variété de situations et recourant à plusieurs méthodes d'intervention. L'observation montre que les attributs des "médiateurs" peuvent varier au sein d'un même projet (plusieurs profils simultanément ou successivement). Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques des médiateurs et de leur activité ainsi que les dimensions les plus saillantes des projets de prévention dans lesquels ils travaillent.

Tableau 1 Caractéristiques de l'activité des médiateurs et des programmes recourant à ce type de collaborateurs

MEDIATEUR	
Lien avec la population-cible	<ul style="list-style-type: none"> • Recruté, ou pas, dans la population-cible
Traits individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Partage ou pas la même problématique que la population-cible par rapport au VIH/sida • Professionnel ou pas dans le domaine socio-sanitaire ou éducatif • Partage ou pas la langue et/ou culture de la population-cible

² Une liste de projets ayant recours à des médiateurs a circulé parmi les personnes particulièrement au courant de cette problématique. Les informations apportées ont permis de compléter la liste.

Rôle et activités dans le projet	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit ou pas une formation spécifique • Contacts répétés ou contact unique avec le public-cible • Besoin ou pas d'un encadrement • Autonome / dépendant • Possède ou non une responsabilité dans le programme • Salarié / bénévole • Investit peu ou beaucoup dans sa médiation • Impliqué ou pas dans un mécanisme de feed-back • Possède ou non une influence sur la définition de la politique du programme
Inscription dans le déroulement temporel du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle plus ou moins souple (susceptible ou non d'évoluer, par exemple vers une fonction d'encadrement)

PROGRAMME

Population-cible	<ul style="list-style-type: none"> • Population générale / groupe spécifique • Aisément localisable / dispersée • Forte ou faible probabilité d'exposition au risque • Marginalisée / non marginalisée • Résidente / de passage • Connaît ou pas une langue " locale"
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer du matériel • Diffuser des conseils préventifs (= aller vers ...) • Se tenir à disposition pour répondre aux questions (= laisser venir) • Construire des réseaux de contacts
Extension	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale / régionale ou locale
Déroulement du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation ou non à l'évolution de la situation ou de la population-cible (objectifs, moyens, extension, etc.) • Projet à long terme / projet de courte durée

Le caractère polysémique du concept de "médiateur" est évident. De grandes différences apparaissent dans la manière dont les responsables de programmes conçoivent les attributs et la mission de ces collaborateurs. Au delà de la diversité observée, trois modèles principaux émergent. Ils sont définis par le public-cible des projets et par la provenance des médiateurs (Tableau 2)

Les projets fondés sur l'intervention de médiateurs cherchent à atteindre deux types de publics :

- **"Populations générales"** : le public-cible est constitué d'un ensemble de personnes partageant un sentiment d'identité communautaire, de plusieurs classes sociales, niveaux d'éducation, etc. Ce public doit être atteint "autrement" en raison d'attributs particuliers (par exemple son appartenance culturelle ou son identité sexuelle).
- **"Groupes spécifiques"** : le public-cible est constitué d'un effectif plus réduit de personnes, en général marginalisées, difficiles à atteindre et/ou caractérisées par des comportements associés à une probabilité élevée d'exposition au VIH (milieu de la prostitution, toxicomanes i.v., etc.).

Les médiateurs peuvent occuper deux types de position par rapport à la population-cible :

- médiateurs "issus du milieu",
- médiateurs "non issus du milieu".

Tableau 2 Modèles d'intervention par les médiateurs

Origine des médiateurs	Cibles	
	Populations générales	Groupes spécifiques
Médiateurs issus du milieu	modèle A	modèle B1
Médiateurs non issus du milieu		modèle B2

Dans le modèle A, la population-cible est une "population générale" et les médiateurs en sont toujours issus (par ex. les programmes "Migrants" ou "Hommes ayant des relations avec d'autres hommes" / HSH). Ces projets sont caractérisés par une extension nationale appelant un effort important en termes de direction et de coordination. Ils poursuivent des objectifs à long terme et misent sur la participation des communautés.

Les médiateurs de ces projets sont recrutés par la direction du programme. Leur statut et leurs interventions sont hétérogènes. Ils animent des séances de prévention, distribuent de l'information, contribuent à la confection de matériel, facilitent les contacts entre groupes divers et interviennent auprès des institutions. Dans le programme HSH les médiateurs sont rétribués ; ils jouent principalement le rôle de coordinateur régional du programme et s'entourent de bénévoles. Dans le programme "Migrants", leur rôle varie considérablement d'une personne à l'autre : formation d'autres médiateurs, contacts avec les consulats, coordination au niveau local, accompagnement, distribution de matériel, etc. Certains sont rétribués, alors que d'autres sont simplement défrayés (déplacements) voire oeuvrent bénévolement.

Dans le modèle B1, la population-cible est un groupe spécifique et les médiateurs sont issus de ce milieu. C'est le modèle typique d'éducation par les pairs. Exemples : les projets Barfüsserfrauen (prostituées migrantes) en Suisse alémanique et à Lausanne; le projet prostituées masculins MSW (male sex workers) dans certains cas; le projet MEDIA (consommateurs et ex-consommateurs de stupéfiants, détenus); le projet "Donne a confronto" (femmes consommatrices de drogues).

Ces interventions sont mises sur pied par des professionnels de l'action sanitaire ou sociale qui se chargent du recrutement et de l'encadrement des médiateurs (ces derniers pouvant aller jusqu'à travailler en tandem avec eux). Tantôt rétribués et tantôt non, les médiateurs ont pour missions principales de s'adresser à leurs pairs, de leur distribuer du matériel de prévention, de répondre à leurs questions et de leur fournir les adresses de structures d'aide ou de conseil. L'intensité des contacts avec le public-cible est variable (de quelques minutes à plusieurs heures). Dans quelques programmes, les médiateurs se tiennent à disposition (permanence) ou – après formation ad hoc – animent des groupes de discussion.

Dans le modèle B2, la population-cible est aussi un groupe spécifique mais les médiateurs ne sont pas issus de ce milieu. Tout au plus peuvent-ils en partager quelques caractéristiques (la langue ou la culture). Exemples : Barfüsserfrauen au Tessin et à Genève (point commun la langue), MSW (point commun le partage de la préférence sexuelle). Ce modèle constitue souvent une solution de "repli" qui s'est imposée en raison des difficultés de recrutement de médiateurs issus du groupe-cible. Le fonctionnement de ces programmes et les missions dévolues aux médiateurs sont très semblables à ceux prévalant pour le modèle B1, mais dans ce cas les médiateurs vont au-devant de la population (outreach work). Dans certains cas, les médiateurs de ce modèle sont des professionnels de l'action sociale ou éducative.

La typologie des projets 'Médiateurs' est résumée dans un tableau page 80.

Le Tableau 3 montre les avantages et les inconvénients liés au type de médiateur dans les projets de prévention s'adressant à des groupes spécifiques.

Tableau 3 Prévention auprès de groupes spécifiques : avantages et inconvénients liés au type de médiateur

	Avantages	Inconvénients
MEDIATIEURS ISSUS DU MILIEU (B1)	<ul style="list-style-type: none"> • capacité d'établir des contacts dans un milieu difficile d'accès • "légitimité" du médiateur • relation de confiance • effet d'empowerment sur le médiateur 	<ul style="list-style-type: none"> • difficulté de recrutement des médiateurs • nécessité d'un encadrement important • difficulté de maintenir une "distance critique" entre médiateur et public-cible • risque de confusion des rôles • problèmes personnels du médiateur
MEDIATEURS NON ISSUS DU MILIEU (B2)	<ul style="list-style-type: none"> • souvent des professionnels de l'action sociale ou éducative, possédant donc déjà des compétences utiles pour leur rôle • nécessité réduite d'encadrement et de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • moindre connaissance du milieu dans lequel ils interviennent • possible manque de "légitimité" • tentation de dépasser le rôle de médiateur et d'instaurer une relation d'aide dans des situations très difficiles

CLÉS POUR LE SUCCÈS?

Quel que soit le type auquel ils appartiennent, les programmes qui parviennent à durer (Projet Migrants Santé, HSH, Barfüsserfrauen par exemple) partagent un certain nombre de caractéristiques :

- Ils sont basés sur une évaluation préalable des besoins et de la faisabilité.

- Ils se caractérisent par des objectifs clairs et à long terme. Ce qui prévaut, c'est le but à atteindre et non les moyens à engager. Les moyens sont adaptés au contexte et ces programmes sont capables d'évoluer avec le temps.
- Ils sont pro-actifs dans leurs offres de prévention : ils proposent au lieu d'attendre qu'une demande soit formulée.
- Ils sont lancés et dirigés au niveau national et régional, mais comprennent une dimension participative importante (feed back). Les interventions sont préparées et supervisées par des organisations stables qui possèdent la capacité de recruter et d'encadrer les médiateurs.
- Ces programmes sont capables de mobiliser des bénévoles disposés à s'engager pour une cause. Ils comprennent une dimension d'empowerment (à la fois sur le médiateur et sur la population-cible).

A l'opposé, les programmes qui ont eu de la difficulté à s'étendre ou à durer (MEDIA, PAMiR) sont caractérisés par l'insuffisance d'évaluation des besoins ou de la faisabilité. L'accent est mis avant tout sur les moyens plutôt que sur les objectifs, ce qui entraîne une faible capacité d'adaptabilité. Des carences au niveau de l'encadrement et du suivi ainsi qu'une faible dimension d'empowerment caractérisent aussi ces programmes.

Enfin, sans qu'il soit possible de suggérer une réponse univoque, deux problèmes - traités de façon très diverse, y compris, parfois, au sein d'un même programme - méritent clarification :

- Rétribution ou bénévolat des médiateurs : la rétribution représente certainement un gain en termes de professionnalisme, de stabilité, de reconnaissance du travail accompli et de possibilité de contrôle. Elle représente toutefois un coût important pour les programmes. Le bénévolat consacre l'engagement et la mobilisation de la communauté mais ne permet pas de formuler les mêmes exigences de qualité et de continuité.
- Pouvoir et autonomie : travailler avec des médiateurs (bénévoles ou rétribués) implique un certain partage du pouvoir et, surtout, une reconnaissance des compétences particulières des médiateurs. Ces échanges au sein du programme représentent une richesse pas toujours suffisamment exploitée.

CONCLUSIONS

- **Faire de la prévention en recourant à des personnes très proches des publics à atteindre représente une bonne façon d'assurer l'adéquation de l'action au groupe-cible, mais ne constitue pas la panacée.**
- **Le concept de médiateur recouvre des réalités très diverses qu'il convient de reconnaître dans leurs caractéristiques, forces et faiblesses, afin d'en faire l'usage le plus approprié dans une situation donnée et en fonction des buts poursuivis.**
- **Les programmes ayant recours à des médiateurs - quel que soit le modèle choisi - demandent un investissement important et durable. L'évaluation des besoins et de**

la faisabilité est donc cruciale. Il en va de même de la définition des buts à atteindre et de la flexibilité des moyens à utiliser en fonction du contexte et de la maturation du programme.

RECOMMANDATIONS

- La décision de lancer des projets utilisant des médiateurs doit être soigneusement pesée et leur mise en œuvre suivie de très près : supervision forte au début, puis, dans la mesure du possible, autonomisation progressive avec auto-évaluation.
- La formation continue, la mise en contact des médiateurs d'un même programme et l'échange d'expériences doivent être favorisés, le feed-back des médiateurs sur le programme encouragé.

ZUSAMMENFASSUNG

Die "Peer Education" (Wissensvermittlung durch Gleiche) ist eine Präventionsmethode angelsächsischer Herkunft, die aus den sechziger Jahren stammt und vor allem bei jungen Menschen angewendet wird. Die Weltgesundheitsorganisation hat diese Methode schon vor langer Zeit als geeignete Lösung anerkannt, um die Wirksamkeit der Mitarbeit von nicht professionell tätigen Helfern und Helferinnen an der primären Gesundheitsversorgung zu verstärken. Dieses Konzept wurde für die Aids-Prävention weitgehend übernommen.

In der Schweiz wird meist der Begriff "Mediator/Mediatorin" verwendet. Dieser Begriff³ ist in zahlreichen Präventionsprogrammen anzutreffen. Diese richten sich besonders an Zielgruppen, die gerade aufgrund ihrer Randständigkeit, ihrer kulturellen Unterschiede oder wegen Sprachschwierigkeiten über die üblichen Kanäle schwer zu erreichen sind.

Für den Einsatz von MediatorInnen sprechen hauptsächlich folgende Gründe:

- das Anliegen, die Prävention in Form und Inhalt an die jeweiligen Zielgruppen anzupassen;
- die Nutzbarmachung des Einflusses, den die Menschen bei Ihresgleichen ausüben;
- die Möglichkeit, die Zielgruppen an den Präventionsaktionen zu beteiligen.

Dank der Arbeit mit MediatorInnen kann ein Feedback-Verfahren aufgebaut werden (Rückmeldung von Informationen an die Verantwortlichen und laufende Anpassung der Präventionsstrategie).

Über die mit MediatorInnen durchgeführten Einsätze wird regelmässig berichtet. In diesen Meldungen kommt die Vielfalt der Erfahrungen jedoch nur unvollständig zum Ausdruck. Nur in wenigen Fällen werden die Rollen und Aktivitäten der vor Ort tätigen MediatorInnen genau beschrieben. Die herrschende Unsicherheit bezüglich der Frage, wie denn die Mediatoreneinsätze real aussehen, und das Interesse an diesem Konzept haben nun bewirkt, dass man sich mit den in der Schweiz gemachten Erfahrungen befasst hat und folgenden Fragen nachgegangen ist:

- Welche theoretische und praktische Bilanz lässt sich aus den mit Hilfe von MediatorInnen durchgeführten Einsätzen ziehen?
- Wie zweckmässig ist das Konzept und seine verschiedenen Umsetzungen auf dem Gebiet der Aids-Prävention?
- Unter welchen Bedingungen wird dieses Konzept angewendet?

Die Untersuchung basiert auf einer Durchsicht der internationalen (veröffentlichten oder "grauen") Literatur sowie auf einer Analyse der in der Schweiz gemachten Erfahrungen auf dem Gebiet der HIV-/Aids-Prävention. Mit Hilfe der Literaturschau konnte man eine Reihe von Einsatzmodellen herausarbeiten und ein Leseschema erarbeiten, das dazu diente, die Grundlagen, die Organisation und den Ablauf der in der Schweiz erarbeiteten Präventionsprojekte mit Einbezug von MediatorInnen zu analysieren. Dieser Abschnitt des Berichts umreist die Ergebnisse dieser Analyse.

³ Ohne jeglichen Bezug zum juristischen Begriff der Mediation (Vermittlung bei Konflikten) und zum schulischen Begriff der Mediation (Anhörstelle für Schüler/Schülerinnen und Vermittlungsfunktion der Lehrkräfte ausserhalb ihrer Unterrichtsrolle in der Klasse).

Rund vierzig Projekte mit Beteiligung von MediatorInnen wurden erfasst⁴. Zwei Projekte, die junge Vermittler im Schulwesen einsetzten, wurden nicht in die Analyse aufgenommen, weil man ja gerade die Übertragung dieses "klassischen" Modells auf andere Gruppen untersuchen wollte. Die Ausbildungsprojekte mit dem Ziel, Berufsleute im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen oder "Laien" dazu zu ermuntern, im Rahmen ihrer täglichen Arbeit eine Übermittlerrolle für Aids-Präventionsbotschaften zu übernehmen, wurden nur dann berücksichtigt, wenn es dabei darum ging, eine spezielle Bevölkerungsgruppe zu erreichen.

Die wichtigsten analysierten Projekte sind in Anhang, Seite 108, aufgelistet. Die Informationen wurden aus den zu diesem Zweck erstellten Unterlagen (Protokolle, Berichte usw.) entnommen oder aus den dreissig Unterredungen mit den nationalen Projektleitern, den lokalen Projektkoordinatoren und den MediatorInnen zusammengetragen. Behandelt wurden u.a. folgende Themen:

- allgemeine Ziele des Projekts und Gründe für den Einbezug von MediatorInnen
- Rekrutierung der MediatorInnen (ideales Profil, Pflichtenheft, Schwierigkeiten)
- detaillierte Beschreibung der Präventionsaktivitäten der MediatorInnen
- Ausbildung und Supervision/Betreuung, Entschädigung, auftretende Probleme
- Auswirkungen der Aktivitäten auf den Mediator/die Mediatorin, Beziehungen zwischen dem Mediator und dem Programm.

MEHRERE MEDIATORENMODELLE

Der Begriff "Mediator" beinhaltet ein breites Spektrum von Menschen mit unterschiedlichen Profilen, die in den unterschiedlichsten Situationen tätig sind und mehrere Einsatzmethoden anwenden. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Attribute der "MediatorInnen" sogar innerhalb desselben Projekts variieren können (mehrere Profile parallel oder nacheinander). Tabelle 1 enthält eine Darstellung der wichtigsten Charakteristiken der MediatorInnen und ihrer Tätigkeit sowie der auffallendsten Merkmale der Präventionsprojekte, in denen sie tätig sind.

Tabelle 1 Charakteristiken der Tätigkeit der MediatorInnen und der Programme, bei denen diese Art von MitarbeiterInnen eingesetzt wird

MEDIATOR	
Verbindung mit der Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • rekrutiert aus der Zielgruppe oder nicht
Individuelle Züge	<ul style="list-style-type: none"> • ist bezüglich HIV/Aids gleich/nicht gleich betroffen wie die Zielgruppe • ist beruflich im Sozial-, Gesundheits- oder Bildungsbereich tätig oder nicht • hat/hat nicht die gleiche Sprache/Kultur wie die Zielgruppe

⁴ Eine Liste der Projekte mit Mediatoren wurde den Personen, die über diese Problematik gut informiert sind, unterbreitet. Die Liste wurde mit den von ihnen gegebenen Informationen vervollständigt.

MEDIATOR

Rolle und Aktivitäten im Rahmen des Projekts

- erhält eine/keine spezielle Ausbildung
- wiederholte Kontakte oder einmaliger Kontakt mit der Zielgruppe
- benötigt eine/keine Betreuung
- autonom/unselbständig
- übernimmt im Programm Verantwortung/keine Verantwortung
- bezahlte/unentgeltliche Mitarbeit
- engagiert sich stark oder wenig für die Mediatorenrolle
- ist an einem Feedback-Prozess beteiligt oder nicht

- hat Einfluss/keinen Einfluss auf die Festlegung der Programmpolitik

Eingliederung in den zeitlichen Ablauf des Projekts

- mehr oder weniger flexible Rolle (entwicklungsfähig oder nicht, zum Beispiel in Richtung einer Betreuungsfunktion)
-

PROGRAMM

Zielgruppe

- Allgemeinbevölkerung/besondere Gruppe
- leicht lokalisierbar/verstreut
- starke oder schwache Wahrscheinlichkeit einer Risikoexposition
- marginalisiert/nicht marginalisiert
- wohnhaft/auf der Durchreise
- beherrscht eine/keine "örtliche" Sprache

Mittel

- Material verteilen
- Präventivratschläge abgeben (= zugehen auf ...)
- Sich für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stellen (= kommen lassen)
- Beziehungsnetze aufbauen

Ausdehnung

- national/regional oder lokal

Ablauf des Programms

- Anpassung/keine Anpassung an die Lageentwicklung oder an die Entwicklung in der Zielgruppe (Ziele, Mittel, Ausdehnung usw.)
 - langfristiges Projekt/Projekt von kurzer Dauer
-

Es ist offensichtlich, dass für "MediatorInnen" kein einheitliches Konzept existiert. Die Programmverantwortlichen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen bezüglich den Attributen und dem Auftrag der MitarbeiterInnen. Aus der beobachteten Vielfalt lassen sich jedoch drei Hauptmodelle herauskristallisieren. Sie werden nach der Zielgruppe des Projekts und nach der Herkunft der MediatorInnen unterschieden (Tabelle 2).

Die auf den Einsatz von MediatorInnen basierenden Projekte versuchen zwei Arten von Zielbevölkerungen zu erreichen:

- **"Allgemeinbevölkerungen"**: Das Zielpublikum besteht aus einem Kollektiv von Personen mit derselben Gemeinschaftsidentität, in dem verschiedene Gesellschaftsschichten, Bildungsniveaus usw. vertreten sind. Dieses Publikum muss wegen besonderer Merkmale (z.B. wegen der kulturellen Zugehörigkeit oder der sexuellen Identität) "anders" angesprochen werden.
- **"Spezielle Gruppen"**: Das Zielpublikum besteht aus einer geringeren Anzahl Personen, die in der Regel randständig und schwer erreichbar sind und/oder sich durch Verhaltensweisen auszeichnen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Risikoexposition hoch ist (Prostitutionsmilieu, i.v. Drogenabhängige usw.).

In Bezug auf die Zielbevölkerung können die MediatorInnen zwei Arten von Stellungen einnehmen:

- MediatorInnen, die "aus dem Milieu stammen"
- MediatorInnen, die "nicht aus dem Milieu stammen".

Tabelle 2 Interventionsmodelle der MediatorInnen

Herkunft der MediatorInnen	Zielbevölkerung	
	Allgemeinbevölkerungen	Spezielle Gruppen
MediatorInnen aus dem Milieu	Modell A	Modell B1
Aussenstehende MediatorInnen		Modell B2

Im Modell A ist die Zielbevölkerung eine "Allgemeinbevölkerung" und die MediatorInnen stammen immer aus dieser Bevölkerungsgruppe (z.B. die Programm "Migranten" oder "Männer, die Sex mit Männern haben"/MSM). Diese Projekte weisen eine nationale Ausdehnung auf und sind mit einem grossen Führungs- und Koordinationsaufwand verbunden. Sie verfolgen langfristige Ziele und setzen auf die Teilnahme der Gemeinschaften.

Die MediatorInnen dieser Projekte werden von der Programmleitung rekrutiert. Ihr Status und ihre Einsätze sind nicht einheitlich geregelt. Sie leiten Präventionssitzungen, geben Informationen ab, helfen bei der Herstellung des Materials, fördern die Kontakte unter den verschiedenen Gruppen und vermitteln bei den Institutionen. Im Programm MSM werden die MediatorInnen bezahlt; sie übernehmen hier hauptsächlich die Rolle eines regionalen Programmkoordinators, wobei sie freiwillige Helfer beiziehen. Im Programm "Migranten" unterscheidet sich ihre Rolle erheblich von Person zu Person: Ausbildung anderer MediatorInnen, Kontakte mit den Konsulaten, Koordination auf lokaler Ebene, Begleitung, Materialabgabe usw. Einige erhalten einen Lohn, während andere lediglich die Spesen (Reisespesen) zurückerhalten oder gar unentgeltlich mitarbeiten.

Im Modell B1 ist die Zielbevölkerung eine spezielle Gruppe und die MediatorInnen stammen aus dem Milieu. Das ist das *typische Modell der "Peer Education"*. Beispiele: die Projekte Barfüsserfrauen (Migrant Sex Worker) in der Deutschschweiz und in Lausanne; in einigen Fällen das Projekt MSW (Male Sex Workers); das Projekt MEDIA (Drogen- und ehemalige Drogenkonsumierende, Inhaftierte); das Projekt "Donne a confronto" (drogenkonsumierende Frauen).

Diese Einsätze werden von Professionellen aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen erarbeitet, die sich um die Rekrutierung und die Betreuung der MediatorInnen kümmern (wobei dies bis zur Tandem-Arbeit mit ihnen gehen kann). Die teils entschädigten, teils unentgeltlich arbeitenden MediatorInnen haben hauptsächlich den Auftrag, sich an Ihresgleichen zu wenden, Präventionsmaterial zu verteilen, Fragen zu beantworten und Adressen von Hilfs- oder Beratungsstellen zu vermitteln. Die Dauer der Kontakte mit dem Zielpublikum ist unterschiedlich (von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden). In einigen Programmen halten sich die MediatorInnen

zur Verfügung (Bereitschaftsdienst) oder leiten – nach einer ad hoc Ausbildung – Gesprächsgruppen.

Im Modell B2 ist die Zielbevölkerung ebenfalls eine spezielle Gruppe, aber die MediatorInnen stammen nicht aus dem betreffenden Milieu. Sie weisen allenfalls einige Gemeinsamkeiten mit der Zielgruppe auf (Sprache oder Kultur). Beispiele: Barfüsserfrauen im Tessin und in Genf (mit der Sprache als Gemeinsamkeit), MSW (mit der sexuellen Präferenz als Gemeinsamkeit). Dieses Modell stellt häufig eine "Alternativlösung" dar, die sich infolge der Schwierigkeit, MediatorInnen aus der Zielgruppe zu rekrutieren, aufgedrängt hat. Diese Programme funktionieren ganz ähnlich wie beim Modell B1 und den MediatorInnen werden auch vergleichbare Aufgaben übertragen, aber in diesem Fall gehen sie auf die Bevölkerung zu (Outreach Work). In einigen Fällen sind die MediatorInnen dieses Modells Fachleute aus dem Sozial- oder Bildungswesen.

Eine Zusammenfassung der Typologie der 'Mediatorenprojekte' findet sich in einer Tabelle auf Seite 80.

Tabelle 3 zeigt die Vorteile und die Nachteile, die mit dem Typus der Mediators/der Mediatorin in den zielgruppengerichteten Präventionsprojekten zusammenhängen.

Tabelle 3 Prävention bei spezifischen Gruppen:
Vorteile und Nachteile je nach Mediatorotyp

	Vorteile	Nachteile
MEDIATORINNEN, DIE AUS DEM MILIEU STAMMEN (B1)	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, Kontakte zu einem schwer zugänglichen Milieu herzustellen • "Legitimität" des/r Mediators/in • Vertrauensverhältnis • Empowermenteffekt auf MediatorIn 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit, MediatorInnen zu rekrutieren • Hoher Betreuungsaufwand • Schwierigkeit, eine "kritische Distanz" zwischen MediatorIn und Zielgruppe zu wahren • Gefahr der Rollenverwirrung • Persönliche Probleme der MediatorInnen
MEDIATORINNEN, DIE NICHT AUS DEM MILIEU STAMMEN (B2)	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig Fachleute aus dem Sozial- oder Bildungswesen, verfügen demnach bereits über nützliche Kompetenzen für ihre Rolle • Geringerer Betreuungs- und Kontrollbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger gute Kenntnis des Milieus, in dem sie arbeiten • Eventuell fehlende "Legitimität" • Versuchung, die Mediatorenrolle zu überschreiten und in Problemsituationen eine Hilfebeziehung aufzubauen.

ERFOLGSREZEPTE?

Die Programme, die Erfolg haben (zum Beispiel Migrantenprojekt, MSM, Barfüsserfrauen) weisen - unabhängig von ihrem Typ - eine Reihe von gemeinsamen Merkmalen auf:

- Sie stützen sich auf eine vorherige Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit.
- Sie zeichnen sich durch klare, langfristig angelegte Zielsetzungen aus. Was zählt ist das Ziel, das es zu erreichen gilt, und nicht die Mittel. Die Mittel werden an den Kontext angepasst und die Programme können im Laufe der Zeit weiterentwickelt werden.
- Sie sind bei ihrem Präventionsangebot aktionsfreudig: Sie machen Vorschläge, statt zu warten, bis jemand eine Bitte äussert.
- Sie werden auf nationaler und regionaler Ebene lanciert und geleitet, beinhalten aber einen bedeutenden partizipativen Anteil (Feedback). Vorbereitet und überwacht werden die Interventionen von zuverlässigen Organisationen, die in der Lage sind, die MediatorInnen zu rekrutieren und zu betreuen.
- Diese Programme sind in der Lage, Freiwillige, die sich für eine Sache engagieren wollen, zu mobilisieren. Sie beinhalten einen Empowerment-Aspekt (auf den Mediator wie auch auf die Zielbevölkerung).

Demgegenüber lässt sich bei den Programmen, die Schwierigkeiten hatten, sich mitzuteilen oder ihre Weiterführung zu sichern (MEDIA, PAMiR), eine ungenügende Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit feststellen. Der Akzent wird eher auf die Mittel denn auf die Ziele gelegt, was eine geringe Anpassungsfähigkeit zur Folge hat. Schwächen bei der Betreuung und Begleitung sowie ein schwaches Empowerment sind für diese Programme ebenfalls kennzeichnend.

Zwei Probleme – die manchmal sogar innerhalb ein- und desselben Programms sehr unterschiedlich behandelt werden – sollten geklärt werden, wobei hier keine eindeutige Lösung vorgeschlagen wird:

- Entlohnung oder freiwillige Mitarbeit der MediatorInnen: Die Entlohnung bedeutet sicherlich ein Plus in Sachen Professionalität, Stabilität, Anerkennung der geleisteten Arbeit sowie für die Kontrolle. Sie stellt aber für die Programme einen erheblichen Kostenfaktor dar. Die Freiwilligenarbeit ist ein sichtbares Zeichen für das Engagement und die Mobilisierung der Gemeinschaft, bedingt jedoch Abstriche bei den Anforderungen, die an die Qualität und die Kontinuität gestellt werden.
- Macht und Autonomie: Die Arbeit mit (freiwilligen oder bezahlten) MediatorInnen bedingt, dass die Macht bis zu einem gewissen Grad geteilt wird und vor allem, dass die besonderen Fähigkeiten der MediatorInnen anerkannt werden. Dieser programminterne Austausch stellt eine Bereicherung dar, die nicht immer genügend genutzt wird.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- **Prävention zu machen und dabei die Dienste von Personen, die der Zielgruppe nahestehen, in Anspruch zu nehmen, stellt eine geeignete Methode dar, wenn man sicherstellen möchte, dass die Aktion an die Zielgruppe angepasst ist; sie ist jedoch kein Universalmittel.**

- Das Konzept des Mediators vereinigt ganz unterschiedliche Profile, deren Charakteristiken, Stärken und Schwächen man kennen sollte, damit man diese in einer gegebenen Situation und je nach den verfolgten Zielen optimal nutzen kann.
- Die Programme, die MediatorInnen einsetzen erfordern unabhängig vom gewählten Modell ein hohes und beständiges Mass an Investitionen. Der Abklärung der Bedürfnisse und der Machbarkeit kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Das Gleiche gilt für die zu erreichenden Ziel und die Flexibilität der Mittel, die je nach Kontext und Entwicklungsphase des Programms einzusetzen sind.

EMPFEHLUNGEN

- Die Entscheidung, Projekte mit MediatorInnen zu lancieren, ist sorgfältig zu überdenken und ihre Umsetzung ist genauestens zu begleiten: intensive Supervision am Anfang, dann, im Rahmen des Möglichen, schrittweise Autonomisierung mit Selbst-Evaluation.
- Die Weiterbildung, die Vernetzung der MediatorInnen aus demselben Programm und der Erfahrungsaustausch müssen gefördert werden, ebenso das Feedback der MediatorInnen zum Programm.

SUMMARY

Peer education is a prevention method of British/American origin, used mainly among young people, and dating from the 1960s. The World Health Organisation has for many years recognised it as a valid response to its objective of improving the effectiveness of the contribution of non-professionals to primary health care. The concept has been widely taken up in AIDS prevention work.

In Switzerland, the term "mediators" is most often used, and many prevention programmes are designed around this concept⁵. Such programmes are particularly concerned with target populations that are difficult to reach through normal channels on account of their marginalised status, or because of cultural differences or language barriers.

Mediators are used principally because of:

- the need to adapt the form and content of prevention activities to different target populations;
- the influence that peers can exercise on one another;
- the possibility of involving target populations in prevention activities.

Working with mediators may make it possible to establish a feed-back mechanism (feeding back information to the programme managers and adapting the prevention measures accordingly).

Interventions involving mediators are regularly reported on. However, such reports provide an incomplete picture of a wide diversity of experiences. Few describe with any precision the roles and activities of mediators working in the field. Because of the prevailing confusion as to the reality of the work done by mediators, and the current interest in the concept of mediation, the aim of the study was to examine the experience gained in Switzerland. The following questions were asked:

- What have been the theoretical and practical results of interventions involving mediators?
- What is the relevance of the concept and its various practical applications in the field of AIDS prevention?
- In what circumstances is this concept used?

This study is based on a review of the international literature (both published and "grey") and an analysis of Swiss projects using "mediators" for AIDS/HIV prevention. The review of the literature permitted identification of a number of intervention models, and construction of an interpretative framework for analysing the basic principles, organisation and operation of Swiss prevention projects using mediators. This chapter of the report concerns only the Swiss projects.

⁵ The term has no connection with the legal notion of mediation (intervention in the event of conflict), nor with that practised in the school setting (teachers acting as intermediaries in listening to pupils and relaying information, outside of their normal classroom teaching function).

Approximately forty projects using mediators were identified⁶. Those using young people in school settings were not included for the purpose of the analysis, as the focus was on the transition of this "classic" model to other population groups. Training projects in which professionals (in the health, social work and education fields), or "lay people", were invited to act as transmitters of AIDS-prevention messages in the context of their daily work were taken into account only to the extent that such professionals were expected to actively reach out to a particular target population.

A list of the principal projects included in the analysis is given in Appendix, page 110. The information was gathered from documents relating to the projects (protocols, reports, etc.), and from thirty interviews with managers of national projects, co-ordinators of local projects, and mediators. The following topics were covered:

- general objectives of the project and reasons for using mediators,
- how the mediators were recruited (ideal profile, job specification, difficulties),
- detailed description of the prevention activities undertaken by the mediators,
- training and supervision / management, remuneration, problems encountered,
- effects of the activities on the mediator, relationship between the mediator and the programme.

MEDIATOR MODELS

The term "mediator" covers a broad range of "human profiles" – people active in a wide variety of situations and using a number of intervention methods. Observation confirms that mediators may fulfil various functions within one and the same project (several profiles simultaneously or one after another). Table 1 sets out the main characteristics of mediators and their activities, together with the most significant aspects of the prevention projects in which they are involved.

Table 1 Characteristics of activity of, and programmes using, mediators

MEDIATOR	
Connection with the target population	<ul style="list-style-type: none"> • Recruited / not recruited from the target population
Individual characteristics	<ul style="list-style-type: none"> • Shares / does not share the same problems as the target population in respect of HIV/AIDS • Professional / non-professional in the social work, health or educational fields • Shares / does not share the language and/or culture of the target population

⁶ A list of projects using mediators was circulated among experts in the field for corrections, comments and additions.

Role and activities within the project	<ul style="list-style-type: none"> • Receives / does not receive specific training • Repeated or one-off contact with the target population • Needs / does not need supervision • Autonomous / dependant • Holds / does not hold a position of responsibility within the programme • Salaried / volunteer • Puts much / little effort into his/her work as mediator • Involved / not involved in a feed-back mechanism • Influences / does not influence definition of programme policy
Involvement in the development of the project over time	<ul style="list-style-type: none"> • More or less flexible role (may / will not change with experience, e.g. by taking on supervision of other mediators)

PROGRAMME

Target population	<ul style="list-style-type: none"> • General population / specific group • Located in one area / dispersed • High or low probability of exposure to risk • Marginalised / not marginalised • Resident / transient • Able / not able to communicate in a "local" language
Means	<ul style="list-style-type: none"> • Distribute material • Reach out with prevention advice • Make self available to answer questions • Build networks of contacts
Scope	<ul style="list-style-type: none"> • National / regional or local
Programme development	<ul style="list-style-type: none"> • Adapts / does not adapt to changes in the situation or in the target population (objectives, means, outreach, etc.) • Long-term project / short-term project

It is obvious that the term "mediator" can mean many different things. There are wide differences in the way programme managers envisage mediators' characteristics and tasks. However, it is possible to identify three principal models, defined in terms of the populations targeted by the projects and the origins of the mediators (Table 2).

Projects based on the intervention of mediators are intended to reach two types of target population:

- **"General populations"**: the target population consists of people sharing a sense of community identity, but coming from different social classes, educational levels, etc. This population needs to be reached "by other means" on account of particular characteristics (e.g. cultural background or sexual identity);
- **"Specific groups"**: the target population is smaller, consisting generally of marginalised people who are difficult to reach and/or characterised by behaviour involving a high probability of exposure to HIV (sex workers and their clients, injecting drug users, etc.).

In relation to the target population mediators may be:

- from the same background
- not from the same background.

Table 2 Models of intervention by mediators

Origin of mediators	Target populations	
	<i>General populations</i>	<i>Specific groups</i>
<i>Mediators from same background</i>	model A	Model B1
<i>Mediators not from same background</i>		model B2

In the case of model A, the target population is a "general population" and the mediators are always members of it (e.g. the "Migrants" or "Men who have sex with other men" / HSH programmes). These are nation-wide projects requiring considerable effort in terms of management and co-ordination. The objectives are long term, and they depend on the participation of the communities concerned.

The mediators involved in these projects are recruited by the programme management. Their status and the work they do vary considerably. They chair prevention meetings, distribute information, help produce materials, facilitate contact between different groups, and interface with institutions. The mediators in the HSH programme are paid for their work; their main role is as regional co-ordinators, and they are assisted by volunteers. The mediators in the "Migrants" programme perform various functions: training other mediators, contact with consultants, co-ordination at local level, support tasks, distribution of materials, etc. Some are paid, while others only have their expenses reimbursed (travel) or work on a voluntary basis.

In the case of model B1, the target population is a specific group and the mediators are from the same background. This is the *classic peer-education model*. Examples: the Barfüsserfrauen projects for women (migrant sex workers) in German-speaking Switzerland and in Lausanne; the male sex workers (MSW) project, in certain cases; the MEDIA project (present and former drug users, prisoners); and the "Donne a confronto" project (female drug users).

These projects are set up by health or social work professionals, who undertake the task of recruiting and training mediators (some of whom may even work in tandem with them). The main tasks of the mediators – some of whom are paid, others not – are to approach their peers, provide them with prevention materials, answer their questions, and give them the addresses of centres providing assistance or counselling. The intensity of contacts with the target population is variable (from a few minutes to several hours). In some programmes, the mediators simply make themselves available (being on duty) or, after some ad hoc training, lead discussion groups.

In the case of model B2, the target population is also a specific group, but the mediators are not from the same background. They may, however, have certain things in common with the population in question (language or culture). Examples: the Barfüsserfrauen project in the Ticino or in Geneva (language in common), MSW (sexual preference in common). This model is often a "fall-back" solution, adopted due to difficulties in recruiting mediators from the same background. The way these programmes operate and the tasks undertaken by the mediators are very similar to those described under model B1, but in these cases the mediators engage in outreach work. In some cases, the mediators in this category are professionals in the social work or education field.

The different types of project involving mediators are summed up in a Table, page 80.

Table 3 sets out the advantages and disadvantages of using the different types of mediator in prevention projects targeting specific groups.

Table 3 Prevention work with specific groups:
Advantages and disadvantages of using different types of mediator

	Advantages	Disadvantages
MEDIATORS FROM THE SAME BACKGROUND (B1)	<ul style="list-style-type: none"> • ability to establish contacts in a difficult-to-access setting • "legitimacy" of the mediator • relationship of trust • empowerment of the mediator 	<ul style="list-style-type: none"> • difficulty in recruiting mediators • need for substantial training • difficulty in maintaining a "critical distance" between mediator and target population • danger of role confusion • mediator may have personal problems
MEDIATORS NOT FROM THE SAME BACKGROUND (B2)	<ul style="list-style-type: none"> • often professionals in the fields of social work or health, who therefore possess appropriate skills • need less training and supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • less knowledge of the environment in which they work • possible lack of "legitimacy" • temptation to go beyond the role of mediator and act as helper in very difficult situations

KEYS TO SUCCESS?

Whatever the type of mediator involved, the programmes which succeed in the long term (e.g. Migrants Project, HSH, Barfüsserfrauen) have the following points in common:

- They are based on a preliminary study of needs and feasibility.
- They have clear, long-term objectives. The final objective is more important than the means employed. The means are suited to the context, and these programmes are able to evolve over time.
- They are pro-active in their approach to prevention work, proposing solutions rather than waiting for requests for help.
- They are launched and managed at national and regional levels, but stress participation and feed-back. The activities are prepared and supervised by stable organisations able to recruit and train their own mediators.
- These programmes have the capacity to mobilise volunteers willing to commit themselves to a cause. Empowerment (of the mediator and of the target population) is an important aspect of their work.

In contrast, the programmes which have found it difficult to continue or expand (MEDIA, PAMiR) are characterised by inadequate assessment of need and feasibility. They have tended to

emphasise means rather than ends, which has prevented them from adapting to changing circumstances. There has also been a lack of appropriate follow-up. Empowerment was not emphasised.

Finally, though it is not possible to suggest solutions that apply in all circumstances, two problems – which have been handled very differently, sometimes within one and the same programme – need clarification:

- Should mediators be paid or work on a voluntary basis? Paying mediators is certainly advantageous in terms of professionalism, stability, recognition of the value of the work, and the possibility of control. On the other hand, it adds significantly to the cost of a programme. Using people in a voluntary capacity makes for commitment and mobilises the community, but it is not possible to demand the same standards of quality and continuity.
- Power and autonomy: working with mediators (whether volunteers or remunerated) involves a degree of power-sharing and, above all, recognition of mediators' special skills. Such sharing is potentially enriching, but its advantages are often insufficiently exploited.

CONCLUSIONS

- In AIDS prevention, using people closely associated with the target population as mediators is a good way of ensuring that an activity reaches its destination, but it is not a panacea.
- The concept of mediation is a very broad one. It is important to recognise the characteristics, strengths and weaknesses of different types of mediation if mediators are to be used effectively and appropriately.
- Programmes involving mediators – whichever model they conform to – require significant, on-going investment. Evaluation of the needs and feasibility of the project is therefore crucial. It is also essential to define the objectives and adopt flexible means, depending on the context and the stage of development of the programme.

RECOMMENDATIONS

- Decisions to launch projects using mediators need to be carefully thought through, and their implementation should be followed up with close supervision in the early stages, then, as far as possible, gradual increase in autonomy and self-evaluation.
- It is important to organise in-service training and opportunities for contact between mediators working on the same programme. Sharing of experience and feed-back to the programme should be encouraged.

1 INTRODUCTION

1.1 POURQUOI L'ETUDE

L'éducation par les pairs est une méthode de prévention très utilisée auprès des jeunes en général et des adolescents en particulier⁷. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a depuis longtemps reconnue comme un moyen de renforcer l'efficacité de la contribution des non-professionnels à la santé, laquelle constitue l'un de ses objectifs en matière de soins de santé primaire. Plus récemment, ce mode de prévention a été appliqué à des publics-cible moins captifs que les écoliers, à savoir certains segments de la population difficiles à atteindre (*hard-to-reach populations* et *hidden populations* de la littérature anglo-saxonne).

La prévention du sida a recouru au concept d'éducation par les pairs pour développer des projets destinés à des populations telles que les consommateurs de drogues, les migrants, les membres de minorités ethniques, les jeunes marginalisés ou les prostituées qui partagent la particularité d'être difficiles à atteindre par les canaux de communication habituellement mis en place. Bien que potentiellement plus exposés que la population générale en termes de prise de risques et devant de ce fait pouvoir bénéficier directement des efforts de prévention, ces groupes sont parfois peu consommateurs des services de soins existants et ne sont généralement pas ou peu représentés ni dans les programmes de prévention ni dans les enquêtes nationales. De plus, les messages diffusés peuvent être mal adaptés à leurs caractéristiques culturelles.

Le recours à des médiateurs est principalement dicté par :

- le besoin d'adapter la forme et le contenu de la prévention aux divers publics-cible ;
- l'utilisation de l'influence que les pairs exercent les uns sur les autres ;
- la possibilité de faire participer les publics-cible aux actions de prévention.

Du point de vue pratique, les interventions qui en découlent s'articulent généralement autour de deux objectifs principaux :

- offrir des conseils personnalisés (information de proximité) adaptés aux cultures des groupes et à l'hétérogénéité existant à l'intérieur des groupes ;
- mieux connaître les caractéristiques sociales et culturelles, les savoirs, les compétences et les besoins de populations sur lesquelles on dispose de peu d'informations.

⁷ Autres termes utilisés : méthode des multiplicateurs, des pairs-répondants, des adolescents-médiateurs et des jeunes-relais.

1.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Des interventions recourant à des médiateurs font régulièrement l'objet de communications. Celles-ci n'illustrent toutefois que très incomplètement la diversité des expériences. En outre, peu d'entre elles décrivent avec précision les rôles et activités réelles des médiateurs actifs sur le terrain. C'est précisément la confusion régnant autour de la réalité de l'intervention des médiateurs combinée avec l'engouement pour ce concept qui ont conduit à se pencher sur les expériences réalisées en posant les questions suivantes :

- Quel est le bilan théorique et pratique des interventions recourant à des médiateurs ?
- Quelle est la pertinence du concept et de ses différentes traductions dans le domaine de la prévention du sida ?
- Dans quelles conditions ce concept est-il utilisé ?

L'étude comprend deux volets : un examen de la littérature internationale consacrée à ce sujet et une analyse détaillée des expériences entreprises en Suisse dans le domaine de la prévention du VIH/sida d'une part et, d'autre part, une série d'entretiens avec les responsables des projets recourant à des médiateurs ainsi qu'avec quelques médiateurs.

1.3 STRUCTURE DU RAPPORT

Après avoir décrit la méthode de travail, le rapport présente un tour d'horizon des applications des concepts de médiateur et d'éducation par les pairs. Il se poursuit par une discussion de quelques définitions essentielles, aborde l'application des concepts au domaine de la prévention du sida puis décrit quelques projets organisés à l'étranger ayant recours à des médiateurs. La deuxième partie présente les grandes lignes des projets médiateurs mis sur pied en Suisse et en propose une typologie mettant en évidence les avantages et inconvénients de chaque catégorie. La troisième partie met en parallèle littérature et entretiens et discute les avantages et problèmes découlant de l'utilisation de médiateurs dans la prévention du sida. Le dernier chapitre du rapport est consacré à la formulation de recommandations.

1.4 METHODE

1.4.1 Littérature analysée

Une première analyse de la littérature⁸ a été effectuée pour l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) en 1995⁹. Elle portait à la fois sur des documents publiés et sur des documents non publiés. Une documentation très importante décrivant les princi-

⁸ Les mots-clé utilisés étaient : "peer group", "peer counselling", "peer education".

⁹ Nous remercions vivement Mme Isabelle Delbos Piot d'avoir effectué ce "travail de fourmi" sans lequel cette étude n'aurait pas pu être menée à bien.

paux projets en cours (une centaine de publications) a été rassemblée à cette occasion. Elle a été mise à jour en septembre 1998 par les moyens habituels de recherche bibliographique¹⁰. La littérature publiée a de nouveau été complétée par des rapports non-publiés décrivant des projets médiateurs en cours en France, Allemagne, Australie, Etats Unis et en Inde. Enfin, il a été tenu compte des informations disponibles sur un certain nombre de sites Internet.

Une grille de lecture a servi à analyser les fondements, l'organisation et le déroulement de quelques projets de prévention du sida recourant à des médiateurs.

1.4.2 Repérage des projets suisses

Une première liste de projets suisses recourant à des médiateurs avait été établie dans le contexte de la préparation de l'étude. Elle a été complétée en automne 1998 grâce aux informations fournies par des experts en matière de prévention du sida et de la toxicomanie actifs au sein de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) ainsi que dans des institutions supposées avoir recouru à des médiateurs dans le cadre d'opérations de prévention du sida¹¹. Une quarantaine de projets ont pu être ainsi identifiés.

N'ont finalement été retenus pour cette étude que les projets recourant à des médiateurs dans le cadre d'actions de prévention du sida ou de la toxicomanie, c'est à dire une douzaine de projets en tout. Les informations concernant ces projets ont été récoltées à partir de divers documents (protocoles, rapports, etc.) et d'entretiens.

1.4.3 Entretiens

Trente entretiens en face-à-face ou par téléphone ont été effectués d'octobre à décembre 1998. Leur durée s'échelonne de 30 minutes à quatre heures (moyenne : 60 minutes). La majorité des projets suisses recourant à des médiateurs ont donné lieu à des entretiens ainsi que quelques programmes qui, en définitive, se sont révélés ne pas constituer des projets médiateurs¹².

¹⁰ Medline, current contents, socio file ; mots-clé : "AIDS", "prevention", "peer". Des résumés des conférences récentes sur le sida ont également été examinés.

¹¹ Nous remercions M. Läubli, P. Lehmann, D. Koch, C. Hoffmann, P. Coda, F. Fleury et F. Narring d'avoir apporté leurs connaissances dans ce domaine.

¹² Les responsables pour les projets suivants ont été interviewés:
Projet MEDIA, prison Saxerriet, projet Migrants (responsables pour les communautés : turque, albano-phonie, italo-phonie, portugaise, espagnole), projet parcs, Appartenances, projet Barfüsserfrauen (coordinatrice nationale et responsables aux antennes de : Genève, Tessin, Lausanne, Bâle, St. Gall, Berne), projet Boulevards, projet Male sex workers (coordinateur national), projet BIPS, Drop-In de Bienne, Donne a confronto, HSH (coordinateur national) et programme Femmes (coordinatrice nationale).

De plus, cinq médiateurs oeuvrant dans l'un ou l'autre de ces projets ont été interviewés ainsi qu'un collaborateur d'un projet ayant lieu dans le contexte du PNR 39.

D'autres entretiens ont été effectués concernant des projets à l'étranger : un entretien téléphonique de deux heures avec les évaluateurs du projet Pin'Aides à Paris et un entretien, plus court, avec le respon-

Une partie des personnes interviewées occupaient des fonctions d'encadrement dans des projets nationaux, d'autres animaient des projets locaux, d'autres enfin fonctionnaient en tant que médiateurs. Des responsables et des évaluateurs d'un projet allemand et d'un projet français ont également été interrogés. Les principaux thèmes abordés étaient les suivants (cf. également le guide d'entretien en annexe, page 112) :

- objectifs généraux du projet et raisons justifiant le recours à des médiateurs ;
- recrutement des médiateurs (profil idéal, cahier des charges, difficultés) ;
- description détaillée des activités de prévention des médiateurs ;
- formation et supervision/encadrement, rémunération, problèmes rencontrés ;
- effets des activités sur le médiateur, relations entre médiateur et programme.

Rappelons que le mandat de cette étude a été de dresser un bilan théorique et pratique de l'utilisation du principe de la prévention par les pairs / médiateurs; d'évaluer sa pertinence et ses différentes applications dans le domaine de la prévention du sida; et de définir les conditions nécessaires à son utilisation optimale et ses limites. Il ne s'agissait en aucun cas d'évaluer les projets spécifiques suisses qui ont été examinés.

La confidentialité a été garantie aux personnes interviewées. Dans la discussion des problèmes éventuels qui pourraient émerger dans le travail avec des médiateurs (Chapitre 0) nous avons parfois changé des détails concernant des personnes spécifiques afin de maintenir la confidentialité tout en conservant l'essentiel de ce qui nous a été dit.

sable de l'Ethno-Medizinische Zentrum à Hanovre. De nombreuses communications écrites ont, de plus, été échangées avec des responsables de projets américains du CDC.

2 LITTÉRATURE

Une littérature très abondante traite plus ou moins directement de l'utilisation de médiateurs dans la promotion de la santé. La langue anglaise prédomine. En ce qui concerne l'éducation ou le counselling par les pairs, la littérature contient notamment des descriptions ou des évaluations d'une large gamme de programmes d'intervention par exemple auprès :

- d'enfants (en difficulté à l'école, agressifs, autistes, à risque de suicide, cancéreux, avec des parents alcooliques ou en train de divorcer) ;
- d'adolescent(e)s (en difficulté avec leurs études, malades chroniques, autistes, à risque de suicide, délinquants institutionnalisés, mères de famille, avec un proche en fin de vie) ;
- d'étudiant(e)s universitaires (rencontrant des difficultés d'apprentissage, de nationalité étrangère, de première année, plus âgé(e)s que la moyenne, enceintes, timides, boulimiques ou anorexiques) ;
- d'adultes (femmes, parents célibataires, veuves, victimes d'abus sexuels, auteurs de crimes sexuels, alcooliques, handicapés, opéré(e)s, soignant un parent âgé à domicile, au seuil de leur retraite) ;
- de personnes âgées (résidentes de maisons de retraite, victimes de crimes).

Plusieurs des programmes recensés possèdent une dimension de "self help" tandis que d'autres comprennent une composante de thérapie de groupe éventuellement conduite par un pair non-professionnel. La majorité des programmes se déroulent aux Etats Unis ou au Canada mais quelques-uns ont pour cadre l'Australie, le Royaume Uni, l'Afrique du Sud, la France, Israël, l'Inde ou la Chine. La fréquence des démarches de prévention mettant en œuvre des médiateurs est encore attestée par les 256 abstracts contenant les mots **peer education** repérés dans les actes de la 12^{ème} Conférence mondiale sur le sida organisée à Genève en 1998.

Au vu de cette pléthore de concepts, de programmes et de termes pour les décrire, il s'agit d'établir quelques définitions qui seront utilisées dans ce rapport.

2.1 RECHERCHE D'UNE DEFINITION

On serait tenté de dire que, dans les années soixante-dix, ce fut le règne des "animateurs" et, depuis les années quatre-vingts, on serait passé à celui des "médiateurs" (Bonafé-Schmitt, p. 34, 1997).

De nombreuses formes de médiation sont apparues depuis le milieu des années 1970. On parle ainsi de médiation familiale, de médiation pénale ou civile, de médiation dans l'entreprise, de médiateurs sociaux dans les quartiers, de médiateurs scolaires et même de médiateurs dans les bibliothèques. Le succès de la notion de médiation et son utilisation pour désigner des activités allant de la gestion des conflits à celle de communication est à l'origine d'un flou conceptuel relevé par Bonafé-Schmitt (1997) dans un article théorique traitant de ce concept. Cette confusion apparaît aussi dans les entretiens effectués pour la présente étude :

D'une manière générale, les informateurs suisses s'accordent à considérer comme médiateur toute personne servant de pont ou d'intermédiaire entre deux groupes ou cultures, l'un désirant émettre un message (l'OFSP par exemple) et l'autre constituant un groupe-cible difficile à atteindre. Le rôle du médiateur consiste à faciliter la communication - ou à traduire le message - parce qu'il partage la langue ou la culture des personnes à atteindre. A partir de cette base commune, les avis divergent. Pour quelques-uns, le médiateur transmet directement le message à son groupe (par exemple en se rendant sur les lieux fréquentés par les destinataires). C'est le médiateur ou l'éducation par les pairs dans leur sens le plus habituel. La transmission du message peut être schématisée ainsi :

programme → médiateur → destinataire

Pour d'autres informateurs suisses, le médiateur transmet le message à un premier ensemble de personnes qui, à leur tour, le diffusent plus loin, à l'instar d'une chaîne. On se trouve ici face à un multiplicateur dont l'exemple-type serait le professionnel de la santé de nationalité étrangère animant des séances de prévention destinées à des compatriotes ou l'*outreach worker* responsable régional des contacts avec son groupe chargé de coordonner les activités d'autres personnes actives sur le terrain. Dans ce cas la transmission du message peut être schématisée de la manière suivante :

programme → multiplicateur → médiateur → destinataire¹³

Les risques de confusion au niveau des termes, imposent de fournir quelques définitions dans cette section (cf. aussi le rapport du projet MEDIA, 1997, pour un glossaire de termes utilisés dans ce domaine).

Un premier ensemble de définitions placent l'intervention du médiateur dans un contexte conflictuel (ou potentiellement conflictuel) où il s'entremet pour faciliter la compréhension, par chacune des parties, du point de vue ou des problèmes de l'autre :

- **Le médiateur en cas de conflit**

"La médiation est un processus de coopération en vue de la résolution d'un conflit dans lequel un tiers impartial est sollicité par les protagonistes pour les aider à trouver un règlement amiable satisfaisant" (Cardia-Vonèche et Bastard, 1990, p. 17). C'est le médiateur dans le sens traditionnel : un négociateur, un conciliateur. Dans le cas d'un couple en train de divorcer par exemple, le médiateur peut être appelé pour faciliter le dialogue entre les conjoints, les aider à redéfinir et à résoudre les problèmes de réorganisation familiale qui se posent.

- **Le médiateur scolaire**

Dans certains cantons romands et alémaniques, le médiateur scolaire sert d'interface entre enseignants et élèves. Cette fonction existe depuis une vingtaine d'années. Prévu initialement comme un moyen de prévenir la toxicomanie, le rôle du médiateur s'est rapidement élargi à la prise en charge de conduites déviantes et de problématiques psychosociales. Les médiateurs scolaires identifient quatre axes dans leur action : aide individuelle aux élèves confrontés à des problèmes souvent complexes (développement individuel, problèmes scolaires, violence, etc.) ; orientation des élèves dans le réseau (médico-psycho-social) ; média-

¹³ Il faut toutefois noter que deux responsables de programme recourent au même concept, mais utilisent les termes de façon inverse : programme → *médiateur* → *multiplicateur* → destinataire.

tion entre les parties concernées par l'école (élèves, classes, enseignants, parents) ; promotion de la santé ou de la qualité de vie dans le cadre scolaire (information, sensibilisation, prévention, maintien ou création d'un milieu de vie scolaire favorable) (Narring et Michaud, 1998).

- **Le médiateur culturel**

La médiation culturelle établit le lien entre deux sous-systèmes sociaux de culture différente. C'est le rôle notamment joué par l'interprète donnant accès aux informations et explications tirées du contexte qui sont indispensables à la compréhension mutuelle entre les partenaires de l'interaction (Weiss & Stuker, 1998). Dans une consultation médicale, par exemple, l'interprète-médiateur culturel peut ainsi être amené à expliquer au soignant le sens d'un geste du patient ("chez une personne de cette culture, ce geste signifie... "). Réciproquement, le médiateur culturel peut expliquer au patient le contexte juridique et politique du pays d'accueil.

Un deuxième ensemble de définitions renvoie à l'activité éducative que le médiateur peut développer dans le contexte de programmes de prévention. Appliqué au domaine du sida, le terme médiateur couvre plusieurs notions qui peuvent parfois se recouper :

- **L'éducateur de pairs**

Il est chargé de diffuser un message auprès d'une population-cible dont il partage une ou plusieurs caractéristiques. Selon le programme, l'éducateur de pairs peut ainsi rencontrer les mêmes problèmes ou difficultés (souffrir de la même maladie par exemple) ou partager une caractéristique avec le groupe-cible (par exemple l'âge pour les enfants-leaders formés pour aider d'autres enfants en difficulté). Dans la majeure partie des cas, l'éducateur de pairs n'est pas payé pour ses activités de prévention.

- **L'*outreach worker* (intervenant en milieu ouvert)**

Au bénéfice d'une formation psychosociale (voire sanitaire) spécifique, l'*outreach worker* est engagé pour travailler avec une population difficile à atteindre par des moyens traditionnels. Il n'est pas indispensable qu'il fasse partie du groupe-cible. Le terme "*outreach worker*" est souvent confondu avec celui d'éducateur de pairs. Dans cette étude, on ne parlera d'*outreach worker* que pour désigner les personnes formellement engagées et rémunérées pour leurs activités de prévention.

Enfin, un troisième ensemble de notions place l'action du médiateur dans un contexte où il facilite l'acquisition de connaissances et de compétences par les personnes auprès desquelles il agit :

- **Multiplicateur**

Le terme multiplicateur renvoie généralement à une personne au bénéfice d'une formation professionnelle (enseignant, infirmier, médecin, assistant social etc.) qui transmet des messages de prévention dans le cours de son activité rétribuée.

- ***Empowerment***

Elément de base de nombreux programmes de prévention ayant recours aux médiateurs, l'*empowerment* implique la promotion du développement personnel ou d'une communauté (améliorer l'image de soi, promouvoir l'estime de soi, développer des compétences sociales, donner accès à des instruments permettant de résoudre des problèmes et de pren-

dre des décisions). L'*empowerment* reconnaît la capacité et le droit des individus et des communautés à identifier leurs propres besoins en matière de santé, à faire leur propre choix et à prendre des mesures pour atteindre les buts qu'ils se sont fixés. Il s'oppose à l'ancien modèle selon lequel le spécialiste professionnel décide ce que le destinataire devrait savoir, inculque ses connaissances à des destinataires passifs et s'attend à ce que ces derniers soient "compliants". La notion d'*empowerment* implique un élément d'engagement social large, de lutte contre les injustices par la destruction des obstacles structurels qui s'opposent à l'épanouissement des individus ou des communautés (d'après Williams, 1995)¹⁴.

Dans le présent rapport, le terme médiateur fait le plus souvent référence à la personne qui développe une action d'éducation auprès de pairs ou à celle qui sert d'interface entre deux mondes (culture, "sous-culture", systèmes de valeurs). La fonction de médiation dont il sera question consiste à créer les conditions propres à faciliter la communication et la compréhension réciproque entre les acteurs de la prévention du VIH/sida.

2.2 QUELQUES REPERES HISTORIQUES ET THEORIQUES

Les origines des actions de prévention du sida par les médiateurs peuvent être trouvées d'une part dans les programmes d'éducation par les pairs dans les écoles et, d'autre part, dans des programmes de santé communautaire.

Le Plan d'action commun européen d'éducation par les pairs sur le sida (*EUROPAIR*, décrit plus bas) situe l'origine des programmes fondés sur l'action de médiateurs aux premières années du 19^{ème} siècle, dans le système de supervision anglais qui consistait à charger des élèves d'enseigner à leurs camarades les sujets qu'ils avaient appris eux-mêmes (tutorat). Initialement, les fondements de la méthode étaient avant tout économiques : recourir à des élèves était moins onéreux qu'engager des professionnels. Toutefois, ce système d'enseignement possède des avantages pédagogiques notamment attribuables au fait que les enfants parlent la même "langue" et qu'ils peuvent être moins intimidés (ou plus influencés) par la communication d'enfant à enfant que par l'échange entre adulte et enfant.

¹⁴ An empowerment approach in health promotion involves facilitating the process of individual growth and development (enhancing self-concept, promoting self-esteem, developing personal and social skill, providing access to new information and opportunities for values clarification, problem-solving and decision-making) as well as involving an element of commitment to challenging and combating injustice and oppression. It recognises the rights of individuals and communities to identify their own health needs, to make their own health choices, and to take action to achieve them. It challenges the traditional medical model, in which the professional, as expert in possession of specialist knowledge, prescribes what the service user needs to know, passes on that information, and expects compliance. It rejects the individualistic values that have so strongly influenced health promotion practice, ceasing to locate the causes of ill health within the individual service user, to define problems in terms of personal ignorance, incompetence or apathy, and see "solutions" in terms of lifestyle changes. It focuses on realising the potential of people, as individuals and communities, for growth and development, and on removing the structural barriers that inhibit it - barriers of class, race, gender, age, physical ability and so on. (Williams, 1995.)

Le *counselling* par les pairs est né du tutorat. Il a débuté dans les années 1970. Il s'agit d'une approche centrée sur l'aide apportée aux jeunes confrontés à des problèmes personnels et sociaux. Des jeunes sont formés au *counselling* auprès de camarades qui leur ressemblent. Dans certains cas, les pairs chargés de l'intervention ont eux-mêmes été précédemment confrontés aux problèmes qu'il s'agit d'aborder. A l'heure actuelle, la méthode est notamment utilisée dans le cadre d'interventions auprès de jeunes homosexuel(le)s en phase de *coming out*, dans la prévention de l'abus de drogues ou du suicide ainsi que dans le *counselling* aux jeunes vivant avec le VIH.

Un autre fondement de l'éducation par les pairs réside dans l'éducation à la santé. Le projet le plus fréquemment cité est le projet de prévention de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires (Puska et al, 1985 ; 1986) mis en œuvre en 1972 en Karélie du Nord (Finlande). L'activité déployée par des médiateurs constituait l'un des outils principaux de ce programme. Avec l'aide d'informateurs-clé, des leaders d'opinion des communautés visés avaient été identifiés puis spécialement formés. Ouvrant bénévolement, ils ont mené par la suite de nombreuses actions de prévention, conseillant aux membres de leur communauté d'arrêter de fumer, de changer leur régime alimentaire, etc. Au terme du programme, l'effectif des fumeurs avait diminué et la population consommait moins de graisse animale ; enfin, la mortalité et la morbidité cardio-vasculaires avaient diminué. Par contre, il n'a jamais été possible de déterminer si l'évolution positive des différents indicateurs découlait directement des actions du programme ou d'autres changements ayant eu lieu simultanément dans la société (Puska et al, 1985). Nous retrouverons ce problème d'évaluation plus tard avec les programmes de prévention du sida.

L'approche par les pairs ou par les médiateurs se fonde sur plusieurs théories concernant le changement de comportement. A la base, on trouve le "modèle de la croyance à la santé" (*'health belief model'* : Rosenstock, 1974 ; Rosenstock et al, 1994) : pour qu'un individu change son comportement, il faut qu'il perçoive un risque, qu'il pense que les bénéfices d'un comportement préventif l'emportent sur ses coûts et ses inconvénients et qu'il y ait une incitation à l'action qui le pousse à adopter ce comportement. La théorie de l'action raisonnée (*'theory of reasoned action'* : Fishbein, 1990 ; Fishbein et al, 1994) ajoute à l'équation les normes sociales dominantes (si un individu croit que son environnement social a une opinion positive sur un comportement, il est plus enclin à l'adopter) tandis que la théorie de l'apprentissage social (*'social learning theory'* : Bandura, 1990 ; 1994) ajoute le concept "d'auto-efficacité" (*'self efficacy'*) : plus une personne a de l'auto-efficacité, plus elle est convaincue qu'elle peut garder un certain contrôle d'une situation - ou de sa santé). Le changement de comportement passe par la répétition et le développement des nouvelles capacités. Ces changements se font en interaction avec l'environnement - d'où l'importance des pairs ou médiateurs : les réactions d'autrui peuvent renforcer ces nouveaux comportements. Les personnes-modèles surtout exercent une influence sur le comportement des autres.

Divers éléments de ces trois théories ont été rassemblés dans un modèle appelé "modèle des stades de changement" ou "modèle transthéorique" (*'stages of change model'* ou *'transtheoretical model'* : Prochaska et al, voir Cabral et al, 1996 et Corby et Wolitski, 1997) selon lequel un changement de comportement a lieu à travers des stades bien définis (pré-contemplation, contemplation, préparation, action puis maintien). Ces stades de changement peuvent se chevaucher et ne sont pas toujours franchis à sens unique (il n'est pas rare que des personnes qui ont adopté un comportement reviennent en arrière, puis avancent de nouveau). Comme le précédent, ce modèle peut aussi bien être appliqué aux groupes et aux communautés qu'aux individus : il est

évident que les interventions bien adaptées au stade de changement sont plus efficaces. Une dernière théorie qui sous-tend l'action par les médiateurs traite plus spécifiquement du niveau de la communauté. La "théorie de la diffusion de l'innovation" (*diffusion of innovation theory* : Rogers, 1983 ; Dearing et al, 1994) utilise également le modèle de l'influence sociale pour expliquer le changement de comportement. Les interventions - par exemple une séance d'information sur le sida - ne touchent pas uniquement ceux qui en sont témoins. Les innovations (ou les changements) sont diffusés à travers les réseaux du groupe-cible ou de la communauté en question. Les leaders d'opinion jouent ici un rôle-clé : ces "agents du changement" n'influencent pas seulement ceux avec qui ils sont en contact direct mais également d'autres, indirectement. Les médias ont également un rôle important dans cette théorie.

En résumé, l'approche par les pairs ou par les médiateurs est principalement fondée sur les éléments suivants (Delbos-Piot, certificat de santé communautaire, 1994) :

- L'importance qu'un individu accorde à la perception des normes du groupe auquel il appartient : l'approche par les pairs cherche à véhiculer des normes conformes aux buts poursuivis par la prévention ("ce qu'il est bien de faire")
- L'importance des leaders d'opinion : les personnes les mieux acceptés par leurs proches sont sources d'informations crédibles car elles appartiennent au même système social et parlent le même "langage". Elles vont servir de modèles à leurs pairs et leur donner l'exemple d'une norme à suivre
- L'identification avec la source de l'information permet une meilleure personnalisation du risque. La confirmation d'une information par un proche est plus convaincante que si elle est fournie par une source inconnue.

De plus :

- Elle est adaptée aux caractéristiques socioculturelles du groupe cible
- Elle utilise les réseaux déjà existants

2.3 EXEMPLES DE PROGRAMMES AYANT RECOURS A DES MEDIEATEURS DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA

Dans le domaine du sida, de nombreux programmes recourent à des médiateurs. Quelques exemples étrangers seront discutés avant d'aborder les programmes suisses. Dans l'impossibilité de couvrir toute la littérature, le choix s'est porté sur des projets particulièrement importants, bien décrits et évalués, ou possédant des points communs avec certains projets suisses (et susceptibles à ce titre de nourrir la discussion). La présentation suit - et extrapole - à partir d'une analyse qui a déjà été fait concernant les programmes d'éducation de pairs parmi les jeunes.

2.3.1.1 Une typologie de programmes "médiateurs"

De très nombreux programmes de prévention du sida faisant recours aux médiateurs ont lieu auprès **des jeunes** dans les écoles, les universités et dans les quartiers défavorisés des grandes villes (cf. Quirk et al 1993, O'Hara et al 1996, Reeder et al 1997, Journal of Adolescent Health, 1998 ; Wren et al, 1997). Au niveau européen, le "Plan d'action commun européen d'éducation

par les pairs sur le sida en direction des jeunes scolarisés ou non scolarisés" (EUROPAIR)¹⁵ est né de la constatation que de nombreux projets se développaient de manière cloisonnée. Il semblait ne pas y avoir de consensus sur ce que signifiait "l'éducation par les pairs" ou dans quels environnements elle devait être utilisée. Il y avait par ailleurs un manque évident de recherche sur son efficacité. Ce projet a réalisé une revue exhaustive de la littérature et examiné près de 24 projets d'éducation par les pairs en matière de sida parmi les jeunes. Les projets examinés étaient ceux qui fonctionnaient de manière satisfaisante depuis un certain temps et/ou qui avaient fait l'objet d'évaluations. Sur la base de la revue de la littérature et d'entretiens, des recommandations ont été formulées dans un processus de consensus¹⁶.

Parmi les nombreux résultats de ce programme largement orienté vers les actions sur le terrain, nous citons ici une analyse qui fait le lien avec la discussion des projets suisses qui va suivre. Le projet *EUROPAIR* note qu'il existe une très grande diversité entre les programmes d'éducation par les pairs pour la prévention du sida : dans les caractéristiques démographiques et de culture des groupes-cibles, dans l'autonomie dont disposent les éducateurs de pairs, dans le contenu et les étapes dans la mise en place des programmes ou encore dans les objectifs de ces projets. Les auteurs subdivisent de tels programmes en quatre approches : l'approche pédagogique et éducationnelle, l'approche de proximité, l'approche diffusionnelle et l'approche fondée sur la mobilisation communautaire grâce à l'appui des pairs.

Dans l'approche pédagogique, l'information est présentée dans un cadre formel, par exemple lors d'une conférence d'une à deux heures donnée par un jeune, avec ou sans la présence d'un adulte. Des techniques didactiques et interactives sont utilisés. Les activités vont de l'utilisation de 'scénarios' écrits par les adultes à un contenu complètement déterminé par les éducateurs de pairs eux-mêmes. Les éducateurs de pairs ont le même âge ou sont plus âgés que ceux qui participent, mais n'appartiennent pas nécessairement au même groupe social ou ne vivent pas les mêmes expériences. On fait l'hypothèse que les éducateurs de pairs utiliseront un langage implicite ou explicite plus adapté aux jeunes et que les questions seront plus directes. On s'attend rarement à ce que l'information soit diffusée au travers de réseaux sociaux en dehors d'un cadre formel. On utilise souvent cette approche comme complément à

¹⁵ EUROPAIR est financièrement soutenu par la Commission européenne, l'Institut national de santé publique de Suède et le Département de médecine communautaire de l'Université de Lund. La Suisse est absente de ce réseau.

¹⁶ Les recommandations de *EUROPAIR* concernent la manière de mettre en place, de mener et d'évaluer des projets d'éducation par les pairs sur le sida chez les jeunes. Ils ont été écrits à l'intention des intervenants et des décideurs politiques, mais devraient aussi être utiles aux jeunes et aux personnes souhaitant mieux comprendre l'approche. Le projet a également produit une bibliographie descriptive à propos de l'éducation par les pairs sur le sida et mis en place un site de réseau interactif sur Internet (www.Europeer.lu.se). Sur ce site, sont disponibles des versions des recommandations en français, anglais, italien, allemand, espagnol, portugais, grec et suédois qu'il est possible de télécharger. Par ailleurs, le site met à disposition des données bibliographiques téléchargeables (quelque 400 documents essentiellement en anglais), des localisations géographiques des projets d'éducation par les pairs sur le sida dans 14 pays de l'Union européenne, une page d'actualités, une page à disposition des réseaux et des forums de discussion pour les éducateurs de pairs, les intervenants, les décideurs politiques et les chercheurs/évaluateurs.

d'autres interventions, comme par exemple dans un cours d'éducation sexuelle.

Dans l'approche de proximité, les éducateurs de pairs appartiennent rarement au groupe social qui reçoit l'éducation par les pairs, mais ils partagent certaines caractéristiques avec eux, comme l'âge, l'origine ethnique, le langage, l'orientation sexuelle, les problèmes (par exemple la consommation de drogues), etc. Le recours à cette approche est fondé sur les mêmes hypothèses que l'approche pédagogique relative au langage explicite ou implicite. Du fait que les éducateurs de pairs partagent les caractéristiques et le style de vie du groupe-cible, ils peuvent s'identifier avec eux plus facilement et il peut y avoir là un avantage par rapport à l'utilisation d'un intervenant de proximité adulte. Lorsqu'elle est utilisée avec des jeunes marginalisés ou en dehors du système, cette méthode peut être déterminante. On peut citer les exemples d'éducateurs de pairs qui viennent prendre la parole dans des quartiers ethniques ou faire des présentations dans des cadres formels (par exemple des maisons de jeunes), qui ont des entretiens informels avec d'autres jeunes dans des bars (par exemple des bars gays), des boîtes ou dans la rue. Il s'agit là d'une approche de proximité au sens où il y a là une tentative pour toucher des jeunes qui ne partagent pas ou ne comprennent pas les valeurs contenues dans les messages de prévention grand public, ou encore ont besoin d'efforts particuliers compte tenu de leur vulnérabilité au VIH (Svenson, 1998, p. 24).

Dans l'approche diffusionnelle, on fait appel à des éducateurs de pairs qui font partie du même groupe social que le groupe-cible. Cette approche repose sur une communication informelle de pair à pair et sur des influences sociales qui s'exercent en dehors d'un cadre formel dans le but de créer les conditions idoines pour le dialogue. Cette approche s'efforce de s'appuyer sur les réseaux sociaux existants et sur les canaux de communication pour diffuser le changement ou l'innovation dans le groupe. Cela suppose des discussions spontanées entre les jeunes et les activités que les éducateurs de pairs mènent de manière informelle. Parmi les activités envisageables, il y a des pièces et des sketches, la distribution de préservatifs, des programmes radio, des événements organisés pour la Journée Mondiale de Lutte contre le sida, des projections de films et des concerts, la mise en place de points d'information ou tous les événements locaux où le groupe peut activement s'impliquer comme les festivals.

Ce qui distingue cette approche des approches pédagogiques et de proximité, c'est qu'elle vise directement à influencer les opinions, les croyances et les normes sociales perçues qui sont liées aux comportements à risque et au style de vie. Pour bénéficier d'un effet maximum, les activités devraient être suivies par le groupe-cible et ceci devrait, en retour, créer un cadre de discussion. Le recours à des leaders d'opinion naturels disposant de larges réseaux sociaux peut qualitativement et quantitativement amplifier l'effet. Si le groupe-cible est large et divers dans sa composition, le recours à des éducateurs de pairs représentant différents sous-groupes peut être utile. Un sentiment

d'appropriation par le groupe-cible et des éducateurs de pairs identifiables contribuera à renforcer le projet. (Svenson, 1998, p. 25)

L'approche fondée sur la mobilisation communautaire grâce à l'appui des pairs fait appel à la communauté locale comme base et se fonde sur une forte coalition d'organisations communautaires, de leaders d'opinion, de professionnels et de jeunes. Ici, le terme 'communauté' recouvre des communautés géographiques, ethniques, scolaires, religieuses, homosexuelles, etc. On se rapproche là de l'idéal en termes de promotion de la santé qui est de mobiliser la communauté locale pour faire face aux problèmes de santé grâce à l'implication et l'approbation d'autant de secteurs possibles. Dans certaines communautés, un projet d'éducation par les pairs sur le sida n'est possible que si la communauté entière le soutient compte tenu du caractère sensible du sujet.

Dans cette approche, les jeunes éducateurs de pairs sont par exemple responsables du développement et de l'exécution des interventions. Ils représentent la communauté davantage qu'un projet unique ou une association. Les projets émergent généralement sous la forme d'études pilote et finissent par se diffuser à de nouveaux environnements. Les jeunes comme les étudiants du supérieur ou ceux qui sont impliqués dans des associations peuvent finir par assumer les responsabilités du projet. (Svenson, 1998, p. 25)

Cette typologie est tout à fait applicable à d'autres populations :

Nous retrouvons ces mêmes types d'approches dans les programmes de prévention du sida qui font recours aux médiateurs auprès des **populations migrantes** par exemple¹⁷. On trouve l'approche pédagogique dans une série de séances d'information menées par des personnes des communautés turque et marocaine aux Pays Bas (Kocken et al, 1998) ou par les personnes de la communauté turque dans différents pays européens (Geiger et al, 1998). On retrouve également les approches pédagogiques et de proximité dans un projet de médiation entre les cultures mené par le Centre d'anthropologie médicale de Hanovre. Par exemple, des séances d'information par rapport au sida sont tenues par dix-huit médiateurs de même langue et culture appartenant à seize nationalités différentes. Dans ce projet, les migrants sont atteints là où ils se trouvent (mosquées, aéroports, écoles, prisons, associations, etc.) à travers quarante événements d'information par année (Borchert et al, 1994; Salman et Soner, 1997).

Les projets font souvent recours à une combinaison des différentes approches. Toujours en ce qui concerne les migrants, par exemple, les projets de "Positively Irish Action on AIDS" (PIAA) et "NAZ" en Grande-Bretagne vont plus en direction des approches diffusionnelle et de mobilisation communautaire. C'est par exemple le cas des personnes séronégatives de la communauté irlandaise organisant des activités pour leurs compatriotes séropositifs à Londres ou des homosexuels pakistanais organisant des activités de prévention pour les autres homosexuels de leur communauté, ainsi que pour des femmes pakistanaises ou penjabies de cette même ville (O'Brien & Khan, 1996). Les programmes sont développés par les membres des communautés visées et

¹⁷ Une certaine coordination entre les programmes européens de prévention du sida auprès des communautés de migrants est assurée par le projet "AIDS and Mobility" (AIDS and Mobility, 1999 and net site : www.nigz.nl/aidsmob/) financé par l'Union européenne.

destinés non seulement à des sous-groupes particulièrement exposés, mais à des membres des communautés vivant dans une diversité de situations.

On trouve enfin l'approche fondée sur la mobilisation communautaire dans la construction d'un réseau de migrants affectés par le VIH et le sida (Narimani et al, 1996).

2.3.2 La typologie appliquée aux programmes "médiateurs" auprès des homosexuels

Quant aux projets auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, Kelly et al (1991) décrivent une intervention exemplaire en milieu homosexuel. L'intervention a fait recours à l'**approche diffusionnelle** d'éducation par les pairs. Assez loin des grands centres de la vie "gay" aux Etats Unis, l'intervention a eu lieu pendant quelques semaines en 1990. Basée sur la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers 1983), l'intervention a fait recours aux leaders d'opinion pour sensibiliser les homosexuels de la région. Elle a eu lieu dans les lieux principaux de socialisation de cette population : les bars "gay". Les leaders d'opinion étaient signalés par les barmen. 39 hommes et 4 femmes ainsi identifiés ont suivi une formation très complète (quatre séances d'information en groupe, jeux de rôle, discussions des réactions des clients lors de leurs premières tentatives d'aborder la prévention du sida dans un bar). Quelques jours avant l'intervention, des affiches attirant l'attention - mais n'indiquant pas le sujet de toute cette mobilisation - avaient été placées dans les bars. Les soirs de l'intervention, les éducateurs de pairs portaient des badges assortis aux posters afin de susciter des remarques et d'aborder le sujet du sexe à moindre risque. Une moyenne de 7.1 conversations par médiateur a ainsi été relevée. Les effets du programme (connaissances, comportements à risque, normes perçues) ont été évalués au moyen d'un questionnaire rempli par les clients pendant trois soirs précédant l'intervention, puis trois et six mois après l'intervention. Des bars comparables dans deux autres villes servaient de contrôle. Cette évaluation a montré une diminution des comportements à risque dans la ville où l'intervention a eu lieu. On note également une diminution des comportements à risque parmi les éducateurs de pairs eux-mêmes.

Un deuxième exemple utilise plutôt l'**approche de proximité**. C'est un programme d'outreach auprès des hommes fréquentant des lieux extérieurs de drague masculine. Ce programme est conduit depuis 1991 dans le contexte de l'association Aides à Paris (Mendès-Leite et Proth, 1997 ; Proth, 1998). Les interventions sont menées par une trentaine de volontaires de l'équipe de prévention d'Aides : Pin'Aides. La population visée est très hétérogène : personnes appartenant à la communauté "gay", personnes sans domicile fixe, sadomasochistes, hommes mariés et hommes qui se prostituent. Les lieux sont publics et à l'extérieur (une station de RER, les berges d'un canal, des quais). Les rencontres sont anonymes, furtives. Les volontaires vont en équipe de deux. Un camping-car de Aides est garé près de certains sites. Portant des chapeaux ou des badges, les volontaires s'annoncent comme volontaires d'Aides, abordant activement les usagers, distribuant du matériel de prévention et des préservatifs. Depuis quelques années, ils font de plus en plus de prévention secondaire en se rendant disponibles pour l'écoute et des discussions. En majorité homosexuels¹⁸, ces volontaires savent comment aborder (et ne pas aborder) les usagers : ils savent dans quelles zones les messages de prévention peuvent être écoutés et dans lesquelles de telles interventions ne seraient pas appropriées. Ils connaissent le langage corporel qui annonce

¹⁸ Quelques femmes hétérosexuelles font partie de l'équipe mais elles ne vont pas aborder des hommes qui fréquentent des lieux de drague.

qu'ils sont sur les lieux pour d'autres raisons, et ne sont pas sexuellement disponibles. Dans les termes des évaluateurs, les volontaires savent comment "séduire avec le message de prévention". Les volontaires sont recrutés par annonces et par le bouche-à-oreille. Ils doivent passer par plusieurs étapes avant d'éventuellement être acceptés en tant que volontaires (tous les candidats ne sont pas acceptés) : entretien(s) individuel(s), cours de formation pendant deux week-ends et quelques soirées par la suite. Les volontaires assistent à une réunion mensuelle obligatoire. Ces "rites de passage" faisaient qu'au moment de l'évaluation il régnait à l'association un sentiment très fort d'appartenance et de mobilisation communautaire. Beaucoup de volontaires sont motivés par le militantisme gay, mais beaucoup de motivations tournent également autour du VIH et du sida : beaucoup de volontaires ont perdu des amis ; certains souhaitent aider les autres parce qu'ils sont eux-mêmes séropositifs ; d'autres, au contraire, le font parce qu'ils sont séronégatifs et ont le sentiment d'avoir échappé. Ces volontaires sont secondés par des travailleurs salariés (qui préparent le matériel pour l'intervention de la soirée par exemple) mais c'est le travail non-payé des volontaires qui est valorisé au sein de l'association. Chaque volontaire est obligé de faire au moins une action par mois, au début en tandem avec un volontaire plus expérimenté, puis en duo avec un autre volontaire. Ces derniers ne sont pas formellement supervisés, sauf par le débriefing qui a lieu chaque soir à la fin de l'action. A Paris, la "durée de vie du volontaire" est de deux ans (beaucoup plus longtemps dans d'autres antennes de Aides) : ils s'arrêtent pour cause de fatigue et/ou de lassitude. Les problèmes rencontrés seront discutés plus bas.

Le dernier exemple tiré de la prévention du sida en milieu homosexuel parle de **mobilisation communautaire**. Dowsett (1995) fait la même distinction que *EUROPAIR* au sujet de l'approche diffusionnelle et de l'approche de proximité, mais cette fois au niveau des interventions des communautés et non pas au niveau de l'éducateur de pairs. Cet auteur fait une distinction utile entre les stratégies de prévention effectuées à l'intérieur des communautés gay et celles qui sont, quoique toujours menées par la communauté gay, plutôt de nature "outreach". Les premières sont menées par et orientées vers la communauté gay : elles essaient de faire en sorte que le sexe à moindre risque devienne partie intégrante de la culture gay. Dans cette approche, des messages de prévention sont insérés dans tous les aspects (sexuels, sociaux et politiques) de la communauté, y compris dans ses événements importants et son secteur commercial. Les leaders de la communauté, des vedettes et les média essaient de créer un lien entre "communauté gay" et "sexe à moindre risque", évoquant l'idée d'une communauté qui agit afin de se protéger. Autrement dit, la culture du sexe à moindre risque et celle de la communauté gay sont profondément entremêlées. Mais si cette stratégie a été menée avec un succès indéniable, elle ne touche pourtant pas les hommes qui ne se sont pas identifiés avec la communauté gay, et c'est pour cette raison que les stratégies d'outreach ont été développées. Ces dernières prennent diverses formes : programmes d'éducation par les pairs (par exemple entre hommes du même âge, du même groupe ethnique ou de la même région), programmes d'outreach (à travers des lignes téléphoniques ou dans des endroits de rencontres clandestins). Tout comme le projet de Pin'Aides, ces derniers programmes impliquent souvent à la fois l'engagement de personnel payé et des activités de travailleurs bénévoles.

Cette distinction entre mobilisation de la communauté pour ses propres membres et mobilisation pour d'autres personnes est utile car elle lie les deux programmes qui viennent d'être discutés (Kelly aux Etats Unis et Pin'Aides à Paris). Elle reconnaît les différences profondes qui peuvent exister au sein d'un même "groupe à risque". Ce qui est important, c'est que les programmes sont menés par les membres d'une communauté qui s'identifie en tant que communauté, qui se mobilise pour effectuer de la prévention dans un premier temps auprès des siens (les sembla-

bles, les membres de la communauté) puis, en fonction d'un besoin identifié, auprès de personnes qui sont plus éloignées tout en respectant leur éloignement¹⁹. Dans le cas qui vient d'être discuté, c'est en fait la communauté gay qui agit comme médiateur entre le programme national de prévention du sida et les personnes (plus ou moins cachées) qui pourraient avoir des comportements à risque. Ceci nous mène à des programmes de prévention du sida qui font recours aux médiateurs et qui visent les personnes qui ont des comportements particulièrement à risque.

2.3.3 Programmes "médiateurs" auprès des personnes qui s'injectent

Si, tout au début de l'épidémie, il a été reconnu que les personnes qui s'injectent des drogues étaient disproportionnellement affectées par le VIH, il était beaucoup moins évident de déterminer comment faire passer des messages de prévention auprès de ces personnes vivant en marge de la société, a priori peu soucieuses de leur santé, éloignées des systèmes de distribution d'informations pour la "population générale" et engagées dans des comportements illégaux. Un élément important des mesures de prévention - développées en parallèle avec la mise en place des politiques de réduction de risque - était la distribution par les pairs d'informations, de counseling et de soutien (Friedman, 1987; van den Hoek et al, 1989 ; Des Jarlais, 1994). De plus, de nombreux programmes d'échange de seringues engagent des utilisateurs ou ex-utilisateurs afin de recruter des clients et d'augmenter la crédibilité du programme auprès du groupe-cible. Un exemple est un bus mobile d'approvisionnement de seringues à Toulouse où, en plus de deux travailleurs sociaux, le personnel incluait deux "personnes de proximité" des milieux de la drogue et/ou des personnes infectées par le VIH (Bertau, 1995).

Un projet relativement typique des programmes d'outreach a eu lieu dans la ville de Denver aux Etats Unis (Simons et al, 1996). Un centre d'accueil situé en plein milieu d'un quartier où ont lieu beaucoup d'injections de drogues se trouvait au cœur du projet. Le quartier était également connu pour la prostitution et pour son fort taux de criminalité. Le centre était animé par un "outreach worker" payé par le projet. Ce travailleur "de proximité", blanc, a pris plusieurs mois avant de commencer à gagner la confiance des toxicomanes, en majorité noirs, du quartier. Il a distribué de l'eau de Javel et des préservatifs, mais aussi mangé dans les restaurants et fréquenté un centre de loisirs du quartier afin de se faire connaître dans la communauté. Son ouverture aux utilisateurs de drogues s'est fait à travers un toxicomane résidant de la communauté qui, petit à petit, a pu être convaincu d'emmener quelques-uns de ses amis et ainsi de suite en boule de neige. Chaque "peer networker" était payé pour recruter les suivants. Après la période initiale de réticence, le nombre d'injecteurs recrutés a rapidement augmenté : six mois plus tard, le centre recevait un minimum de 100 éducateurs de pairs par mois et a devait imposer quelques limites à leurs activités, puis arrêter le recrutement de nouveaux éducateurs de pairs.

Ces médiateurs recevaient une formation individuelle très brève puis suivaient en groupe un cours de deux heures. La formation traitait de la bonne utilisation de l'eau de Javel pour désinfecter les seringues, de l'utilisation des préservatifs et des modes de transmission du VIH. Chaque participant était payé 15 dollars pour avoir recruté une autre personne ou pour sa participation à la formation. Une fois la formation terminée, leur tâche était de distribuer activement de l'information, de l'eau de Javel et des préservatifs dans leur entourage. A la fin de la première

¹⁹ Dowsett dit bien : "These are not gay colonisation programs ; they are not geared to making all homosexually active men gay."

année du programme, les 119 éducateurs de pairs formés distribuaient 3700 kits d'eau de Javel par mois

Au début, la motivation de ces "éducateurs de pairs" était l'argent payé par le projet, mais des petits signes montraient que les membres de la communauté s'approprièrent de plus en plus ce projet. Par exemple, ils apportaient des jouets pour les enfants des clients ou des choses à manger. Se plaignant du manque de temps pour discuter informellement, ils ont proposé de mener des activités de loisirs ensemble. Les auteurs de l'article décrivant ce projet notent que l'attention du personnel du projet portée aux vies des volontaires est devenue pour ces derniers une motivation aussi importante que l'argent. L'évaluation de ce projet, effectuée à travers de brefs entretiens avec 2000 injecteurs a montré une augmentation significative de l'utilisation d'eau de Javel pour nettoyer les seringues et de celle de préservatifs avec des partenaires occasionnels (Rietmeijer, 1996).

Une autre intervention faisant recours aux médiateurs utilisateurs de drogues compare l'efficacité des efforts menés uniquement par des outreach workers et ceux menés par des éducateurs de pairs (Broadhead et al, 1995) - c'est-à-dire de l'approche de proximité et de l'approche diffusionnelle. Tout comme celle qui vient d'être décrite, l'intervention est basée dans un centre d'accueil. Elle a eu lieu dans deux petites villes des Etats-Unis. Dans un premier volet, le projet était mené par trois "outreach workers" ; dans l'autre par 52 "pairs", des injecteurs ou ex-injecteurs membres de la communauté. Tant pour les "outreach workers" que pour les "pairs", le rôle était d'informer les toxicomanes de la communauté au sujet de la prévention du sida. Les deux types de médiateurs étaient payés, les "outreach workers" salariés à plein temps et les "pairs" rémunérés à la tâche. Les "pairs" étaient ainsi payés pour assister à une formation sur le sida, pour amener jusqu'à trois autres injecteurs au centre d'accueil, pour participer à une séance de counselling par un éducateur professionnel. Ils recevaient un "bonus" s'ils avaient correctement informé leurs pairs concernant la prévention (ceci mesuré par un bref questionnaire). Les activités des "pairs" étaient donc directement supervisées par la mesure des connaissances des personnes qu'ils avaient informées, tandis que les "outreach workers" étaient supervisés de façon irrégulière. Un des buts du programme était d'amener des personnes difficiles d'accès et à haut risque du sida à des séances de counselling par un éducateur. En ce sens, les efforts des "pairs" étaient nettement plus fructueux que ceux des "outreach workers". Les "pairs" ont non seulement amené plus de personnes au centre, mais ils l'ont fait à bien moindres frais : 14 dollars par personne recrutée par les "pairs" contre 831 dollars par les "outreach worker". Tout comme dans le programme de Denver, les évaluateurs notent qu'une des mesures indirectes du succès de ces efforts d'outreach dans la communauté était que les éducateurs de pairs ont commencé à utiliser le centre d'accueil comme centre communautaire. Le centre est devenu un endroit où on pouvait amener ses amis pour toute sorte de conseils, des échanges de petits services ou tout simplement pour rencontrer des gens. La conclusion de l'évaluation tranche très clairement en faveur des interventions par les pairs : nous reviendrons plus tard à leur discussion des problèmes autour du travail des "outreach worker".

2.3.4 Programmes "médiateurs" auprès des travailleurs du sexe

Avec les personnes qui s'injectent, les travailleurs du sexe sont peut-être le groupe-cible envers lequel sont orientés le plus grand nombre de programmes faisant recours aux médiateurs. Notons, entre autres raisons, que le risque du VIH dans cette population ne vient pas uniquement des clients mais aussi des partenaires non clients, et que c'est par les pairs que cette question

très sensible est le mieux abordée (Campbell, 1991). De très nombreux programmes ont ainsi été développés à travers le monde. En Thaïlande par exemple (Visrutaratna et al, 1995), des "superstars" ou "vedettes" - c'est à dire des leaders - ont mené des séances de formation auprès de 500 pairs travailleurs du sexe dans 43 établissements de Chiang Mai. Les premières "superstars" étaient recrutées - ou choisies - par le personnel du programme ; dans un processus de boule de neige, les suivantes se sont annoncées parmi les participants aux séances d'information animées par les premières. Il faut noter que l'éducation par les pairs ne représentait que la moitié des activités de ce programme : l'autre composante consistait à agir sur leurs conditions de travail en négociant avec les propriétaires des établissements (explications de l'importance de mener une politique d'utilisation des préservatifs, approche coûts/bénéfices d'une politique concernant les préservatifs, fourniture de préservatifs gratuits, discussions de leurs problèmes). L'efficacité de ces mesures a été évaluée non pas par ce que disaient les travailleurs du sexe à propos de leur utilisation de préservatifs mais par des mesures qui devraient être encore plus fiables : avant et après les interventions, des personnes se présentant comme clients ont évalué la façon dont les prostituées ont imposé l'utilisation des préservatifs. Ils demandaient des rapports "sans" puis, en cas de refus, insistaient en offrant trois fois le tarif habituel. Avant le programme, 42% des prostituées refusaient des rapports non protégés, après le programme 92%. Et cet effet continuait : une année plus tard, 78% refusaient toujours, même quand le "client" offrait trois fois plus que le tarif habituel pour des rapports "sans".

Un autre projet modèle a lieu en Inde. Le projet "Sonagachi" à Calcutta a commencé en 1992 avec la formation de 12 prostituées travaillant dans des conditions de mépris et de précarité sociale extrême. Trois ans plus tard, 65 femmes avaient été formées à la prévention du sida et des autres MST et toutes étaient toujours actives. En 1999, sept ans après le début du projet, 200 prostituées et ex-prostituées agissent dans leur district de Calcutta, distribuent des préservatifs, évaluent l'utilisation de ceux-ci, organisent et mènent des séances d'information, accompagnent les femmes malades, consultent sur des questions de santé en générale, interviennent en cas de crise, enseignent la lecture. En partant de la prévention du sida, les activités du projet se sont rapidement élargies. Ces activités comprennent l'immunisation des enfants, l'enseignement non seulement de la lecture mais des éléments du droit, des activités sociales et culturelles et la création d'un magasin coopératif où les femmes peuvent aussi emprunter de l'argent (un des problèmes définis par la communauté était l'extorsion effectuée par les banques locales). En ce qui concerne les activités de prévention et de promotion de la santé, les femmes travaillent en groupe, chaque groupe sous la direction d'une superviseuse. L'aspect "empowerment" est extrêmement important dans ce projet. Un des effets est une augmentation de l'estime de soi, du sentiment de dignité à travers le développement d'une identité sociale en tant que médiatrice. Le projet a été évalué depuis le début²⁰. Il a été financé d'abord avec de l'aide extérieure, mais le "ownership" du projet va de plus en plus vers les femmes qui le mènent et le projet cherche actuellement à s'autofinancer (par exemple grâce à une coopérative d'achats et même à un système de vente d'assurances sociales [Singh, 1995 ; Jana, 1998]).

²⁰ Pour la petite histoire, ce projet a commencé avec une évaluation : un épidémiologiste indien travaillant avec un institut de santé publique locale a été envoyé par l'OMS évaluer le taux de sida parmi les prostituées dans un des districts "chauds" de Calcutta. Son évaluation a duré trois mois, mais, frappé par ce qu'il a trouvé, il a loué une chambre et commencé ce projet qui occupe maintenant 12 cliniques (Mazumdar, 1999).

Nos derniers exemples de programmes faisant recours à des médiateurs auprès de prostitué(e)s sont européens. Ces projets concernent une série de projets auprès de travailleurs du sexe plutôt difficiles à atteindre. Plusieurs types de prostitution sont impliqués, allant d'une prostitution liée à des réseaux internationaux extrêmement bien organisés (drogue et trafic d'armes) à une prostitution individuelle très occasionnelle. Plusieurs interventions internationales européennes auprès de prostitué(e)s sont liées. L'initiative "EUROPAP"²¹ assure une certaine coordination et facilite les contacts et les échanges entre projets. Un des programmes participant à ce réseau, et qui ressemble beaucoup à un des projets suisses décrits si dessous, est le projet TAMPEP. Ce projet s'adresse aux prostituées mobiles dans plusieurs pays européens (Brussa, 1995, 1996, 1998). Il est basé sur les besoins de : donner une information appropriée dans la langue du groupe-cible, améliorer les conditions de vie et de travail des prostituées mobiles et faciliter le contact entre ces dernières et les institutions médico-sociales locales. Le projet souligne la nécessité absolue d'interventions qui peuvent être menées par des pairs auprès de cette population fortement mobile²². Les groupes-cibles sont hétérogènes, par exemple : femmes nigériennes, vénézuéliennes ou ukrainiennes ; qui travaillent dans des salons ou sur la rue ; en Italie, aux Pays-Bas ou en Allemagne. Dans ce projet, on différencie entre les rôles de "médiateur culturel" et ceux "d'éducateur de pairs". Les "médiateurs culturels" sont des personnes issues du même groupe ethnique ou de la même nationalité que le groupe-cible. Elles partagent donc la culture et l'expérience de la migration. Leurs professions sont diverses (certaines femmes peuvent avoir travaillé comme prostituée, mais pas toutes). Leur rôle est de faciliter les contacts entre les membres du groupe-cible et les autorités sanitaires locales. Elles servent de pont, donnant les explications nécessaires des deux côtés. Elles restent neutres et autonomes entre les deux points de référence (prostituées de leur nationalité et services sanitaires du pays). Par contre, les "éducateurs de pairs" font partie de - et s'identifient avec - le groupe-cible. Le projet essaie d'identifier comme futurs éducateurs de pairs des personnes reconnues comme leaders dans leur communauté. Leur tâche est d'organiser et de diriger des workshops parmi leurs collègues autour de la prévention du sida. Le programme a également un fort élément d'empowerment, il souligne l'importance de conditions de travail sûres, sans lesquelles la prévention du sida ne peut pas avoir lieu. Comme pour d'autres projets décrits, on n'imagine pas fournir uniquement des messages de prévention du sida, sans s'intéresser aux autres préoccupations du groupe-cible. L'accent est donc mis sur une certaine mobilisation de la communauté ainsi que sur le soutien qui peut être donné par les collègues.

2.3.5 Programmes qui impliquent une mobilisation communautaire

Ceci nous conduit au dernier groupe de programmes d'éducation par les pairs décrit dans la littérature : des interventions impliquant une mobilisation communautaire. Une série de "projets-témoin" soutenus aux Etats-Unis par le "Center for Disease Control" (CDC) sont particulièrement importants. Ces projets ont commencé très tôt dans l'épidémie (O'Reilly & Higgins, 1991 ; CDC, 1992 et 1993). En 1991 déjà, cet organisme national de contrôle des maladies soutenait plus de 700 organisations communautaires dans leurs programmes de prévention ciblée (Roper,

²¹ <http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/>

²² Certaines prostituées restent trois mois dans une ville avant de se déplacer dans une autre. Ce mouvement n'est pas nécessairement un désavantage pour la prévention : les médiatrices peuvent apporter avec elles des messages de prévention avec un effet de "boule de neige".

1991). Parmi ces projets on trouve les "community-level HIV interventions" (Pulley et al, 1996 ; Simons et al, 1996; Corby & Wolitski, 1997 ; Fishbein et al, 1999). Ces projets-pilotes, qui font appel à toutes les approches qui viennent d'être discutées et qui ont été développés à partir des théories discutées dans la section précédente, ont eu lieu dans cinq grandes villes américaines²³. Ils visaient des populations difficiles à atteindre et à haut risque : des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes mais qui ne s'identifient pas comme gay, des femmes qui ont des rapports sexuels pour de l'argent ou pour des drogues, des personnes qui s'injectent des drogues et qui ne sont pas en traitement, des femmes partenaires sexuelles d'injecteurs, des jeunes "dans des situations à risque".

Plusieurs concepts ont été tirés de la théorie de la croyance à la santé, de la théorie de l'action raisonnée et de la théorie de l'apprentissage social comme facteurs qui pourraient exercer une influence pour changer les comportements :

- La perception du risque (par exemple : "je pourrais attraper le VIH")
- L'efficacité de la réponse (par exemple : "les préservatifs me protégeraient-ils ?")
- Les attitudes (par exemple : "les préservatifs sont bien/mauvais")
- L'auto-efficacité (par exemple : "je sais utiliser des préservatifs dans des circonstances diverses")
- L'influence sociale (par exemple : "les personnes qui sont importantes à mes yeux pensent que je devrais utiliser des préservatifs")
- Les normes sociales (par exemple : "les gens comme moi utilisent des préservatifs").

Les interventions avaient trois composantes : création de matériel afin de transmettre un message de prévention en forme d'histoire ; mobilisation des membres de la communauté pour distribuer et renforcer les messages et le matériel parmi leurs pairs ; augmentation de l'accessibilité des préservatifs et des kits pour nettoyer l'équipement d'injection. L'élément le plus important consistait en des vignettes racontant comment des vraies personnes de la communauté avaient effectivement changé (ou étaient sur le point de changer) leurs comportements à risque par rapport au sida. Les stades de changement des communautés visées étaient pris en compte dans le développement du matériel. Par exemple, si l'évaluation avait montré que, dans une communauté donnée, la majorité des utilisateurs de drogues se trouvaient au stade de pré-contemplation, les brochures ou les vidéos distribuées raconteraient l'histoire de quelqu'un qui se rendait compte du danger que représente le partage des seringues. Le héros transmet l'idée qu'il serait capable de changer ses comportements (auto-efficacité) et laisse entendre que tout le monde s'attend maintenant à ce que les gens aient les comportements souhaités (c'est-à-dire que les normes dans la communauté ont changé).

La distribution du matériel s'est faite par des approches de diffusion, de proximité et de mobilisation communautaire : un réseau de travailleurs bénévoles a été construit. Ces personnes étaient des membres du groupe à atteindre ou des personnes en contact avec la communauté (les épiciers par exemple). Elles étaient formées pour leurs activités et chargées non seulement de distribuer du matériel écrit mais aussi de discuter dans leur entourage. Certaines sont devenues des militantes très actives et quelques-unes participaient à leur tour à la formation de nouveaux travailleurs

²³ Dallas, Seattle, Long Beach, Denver, New York

bénévoles. Leur rémunération était symbolique plutôt que monétaire (mots d'encouragement de la part des organisateurs du projet, soutien pour sortir de la toxicomanie, nouveau rôle respecté dans la communauté, petits cadeaux, faire monnayer les compétences acquises pour augmenter leurs chances de trouver un emploi). Tous ces efforts étaient supervisés par un conseil des membres de la communauté. Ce conseil aidait à la planification des activités, recrutait des travailleurs bénévoles et identifiait des points d'accès aux sous-cultures dans leur communauté. Entre juillet 1991 et juin 1994, et à travers les cinq villes, presque 1000 travailleurs bénévoles ont été recrutés et formés et 585'000 journaux, brochures et cartes distribués racontant des histoires de modèles.

Ces projets ont été évalués de façon particulièrement substantielle, en commençant avec de la recherche ethnographique effectuée avant le début des programmes (Simons et al, 1996). Les évaluations des résultats montrent de façon particulièrement circonstanciée l'efficacité des programmes qui sont basés dans les communautés et qui font recours aux médiateurs (Hart, 1996 ; CDC, 1999). Chaque communauté qui avait été l'objet d'une intervention a été comparée avec une autre, semblable, mais dans laquelle une telle intervention n'avait pas eu lieu. Un total de 15'205 entretiens ont eu lieu au cours des trois ans de ces programmes dans les 10 communautés appariées (5 avec intervention, 5 sans intervention). L'intention d'employer des préservatifs ou de nettoyer le matériel d'injection, l'utilisation réelle rapportée et le fait d'être en possession d'un préservatif au moment de l'entretien, étaient systématiquement plus élevés dans les communautés où les interventions avaient eu lieu.

La conclusion tirée de ces efforts est que, si les approches **individuelles** de la prévention du sida peuvent aider beaucoup de personnes à changer leurs comportements afin de réduire le risque du sida, ces changements de comportement seront maintenus uniquement si le **groupe de pairs** et les **normes** dans les communautés les soutiennent²⁴. Or, changer ces normes demande la mobilisation des membres de la population ciblée, qui approuvent et soutiennent ces messages et les transmettent à leurs amis, leurs connaissances, leurs voisins. Kelly (1999), dans un éditorial commentant les programmes CDC présentés ci-dessus, note que des personnes ordinaires, sollicitées et soutenues, feront des choses extraordinaires afin de prévenir le sida dans leurs communautés. Même dans les communautés le plus marginalisées, une énergie considérable peut être mobilisée afin de soutenir ses pairs dans leurs efforts de réduction des risques du sida.

²⁴ C'est à dire s'il va se soi pour la majorité des personnes que tel or tel comportement est souhaitable.

3 PROGRAMMES SUISSES DE PREVENTION DU SIDA AYANT RECOURS AUX MEDIATEURS

Une quarantaine de projets recourant à des médiateurs ont été signalés par divers experts des domaines du sida et de la toxicomanie. Un examen attentif fait toutefois apparaître :

- que certains des projets ne constituaient en fait que des éléments locaux ou régionaux d'un même programme national (plusieurs antennes régionales du projet 'Barfüsserfrauen' ou encore un projet saint-gallois destiné à des femmes sous méthadone constituant un des éléments de la phase pilote du projet MEDIA) et qu'il convenait dès lors de ne considérer que ce dernier ;
- que certains projets signalés comme faisant appel à des médiateurs se fondaient plutôt sur l'intervention de multiplicateurs actuels ou potentiels (séances d'information menées dans le contexte du programme Femmes à l'intention de mères de famille, de femmes résidant à la campagne ou d'éducatrices susceptibles de parler du VIH/sida dans leur entourage personnel ou professionnel) ;
- que certains projets envisageaient bel et bien l'intervention de médiateurs, mais que cette composante n'était pas (encore) développée au moment de l'étude (projet genevois BIPS d'intervention auprès de toxicomanes) ;
- enfin, que quelques projets n'impliquaient en aucune façon l'intervention de médiateurs répondant aux définitions évoquées plus haut dans le présent rapport (cf. section 2.1.1)²⁵.

Le Tableau 4 énumère, en se référant à leur situation en automne 1998, les projets retenus pour l'analyse. En ont notamment été exclus les projets utilisant des jeunes-relais dans le cadre scolaire (puisque c'est la transposition de ce modèle classique à d'autres populations qui fait l'objet de l'étude). D'autre part, les projets de formation destinés à des professionnels (des secteurs de la santé, du social ou de l'éducation) ou à des "laïcs" pour les inviter à jouer un rôle de multiplicateurs (ou de transmetteurs) de messages de prévention du VIH/sida dans le cadre de leur activité quotidienne n'ont été retenus que dans la mesure où leurs promoteurs cherchaient à atteindre un groupe particulier.

²⁵ Par exemple deux projets de *recherche* avaient été signalés comme "projet médiateur". Il s'agissait des projets examinant par exemple la médiation culturelle et non pas des *interventions* faisant recours aux médiateurs.

Tableau 4 Principaux projets suisses avec "médiateurs"

Projets visant une population dans son ensemble	Organisation responsable	Population cible
Hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH) : prévention du sida	ASS	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (niveau national) (12 outreach workers actifs hiver 1998-99)
Projet Migrants Santé : prévention du sida, puis du sida et des comportements de dépendance	OFSP	Communautés en Suisse : <ul style="list-style-type: none"> espagnole (63 médiateurs actifs hiver 1998-99) portugaise (60 médiateurs actifs hiver 1998-99) turque (20-25 médiateurs actifs hiver 1998-99) italienne (40 médiateurs actifs hiver 1998-99) albanophone (30 médiateurs actifs hiver 1998-99)
<ul style="list-style-type: none"> Projet parcs : prévention du sida 	projet Migrants et Groupe Sida Genève	Femmes latino-américaines de langue espagnole à Genève (4 médiatrices actives hiver 1998-99)
<ul style="list-style-type: none"> Entrelaçar : santé sexuelle puis promotion de la santé 	projet Migrants, Programme Femmes, Canton de Vaud	Femmes portugaises, canton de Vaud (groupe d'intervenantes autogéré)
<ul style="list-style-type: none"> Appartenances : promotion de la santé auprès des migrants, formation 	Association, Lausanne	Formation et suivi des médiateurs, interprétation culturelle (à Lausanne puis au niveau national) (240 promoteurs formés ou en cours de formation)

Projet visant un groupe très spécifique	Organisation responsable	Groupe cible
Projet MEDIA : prévention du sida, injection à moindre risque	ASS St-Gall, puis association privée	Concept en principe applicable à tous les groupes-cibles (niveau national), proposé aux intervenants et associations qui le désirent. Les 'médiateurs' prennent contact avec la population-cible en proposant une boîte "cadeau" et en demandant de répondre à un questionnaire qui permet d'établir les connaissances en matière de prévention de la personne et d'adapter ainsi le message préventif (pas de médiateurs actifs hiver 1998-99)
<ul style="list-style-type: none"> Projets pilotes à St-Gall : 	<ul style="list-style-type: none"> IGL Verein Lebensfreude PROVE, responsable du Programme à Saint-Gall ISPM Bâle, Fondation 'Hilfe für Drogenabhängige' 	<ul style="list-style-type: none"> Ex-consommateurs de drogues (projet pilote : terminé) Participants au programme de distribution d'héroïne (projet pilote : terminé) Femmes sous méthadone (projet pilote : terminé)
Projet prison Saxerriet	Prison Saxerriet	Prisonniers, St-Gall (8 médiateurs actifs hiver 1998-99)
Projet prison Bostadel	ASS Zoug et projet Migrants Santé	Prisonniers, Zoug

Autres projets auprès de consommateurs de drogues	Organisation responsable	Groupe cible
'Overdose'	Drop-In, Bienne	Consommateurs de drogues : Formation aux premiers secours (une cinquantaine de personnes formées)
'Donne a confronto'	Antenna Icaro, Bellinzona	Femmes consommatrices de drogues (projet pilote : terminé)
Projets visant la prostitution	Organisation responsable	Groupe cible
Barfüsserfrauen dans les cantons de : Genève, Tessin, Vaud, Bâle, St-Gall, Berne, Zurich, Grisons, Argovie, Soleure, Lucerne et à Winterthour	ASS	Prostituées étrangères. Les femmes sont invitées à écouter une cassette d'information (pas toujours), reçoivent des préservatifs et des informations pertinentes à leur situation (centres de consultation, d'aide, etc.). Au premier contact , elles répondent parfois à un questionnaire (32 médiatrices actives hiver 1998-99)
Boulevards	ASPASIE, Groupe Sida Genève	Bus d'accueil et d'information pour les prostituées, consommatrices de drogues (pas de médiateurs actifs hiver 1998-99)
Male sex workers (MSW) Zürich, Bâle, Berne, Genève	ASS	Prostitués masculins (niveau national) (5 outreach workers et 3 médiateurs actifs hiver 1998-99)

Projets 'multiplicateurs'	Organisation responsable	Groupe cible
Programme Femmes : Formation de médiatrices, Tessin	Programme Femmes	Cours de formation pour travailleurs sociaux de maisons de femmes, aides ménagères, infirmières, conseillers de la Ligue La Leche, collaborateurs bénévoles actifs dans la santé publique
'Einfach schwierig'	ASS Zurich AIDS-Infostelle Winterthour	Cours de formation pour éducateurs, spécialistes (Suisse alémanique) : travail avec des jeunes
PAMiR	Institut de médecine sociale et préventive, Berne	Formation de guides de voyage et d'autres employés de la branche du tourisme (Suisse alémanique) (projet arrêté)

* Projets qui informent ou sensibilisent des personnes en contact professionnel avec des personnes potentiellement à risque

Deux projets fondés sur l'intervention de médiateurs cherchent à atteindre des **populations générales**, c'est à dire un ensemble de personnes qui partagent un sentiment d'identité communautaire mais qui comprennent plusieurs classes sociales, plusieurs niveaux d'éducation, etc. Ce public doit être atteint "autrement" en raison d'attributs particuliers tels que l'appartenance culturelle ou l'identité sexuelle. Les projets suisses qui visent de telles populations générales sont : a) le projet national "HSH" de l'ASS qui vise la prévention du VIH/sida parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et b) le projet Migrants Santé de l'OFSP orienté vers la prévention du VIH/sida et des comportements de dépendance dans plusieurs communautés d'immigrés (la construction de réseaux de médiateurs capables de mener des activités de prévention dans leur propre communauté constitue l'un des axes fondamentaux de ce programme national).

Les autres projets fondés sur l'intervention de médiateurs visent des **groupes spécifiques** : prisonniers, consommateurs de drogues, prostitué(e)s. Leurs publics-cibles sont constitués d'effectifs plus réduits de personnes, en général marginalisées, difficiles à atteindre et/ou caractérisées par des comportements associés à une probabilité élevée d'exposition au VIH. Il s'agit d'une prévention ciblée.

Les derniers projets figurant dans le Tableau 4 ne constituent pas à strictement parler des projets médiateurs. Il s'agit plutôt de projets multiplicateurs, moins directs que les projets médiateurs, et qui informent ou sensibilisent des intervenants **en contact professionnel** avec des personnes potentiellement à risque. C'est ainsi que plusieurs séries de cours destinés à des travailleurs sociaux, aides ménagères, infirmières, conseillers de la ligue la Leche et collaborateurs bénévoles actifs en matière de santé publique ont été organisés, au Tessin, sous l'égide du Programme Femmes de l'OFSP, alors que d'autres étaient mis sur pied, en Suisse alémanique, à destination d'éducateurs et de spécialistes du travail auprès des jeunes. Mené par l'Institut de médecine sociale et préventive de Berne, le projet PAMiR pour la formation des guides de voyage et autres employés de la branche du tourisme appartient également à cette catégorie.

Dans les pages qui suivent sont décrits ces projets, dans l'ordre de leur apparition dans le Tableau 4. Les cinq projets nationaux ou qui s'étendent sur plusieurs cantons (les projets HSH, Migrants, MEDIA, Barfüsserfrauen et MSW) sont décrits plus en détail. Les projets plus locaux (à couverture plus régionale) sont décrits brièvement. Le niveau de détail avec lequel est décrit chaque projet varie : quelques descriptions se réfèrent à des questions qui seront reprises dans la discussion générale.

3.1 HOMMES AYANT DES RELATIONS AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)

Le projet HSH de l'ASS vise la prévention du sida auprès d'hommes ayant une palette de sensibilités et d'identités différentes mais qui ont en commun d'entretenir, au moins occasionnellement, des relations sexuelles avec d'autres hommes (Landert, 1998 ; Thomas et Dubois-Arber, 1999).

3.1.1 Mise en place du projet

Dès sa création en 1985, l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) et ses antennes régionales, appuyées par les associations d'homosexuels des grandes villes, ont assumé l'essentiel des activités de prévention adressées aux homo- bisexuels. L'ASS agit sur mandat de l'OFSP, qui assure la majeure partie de son financement. Cette prévention ciblée s'est développée sous de nombreuses formes et s'est "cristallisée" en 1995 sous la forme actuelle d'un programme national : le programme HSH ("Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes").

Une des composantes principales de celui-ci réside dans la mise sur pied d'un réseau d'*outreach workers* (ORWs) régionaux rémunérés, chargés d'entrer en contact avec le public-cible à l'échelon local.

L'ASS a conclu des accords avec ses antennes locales - dans certains avec des groupes gays locaux - et les charge de recruter et d'encadrer les ORWs ainsi que de mettre leur infrastructure à leur

disposition. La direction du programme HSH à l'ASS est responsable du contenu et de l'orientation professionnelle de l'intervention ainsi que du perfectionnement de tous les ORWs.

Sous la direction d'un chef de programme national, douze ORWs étaient en fonction au début de 1999. Leur taux d'activité variait de 20 à 40% selon les régions.

3.1.2 Recrutement des médiateurs

Les ORWs sont choisis par les antennes en collaboration avec la direction de programme, sur la base de leurs talents organisationnels et de leurs compétences sociales. Au début du projet, leur recrutement se faisait de bouche à oreille, à travers les réseaux de connaissances des personnes déjà actives dans les milieux homosexuels. Maintenant les renouvellements de postes ont lieu par mise au concours. Les ORWs peuvent s'entourer de bénévoles pour certaines de leurs interventions (tenue de stands, actions dans la 'scène', etc.). Ceux-ci sont souvent recrutés dans des groupes gays locaux.

3.1.3 Formation et suivi

La formation est assurée par le responsable du programme à l'échelon national et par l'antenne locale de l'ASS. Les antennes locales appuient et supervisent le travail quotidien des ORWs, la direction nationale organisant des rencontres de suivi trimestriel pour tous les ORWs en activité (voir plus bas).

3.1.4 Activité des médiateurs

Compte tenu de la diversité des situations particulières (taille de la ville ou de la région à couvrir, densité et variété du mouvement associatif, existence de scènes ouvertes ou cachées, etc.), les priorités d'intervention de chaque ORW peuvent être très différentes. Dans ce cas le terme d'"outreach worker" paraît bien restrictif par rapport à la réalité du travail effectué²⁶. Dans le cas du programme HSH, la présence de l'ORW et la distribution d'informations sur les lieux de drague et dans la scène commerciale ou associative, relèvent bien de cette notion. Elles ne représentent toutefois qu'une partie des activités développées. Le rôle des ORWs va bien au-delà. Dans les régions éloignées des grands centres urbains, là où n'existe parfois aucune scène organisée, là où les lieux de drague revêtent une grande importance pour accéder aux HSH et là où ces lieux sont souvent dispersés, l'ORW a surtout un rôle de construction : il doit établir ou développer un réseau de contacts - avec les organisations "gay", les commerces, les médias ou les partenaires dans le domaine de la prévention du sida -, diffuser du matériel de prévention HSH et répercuter les actions nationales à l'échelon local. Il est supervisé par le chef du programme national qui l'assiste, avec le responsable de l'antenne régionale, dans l'évaluation des besoins et la préparation d'actions locales.

²⁶ Rappelons que le terme d'ORW désigne en général une personne, appartenant ou non au milieu d'intervention mais ayant accès à ce milieu, dont l'intervention consiste à s'approcher directement (personnellement) du public-cible dans le milieu où il évolue, souvent de manière individualisée, pour le sensibiliser à une problématique et lui transmettre de l'information.

Dans les régions urbaines, l'ORW²⁷ est fondamentalement un chef de projet local porteur de la problématique spécifique HSH. Il est chargé d'organiser et de coordonner l'ensemble de la prévention VIH/sida adressée aux HSH. Il dispose d'un réseau de ressources en milieu homosexuel pour évaluer les besoins et développer une réflexion stratégique sur l'intervention à mener. L'antenne locale assure une partie de sa formation et de sa supervision. Il organise des contacts avec le milieu commercial gay (à qui il fournit régulièrement du matériel d'information destiné à y être diffusé) et assure une présence dans les lieux de drague fréquentés par les HSH ou à l'occasion des manifestations organisées par les associations "gay" (en général en s'entourant de bénévoles). Enfin, il propose des actions régionales spécifiques destinées à être financées par le programme HSH.

On signalera ci-dessous, à titre d'exemples d'interventions menées par l'ORW, parfois aidés de bénévoles, quelques actions conduites dans le cadre de deux antennes régionales très actives.

A Zurich : ouverture d'une ligne téléphonique d'informations-conseils spécifique aux HSH, animation de stands d'information lors de "gay-parties" (environ quinze par an); actions ponctuelles et disposition de matériel dans les lieux de drague (parcs, WC publics, aires d'autoroute) et dans la 'scène commerciale' (bars, saunas). Le responsable du programme estime que la couverture est bonne chez les gays affirmés, dans les parties et les commerces. Elle est en revanche moins bonne chez les gays plus cachés, en particulier si ils ne fréquentent que la lieux de drague, chez ceux qui appartiennent à des milieux sociaux défavorisés et chez les très jeunes (16-20 ans).

A Zoug : organisation d'une bibliothèque, animation d'une ligne téléphonique, travail avec les médias, offre d'une formation continue orientée vers la facilitation du 'coming-out', présence sur les lieux de drague, constitution d'un groupe en Suisse centrale pour les questions "gay" et lesbiennes.

3.1.5 Dynamique induite à moyen terme

Les liens entre les ORWs et les antennes locales de l'ASS se renforçant, la problématique HSH est de plus en plus partie intégrante des préoccupations "de routine" des antennes, ce qui ouvre des perspectives d'ancrage institutionnel plus ferme du projet HSH (y compris sa reprise financière par les divers cantons où il est actif).

L'évolution d'un travail d'abord de contact individuel, pour lequel le terme d'ORW était approprié, vers une activité très diversifiée de type spécialiste local ou chef de projet local est tout à fait intéressante. En effet, l'ORW utilise toute une série de relais dans le milieu gay pour diffuser de l'information et tisse des liens avec un réseau qui dépasse largement la scène gay (médias, autorités, écoles, etc.). Par ce biais, il accroît fortement la couverture de son intervention. Il devient parfois l'interlocuteur de référence pour toutes les questions ayant trait à la problématique HSH et sida au niveau local.

Cette dynamique de "spécialisation" peut conduire à des situations où l'ORW est accaparé par des questions qui ont davantage trait aux aspects identitaires de son travail (les questions de coming out, de reconnaissance des gays) qu'à ses aspects purement préventifs. Pour l'instant on considère toutefois dans le projet HSH que cette action sur le plan identitaire facilite l'acceptation du travail de prévention.

²⁷ Si le responsable de l'antenne n'est pas lui-même gay.

3.2 PROJET MIGRANTS SANTE

Le projet Migrants Santé vise la prévention du VIH/sida et des comportements de dépendance auprès des populations étrangères vivant en Suisse (presque 20% de la population vivant en Suisse est de nationalité étrangère). L'essentiel des efforts de ce projet porte sur la mobilisation et l'implication des communautés dans la conduite et la mise sur pied de mesures de prévention du VIH/sida, en respectant les particularités sociologiques, linguistiques et culturelles des communautés concernées. (Projet Migrants, 1993; 1996; 1998 Fleury et Haour-Knipe, 1993 ; Haour-Knipe et al, 1996).

3.2.1 Mise en place du projet

Ce projet de l'OFSP a débuté en 1991 par l'engagement d'un coordinateur national puis par celui de coordinateurs chargés de développer la prévention du VIH/sida dans trois communautés pilotes (espagnole, portugaise et turque). A partir de 1993, le projet s'est élargi à d'autres populations (latino-américaines, tamoules, de requérants d'asile). En 1995 le projet c'est encore élargi, notamment suite à l'engagement de coordinateurs pour les communautés italienne et albanophone) ainsi qu'à la prévention des dépendances. Le travail avec les médiateurs constitue l'un des axes principaux du programme. Plus de 200 médiateurs sont actuellement actifs au sein des cinq communautés.

3.2.2 Recrutement des médiateurs

Deux types de médiateurs sont actifs dans ce programme :

- des personnes de la communauté visée qui sont au bénéfice d'une formation préalable dans les domaines social, sanitaire, de la prévention ou de la prise en charge (infirmières, médecins ou psychologues turcs par exemple).
- des personnes sans formation spécifique initiale mais intéressées par le travail de prévention au sein de la communauté et qui acquièrent expérience et savoir-faire directement sur le terrain.

Les médiateurs du premier type sont en principe recrutés dans le cadre de réseaux articulés autour de leurs activités professionnelles. Quant à ceux du deuxième type, ils ont été notamment recrutés, au début du programme, parmi les personnes ayant manifesté un intérêt particulier lors des séances de prévention organisées pour les membres de leur communauté. Quelques médiateurs (de l'un ou l'autre type) ont en outre été recrutés à l'occasion de contacts directs avec des personnes ou instances nanties de responsabilités particulières (consulats, présidents d'associations, enseignants, leaders religieux, syndicalistes, etc.).

3.2.3 Formation et suivi

Les modalités de formation des médiateurs sont très variables. Quelques-uns d'entre eux ont été formés "sur le tas" en travaillant avec le coordinateur de leur communauté. D'autres, tels que les professionnels de la santé, n'ont eu besoin que d'une formation minimale (informations concernant le projet Migrants Santé et les institutions suisses actives dans le domaine). Certains médiateurs (enseignants par exemple) ont participé à une séance d'information animée par le coordina-

teur. Une série de cours formels a été organisée à l'intention des médiateurs²⁸ mais n'a pas été reconduite²⁹.

La supervision des médiateurs est également très variable : certains travaillent en tandem avec des coordinateurs alors que d'autres ont des comptes à rendre de temps en temps et que d'autres encore n'ont pas besoin de supervision.

3.2.4 Activité des médiateurs

Les médiateurs développent des activités très diverses dans leur communauté : sensibilisation à la problématique du VIH/sida, actions de prévention, information, conseil, médiation culturelle, etc. On signalera ci-dessous, à titre d'exemples, quelques interventions réalisées dans le cadre de ce programme :

- Un médiateur a fondé le premier groupe d'homosexuels espagnols en Suisse. Dans le contexte de ce groupe, il a produit une brochure ; il publie régulièrement un journal, anime une permanence téléphonique, un centre de rencontre, des réunions/brunch et un bar ; il organise des conférences ; il participe à des projets de l'antenne régionale de l'ASS, distribue brochures en espagnol et préservatifs sur des lieux de drague, accompagne des personnes malades, entreprend des démarches avec l'Espagne (par exemple pour savoir quels soins sont disponibles à un endroit donné).
- Une enseignante de langue et de culture portugaise a commencé à parler du VIH/sida et à distribuer du matériel de prévention auprès de ses élèves. Par exemple elle a mobilisé un groupe d'élèves qui ont distribué des questionnaires concernant le VIH/sida dans leur communauté lors d'une évaluation du projet Migrants. Tout en continuant à mener ses propres activités de prévention dans les classes où elle enseigne, elle est devenue coordinatrice pour sa région en ce qui concerne les contacts avec le consulat³⁰. Elle prend contact avec les nouvelles enseignantes envoyées par son pays et rappelle au consul la teneur des activités du projet Migrants Santé.
- Un médecin kosovar requérant d'asile anime des séances d'information à l'invitation d'organisations de migrants ou d'organisations suisses s'occupant de migrants. Il a par exemple participé à des séances dans un centre "de premier accueil", dans un centre d'hébergement pour migrants turcs, auprès d'une association sportive et dans une permanence de conseil pour Albanais. Il est en mesure d'adapter le contenu de son exposé à la situation concrète et aux problèmes spécifiques de ses auditeurs. Il peut présenter une vidéo. Il distribue du matériel d'information et, occasionnellement, des préservatifs. Il sait

²⁸ Le cours a eu lieu à Appartenances. Il comprenait trois volets d'une journée chacun : a) reconnaître son propre parcours vécu de migrant ; b) poser des questions par rapport à ses propres motivations, sa sexualité et la proximité du VIH ; c) formuler le tout dans un projet réaliste dans le cadre de sa propre communauté.

²⁹ D'après le responsable du cours, le temps prévu n'était pas suffisant. D'autre part, les participants provenaient d'horizons très différents et avaient des motivations très différentes pour participer au cours. Certains n'étaient pas encore assez en contact avec le projet Migrants.

³⁰ En fait, le consulat supervise les enseignantes de langue envoyées depuis le Portugal. Ces enseignantes sont des médiatrices très importantes pour atteindre les jeunes. Un représentant du consulat est souvent présent lors des fêtes. Il apporte une grande légitimité au projet Migrants en appuyant ses activités.

qu'il n'est pas possible d'aborder frontalement la question du VIH/sida avec ses compatriotes et choisit de les inviter à des conférences sur la situation sanitaire au Kosovo (ou en Bosnie) et en Suisse. Sur invitation, il lui arrive en outre d'effectuer des visites à domicile. Il a également écrit un article destiné à une publication en langue albanaise très lue en Suisse.

3.2.5 Dynamique induite à moyen terme

Plusieurs tendances sont discernables après cinq ou six ans d'expérience. Les coordinateurs se montrent plus exigeants dans le recrutement. La bonne volonté ne suffit plus pour devenir médiateur et le projet recherche maintenant une bonne capacité de communication chez les candidats. Ceux qui entendent poursuivre simultanément d'autres objectifs (politiques ou simplement d'auto-promotion) sont exclus.

La question de la rétribution est demeurée ouverte pendant un certain temps. Quelques médiateurs étaient rémunérés alors que d'autres recevaient des sommes plutôt symboliques, étaient simplement défrayés voire œuvraient tout à fait bénévolement. Une réponse a été trouvée sous la forme d'un tarif défini remis aux médiateurs qui dirigent un projet ou font une intervention spécifique.

Des occasions de rencontre entre médiateurs ont été créées (par exemple entre médiateurs oeuvrant auprès de la même communauté dans la même région ou aussi à travers les différentes communautés). Certains d'entre eux s'appellent pour s'entraider sans passer par le coordinateur. D'après les coordinateurs et les médiateurs interviewés les interventions sont mieux structurées : avec de l'expérience - et du fait que les médiateurs sont connus - certaines interventions sont bien 'rodées' (par exemple on intervient toujours lors de telle ou telle fête, dans tel ou tel centre ou dans une scène définie). De même, certains médiateurs expérimentés deviennent plus indépendants : ils ont moins besoin de supervision de la part des coordinateurs.

Une forme de professionnalisation est en cours, comparable à la tendance qui prévaut dans le projet HSH, avec la désignation de responsables régionaux ou de responsables par domaine d'activité. Enfin, effet inattendu de l'opération, certains membres des familles des médiateurs s'impliquent dans leurs activités de prévention du sida. Dans quelques cas, des familles entières sont devenues médiateurs, par exemple quand le mari d'une médiatrice l'aide à installer le matériel destiné à un stand d'information et que ses enfants animent des activités de prévention auprès de jeunes.

3.3 PROJET PARCS

Le projet Parcs à Genève va à la rencontre de femmes latino-américaines afin d'éveiller leur intérêt pour la santé dans un souci de responsabilité envers soi-même et envers les autres face au VIH/sida (Damian, 1998).

3.3.1 Mise en place du projet

Le projet a débuté en été 1993, dans le cadre du projet Migrants de l'OFSP. Depuis l'été 1995, il a été intégré aux activités de prévention du Groupe Sida Genève (GSG).

3.3.2 Recrutement des médiateurs

Les médiatrices sont recrutées sur la base de leur appartenance culturelle : le recrutement se fait essentiellement à l'occasion de fêtes latino-américaines car il s'agit d'une communauté qui ne possède pas un tissu associatif important.

3.3.3 Formation et suivi

La formation initiale et continue se déroule dans le cadre de séminaires organisés par Profa, par le projet Migrants Santé de l'OFSP et par le GSG. La responsable du projet accompagne personnellement les nouvelles médiatrices pendant quelque temps. Ensuite, deux médiatrices actives depuis longtemps dans le projet travaillent en tandem avec les nouvelles. Le suivi a lieu lors de rencontres régulières entre les médiatrices à l'occasion desquelles elles peuvent évoquer leurs difficultés.

3.3.4 Activité des médiateurs

Les activités de prévention se déroulent dans sept ou huit parcs genevois fréquentés par les Latino-américaines. La prise de contact est décrite en ces termes : "sur place, après une phase d'observation et d'identification, nous nous approchons amicalement des femmes en essayant de ne pas susciter leur méfiance. Après les formalités initiales, nous soulevons le problème posé par le sida et abordons la question des rapports sexuels protégés. Ensuite nous répondons aux questions posées. Cette intervention dure approximativement dix minutes, plus si nécessaire" (Damien, 1998). Les médiatrices expliquent en espagnol qu'elles travaillent pour la prévention du sida dans le cadre du GSG. Elles remettent brochures et préservatifs. Entre 1993 et 1997, 2301 personnes ont été contactées de cette manière.

3.3.5 Dynamique induite à moyen terme

Les médiatrices³¹ recrutées ne sont pas forcément stables (étudiantes par ex.) ou leur situation irrégulière en Suisse fait qu'elles peuvent se faire expulser, sans que la coordinatrice le sache immédiatement. Une dizaine de médiatrices ont ainsi arrêté leur activité. Par contre, une personne est médiatrice depuis 5 ans et une autre depuis 3 ans. Le projet se poursuit chaque été.

3.4 ENTRELAÇAR

Le projet Entrelaçar à Lausanne a été pris en compte dans l'étude en raison de son importance dans la prévention du sida auprès des populations étrangères. Ce n'est toutefois pas un projet médiateurs au sens strict mais plutôt un projet "bottom up" de "self help" (Fontana, 1997).

Le projet a débuté en 1992 autour du problème des grossesses non-désirées des femmes portugaises domiciliées dans le canton de Vaud. Un groupe s'est formé pour conduire une recherche-action dont l'objet s'est rapidement élargi à la prévention du VIH/sida et à la promotion de la santé au sens large.

³¹ Notons qu'un homme a participé au projet.

Les participantes au projet sont recrutées à travers des réseaux de connaissances. Plusieurs d'entre elles ont bénéficié d'une formation dispensée par Profa. Une formation interne se fait dans le cadre des activités et dans des réunions régulières du groupe.

Les activités menées comprennent l'animation de stands de prévention à l'occasion de fêtes, une ligne téléphonique en langue portugaise, des séances de prévention auprès de groupes communautaires ou dans les églises ainsi que des activités de traduction et de médiation culturelle à l'école, dans les services sociaux ou dans le contexte de consultations médicales. Le projet a réussi à s'élargir à une problématique plus étendue (promotion de la santé) et à renforcer ses bases financières (il devient plus indépendant, s'inscrit dans la durée). Il a débuté avec la santé sexuelle et la prévention du sida mais, à la demande de la communauté, de nouveaux thèmes ont été ajoutés aux activités du groupe (accidents, toxicomanie, compréhension du système scolaire). Un financement avait été accordé par deux programmes de l'OFSP. Par la suite, le projet a pu bénéficier d'un soutien financier cantonal.

3.5 APPARTENANCES

Installée à Lausanne, l'association Appartenances est active dans plusieurs domaines, dont la formation et le suivi de professionnels venant d'institutions suisses (sensibilisation aux questions liées à la migration) et de 'promoteurs de santé' issus des communautés étrangères qui vivent sur le territoire suisse (mandat du Service Migration de l'OFSP). Elle anime aussi une formation pour les interprètes-médiateurs culturels qui travaillent avec les professionnels au sein des institutions du canton de Vaud.

3.5.1 Mise en place du projet

Les fondements du programme se situent dans un projet en faveur de la santé mentale développé au Nicaragua qui visait les enfants victimes de la guerre puis, plus généralement, les jeunes en situation de risque psycho-social. Deux idées avaient guidé la conception de cette démarche : l'importance de la notion d'autonomie et la nécessité de prendre en compte le contexte social. A l'instar de nombreuses autres actions mettant l'accent sur l'*empowerment* de la communauté, le programme était fortement influencé par les travaux de l'éducateur P. Freire (Métraux, 1995).

La forme helvétique du projet a vu le jour en 1992. Elle comprend trois axes d'intervention : a) un centre pour femmes, b) une consultation clinique et c) un secteur pour la prévention et la promotion de la santé. Comme dans le programme qui leur sert de référence, les objectifs communs des trois axes d'intervention sont la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie chez les populations migrantes à partir de la prise de conscience et de l'utilisation de leurs propres ressources ainsi que la facilitation de la rencontre entre population migrante et société autochtone (Association Appartenances, 1996 ; Dentan, 1999).

La formation des personnes appelées à devenir des promoteurs de santé auprès de leur communauté - ainsi que les interprètes-médiateurs culturels - entre dans le champ de la présente étude .

3.5.2 Recrutement des médiateurs

Les *promoteurs de santé* potentiels sont recrutés par des professionnels qui travaillent avec les communautés migrantes. Ces personnes sont souvent déjà considérées comme des personnes-relais, elles ont été amenées à travailler comme interprètes ou comme médiatrices entre les institutions et les personnes de leur communauté. Elles sont issues de divers milieux sociaux, et ont plusieurs appartenances croisées qui les qualifient pas seulement comme appartenant à une communauté migrante déterminée, mais aussi à des communautés de choix, comme : être femme et vouloir faire un travail de prévention avec d'autres femmes, de sa communauté ou pas.

Les *interprètes-médiateurs culturels* eux ont été sélectionnés par les institutions pour lesquels ils leur arrive de travailler (Caritas, par exemple). Plusieurs d'entre eux ont vécu une migration semblable à celle de leurs compatriotes, mais pour la plupart il y a un certain temps déjà. Ils parlent bien le Français, ont souvent fait des études.

3.5.3 Formation et suivi

Le modèle implique une formation très structurée de type "boule de neige". Des "*facilitateurs*" assurent la coordination et la formation de "*multiplicateurs*" (travailleurs sociaux, membres des professions de santé, enseignants, traducteurs, etc.) lesquels, après formation, sélectionnent des "*promoteurs*" (migrants collaborant à titre de volontaires bénévoles en s'engageant à mener des projets de prévention dans leur entourage). La formation de ces derniers, qui se déroule toujours en groupe, passe par plusieurs stades : établissement d'un diagnostic des problèmes de la communauté et définition du contenu de la formation; élaboration en groupe des expériences individuelles, familiales et communautaires; création d'une théorie (qu'est-ce qui m'a aidé dans cette situation ?) puis application de celle-ci à la pratique (Metraux, 1994 ; Appartenances, programme 1998-1999 ; Dentan, 1999). Les cours destinés aux *promoteurs de santé* se déroulent par groupes de 12 à 18 personnes; ils comprennent sept ateliers de deux jours étalés sur deux ans, des activités de prévention supervisées à partir du 3^{ème} atelier, puis trois séances de supervision après le fin du cycle. Cette formation s'inspire en partie de la théorie mentionnée plus haut.

3.5.4 Activité des médiateurs

Chaque "*promoteur de santé*" développe un projet spécifique et personnel de prévention lors des ateliers. Le but de ce projet est de travailler à l'intérieur de sa communauté (qui peut être un cercle restreint de quelques familles). On mentionnera, à titre d'exemples d'actions de prévention :

- un promoteur devenu personne-ressource en matière de santé pour cinq ou six familles de son entourage ;
- un promoteur accueillant des personnes ayant besoin d'aide dans une gare et dans un aéroport ;
- un programme de prévention de grossesses auprès de jeunes femmes portugaises.

Dans le meilleur des cas, les promoteurs utilisent l'institution où ils travaillent comme base pour leurs activités. Ils ne sont pas rétribués mais à peu près un tiers d'entre eux ont pu trouver des fonds pour financer leurs projets spécifiques.

3.5.5 Dynamique induite à moyen terme

Aujourd'hui, un réseau d'environ de 120 *interprètes-médiateurs culturels* dont la moitié a été formée, fonctionne, une cinquantaine de langues sont ainsi couvertes. Ses services sont rétribués par les institutions qui font appel à lui.

Cent *promoteurs* ont terminé leur formation et 140 sont actuellement en formation. Une évaluation (Dentan, 1999) examine ce que les "promoteurs" sont devenus deux à trois ans après leur formation. Elle a notamment mis en évidence : les effets positifs de la formation sur les médiateurs et, en particulier, un sentiment d'enrichissement personnel ; le manque de reconnaissance des compétences acquises (même par les "multiplicateurs" avec lesquels ils étaient directement en contact et qui auraient donc dû savoir comment mettre à profit ces connaissances) ; enfin, l'absence de reconnaissance du rôle et du statut des "promoteurs", la sous-utilisation - donc de le gaspillage - des connaissances acquises. Enfin l'évaluation a relevé que de nombreux médiateurs éprouvaient le besoin de garder un certain lien avec l'association qui les a formés, certains exprimant à son égard le sentiment d'avoir été quelque peu "abandonnés" à la fin d'une formation pourtant exigeante.

3.6 PROJET MEDIA

Le Projet MEDIA propose aux intervenants et associations qui le désirent un concept d'éducation par les pairs en principe applicable à tous les groupes-cibles et qui utilise des méthodes de marketing social (Bättig & Peters, 1996 ; IPSO, 1996; Seydel, 1997 ; Intervention GmbH, 1998). A la différence des autres projets décrits jusqu'à présent, qui visent la prévention du sida parmi des *groupes spécifiques*, le but du projet MEDIA est d'expérimenter et de promouvoir un *concept* particulier de prévention véhiculé par des médiateurs.

3.6.1 Mise en place du projet

Le projet MEDIA trouve ses racines dans un projet d'*outreach* financé par l'AIDS-Hilfe de Saint-Gall, l'OFSP et l'ASS. Le but de ce projet était de promouvoir l'utilisation de matériel d'injection stérile, de modes d'injection plus sûrs et l'utilisation des préservatifs dans des régions rurales. Un *flash box*³² a été conçu dans le cadre de ce projet. Le projet a associé utilisateurs, pharmacies et police dans une approche utilisant l'éducation par les pairs. Par la suite le produit *flash box* a été commercialisé indépendamment du projet MEDIA.

A l'époque, l'éducation par les pairs faisait l'objet de nombreuses discussions au niveau international. La Suisse ne disposait toutefois guère d'expérience en la matière, raison pour laquelle un poste à 60% fut créé afin de développer un projet-pilote susceptible de promouvoir l'approche de l'éducation par les pairs. On cherchait en particulier à renforcer la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues.

Au début de la phase pilote du projet MEDIA proprement dit une première liste de dix groupes-cibles de l'intervention envisagée a été discutée. Les 4 groupes-cibles suivants ont été retenus

³² Emballage contenant une seringue, des aiguilles de rechange, des tampons de désinfection, de l'ascorbine et un préservatif.

pour figurer dans la phase pilote : ex-consommateurs de drogues, participants à un programme de distribution d'héroïne, participants à un programme de méthadone et détenus. Chacun de ces groupes a fait l'objet d'un projet-pilote d'intervention³³ visant la prévention du sida (tant par voie sexuelle que par voie d'injection).

Ces projets-pilotes étaient achevés au moment où notre étude a été effectuée. Certains projets ont été repris par les institutions dans lesquelles ils avaient eu lieu (voir le projet Saxerriet discuté plus bas). Le projet MEDIA est actuellement chargé de promouvoir le concept d'éducation par les pairs auprès des instances suisses qui aimeraient recourir à cette approche.

La description qui suit concerne les activités des médiateurs directement liés au projet MEDIA, c'est à dire actifs lors de la phase pilote et non pas les activités ultérieures du projet pour la promotion du concept d'éducation par les pairs. Durant cette deuxième phase, le projet MEDIA ne menait en effet plus *directement* d'activité avec des médiateurs.

3.6.2 Recrutement des médiateurs

Les projets-pilotes ont eu lieu auprès de groupes très spécifiques et déjà constitués (groupe de femmes en traitement à la méthadone, association d'ex-utilisateurs de drogue "Lebensfreunde", programme de distribution d'héroïne, prisonniers). Les médiateurs sont recrutés au sein de ces groupes. L'intervention au sein d'un groupe déjà structuré par des médiateurs issus de ce groupe que l'on forme spécialement est un des aspects importants du concept MEDIA.

Les médiateurs ont été soigneusement choisis par l'équipe de direction de chaque projet-pilote (pour le projet qui se déroulait dans un cadre carcéral, par exemple, la liste des candidats a été préparée par le conseil des prisonniers, l'assistant social et un expert) puis interviewés par le responsable du projet MEDIA avant la sélection finale. Ils ont été choisis sur la base de leur motivation (le fait de se sentir concerné par les questions du VIH/sida et de sexe à moindre risque, c'est à dire de pouvoir dire pourquoi la prévention du sida était importante pour les membres de leur groupe³⁴). Ils devaient aussi jouir d'une certaine crédibilité dans leur groupe d'appartenance et être prêts à s'engager à participer aux séances de préparation et de suivi du projet. Ils s'engageaient à mener *un nombre défini et limité* d'entretiens sur le sujet du sida avec leurs pairs (ces engagements étaient fixés par contrat entre les médiateurs et la direction du projet).

Il a été décidé dès le début de ne pas rémunérer les éducateurs de pairs. Par contre le fait d'établir une autre sorte de contact avec leurs pairs et de recevoir un petit cadeau (week-end de formation ou carte téléphone par exemple) servait également de facteur motivant.

3.6.3 Formation et suivi

Les médiateurs ont reçu une formation (d'un week-end ou d'une demi-journée) qui abordait les thèmes suivants : la vie avec le VIH ; les aspects médicaux du VIH, du sida et des MST ; le test ; les préservatifs ; comment parler de la sexualité, conduire une discussion, augmenter sa crédibi-

³³ Un des projets-pilotes qu'il était prévu de concrétiser visait un objectif (vaincre la réticence supposée des Italiens à recourir au préservatif) qui avait été défini sans consultation préalable des intéressés. La population-cible ayant refusé cette initiative venant d'ailleurs, il a fallu abandonner le projet.

³⁴ Certains basaient leur engagement sur des motivations personnelles (par ex. le fait de connaître quelqu'un infecté par le VIH)

lité. Ils ont été supervisés et évalués dans des groupes de travail : leurs activités d'éducation de pairs ont été discutées lors de réunions régulières. La supervision s'est également faite à travers les questionnaires remplis par les destinataires de leurs prestations.

3.6.4 Activité des médiateurs

Des listes de personnes à contacter ont été établies en collaboration entre les responsables des projets-pilotes et les médiateurs (il s'agissait de personnes connues du médiateur). Il lui appartenait de trouver l'occasion où parler du sida. Le plus souvent, les médiateurs ont organisé de petits groupes. Contacter des pairs et aborder le sujet du sida était rendu plus facile par le fait que l'éducateur avait à sa disposition une boîte-cadeau spécialement préparée dans le cadre du projet (contenant par exemple des objets d'hygiène personnelle ou des t-shirts). Un questionnaire était également rempli lors de la séance animée par l'éducateur ou lors de l'entretien. Boîte-cadeau et questionnaire sont aussi un élément central du concept MEDIA.

Le questionnaire était censé établir les connaissances du sida des personnes contactées par le médiateur et mettre en évidence leur niveau d'exposition au risque, de façon à faciliter la discussion sur la prévention du sida. Les activités de chaque médiateur étaient achevées une fois que toutes les personnes mentionnées sur la liste avaient été contactées. Le médiateur n'est pas censé intervenir en dehors du petit groupe défini auquel il appartient, ni avoir une intervention à long terme avec des "pairs" qu'il ne connaît pas (des personnes avec qui il partage certaines caractéristiques mais qui ne fréquentent pas les mêmes milieux). Sa tâche est limitée dans l'espace et dans le temps (voir 3.7 Projet prison Saxerriet, pour une description détaillée des activités des médiateurs dans un projet qui débuté dans le contexte du projet MEDIA mais qui est désormais mené indépendamment).

3.6.5 Dynamique induite à moyen terme

Quarante personnes ont mené des activités de médiateur pendant la phase pilote du projet. Les activités des médiateurs duraient en moyenne une année.

Depuis la phase pilote plus aucun médiateur ne fonctionne dans le contexte du projet MEDIA. Le projet devrait étendre au niveau national les expériences faites lors de la phase pilote mais éprouve de la difficulté à établir une collaboration sur le terrain pour concrétiser des projets dans les différentes régions linguistiques, groupes-cibles et institutions impliquées (OFSP, ASS à l'échelon régional et national, etc.).

Par contre le projet poursuit son objectif de promouvoir le concept de médiateur ou d'éducation par les pairs en diffusant des informations : sur Internet, par voie d'imprimés, d'articles et de présentations, et par contacts personnels et téléphoniques avec des professionnels intéressés.

Deux remarques s'imposent concernant les particularités du projet MEDIA :

- concernant les moyens : dans la période de transition vers la fin de la phase pilote du projet beaucoup d'énergie a été investie dans la boîte cadeau (moyen d'entrer en matière pour discuter du sida). Les responsables du projet MEDIA se sont beaucoup investis dans la recherche de sponsors, essayant d'attirer un maximum de donations de cadeaux afin de rendre attrayante la boîte, qui peut apparaître comme le "centre" ou la "caractéristique" du projet,

- concernant le groupe-cible : le projet a été conçu pour faire de l'éducation par les pairs essentiellement dans des milieux "fermés", auprès de groupes déjà constitués et bien délimités (personnes déjà réunies autour d'un traitement pour abus de substances, en prison). Il s'agit d'aborder des personnes qu'on côtoie déjà --- et non d'aller vers des personnes qui ne sont pas déjà en contact avec une forme ou une autre d'action socio-sanitaire ...

3.7 PROJET PRISON SAXERRIET

Le projet Prison Saxerriet à St-Gall vise à réduire les comportements à risque des personnes incarcérées dans l'établissement en proposant une information sur l'utilisation correcte des préservatifs ainsi qu'en démontrant aux médiateurs et au groupe-cible qu'il est possible de discuter de sexualité.

3.7.1 Mise en place du projet

Il s'agissait à la base d'un des projets-pilotes intégrés dans le projet MEDIA. Les liens avec ce dernier ont été interrompus après la phase pilote. Les activités de prévention du sida par les pairs se sont arrêtées pendant une année, après laquelle le projet a été repris par l'établissement pénitentiaire de Saxerriet. Il est désormais financé par le canton de Saint-Gall. Les activités de prévention intégrées dans ce projet n'ont actuellement pas de lien institutionnel avec d'autres projets se déroulant en Suisse.

3.7.2 Recrutement des médiateurs

Les médiateurs potentiels sont recrutés à travers le conseil des prisonniers et des contacts de la responsable du programme. Le choix final est effectué par cette dernière (qui a la plupart du temps approuvé les choix du conseil des prisonniers).

Les principaux critères de choix sont : une bonne intégration, une bonne maîtrise de quelques-unes des langues parlées dans la prison, une bonne crédibilité au sein du groupe, de la facilité à défendre une cause, et éventuellement une expérience avec la drogue ainsi que le statut de membre du conseil des prisonniers.

La motivation des médiateurs réside en premier lieu dans leur conviction qu'ils défendent une juste cause. Elle est toutefois soutenue par certains bénéfices secondaires tels que le fait de pouvoir travailler avec une femme - la directrice du programme - dans un milieu d'hommes, les petits cadeaux offerts en guise de rémunération, la sortie de prison pour la formation, la possibilité de rompre la monotonie de l'incarcération.

3.7.3 Formation et suivi

La formation se déroule à l'occasion de deux après-midi en dehors de la prison. Elle vise à permettre de constituer un savoir minimum sur le VIH, le sida et sur l'utilisation correcte du préservatif, à recevoir une explication au sujet du procédé (boîte-cadeau, questionnaire, entretien) ainsi qu'à souligner l'importance qu'il y a de discuter de la sexualité. Les activités routinières de prévention du sida menées par les médiateurs ne sont pas supervisées.

3.7.4 Activité des médiateurs

Chaque nouvel arrivant est "attribué" à un médiateur. En règle générale, c'est un médiateur italien (2ème génération) qui s'occupe des Italiens, des Espagnols et des Portugais, un médiateur de confession musulmane (ressortissant de l'Ex-Yougoslavie) qui prend en charge les musulmans et un ex-toxicomane qui travaille avec les personnes emprisonnées pour infractions à la loi fédérale sur les stupéfiants. Les nouveaux venus n'appartenant pas aux catégories qui viennent d'être évoquées sont répartis entre les autres médiateurs.

Le contact se fait facilement. Après que médiateur et prisonnier se sont mis d'accord sur la date et l'heure d'un entretien de prévention, c'est la boîte-cadeau (contenant des objets de toilette, brochures, préservatifs) qui entre en jeu et qui facilite l'entrée en matière. Les prisonniers savent généralement déjà qu'ils vont recevoir la boîte et attendent qu'on leur propose un entretien. Les entretiens de prévention consistent en : a) donner la boîte ; b) faire remplir le questionnaire par le prisonnier ; c) contrôler les réponses avec le prisonnier et, éventuellement d) avoir une discussion plus approfondie sur la question. Les entretiens durent entre quinze minutes et plus d'une heure. En moyenne, chaque médiateur consacre moins d'une demi-heure par semaine à ses activités de prévention. De fait, ces activités sont perçues par les médiateurs comme quelque chose de marginal par rapport à l'ensemble de leurs occupations.

3.8 PROJET OVERDOSE

Dans le projet Overdose de Bienne, des consommateurs de drogues et des personnes intervenant professionnellement dans le milieu de la drogue reçoivent une formation aux premiers secours pour être capables de faire les premiers gestes de réanimation en cas d'overdose.

Le projet Overdose s'est inspiré d'un projet genevois (qui entre temps s'est spécialisé dans les interventions dans des institutions : prisons, institutions travaillant sur le thème de la drogue etc.). Il a été lancé pour réagir au fait que, contrairement à la tendance nationale, les décès par overdose n'étaient pas en baisse à Bienne. Le projet continue d'organiser des cours dans le cadre du Drop-in. Les premiers cours ont été annoncés par voie d'affiches dans les établissements publics et autres lieux fréquentés par les toxicomanes. Par la suite, les participants ont été recrutés par le bouche à oreille. Les participants doivent être toxicomanes (c'est la composante "médiateur" du projet) ou travailler dans le milieu de la drogue (composante "multiplicateur").

Les seize cours donnés depuis 1997 consistent en deux soirées à l'occasion desquelles les participants reçoivent des connaissances sur les symptômes d'overdose, la manière opportune de réagir (numéro de téléphone de l'ambulance, mesures de secours), la manière correcte de s'injecter de la drogue (dosages, répartition des doses sur plusieurs injections, etc.) et discutent de la situation suicidaire dans laquelle les toxicomanes se trouvent souvent. On espère que les personnes ainsi formées partagent avec d'autres toxicomanes le savoir acquis durant les cours. Le projet ne dispose toutefois d'aucun moyen de contrôler si cet objectif est atteint ou non.

Le mélange de consommateurs de drogues et de personnes intervenant professionnellement dans le milieu de la drogue a pour avantage de mettre des toxicomanes en contact avec des personnes qui ont une vie plus régulière.

3.9 "DONNE A CONFRONTO"

Destiné aux femmes consommant de la drogue, le projet-pilote *Donne a confronto* à Bellinzone (actuellement terminé) était d'augmenter leurs connaissances au sujet du VIH/sida, d'améliorer leur perception de leurs droits et d'augmenter leur capacité de se protéger (Stämpfli, 1995).

Le projet a été mis en place dans un centre pour consommateurs de drogues recevant environ 160 personnes par année, dont un tiers de femmes. Deux femmes fréquentant le centre ont été spécialement formées pour ces activités puis ont animé une série de discussions/réflexions avec six autres femmes utilisatrices de la structure d'accueil. Ces médiatrices ont été choisies, par les animateurs, parmi les femmes qui fréquentaient le centre en raison de leurs ressources et de leur équilibre personnels ainsi que parce qu'elles étaient disposées à parler franchement de leurs propres expériences.

Une psychologue venue de Milan a animé trois séances de formation de quatre heures chacune. Les thèmes abordés concernaient la dynamique et le leadership dans le groupe (comment formuler des objectifs clairs, comment diriger et stimuler la discussion, comment résoudre les difficultés, comment aborder la question de la confidentialité, etc.). Cette formation a été complétée par un cours de quatre heures sur le VIH donné par la coordinatrice du programme femmes. Une supervision avait lieu à l'occasion de séances se déroulant après chaque rencontre du groupe de discussion. Elle a été très utile pour procéder au *debriefing*, planifier la discussion suivante et réduire les peurs des médiatrices. Les séances de supervision se sont révélées essentielles pour leur soutien psychologique car les discussions de groupe, parfois très difficiles, contribuaient à ramener à la surface des expériences traumatisantes et des angoisses qu'elles avaient vécues elles-mêmes.

Les médiatrices ont animé une série de cinq soirées de discussion de deux heures chacune étalées sur deux mois. Le groupe était composé de six femmes fréquentant le centre choisies par les animateurs. Les médiatrices ont reçu une petite rémunération pour leurs activités. Les thèmes les plus importants ont été : le rôle de la femme, le respect du corps, les motivations pour sortir de la dépendance, la solitude, le fait que les autres les mettent en situation de double marginalité (femme et toxicomane), la sexualité subie (les choses qu'on fait avec sa sexualité parce qu'on est dépendante), la peur de ne pas être une bonne mère et la gestion du préservatif dans une relation d'amour.

Les deux médiatrices ont connu une évolution très positive de leur situation personnelle : arrêt de la consommation de drogues (héroïne et méthadone), reprise d'un travail, amélioration de leurs relations personnelles. Selon la responsable, plusieurs facteurs expliquent cette évolution positive mais le rôle de médiatrice y a très certainement contribué (reconnaissance de leurs possibilités et ressources personnelles, rôle social reconnu). Une des médiatrices poursuit maintenant son activité de façon officieuse en s'occupant de jeunes en difficulté sur sa place de travail.

3.10 BARFÜSSERFRAUEN

Le projet Barfüsserfrauen ("femmes aux pieds nus" en rappel des "médecins aux pieds nus" chinois) a démarré sur la base d'un mandat de l'OFSP à l'ASS. Il a pour but d'informer les femmes migrantes qui se prostituent au sujet du VIH/ sida, des pratiques à risques et des moyens de se protéger. Il permet aussi d'orienter ces femmes vers des structures d'aide. Diverses études avaient

montré que si les prostituées professionnelles avaient en général adopté des comportements de prévention, certaines catégories de prostituées - clandestines, 'non-professionnelles', danseuses, toxicomanes et surtout des femmes migrantes - demeuraient particulièrement vulnérables - et aussi particulièrement difficiles à atteindre.

Ce projet fonctionne avec le système des médiatrices car le public-cible est constitué de femmes s'exprimant dans des langues étrangères et par ailleurs difficiles à atteindre en raison de la très grande précarité de leur statut (très grande mobilité, clandestinité, activités socialement dévalorisées).

3.10.1 Mise en place du projet

Le projet a été mis en place en 1993 à Zurich et à Bâle (Konings et Dubois-Arber, 1994 ; Obrist et Twisselmann, 1995 ; Cavaleri et al, 1996). Il a connu une période pilote qui a permis des ajustements et s'est progressivement étendu à d'autres sites. Piloté au niveau national, le projet comprend actuellement des antennes régionales dans les cantons de Genève (Aspasie, 1998), Tessin, Vaud, Bâle, Saint-Gall, Berne, Zurich (ville de Zurich et Winterthour), Grisons, Argovie, Soleure et Lucerne (ASS, 1998 ; Brauchli, 1998). Dans chaque antenne régionale, le projet est dirigé par une femme chef de projet - en général une assistante sociale - dont le rôle consiste à recruter les médiatrices, à les former, à les accompagner en tenant une réunion mensuelle, ainsi qu'à les superviser. Trente-deux médiatrices sont actuellement actives dans les douze sites existants.

3.10.2 Recrutement des médiatrices

Initialement, il était prévu que les médiatrices proviennent du milieu à atteindre (être prostituée et être de nationalité étrangère). Il a été parfois très difficile de trouver des prostituées d'accord de fonctionner comme médiatrices. Pour cette raison, plusieurs antennes régionales (Tessin et Genève par exemple) ont dû privilégier le critère de la nationalité et recourir aussi à des femmes qui ne se prostituent pas.

Les médiatrices sont recrutées pour leurs connaissances de la langue et/ou de la culture des personnes à atteindre, pour leur faculté à se mouvoir dans le groupe-cible ainsi qu'en fonction de leur disponibilité à long terme dans la région et de leur capacité de travailler de façon autonome. Elles sont le plus souvent recrutées par le bouche à oreille. Une des antennes (Bâle) a recruté des médiatrices au moyen d'affiches disposées dans les restaurants et les bars habituellement fréquentés par les prostituées, dans un office du travail (ce canal a plutôt bien fonctionné) et par le biais des collègues du projet Barfüsserfrauen actives dans d'autres villes.

3.10.3 Formation et suivi

Initialement, la formation durait deux jours. Elle portait sur l'organisation du projet et le travail de médiatrice, la problématique du VIH/sida, la pratique dans la prostitution, les réactions face au client qui demande un rapport non protégé, les attitudes permettant de montrer une certaine détermination face aux exigences du client afin de se protéger non seulement des pratiques à risque mais aussi de sa violence. A la suite de la première évaluation il a été conseillé de renforcer dans la formation sur les capacités de contact des médiatrices et leur aptitude à orienter les femmes vers d'autres sources d'aides (sociale, médicale, etc.) si nécessaire. Actuellement, les nouvelles médiatrices sont formées par les responsables au niveau régional. Une fois par année,

une journée de formation continue (nouvelles informations sur le sida) réunit les médiatrices. Elle offre notamment l'occasion de réfléchir à l'adaptation du matériel (feed-back sur le travail des médiatrices).

La supervision et l'encadrement varient sensiblement d'une antenne à l'autre ainsi qu'en fonction du profil des médiatrices et de la durée de leur engagement. Les coordinatrices régionales accompagnent généralement les médiatrices lors de leurs premiers contacts avec les gérants de bars et de cabarets. Les médiatrices les plus expérimentées ne voient leurs superviseuses qu'une fois par mois et ne bénéficient d'aucune autre forme d'encadrement.

3.10.4 Activité des médiatrices

En règle générale, les médiatrices travaillent dix heures par mois. Elles sont rétribuées sur la base d'un tarif appliqué par toutes les antennes régionales.

Les contacts avec le public-cible ont lieu individuellement ou en groupes. Ils se déroulent dans divers milieux (bars, salons, rue, logement des prostituées). Les médiatrices n'ont parfois qu'un contact unique avec chaque femme.

Il n'existe aucune procédure standard en ce qui concerne le déroulement du contact. En règle générale, les prostituées sont invitées à écouter une cassette d'information puis reçoivent des préservatifs et des informations relatives à leur situation (centres de consultation, d'aide, etc.). Elles sont parfois invitées à répondre à un questionnaire, pour faciliter la prise de contact. Le technique varie également selon la culture à laquelle appartient la prostituée : s'il est possible d'aborder immédiatement la problématique VIH/sida avec les ressortissantes de certaines nationalités, il est nécessaire de choisir des voies détournées avec d'autres. Il faut alors parler d'autres choses et commencer par établir une relation de confiance. Les lieux d'intervention des médiatrices varient d'une antenne à l'autre et les procédures sont très individualisées (selon la médiatrice, le lieu, la situation). Par exemple :

A **Bâle**, les médiatrices se présentent sur le lieu de travail (bar, night club, salon, chambre). Après avoir précisé qu'elles représentent une association à vocation socio-sanitaire, certaines distribuent tout de suite le matériel puis parlent à leurs interlocutrices. D'autres remettent le matériel plutôt à la fin du contact. Le contact comprend en général une démonstration de l'utilisation correcte du préservatif. Presque toutes les femmes disent être au courant du VIH/sida, sur manière de le contracter et sur le test. Les entretiens durent entre dix minutes et une heure. Quand il y a lieu, le deuxième contact est souvent plus long. Les médiatrices disposent d'une grande liberté dans la planification et la réalisation de leurs interventions. La coordinatrice n'intervient que lorsqu'elle perçoit une baisse de motivation. Elle signale également l'ouverture des nouveaux salons (ou night-clubs) afin de préciser le plan d'intervention.

A **Genève** la médiatrice qui intervient dans les bars à champagne commence par s'adresser à la personne qui se tient au bar. Elle explique qu'elle est là pour la prévention du sida et demande l'autorisation de pouvoir parler aux hôtesse qui sont libres à ce moment-là. Selon la réaction, la médiatrice s'installe dans un coin, discute avec les hôtesse et leur offre des préservatifs ainsi que du matériel de prévention du sida. Les interventions dans les cabarets sont précédées par l'envoi d'une lettre au gérant dans laquelle on l'informe du jour et de l'heure du passage de la médiatrice. On envoie ensuite des affichettes annonçant ce passage (d'habitude trente minutes avant le spectacle). "Des fois il y a un peu de femmes qui viennent en avance pour ça". La médiatrice s'installe à une table, déploie son matériel et distribue des préservatifs. Santé et sida constituent les deux

arguments qui permettent de nouer le dialogue. Les séances peuvent durer de trois à nonante minutes.

A **Lausanne** (où le projet n'avait été lancé que quelques mois avant l'étude et où la médiatrice - bien connue dans le milieu dont elle est issue - n'était active que depuis quelques semaines), responsable et médiatrice rendent toujours ensemble visite aux personnes préalablement contactées par la médiatrice. Les contacts ont lieu dans les salons. L'accueil est très chaleureux. Les prostituées se sentent respectées et valorisées en constatant qu'une démarche leur est spécifiquement destinée. Responsable et médiatrice offrent du matériel de prévention. La médiatrice présente le projet. La coordinatrice pose des questions en français et la médiatrice les traduit. Cette situation est jugée utile : prostituées et médiatrice parlent dans leur langue tandis que la coordinatrice reste un peu en retrait et prend des notes. Au terme de la présentation, la prostituée est invitée à répondre à un questionnaire destiné à évaluer leurs connaissances. Le questionnaire est rempli en groupe. En quittant la prostituée, les intervenantes lui remettent une cassette enregistrée en lui demandant de l'écouter. Quelques jours ou semaines plus tard, un second entretien fournit l'occasion de commenter le contenu de la cassette et de remplir un nouveau questionnaire. A cette occasion, les intervenantes cherchent à savoir si le fait d'avoir écouté la cassette et discuter avec elles avait provoqué des changements dans le comportement de la prostituée. Les séances durent de entre une heure et demi et deux heures.

Plusieurs notent qu'il est important que la médiatrice offre quelque chose (préservatifs, brochures, etc.). On relève également qu'un rôle important des médiatrices consiste à observer l'évolution du milieu local de la prostitution (l'arrivée de nouvelles nationalités par exemple). Ces renseignements permettent d'adapter en permanence le matériel et l'information diffusés.

3.10.5 Dynamique induite à moyen terme

Le projet a connu plusieurs difficultés au fil de son existence : difficulté de recrutement des médiatrices qui appartiennent à un milieu particulièrement "mouvant" et difficile d'accès, représentation du rôle de la médiatrice variant sensiblement d'une personne à l'autre, manque de supervision/encadrement, méfiance de la part des prostituées, absence de visibilité des résultats agissant négativement sur la motivation des médiatrices.

Quelques médiatrices ont dû être licenciées, d'autres ont abandonné leur travail parce qu'elles supportaient mal d'être confrontées aux situations difficiles de certaines prostituées, d'autres enfin (des femmes qui se prostituaient) ont renoncé parce que l'activité de médiatrice était trop difficile à concilier avec leur désir de quitter le milieu.

Malgré les difficultés inhérentes au milieu d'intervention le projet a réussi à s'implanter durablement et à s'étendre. C'est ainsi qu'à Bâle - où le projet existe depuis longtemps - les tenancières de salons contactent la coordinatrice pour annoncer l'arrivée de nouvelles prostituées et demander que la médiatrice prenne contact avec elles. Depuis que le projet s'est fait connaître dans le milieu, les médiatrices ne rencontrent pratiquement plus de refus de la part des barmen et tenanciers de night clubs lorsqu'elles demandent à pouvoir contacter prostituées et danseuses.

Le projet vise une autonomisation progressive et prévoit son financement local par les cantons concernés. Cet objectif est partiellement atteint, mais toujours avec une coordination au niveau national.

3.11 PROJET BOULEVARDS

Le projet Boulevards consiste en l'animation d'un bus d'accueil et d'information pour les prostituées, éventuellement consommatrices de drogues à Genève. Le véhicule est stationné dans un endroit anonyme qui est un lieu de passage où les clients viennent en voiture à la recherche des prostituées qui sont debout ou déambulent dans la rue. Le bus est ouvert quatre à cinq soirs par semaine. Deux travailleurs sociaux assurent la permanence. Chaque soir, une demi-douzaine de prostituées sont accueillies pour boire un café, s'approvisionner en préservatifs et/ou en seringues.

Le projet a débuté en 1996. L'idée initiale consistait à travailler en partenariat avec les prostituées qui utilisent le lieu. Aucune partenaire n'a cependant pu être trouvée. Deux médiatrices (prostituées non-consommatrices de drogues) ont successivement travaillé pour le projet mais ont finalement renoncé. Le projet se poursuit actuellement sans médiatrice.

Les critères de recrutement des médiatrices étaient de pouvoir assurer une présence d'une certaine régularité, de ne pas être en conflit avec les autres prostituées, de pouvoir prendre une certaine distance par rapport à ses activités de prostituée et d'avoir envie de faire de la prévention. Les deux médiatrices temporairement actives étaient également motivées par un certain engagement social dans la prostitution. Le fait qu'une des médiatrices ait été plus âgée et non-consommatrice de drogues lui a permis de prendre une certaine distance : elle jouait d'une certaine manière un rôle de mère et non pas de concurrente ; au surplus, elle n'était pas impliquée dans des histoires de trafic.

Quelques consommatrices de drogues se sont annoncées comme médiatrices potentielles. Selon le responsable du projet, elles étaient prêtes à agir immédiatement mais elles ont été découragées par le fait de devoir attendre quelques semaines avant de commencer leurs activités de médiatrice.

Aucune formation formelle n'était proposée, les compétences ont été acquises par la lecture de brochures et le travail en tandem avec les travailleurs sociaux.

Les médiatrices ont travaillé un soir par semaine pendant cinq heures. Elles recevaient un salaire (une médiatrice était partiellement payée en prestations). Leur rôle consistait à assurer une présence, à discuter avec les prostituées au sujet des aspects techniques de la prévention (pas de distribution de matériel d'injection ni de soutien personnel). Même si les clientes parlaient plus facilement de thèmes concernant la prostitution avec les médiatrices ex-prostituées, le rôle de ces dernières était limité : on ne s'attendait pas à ce qu'elles remplacent le travailleur social chargé de mener les discussions où les accompagnements demandant une écoute attentive. En fait, il est apparu que l'aspect le plus efficace du travail des médiatrices s'effectuait sur la rue, autour du bus, dans une perspective de sensibilisation. Leur force résidait dans un accueil sans jugement. Elles ont aidé à réduire les préjugés et à établir le lien entre prostituées toxicomanes et prostituées non consommatrices de drogue. Elles servaient en quelques sort d'hôtesse d'accueil, pour expliquer aux utilisatrices potentielles que l'endroit était "ok".

La première médiatrice - une ancienne prostituée - a travaillé quelques mois. Elle a arrêté parce qu'elle a voulu rompre définitivement avec le milieu. La deuxième - qui était en train d'abandonner la prostitution - a travaillé durant une année. Elle a arrêté à contrecœur, parce qu'elle avait trouvé un emploi qui l'occupait le soir où elle aurait dû travailler comme médiatrice. Elle considère que son activité de médiatrice a contribué à augmenter son estime de soi ("je sers aussi à quelque chose").

3.12 MALE SEX WORKERS (MSW) : ZURICH, BÂLE, BERNE, GENÈVE

Selon une publication de l'ASS, on trouverait en Suisse entre 1000 et 2500 hommes rétribués par une clientèle masculine pour leurs services sexuels. Ces prostitués masculins appartiennent à différentes structures sociales. Les personnes qui se prostituent pour s'approvisionner en drogue, les étrangers vivant sans permis de séjour et les jeunes gens qui vendent occasionnellement leurs charmes sont particulièrement menacés par le VIH/sida. Le projet MSW vise la prévention du sida parmi ces prostitués masculins. Mis en œuvre à partir de 1997, il a d'abord concentré ses activités dans les villes de Zurich et de Bâle avant d'essaimer vers Berne puis, plus récemment, vers Genève (Decurtins, 1997).

3.12.1 Mise en place du projet

Le projet trouve ses origines dans le travail de rue. Sa structure et son organisation sont assez complexes. Il entretient des liens avec diverses institutions : ASS (à l'échelon national et à celui des antennes régionales) ainsi que groupes homosexuels plus ou moins affiliés aux antennes régionales de l'ASS. L'idée de départ consistait à recruter puis à former plusieurs dizaines d'éducateurs de pairs. Vers la fin de 1997, plusieurs médiateurs étaient effectivement en fonction. La nature exacte de leurs activités sur le terrain demeurait toutefois peu claire.

Le besoin de structures et d'encadrement s'étant fait ressentir, le projet possède maintenant un coordinateur national ainsi que des coordinateurs régionaux payés par l'ASS tout en étant rattachés aux groupes sida locaux. Ces derniers recrutent, forment et supervisent deux ou trois éducateurs de pairs (prostitués) par site. Cinq coordinateurs et trois médiateurs étaient actifs en hiver 1998-99. Chacun travaillait à temps partiel pour le projet et recevait une rétribution. Les médiateurs ont un contrat initial de trois mois qui peut être le cas échéant renouvelé d'année en année.

3.12.2 Recrutement des médiateurs

Les médiateurs sont recrutés par les coordinateurs qui les rencontrent au cours de leurs activités. Les critères de sélection sont : un bon contact avec le coordinateur, être une personne connue du groupe cible et être crédible, enfin, connaître la scène locale. Le médiateur doit avoir une bonne estime de soi, être capable de se distancier un peu de soi-même et de ses problèmes ainsi que disposer de capacités d'analyse. Enfin, le médiateur doit avoir une source de revenus car les salaires payés par le projet ne sont pas suffisants pour vivre.

3.12.3 Formation et suivi

La formation se déroule sur le terrain ; elle est dispensée par le coordinateur régional. Un aspect important de cette formation concerne les **limites** imposées au rôle de médiateur (le counselling est par exemple réservé aux coordinateurs).

La supervision se déroule sur le terrain. En fait, il est possible pour le coordinateur régional de constater très rapidement si le médiateur est bel et bien connu et si les prostitués s'en approchent ou non. Le même type de contrôle peut être exercé par le coordinateur national sur les coordinateurs régionaux. Dans la structure actuelle du programme, chaque niveau peut ainsi faire appel au niveau "supérieur" lorsque se posent des questions ou se présentent des difficultés.

Les médiateurs travaillent à temps partiel. Ils sont rémunérés, mais pas suffisamment pour pouvoir vivre de cette activité. Accorder une rétribution constitue un signe de reconnaissance qui permet de montrer aux médiateurs combien leur activité est importante. Simultanément, le fait de les payer fournit au coordinateur un certain pouvoir de contrôle sur leur activité et contribue à réduire l'ambiguïté associée au travail purement bénévole. Le contrat qui lie le médiateur au projet joue un rôle comparable à la rémunération : il est créateur de statut pour le médiateur et générateur de respect à son égard. Au surplus, il fournit au coordinateur une légitimité pour contrôler le coordinateur et poser des limites à son activité.

3.12.4 Activité des médiateurs

Les activités des médiateurs peuvent varier d'une ville à l'autre. En règle générale, leur rôle consiste à fréquenter les différents lieux de rencontre (rue, clubs, saunas, gares, parcs, etc.) afin de distribuer préservatifs, lubrifiants et information écrite ainsi que de répondre aux questions, de fournir les adresses des structures d'aide et, d'une manière plus globale, d'être à disposition. Un éventuel suivi - de même que la forme de celui-ci - n'intervient qu'à l'initiative exclusive du "client".

En plus leur travail sur les lieux de rencontre, quelques médiateurs actifs à Zurich travaillent à partir d'un centre d'accueil pour prostitués. Il s'agit d'un endroit où l'on n'a pas besoin de faire état de ses activités de prostitué. Il suffit de dire qu'on est venu prendre un repas, une douche ou se reposer et saisir l'occasion de prendre des informations sur le VIH/sida.

Les médiateurs établissent le lien entre les coordinateurs régionaux (*outreach workers*) et leurs pairs prostitués. Ils confirment à ces derniers que le projet MSW et l'*outreach worker* sont "ok". En retour, les médiateurs font part aux coordinateurs régionaux de ce qu'ils ont observé sur les différents lieux de rencontre : nature des activités à risque pratiquées et suggestions relatives aux messages de prévention qu'il s'agirait de diffuser. Ils rencontrent le coordinateur une fois par semaine pour discuter des situations difficiles et fournir des informations.

3.12.5 Dynamique induite à moyen terme

En ce qui concerne le projet, on perçoit une nette tendance vers plus de structuration - ou de professionnalisation - avec des rôles bien définis et une coordination renforcée aux échelons national puis régional. Le projet met l'accent sur l'empowerment (affirmation et réclamation d'un statut pour le prostitués de sexe masculin), le soutien social ainsi que le lien avec les institutions locales offrant de l'aide en cas de problème.

En ce qui concerne les médiateurs, le coordinateur national note que ce rôle est perçu comme très utile par la communauté. Des contacts soutenus ont été établis avec plusieurs personnes de la population-cible, et les activités des médiateurs sont respectées : pour ce groupe-cible le risque du sida est réel et connu. Le milieu gay admet que les activités de prévention dans l'univers de la prostitution masculine sont difficiles et il en admire d'autant plus les médiateurs. En retour, assumer leur mission augmente l'estime de soi chez les médiateurs.

Le coordinateur note que s'il est accordé confiance et autonomie, le médiateur fait normalement plus qu'ils devraient, non pas moins. Il note enfin que le médiateur peut être en train de quitter la prostitution et utiliser ce rôle comme tremplin. Par ces activités il donne un sens à sa carrière en aidant les autres.

3.13 PROJETS 'MULTIPLICATEURS', A L'EXEMPLE DU PROJET PAMiR

Les projets décrits jusqu'ici font appel à diverses formes de médiateurs qui ont en commun qu'il s'agit de **personnes recrutées et formées pour aller au-devant d'une population donnée pour lui fournir information et conseils de prévention**. Issus du groupe-cible de l'intervention projetée ou partageant avec lui certaines caractéristiques (concept élargi d'éducation par les "pairs"), ils servent de trait d'union entre les promoteurs de la prévention et le groupe. Leur activité de médiateur (rémunérée ou non) est habituellement séparée de leur activité professionnelle.

Les projets décrits ci-après nous ont été présentés comme des projets avec "médiateurs". Ils nous semblent faire appel à un concept différent de celui de l'éducation par les pairs. Nous nommons ces "médiateurs" des "*multiplicateurs*". Ce sont en général des **professionnels (du social, de l'éducation, de la santé) ou de personnes ayant certaines fonctions-clefs** (parents, p. ex.) que leur métier/fonction met en contact avec des personnes pour lesquelles la prévention du sida est pertinente. Ce qui est visé, c'est que ces professionnels saisissent les occasions qui se présentent, dans le cadre de leur activité habituelle, pour faire passer des messages de prévention ou faire du conseil. Cette différence médiateurs/ multiplicateurs est traitée plus en détails dans le chapitre 2.3.

Comme indiqué dans le Tableau 4, plusieurs projets au niveau suisse ont visé indirectement des populations potentiellement à risque du sida, en informant et en sensibilisant des personnes en contact professionnel avec eux. C'est ainsi qu'ont eu lieu dans le canton du Tessin des cours de formation qui ont touché des travailleurs sociaux engagés dans des maisons pour femmes en difficulté, des aides ménagères, infirmières, des conseillères de la "Ligue La Leche", des collaborateurs bénévoles actifs dans la santé publique (Fatke, 1996 ; Schmid, 1997).

De même, à Zurich a eu lieu, un cours de formation pour éducateurs et d'autres spécialistes travaillant avec des jeunes ("Einfach schwierig"), organisé par l'ASS (OFSP, 1998).

Le projet PAMiR (Prävention von AIDS durch MediatorInnen im Reisebereich) a organisé des programmes de formation pour les professionnels de la branche des voyages. Le but de ces cours était de former ces personnes afin qu'ils puissent jouer un rôle de multiplicateurs de messages de prévention auprès de leurs clients.

3.13.1 Mise en place du projet

Ce projet, financé par l'OFSP, a été mené par l'Institut de Médecine sociale et préventive de Berne. Il a fait l'objet d'une évaluation (Page, 1998).

3.13.2 Recrutement, formation et suivi

Contrairement aux projets qui forment des médiateurs, les projets fondés sur des 'multiplicateurs' n'ont pas un recrutement individualisé : c'est le groupe professionnel qui est visé. Dans le cas du projet PAMiR, des cours de formation comprenant plusieurs modules ont été offerts au personnel travaillant dans la branche du voyage (guides/accompagnants de voyages, "resident managers" sur les lieux de destination, personnel de guichet aux agences, "flight attendants"). Il s'agissait de sensibiliser ces personnes à la prévention du sida, de sorte qu'elles mêmes prennent des précautions nécessaires mais surtout qu'elles essaient à leur tour de sensibiliser les clients (discussion, distribution de matériel).

Il n'existait pas de véritable suivi individuel, mais l'évaluation a permis d'obtenir des données sur l'activité de ces multiplicateurs.

3.13.3 Activité des 'multiplicateurs'

L'évaluation a montré que les cours ont été appréciés car ils permettaient d'augmenter la compétence des professionnels pour répondre aux questions des clients. En revanche une démarche active de la part des professionnels - en particulier des guides et accompagnateurs - n'est pas souhaitée par les responsables d'agence, pour ne pas heurter les clients. De leur côté, les participants aux cours ont souligné qu'ils n'avaient que peu d'occasions d'aborder le thème de la prévention du sida parce que les clients ne leur posent pas de questions...

3.13.4 Dynamique induite à moyen terme

Ce projet a sous-estimé la disposition des personnes travaillant dans la branche du voyage à se montrer actifs dans la prévention du sida (aborder spontanément le sujet s'il n'y a pas de demande explicite). Les occasions de faire de petites actions préventives ne sont pas saisies durant le voyage, probablement davantage de crainte d'indisposer le client que par réelle résistance de celui-ci. Ce projet n'a pas été poursuivi au delà de la phase pilote. L'idée de la formation des professionnels à un rôle de médiateur a été abandonnée mais des cours d'information sur le VIH/sida seront poursuivis.

.

4 ANALYSE SUR LES PROJETS SUISSES

La notion de "médiateur" recouvre un large éventail de "profils humains" intervenant dans une grande variété de situations et correspondant à plusieurs façons de travailler. Les attributs des médiateurs peuvent varier au sein d'un même projet de prévention (plusieurs profils simultanément ou successivement). Dans les paragraphes qui suivent, les entretiens et la littérature concernant les divers projets suisses serviront de base pour discuter les diverses caractéristiques de l'activité des médiateurs et des programmes qui y ont recours.

Le Tableau 5 résume les principales dimensions des médiateurs et de leur activité ainsi que les principales caractéristiques relevées dans les projets de prévention développés en Suisse.

Tableau 5 Caractéristiques de l'activité des médiateurs et des programmes recourant à ce type de collaborateurs

MEDIATEUR	
Lien avec la population-cible	<ul style="list-style-type: none"> • Recruté, ou pas, dans la population-cible • Partage ou pas la même problématique que la population-cible par rapport au VIH/sida • Professionnel ou pas dans le domaine socio-sanitaire ou éducatif • Partage ou pas la langue et/ou culture de la population-cible
Traits individuels	
Rôle et activités dans le projet	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit ou pas une formation spécifique • Contacts répétés ou contact unique avec le public-cible • Besoin ou pas d'un encadrement • Autonome / dépendant • Salarié / bénévole • Investit peu ou beaucoup dans sa médiation • Impliqué ou pas dans un mécanisme de feed-back • Possède ou non une responsabilité dans le programme • Possède ou non une influence sur la définition de la politique du programme
Inscription dans le déroulement temporel du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle plus ou moins souple (susceptible ou non d'évoluer, par exemple vers une fonction d'encadrement)
PROGRAMME	
Population-cible	<ul style="list-style-type: none"> • Population générale / groupe spécifique • Aisément localisable / dispersée • Résidente / de passage • Connaît ou pas une langue "locale" • Forte ou faible probabilité d'exposition au risque • Marginalisée / non marginalisée
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer du matériel • Diffuser des conseils préventifs (= aller vers ...) • Se tenir à disposition pour répondre aux questions (= laisser venir) • Construire des réseaux de contacts
Extension	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale / régionale ou locale
Déroulement du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Projet à long terme / projet de courte durée • Adaptation ou non à l'évolution de la situation ou de la population-cible (objectifs, moyens, extension, etc.)

4.1 PROFILS DES MEDIATEURS

Dans les programmes qui visent des populations dans leur ensemble (HSH et Migrants) les médiateurs sont toujours **recrutés dans la population-cible**. C'est un homme gay qui aborde le sujet du sida dans un bar ou un lieu de drague "gay", un Espagnol qui mène une séance de prévention pour des enfants espagnols, une femme turque qui le fait pour les femmes turques et un médecin kosovar qui parle du sida aux personnes qui se réfugient en Suisse pour fuir la guerre au Kosovo. Mais, tout comme les "outreach workers", le médiateur œuvrant dans un programme à l'intention d'une population plus spécifique peut – ou peut ne pas – faire partie du groupe-cible. C'est surtout dans les projets auprès des travailleurs du sexe que certains projets font appel aux médiateurs/trices qui partagent quelques caractéristiques avec le groupe-cible mais n'en font pas nécessairement partie (une femme thaï qui ne se prostitue pas peut être médiatrice auprès des prostituées thaïs, ou un homme homosexuel mais non prostitué être médiateur auprès d'hommes qui se prostituent).

C'est ainsi que le médiateur peut ou non **partager la même problématique que la population-cible** par rapport au VIH/sida. Cette caractéristique ressort plus clairement des projets étrangers discutés (les volontaires de Pin'Aides parlent de leurs motivations qui vient du fait d'être ou non séropositif et quelques descriptions de programmes parmi des utilisateurs de drogues parlent de la toxicomanie active de certains éducateurs de pairs). Certains projets suisses travaillent avec des médiateurs séropositifs - ou à grand risque de le devenir - sans nécessairement afficher cette caractéristique de leurs médiateurs. D'autres maintiennent un flou délibéré autour de cette question pour des raisons de confidentialité.

Certains médiateurs ont une **formation professionnelle dans le domaine socio-sanitaire ou éducatif**. Le projet Migrants Santé, surtout, bénéficie de l'aide de médiateurs médecins, infirmiers, assistants sociaux ou enseignants, dont certains n'ont pas le droit d'exercer leur profession en Suisse pour des raisons de non-reconnaissance de leurs diplômes. Pour ceux qui travaillent dans des postes pour lesquels ils sont surqualifiés, les activités de médiateur leur donnent la possibilité de s'approcher des activités pour lesquelles ils étaient formés. Dans d'autres projets, sont appelées "médiateurs" des personnes ayant une formation professionnelle en tant qu'éducateur qui travaillent comme "outreach workers". Dans d'autres encore, les médiateurs sont tout simplement des personnes qui ont un contact facile avec - ou qui sont leaders parmi - leurs pairs. Les médiateurs qui éduquent leurs pairs en prison ou dans un centre de distribution de méthadone en sont des exemples.

La plupart des médiateurs **partagent la langue et/ou la culture de la population-cible**, mais il peut y avoir des exceptions. Par exemple, dans le domaine de la prostitution, une personne peut servir de médiatrice auprès de travailleurs du sexe de plusieurs nationalités ou, dans une prison, un nombre limité de médiateurs éduquent les prisonniers de nombreuses nationalités (un médiateur musulman ex-yougoslave s'occupe de tous les musulmans).

Les rôles et activités des médiateurs varient aussi de projet en projet et au sein d'un projet donné. Certains médiateurs **reçoivent une formation spécifique**, d'autres pas. La formation peut consister en le simple fait de travailler avec le coordinateur du projet (certains médiateurs des projets Migrants Santé et Barfüsserfrauen) ; elle peut être formelle au sein du projet (formation aux premiers secours au Drop-In de Bienne, actions-pilote du projet MEDIA) ou donnée ailleurs (Appartenances a mené une formation pour médiateurs du projet Migrants Santé ; certaines femmes médiatrices du projet Entrelaçar ont suivi une formation auprès de Pro Familia).

Parfois, la formation est très complète (par exemple les deux éducatrices de pairs pour l'Antenna Icaro à Bellinzone ont pu profiter de la présence d'une psychologue pour une formation de 12 heures sur la dynamique de groupe et de quatre heures de formation sur le VIH).

Quelques médiateurs ont l'occasion d'avoir des **contacts répétés avec le public-cible**, d'autres n'auront sans doute qu'une seule occasion de discuter. C'est le cas de beaucoup de personnes travaillant dans les milieux de la prostitution par exemple, où la personne à prévenir ne restera peut-être que quelques semaines en Suisse, ou disparaîtra pour une autre raison (entrée dans la clandestinité par exemple). D'autres auront l'occasion de multiplier les contacts (en prison par exemple, quand médiateur et public-cible fréquentent le même centre de traitement de la toxicomanie ou encore quand le médiateur fait de l'accompagnement de personnes malades du sida). Certains médiateurs qui font beaucoup de séances de prévention peuvent même devenir des experts informels en ce qui concerne le sida dans leur communauté ou auprès de leur groupe.

Selon leurs caractéristiques personnelles et professionnelles – et aussi selon les tâches que le programme attend d'eux – les médiateurs varient quant à leurs **besoins d'encadrement** et à leur possibilité de travailler de façon **autonome ou dépendante**. Une fois formées, par exemple, les médiatrices enseignantes espagnoles - qui profitent des cours de langue pour parler du sida aux enfants - n'ont besoin que de s'approvisionner de temps en temps en nouvelles brochures. Il est évident par contre que les médiateurs qui font de l'accompagnement de personnes malades, ceux qui interviennent dans des situations difficiles ou qui sont eux-mêmes dans des situations précaires, seront plus dépendants et auront besoin de plus d'encadrement. Les éducateurs de pairs auprès des personnes qui s'injectent et des prostitués (femmes et hommes) en sont des exemples.

Certains médiateurs sont **salariés**, d'autres travaillent **bénévolement**, d'autres encore sont défrayés, par exemple pour leurs déplacements. La situation la plus claire se rencontre dans le projet Barfüsserfrauen où toutes les médiatrices reçoivent un paiement standardisé par la coordination nationale du projet. Dans les programmes HSH et MSW, les "médiateurs" (en fait plutôt chefs de projet local ou régional à temps très partiel : 40% maximum) sont aussi salariés, le tarif pouvant varier selon la région et l'employeur. Ils font eux-mêmes de la prévention sur le terrain, mais ils sont en principe aussi responsables du recrutement, de la formation et de la supervision d'autres médiateurs locaux qui reçoivent un défraiement symbolique (MSW) ou peuvent s'entourer de bénévoles (HSH)³⁵. Dans le projet Migrants Santé, une grande diversité a prévalu au niveau de la rétribution pendant les premières années du programme (à la différence du projet HSH, le projet Migrants Santé ne considère pas les coordinateurs, salariés, comme des médiateurs ; les médiateurs sont des personnes appartenant aux communautés coordonnées par ces derniers). Selon la communauté, certains médiateurs recevaient une rémunération pour leurs activités de prévention, d'autres étaient défrayés pour leurs dépenses, d'autres menaient leurs activités de prévention dans le contexte de leurs activités professionnelles et d'autres encore œuvraient de façon tout à fait bénévole. Cette situation a été clarifiée et des tarifs standardisés ont été institués.

Il est rarement possible de prévoir la quantité et la qualité d'investissement personnel et émotionnel qu'une activité de médiateur va demander. Des activités qui sembleraient au premier abord relativement anodines (distribuer des préservatifs et des dépliants dans un bar ou animer un stand d'information lors d'une fête par exemple) peuvent parfois aboutir à des moments rela-

³⁵ Ces deux projets sont parfois imbriqués : dans certains antennes régionales le même individu peut œuvrer pour les deux projets. Les deux projets étaient d'ailleurs en phase de réorganisation au moment des entretiens (novembre de décembre 1998).

tivement lourds à gérer (confidences reçues, évocation de situations difficiles). Certains médiateurs **investissent peu dans leurs activités de médiation, d'autres beaucoup**. Pour des raisons de trajectoire personnelle (par exemple un "coming out" ou la sortie d'une toxicomanie), certains médiateurs consacrent une bonne partie de leur temps libre à des activités de prévention. Il peut aussi arriver qu'au cours de leurs activités des médiateurs rencontrent des situations de vie très difficiles, dans lesquelles ils aimeraient essayer d'intervenir ("le cœur qui enfle" selon une des personnes interviewées).

En ce qui concerne ses relations avec le programme dans lequel il mène ses activités, le rôle de médiateur est également très variable. Les médiateurs peuvent être **impliqués ou non dans un mécanisme de feed-back** entre terrain et programme, **posséder ou non une responsabilité réelle, et avoir ou non une influence sur la définition de la politique** du programme. C'est souvent le médiateur en contact avec le terrain qui sait quand des changements survenant dans son groupe nécessitent l'intervention du programme. Par exemple les médiatrices du projet Barfüsserfrauen peuvent avertir de l'arrivée d'un nouveau groupe de prostituées; une des tâches des médiateurs du projet MSW est d'informer les coordinateurs au sujet des changements dans les lieux de prostitution masculine et les médiateurs kosovars du projet Migrants Santé tiennent le coordinateur au courant des fluctuations rapides au sein de leur communauté. Certains médiateurs ont des responsabilités importantes dans le programme. Par exemple, une des médiatrices pour la communauté portugaise (qui travaille bénévolement) coordonne toutes les activités des autres médiateurs de sa région et sert en plus d'interface entre le consulat et le programme. D'autres n'ont que des responsabilités très limitées, par exemple quand ils sont accompagnés par un superviseur lors de leurs activités. Enfin, le poids du médiateur varie en ce qui concerne la possibilité d'exercer une influence sur la politique du programme : si certains médiateurs n'ont aucun rôle dans ce domaine, le rôle d'autres peut être considérable. Ici aussi, il faut se référer à l'exemple du projet Migrants Santé où un certain nombre de médiateurs ont très fortement influencé le développement de la politique du programme et peut-être agi sur son existence même : au moment où le projet a terminé sa phase pilote et aurait pu ne pas continuer, plusieurs médiateurs ont fait un lobbying très actif pour sa continuation (lettres, mais aussi visites à tous les conseillers fédéraux).

Enfin, et toujours concernant les rôles des médiateurs, ceux-ci peuvent être **plus ou moins souples, susceptibles ou non d'évoluer**. Le rôle du médiateur conçu dans le projet MEDIA était relativement restreint, par exemple le médiateur avait comme tâche d'entamer une discussion sur le sida avec un nombre de personnes déterminé à l'avance, en faisant remplir un questionnaire et en utilisant une boîte-cadeau comme façon d'entrer en matière. Dans les projets HSH et Migrants au contraire, le rôle du médiateur est beaucoup plus variable : il peut commencer avec quelques activités puis mener d'autres activités (animer des séances d'information ou une permanence téléphonique, écrire des articles pour la presse). Un médiateur peut en recruter d'autres et, avec plus d'expérience, commencer à superviser ceux qui ont commencé plus récemment leurs activités. Dans au moins un cas, une personne qui a commencé en tant que médiateur a pris par la suite un poste de coordinateur régional dans le programme pour lequel elle travaillait.

4.2 CARACTERISTIQUES DES PROGRAMMES

Si les médiateurs et leurs rôles sont divers, les programmes dans lesquels ils œuvrent le sont autant. Ces programmes peuvent viser des populations générales ou des groupes spécifiques. La population visée par les deux projets ayant lieu dans des prisons ou des centres thérapeutiques pour toxicomanes sont aisément localisables, tandis que d'autres sont dispersées ou très mobiles (HSH selon le lieu, quelques sous-groupes de migrants, éventuellement des personnes qui fréquentent un drop-in, prostitué(e)s). Quelques groupes-cibles sont établis en Suisse, d'autres sont de passage. Tous ne parlent pas nécessairement une des langues nationales suisses. Comme déjà discuté, ces populations varient aussi quant à leur probabilité d'exposition au risque. Facteur lié, on ne trouve aucun programme suisse qui fait recours aux médiateurs pour la prévention du sida parmi des populations bien intégrées, mais le degré de marginalisation des populations visées varie – ces populations sont plus ou moins marginalisées.

Les moyens utilisés par les programmes varient également. Quelques-uns se sont en principe limités à un entretien unique avec distribution de matériel de prévention (projets MEDIA et Parcs, Barfüsserfrauen). Certaines activités consistent à s'approcher des personnes à atteindre afin de diffuser des conseils préventifs (projet MEDIA, certains éléments des projets auprès des migrants et HSH, MSW, Barfüsserfrauen) tandis que d'autres laissent venir : on se tient à disposition pour répondre aux questions des personnes à atteindre (par exemple d'autres éléments des projets auprès des migrants et HSH, projet Boulevards). Certains projets sont basés sur un processus de construction de réseaux de contacts en chaîne (c'est la base même du projet Migrants Santé). Comme déjà dit plus haut, quelques-uns de ces programmes sont nationaux, d'autres ont lieu au niveau régional ou local.

Le déroulement du programme, enfin, varie aussi. Certains de ces programmes étaient de courte durée. Certains projets pilotes sont terminés. D'autres ont duré plusieurs années (par exemple HSH, Migrants, Barfüsserfrauen). Dans ce dernier cas, la prolongation du programme a donné lieu à des changements (adaptations d'objectifs, moyens, etc. à l'évolution de la situation ou de la population-cible). Ces changements ont aussi entraîné des réorganisations de structure et de personnel.

4.3 TYPOLOGIE DE PROGRAMMES "MEDIATEURS"

Au-delà de la grande diversité observée dans les programmes suisses qui font recours aux activités de médiateurs pour la prévention du sida, trois modèles principaux émergent. Ils sont définis par le public-cible des projets et par la provenance des médiateurs (Tableau 6). Comme déjà discuté, les projets fondés sur l'intervention de médiateurs cherchent à atteindre deux types de publics :

"Populations générales", ou populations entières : le public-cible est constitué d'un ensemble de personnes partageant un sentiment d'identité communautaire, de plusieurs classes sociales, niveaux d'éducation, etc. Ce public doit être atteint "autrement" en raison d'attributs particuliers (par exemple son appartenance culturelle ou son identité sexuelle). C'est bien l'ensemble d'une population qui est visé, pas seulement certains segments de cette population;

"Groupes spécifiques" : le public-cible est constitué d'un effectif plus réduit de personnes, en général marginalisées, difficiles à atteindre et/ou caractérisées par des comportements associés à une probabilité élevée d'exposition au VIH (milieu de la prostitution, toxicomanes i.v., etc.).

Tableau 7). La combinaison B1 correspond au modèle-type d'éducation par les pairs : comme dans le modèle A, le médiateur est issu du groupe-cible. Dans la combinaison B2 par contre, les médiateurs ne sont pas issus du milieu. Ce modèle correspond au modèle "approche de proximité" défini par le projet "EUROPAIR" et discuté plus haut : les médiateurs n'appartiennent pas au groupe à atteindre, mais partagent des caractéristiques avec lui.

Dans le modèle B1, la population-cible est un groupe spécifique et les médiateurs sont issus de ce milieu. C'est le modèle typique d'éducation par les pairs, c'est à dire 'une personne chargée de diffuser un message auprès d'une population-cible dont il partage une ou plusieurs caractéristiques'. Exemples : les projets Barfüsserfrauen (prostituées migrantes) en Suisse alémanique et à Lausanne; le projet prostitués masculins MSW (male sex workers) dans certains cas; le projet MEDIA (consommateurs et ex-consommateurs de stupéfiants, détenus); le projet "Donne a confronto" (femmes consommatrices de drogues).

Ces interventions sont mises sur pied par des professionnels de l'action sanitaire ou sociale qui se chargent du recrutement et de l'encadrement des médiateurs (ces derniers pouvant aller jusqu'à travailler en tandem avec eux). Tantôt rétribués et tantôt non, les médiateurs ont pour missions principales de s'adresser à leurs pairs, de leur distribuer du matériel de prévention, de répondre à leurs questions et de leur fournir les adresses de structures d'aide ou de conseil. L'intensité des contacts avec le public-cible est variable (de quelques minutes à plusieurs heures). Dans quelques programmes, les médiateurs se tiennent à disposition (permanence) ou – après formation ad hoc – animent des groupes de discussion.

Sur le terrain, ce modèle de projet "médiateurs" (voir Tableau 7) a trois variantes. Le type B1a (Barfüsserfrauen en Suisse alémanique, projet prison à Saint-Gall, certains groupes régionaux du projet prostitués masculins MSW, "Donne a confronto") représente le prototype de programme d'éducation par les pairs qui vient d'être décrit. Après un certain temps d'apprentissage, le médiateur mène seul ses activités de prévention auprès de ses pairs. La médiatrice dans la variante B1b (Barfüsserfrauen à Lausanne, Boulevard à Genève et, comme un cas particulier, Fleur de pavé à Lausanne) est moins indépendante : on ne s'attend pas (du moins pas encore) à ce qu'elle mène seule des activités de prévention. Elle fait le lien entre la personne responsable locale du programme et la population-cible, et sert aussi à légitimer l'intervention auprès de ses pairs. Tous ces projets, qui sont caractérisés par une structuration forte, sont orientés vers des buts de prévention à long terme dans le groupe-cible (ce qui implique qu'un projet peut changer de moyens – de façon de fonctionner - si nécessaire).

La variante B1c (MEDIA), par contre, se distingue par le fait que le groupe-cible est structuré et délimité. Elle repose, comme les variante B1a et B1b sur l'utilisation de pairs pour entrer en contact avec la population-cible, mais dans un contexte plutôt fermé. Les personnes visées sont relativement facilement atteintes : médiateur et personne-cible sont déjà réunis autour d'une même problématique dans un milieu spécifique.

Le moyen (la boîte-cadeau, le questionnaire à remplir) joue un rôle central. Il s'agit avant tout de transmettre une information, une fois, le médiateur n'étant pas censé être utilisé comme une personne-ressource. Autre caractéristique, la durée de vie courte du médiateur : il est recruté, on identifie avec lui les cibles de son intervention (parfois les personnes-mêmes) et il effectue un nombre défini d'entretiens en distribuant la boîte-cadeau. Les projets pilotes sont à court terme.

Dans sa phase actuelle le projet vise la création d'une demande de la part des professionnels de la prévention ou d'associations et l'offre d'un moyen, une marche à suivre pour mettre en place un

projet d'éducation par les pairs. Il s'agit du 'marketing' d'un type d'intervention pour la prévention du sida.

Dans le modèle B2, la population-cible est aussi un groupe spécifique mais les médiateurs ne sont pas issus de ce milieu. Tout au plus peuvent-ils en partager quelques caractéristiques (la langue ou la culture). Exemples : Barfüsserfrauen au Tessin et à Genève (point commun la langue), MSW (point commun : le partage de la préférence sexuelle). Ce modèle constitue souvent une solution de "repli" qui s'est imposée en raison des difficultés de recrutement de médiateurs issus du groupe-cible. Le fonctionnement de ces programmes et des missions dévolues aux médiateurs sont très semblables à ceux prévalant pour le modèle B1, mais dans ce cas les médiateurs vont au-devant de la population (outreach work). Dans certains cas, les médiateurs de ce modèle sont des professionnels de l'action sociale ou éducative. Les projets de ce type sont plutôt de type "top down" : les projets de prévention apportés au groupe-cible viennent depuis l'extérieur du groupe. En même temps – et dans une variante - on s'attend à ce que la communauté participe. Dans certain cas (MSW avec le centre HERMANN à Zurich), il peut y avoir un élément relativement fort d'empowerment. Dans ce cas, le souhait en ce qui concerne l'empowerment vient de l'extérieur et non pas du sous-groupe très marginalisé : ce sont les responsables du projet - ou les ORW – qui prônent un développement personnel parmi au moins certains membres du groupe-cible.

Tableau 7 Typologie des projets 'Médiateurs'

	Groupe spécifique marginalisé ou difficile à atteindre			
	A	B1a	B1b	
Cible de l'intervention	Population entière			
Type	B1c			
Lien du 'médiateur' avec le milieu	Issu d'un groupe-cible structuré et délimité			
Nature du projet	Non issu du groupe-cible			
Fonction du 'médiateur'	B2			
Position sur le terrain	Seul (peut être accompagné par un superviseur de temps en temps)			
Projets appartenant à cette catégorie	<ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen Tessin, Genève (point commun, langue /culture) • Prostitués masculins (MSW) point commun, appartenance au groupe HSH comme le public-cible et ses clients 			
Cas particuliers	<p>Formation de personnes des groupes-cibles pour qu'ils deviennent des modèles pour leurs pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienne, Drop-in pour toxicomanes : gestes à faire en cas d'overdose 			
	<p>Population entière</p> <p>Issu de la population-cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuration forte • Orienté vers les buts • Top-down • Long terme • Participation de la communauté attendue <p>Toutes sortes de fonctions : de la coordination des activités régionales (permanent payé) jusqu'aux différentes formes de bénévolat (distribution de matériel, présence à un stand, cours, etc.)</p> <p>Seul ou accompagné selon sa fonction</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migrants • Hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH) 	<p>Issu du groupe-cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuration forte • Orienté vers les buts • Top-down • Long terme • Pas de participation attendue <p>Eduquer les pairs</p> <p>Seul (peut être accompagné par un superviseur de temps en temps)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen en Suisse alémanique • Projet prison à St-Gall • Prostitués masculins (MSW) 	<p>Issu du groupe-cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuration forte • Orienté vers les buts • Top-down • Long terme • Pas de participation attendue <p>Légitimer l'intervention auprès des pairs / faire le lien entre le responsable local du programme et la population-cible</p> <p>Pas seul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barfüsserfrauen Lausanne (introduit la coordinatrice auprès des prostituées) • Boulevard GE (sort autour du bus, légitime cette action auprès des autres prostituées) <p>'Donne a confronto' : projet pilote terminé, soutien par les pairs pour femmes consommatrices de drogues</p> <p>Formation de professionnels auprès de leurs clients</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAMiR (touristes) • Professionnelles du social (femmes) 	<p>Non issu du groupe-cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuration forte • Orienté vers les buts • Top-down • Long terme • Participation de la communauté attendue <p>Aller au devant d'une population spécifique à laquelle on n'appartient pas tout en ayant quelque chose de commun avec elle</p> <p>Seul (peut être accompagné par un superviseur de temps en temps)</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDIA <p>Formation de personnes des groupes-cibles pour qu'ils deviennent des modèles pour leurs pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienne, Drop-in pour toxicomanes : gestes à faire en cas d'overdose

5 DISCUSSION GENERALE

La discussion prend son départ avec la typologie des programmes suisses qui vient d'être présentée. Les avantages et les inconvénients de chaque type sont discutés. Mais dans cette section la discussion est basée à la fois sur les programmes suisses et la littérature discutée dans la première section³⁶. Autrement dit, nous discutons divers avantages et problèmes potentiels inhérents à l'approche par les médiateurs sans nécessairement vouloir laisser entendre que nous avons trouvé tous ces problèmes dans les projets suisses examinés. Certaines difficultés / questions ont été soulevés par les responsables et les médiateurs suisses interviewés ; d'autres ont été évoquées sans être nécessairement mises en mots ; d'autres encore n'ont pas été mentionnées. Mais toutes font partie du travail avec des médiateurs.

5.1 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DIFFERENTS MODELES DE MEDIEUR

5.1.1 Médiateurs issus du milieu

Un programme basé sur les efforts des **médiateurs issus du milieu** présente plusieurs **avantages**. Les médiateurs ont accès à des milieux où les professionnels de santé peuvent difficilement entrer. Les pairs peuvent être plus crédibles que ceux qui viennent de l'extérieur ou qui sont perçus comme des figures d'autorité : un message qui vient d'un pair est plus convaincant. De plus, une relation de confiance est déjà établie - ou plus facile à établir - parce que médiateur et destinataire ont en commun certaines expériences et styles de vie. Ils partagent également l'appartenance à un même groupe qui peut être stigmatisé. Ces points communs font qu'il est beaucoup plus facile pour un médiateur issu du milieu d'aborder une personne du groupe-cible avec un message de prévention du sida. Une médiatrice du projet Barfüsserfrauen, par exemple, nous a décrit la façon dont elle entre en contact avec un groupe de prostituées étrangères : elle téléphone tout simplement à ses amies et propose une visite. Puisque ce sont des amies, ses visites ne sont jamais refusés. Elle sait qu'avec les personnes de telle ou telle nationalité, il faut parler de beaucoup d'autres choses avant d'entrer en matière sur la prévention du sida tandis que, chez d'autres, on peut en parler de façon directe. Parce que les messages viennent d'une amie, en plus, ils sont écoutés (c'est la "légitimité" du médiateur).

Comme décrit dans la partie théorique de ce document, le fait d'exercer une influence à travers des personnes qui peuvent servir de modèles peut être très puissant ; il aide à augmenter la motivation essentielle afin de changer des modèles de comportement profondément ancrés.

Comme l'a souligné une des responsables d'un programme, l'intervention des médiateurs amène la problématique plus près des gens. Dans le domaine du sida notamment, leur intervention personnalise la maladie : les personnes qui annoncent leur séropositivité, surtout, apportent le VIH

³⁶ Rappelons que notre modèle "médiateur issu du milieu" et "médiateur non-issu du milieu" est très semblable aux modèles déjà discutés d'"approche diffusionnelle" et d'"approche de proximité". Quant à l'approche de mobilisation communautaire, elle existe en filigrane dans plusieurs programmes suisses discutés. Nous y reviendrons plus bas.

près des gens, lui donnent un visage, touchent les personnes. En ceci, elles créent le soutien social, aident les personnes en situation fragile à se sentir moins seules. Elle légitime aussi la problématique dans la population-cible.

Un dernier avantage enfin : presque toutes les publications - ainsi que les personnes interviewées en Suisse - sont d'accord qu'être "médiateur" peut avoir un effet très positif sur le médiateur lui-même : menées avec succès, ces activités augmentent l'estime de soi, l'optimisme, le pouvoir personnel (par le fait que la personne sert de modèle). C'est l'occasion d'aider autrui. C'est l'occasion d'être reconnue en tant que personne qui fait quelque chose de socialement utile, occasion d'autant plus précieuse que le médiateur est dans une situation socialement défavorisée. Certains médiateurs créent ainsi un rôle reconnu dans leur communauté qu'ils n'auraient pas eu autrement (un excellent exemple est le médiateur, ouvrier de profession, qui est régulièrement consulté par son consulat en tant que porte-parole pour les homosexuels de sa nationalité). Le résultat peut être d'augmenter l'estime de soi et diminuer la marginalité.

Un des **inconvenients** majeurs de cette forme de médiation est qu'il peut être **difficile de trouver** des personnes issues du groupe-cible qui seraient d'accord de servir de médiateur (c'est une des raisons d'être du modèle B2). Tout d'abord, de telles personnes peuvent être difficiles à identifier. Les meilleurs médiateurs sont des "leaders d'opinion naturels" mais de tels leaders ne sont pas nécessairement facilement identifiables pour qui se trouve en dehors de la communauté, ne connaît pas nécessairement le milieu et n'a pas acquis la confiance des personnes qui le composent. De plus, des problèmes pratiques et administratifs peuvent se poser : par exemple, d'autres contraintes sur le temps des personnes qui sont des leaders ou le manque d'un permis de travail.

Plus important, le rôle de médiateur est très difficile à assumer. Un des principaux experts de ce domaine a discuté les éventuels problèmes qui pourraient surgir chez des éducateurs de pairs parmi les utilisateurs de drogues - problèmes relevés aussi dans des projets suisses qui s'adressent à d'autres groupes : difficulté à accepter le rôle du leader et à se faire accepter en tant que tel, relations sociales dominées par la méfiance et la manque de solidarité et, dans certains milieux, valorisation de la prise de risque et d'un modèle de "dur-à-cuire" (Friedman, 1987).

Ces problèmes ont été discutés dans la littérature se référant aux ORWs parmi les personnes qui s'injectent mais peuvent tout à fait s'appliquer aux médiateurs auprès de nombreux autres groupes.

Un des problèmes potentiels est qu'un projet est à risque de recruter des personnes qui veulent simplement en abuser, en profiter. Dans les milieux de la toxicomanie, la tentation peut être forte pour le médiateur de s'engager dans des petits trafics où sa position peut servir de couverture. Pour d'autres, et même si les budgets sont en train de diminuer, le sida pourrait être vu comme un moyen facile de gagner de l'argent. Quand il s'agit de médiateurs rémunérés, le problème de sélection adverse se pose : il est possible que ceux qui désirent le plus offrir leurs services soient les moins qualifiés ou les moins motivés (ceux qui n'ont pas d'autre emploi et qui ont de bonnes raisons de cacher leurs déficits). En plus, les qualifications qui font un bon "outreach worker" sont les mêmes que celles qui les empêchent de trouver d'autres emplois. Ceux qui ont de bonnes qualifications de travail habituel n'ont pas nécessairement de bonnes qualifications auprès du groupe-cible (crédibilité de la rue) et vice versa. Leurs activités de prévention peuvent

entraîner les médiateurs, en milieu de toxicomanie surtout³⁷, à se comporter un peu différemment de ses collègues "de la rue". Il prend ainsi le risque de ressembler à un quelqu'un qui fait "trop comme il faut", de nuire à son image de "dur".

C'est à cause de ces difficultés que Broadhead et al (1995) constatent un certain nombre d'attitudes bien compréhensibles mais pas tout à fait efficaces pour la prévention du sida parmi les "outreach workers" auprès des toxicomanes qu'ils ont étudiés. Ces médiateurs avaient tendance à travailler avec ceux qui leur ressemblaient le plus et qui partageaient leurs préjugés : ils ne se sentaient pas à l'aise pour approcher ceux qui étaient trop différents. Ils restaient avec ceux qu'ils connaissaient. Pour des raisons de sécurité, ils évitaient les quartiers dangereux, couvrant ainsi une partie seulement du terrain qui leur avait été attribué. Quelques-uns des "outreach worker" avaient même rationalisé qu'approcher ceux qui s'injectent revenait à les discriminer : c'est ainsi qu'ils passaient le plus gros de leur temps avec des personnes qui n'avaient en fait aucun comportement à risque... (Broadhead et al, 1995).

Cette tendance à ne pas s'aventurer en dehors d'un terrain connu a aussi été rencontrée dans les projets suisses décrits (p. ex. le projet Barfüsserfrauen). Ce risque n'existe en principe pas avec un concept de médiateur de type B1c (MEDIA) où le champ d'intervention est limité.

Plusieurs auteurs soulignent que l'éducateur de pairs est "entre deux chaises" ou "entre deux cultures", à la fois "insider" et "outsider" par rapport à son groupe, donc sujet à des **conflits de loyauté**. Quelques auteurs (Friedman, 1987; Murray et Robinson, 1996) notent que les "outreach workers" sont ceux avec lesquels le personnel du programme se sent à l'aise pour communiquer, donc peut-être déjà plus de classe moyenne que leurs pairs. D'autres mettent en garde contre la tendance d'un programme à trop demander aux médiateurs, notamment qu'ils communiquent dans la rue et dans le jargon des professionnels de santé et des chercheurs.

Le fait de servir de médiateur peut être mal compris ou même mal vu par la communauté. Dans ce cas, au mieux, les activités du médiateur ne reçoivent aucun soutien. Au pire, le médiateur est vu avec suspicion, comme un traître potentiel ou comme quelqu'un qui veut ressembler à une "dame patronnesse". En fait, il peut être inconfortable pour un pair de se différencier de son groupe, y compris en développant des connaissances spéciales ou par le fait de travailler avec un programme dirigé depuis l'extérieur (Brussa, 1995). La peur de se différencier de son groupe peut même faire qu'un éducateur de pairs hésite à intervenir auprès de ses collègues. Dans un exemple tiré de la littérature, des éducatrices de pairs travaillant dans des maisons closes avaient été bien formées pour la prévention du sida, mais une fois la formation terminée, elles arrivaient très difficilement à en parler à leurs collègues, avec lesquelles elles étaient en compétition pour des clients. C'était leurs amies extérieures et non pas leurs collègues de travail qu'elles avaient informées sur la nécessité de se protéger (Wolffers 1998). S'agissant du même milieu, mais dans une règle - encore une fois - applicable à d'autres milieux, un autre auteur note que c'est pour cette raison qu'il est important de recruter comme médiateurs auprès des pairs à risque des personnes qui sont déjà leaders, qui ont moins peur de se distinguer (Visrutaratna et al, 1995).

Toujours dans le chapitre des conflits de loyauté, les outreach workers qui sont convaincus de l'utilité de leurs efforts et essaient de se comporter de façon professionnelle peuvent être profondément découragés par ceux qui ne le font pas. Au cours de leurs activités de médiateur, certains

³⁷ Mais un problème semblable se pose en milieu de drague "gay" par exemple, Mendès-Leite & Proth, 1997.

peuvent découvrir des faits qui les mettent dans des situations extrêmement inconfortables. Par exemple, un des médiateurs interviewés a parlé du fait d'avoir été rejeté par ses pairs - et même par sa communauté - quand il a soulevé la question très difficile du proxénétisme parmi les membres de son groupe. En se sentant dans le devoir de signaler ce problème grave, il a perçu dans sa communauté un sentiment de rejet à cause de la "trahison".

Enfin, le médiateur issu du milieu peut avoir des **problèmes personnels** : ces problèmes qui avaient mené à l'abus de substances ou vers le commerce du sexe ne disparaissent pas quand l'individu devient médiateur et peuvent prendre le dessus à un moment donné.

Toutes ces difficultés font que les médiateurs issus des milieux à atteindre nécessitent un **encadrement important**, pour les former à la prévention du sida, pour superviser leurs activités et pour les soutenir dans leurs efforts. Plus les milieux sont marginalisés, les situations vulnérables et les personnes fragiles et plus cet encadrement est essentiel : pour le bien de leurs efforts et pour le bien des médiateurs en tant qu'individus.

5.1.2 Médiateurs non-issus du milieu

Par définition de ce modèle, les médiateurs non issus du milieu partagent certains traits communs avec la population-cible³⁸. Les deux programmes suisses qui utilisent cette forme de médiation visent la prévention du sida auprès des travailleurs du sexe (prostituées étrangères, prostitués). Dans le premier, la médiatrice partage la langue et/ou la culture des personnes à atteindre ; dans le deuxième, il partage la préférence sexuelle. Ces médiateurs ont souvent des compétences professionnelles utiles pour leurs activités de prévention. De ce fait, les médiateurs de ce type ont besoin d'un encadrement et d'une supervision moins importants que les médiateurs issus du milieu.

Au chapitre des inconvénients liés à ce modèle, on signalera le fait que les médiateurs ne connaissent pas nécessairement le milieu dans lequel ils interviennent : ce n'est pas parce qu'on est Thaï ou homosexuel par exemple qu'on connaît les milieux de prostitution thaïlandaise ou masculine. De l'autre côté, il n'y a pas de raison a priori que la/le travailleuse/eur du sexe fasse confiance au médiateur uniquement sur la base de sa nationalité ou préférence sexuelle. Le médiateur peut donc manquer de légitimité auprès du groupe-cible.

Enfin, comme cela a déjà été dit, le médiateur peut se trouver confronté à des phénomènes qui le troublent. Par exemple, quelques intervenants en milieu de drague entre hommes ont trouvé extrêmement difficile leur confrontation avec des identités sexuelles et des façon de vivre l'homosexualité très différentes des leurs, ou encore la rencontre avec des problèmes graves (personnes sans domicile fixe, séropositifs, démunis ...) (Mendès-Leite et Proth 1997). Dans ces cas, la tentation peut être considérable de dépasser le rôle de médiateur et d'instaurer une relation d'aide qui dépasse de loin le rôle prévu du médiateur.

Le Tableau 8 montre en résumé les avantages et les inconvénients liés au type de médiateur dans les projets de prévention s'adressant à des groupes spécifiques.

³⁸ Un bémol s'impose : dans certains projets règne une ambiguïté (qui peut même être cultivée) concernant qui appartient et qui n'appartient pas au groupe. Cette ambiguïté fait qu'il peut être difficile de déterminer exactement les critères, les méthodes de recrutement des médiateurs et même la définition précise de leurs activités de prévention (qui ils sont et ce qu'ils font).

Deux remarques s'imposent pourtant. Pour recruter des médiateurs "issus du milieu" plusieurs auteurs notent la nécessité de prêter attention aux différences qui existent au sein du groupe même. Les professionnels de la santé (comme beaucoup d'autres) ont tendance à généraliser, à penser que les groupes auxquels ils n'appartiennent pas (les "autres") forment un tout homogène (Brussa, 1998). En l'absence d'une définition claire du concept de "médiateur" ceux qui mènent des programmes ont parfois tendance à employer le terme "pair" pour indiquer simplement une personne qui n'a pas de formation professionnelle et/ou qui est extérieure au système de santé. Le degré d'appartenance à la population-cible (la "parité") peut être très ténue. Or il est important de prendre en compte la complexité du groupe-cible, les différences qui règnent entre divers sous-groupes, voire factions dans les communautés. Autrement dit les populations "marginales" ont leurs propres centres et hiérarchies, leurs propres discriminations (Murray & Robinson, 1996).

Plusieurs auteurs notent que le fait d'être éducateur de pairs (médiateur) peut servir de tremplin, de transition, pour une personne du groupe-cible qui souhaite quitter le milieu. On retrouve ceci dans les projets suisses des domaines de la toxicomanie et de la prostitution (Barfüsserfrauen, MSW, Boulevard) : quelques médiateurs/trices ont trouvé par la suite un emploi.

Tableau 8 Prévention auprès de groupes spécifiques : avantages et inconvénients liés au type de médiateur

	Avantages	Inconvénients
MEDIATEURS ISSUS DU MILIEU (B1)	<ul style="list-style-type: none"> • capacité d'établir des contacts dans un milieu difficile d'accès • "légitimité" du médiateur • relation de confiance • effet d'empowerment sur le médiateur 	<ul style="list-style-type: none"> • difficulté de recrutement des médiateurs • nécessité d'un encadrement important • difficulté de maintenir une "distance critique" entre médiateur et public-cible • risque de confusion des rôles • problèmes personnels du médiateur
MEDIATEURS NON ISSUS DU MILIEU (B2)	<ul style="list-style-type: none"> • souvent des professionnels de l'action sociale ou éducative, possédant donc déjà des compétences utiles pour leur rôle • nécessité réduite d'encadrement et de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • moindre connaissance du milieu dans lequel ils interviennent • possible manque de "légitimité" • tentation de dépasser le rôle de médiateur et d'instaurer une relation d'aide dans des situations très difficiles

Il ne faut pas sous-estimer non plus les difficultés qui existent si on choisit comme médiateur une personne qui a réussi à sortir d'un milieu difficile. Certains ex-toxicomanes par exemple ont parfois "appris", pendant leur parcours thérapeutique, à dénigrer les personnes qu'ils sont censés maintenant atteindre par leurs activités de médiateur (c. à d. ceux qui utilisent toujours des drogues) (Broadhead et al, 1995). Pour d'autres le travail avec un groupe-cible dont on a réussi à s'extraire peut évoquer une identité qu'on aimerait mieux oublier. Enfin, particulièrement dans

le domaine de la toxicomanie, il est difficile de quitter un milieu tout en gardant des contacts avec lui en tant que médiateur. Les anciennes tentations existent toujours, les anciennes relations et les obligations qui y sont liées également : l'acceptation sociale de l'ancien groupe pour quelqu'un qui l'a quitté n'est jamais accordée sans ambivalence.

5.2 QUESTIONS PARTICULIERES

Certains aspects particuliers de l'activité des médiateurs dans le domaine de la prévention du sida méritent une attention particulière et sont traités dans les chapitres suivants : l'entrée en contact avec le groupe cible ; la rétribution financière des médiateurs ; l'encadrement et la supervision ; sont enfin abordés deux questions de fond, l'empowerment et la durabilité de programmes.

5.2.1 Entrer en contact avec le groupe cible

Si il faut tenir compte des besoins du groupe-cible, ils peuvent n'être ni ressentis, ni exprimés. En pratique l'approche d'un destinataire nécessite un certain degré de pro-activité.

Certains des responsables de projets (Barfüsserfrauen, Migrants, notamment) mentionnent qu'il est nécessaire, dans certains milieux, de passer par des "intermédiaires" ("gate-keepers") avant d'arriver au groupe-cible. Ce peuvent être des directeurs de foyer pour requérant d'asile ou des patrons de travailleurs saisonniers ou encore des patrons de bar pour les travailleurs de sexe. Comme on peut l'imaginer, il va rarement de soi de proposer des activités de prévention du sida à de tels intermédiaires : pour un patron de bar par exemple accepter de proposer des préservatifs ou même accepter toute intervention préventive signifie admettre qu'il y a de la prostitution dans son établissement.

Des médiateurs (issus du milieu ou non) admettent avoir des réticences à aller dans des endroits inconnus, difficiles, où ils ont été mal accueillis ou franchement rejetés. Comme cela a déjà été dit, la tentation est grande de rester dans des endroits où le travail est le plus facile (Mendès-Leite & Proth, 1997 ; Broadhead, 1995).

Dans plusieurs projets on insiste sur la nécessité d'offrir quelque chose pour entrer en contact avec une personne avec laquelle on va discuter (par ex. Barfüsser, MSW, MEDIA, prisons). Le projet MEDIA, par exemple, a donné beaucoup d'importance au développement d'une boîte-cadeau contenant des articles attirants (t-shirts, shampooings, etc.) afin d'intéresser le destinataire. Dans d'autres projets (Pin'Aides) certains médiateurs ont objecté que le fait de donner quelque chose réduit le médiateur à un simple rôle de distributeur de préservatifs : ils préfèrent mettre l'accent sur la disponibilité et l'écoute - et de donner des préservatifs le cas échéant. Plusieurs responsables de programme ou médiateurs ont souligné que, sauf exception où la situation est claire (stand d'information par exemple), on ne peut pas tout de suite aborder le sida dans une conversation. Il faut parler d'autre chose avant d'entrer en matière. Avec des personnes très marginalisées (hommes qui se prostituent, par exemple) il faut rester sur les lieux, être disponible pour que les gens viennent parler, développer une relation de confiance avant de pouvoir aborder les questions difficiles. Cette relation peut mener à d'autres formes d'aide par la suite : dans quelques projets un médiateur peut aider une personne avec d'autres problèmes après un premier contact (l'accompagner chez un médecin par exemple).

5.2.2 La rétribution financière (payer ou ne pas payer les médiateurs?)

"Certains croient que la 'véritable' éducation par les pairs est fondée sur le bénévolat, et qu'elle ne devrait pas comporter de rétribution financière. D'autres argumentent que les médiateurs offrent un service qui devrait être rétribué en conséquence" (Europair, 1998). Cette observation a été très largement reprise dans les entretiens effectués pour cette étude³⁹.

D'un côté on trouve la position suivante : comme l'effort des médiateurs représente beaucoup de travail, demande du temps et un engagement personnel, ne pas offrir une quelconque compensation équivaudrait à une forme d'exploitation. La rétribution représente certainement un gain en termes de professionnalisme, de stabilité, de reconnaissance du travail accompli et de possibilité de contrôle^{40,41}. Dans le cas de médiateurs qui effectuent un travail diversifié, dont on attend des prestations spécifiques et qui ont des responsabilités au niveau local, la rétribution semble aller de soi (HSH).

De l'autre côté on trouve une position également bien tranchée : il ne faut pas payer les médiateurs parce que la prévention du sida a une importance particulière, appartient au registre de l'engagement personnel, et ne devrait pas être associée à une activité commerciale. Cette position est bien décrite par un prostitué cité par le projet MEDIA : "les gens savent ce que je fais pour de l'argent. Ceci n'est pas la même chose". Dans le même ordre d'idées, mais au niveau communautaire, le paiement enfreint le principe de "mobilisation". L'impact des projets d'approche communautaire dépend de leur capacité à susciter des changements dans les normes et le style de vie, via des réseaux informels. Le fait de payer ceux qui prônent ces changements, de les professionnaliser en quelque sorte, enlèverait de leur effet "moral".

En fait le bénévolat est largement appliqué dans l'action sociale et sanitaire bien au delà du domaine du sida (auprès des petits enfants, des personnes âgées, des requérants d'asile par exemple)⁴². Les diverses motivations pour être travailleur bénévole ont été analysées et sont tout à fait

³⁹ Il est assez frappant de constater que si, de nos jours et dans notre domaine, on peut relativement facilement parler de la sexualité, parler d'argent pose manifestement toujours problème. Il existe un "non-dit" considérable autour de la question du paiement des médiateurs dans les projets suisses examinés : plusieurs personnes interviewées avaient des réticences à dire combien ils étaient payés.

⁴⁰ Parfois, d'après quelques coordinateurs, certains médiateurs ne veulent pas être payés afin de pouvoir garder leur autonomie, la possibilité d'être critique par rapport aux activités de projet.

⁴¹ C'est dans le projet Migrants Santé que régnait la plus grande diversité de politiques de paiement et que la question a été abondamment discutée. Actuellement les tarifs sont bien définis, par écrit, et distribués aux personnes qui veulent être médiateur. Des problèmes persistent pourtant : les personnes concernées ne comprennent pas toujours - ou ne veulent pas comprendre - les politiques établies. Certains pensent que parce que ce projet est financé par le gouvernement suisse il dispose de fonds substantiels : ils sont déçus d'être peu ou pas payés. Une source supplémentaire de confusion vient du fait qu'un médiateur peut être payé pour son action par une autre institution, et que les barèmes de ces institutions varient. De plus, et comme cela a déjà été dit, et tout comme pour d'autres projets (MSW par ex.) les efforts fournis par certains médiateurs très engagés vont bien au delà de ceux pour lesquels ils sont rémunérés.

⁴² Il est frappant de constater que "le bénévolat" et "les médiateurs" partagent les mêmes problèmes de définition, d'attentes et de rôles. Pour certains (ex : la Croix Rouge) quelqu'un qu'on nomme bénévole peut en fait être payé - parce qu'il travaille de son propre gré ! A la limite on qualifie de bénévolat

applicables aux médiateurs dont il s'agit ici. Ces motivations comprennent : la possibilité d'exercer une activité intéressante et acquérir des outils sociaux ou professionnels (une formation utile) ; d'être utile ; d'être **reconnu** comme quelqu'un d'utile (l'exercice du bénévolat peut conférer un certain prestige social) ; de se constituer une nouvelle identité sociale ; d'avoir des contacts sociaux et de développer des amitiés (Bovay, Tabin, Campiche, 1994). Enfin le sentiment de contribuer à la lutte contre le sida peut apporter des récompenses émotionnelles (CDC, 1992). Cette dernière motivation est peut-être la plus précieuse - et aussi la plus difficile à gérer : les raisons psychologiques ou d'histoire personnelle qui motivent un bon médiateur peuvent être très puissantes, mais rendent indispensables l'offre d'encadrement et de soutien.

La question de la rétribution est donc une question très sensible et doit être appréciée de cas en cas, sur l'échelle qui va de l'engagement personnelle, le militantisme à une intervention quasi-professionnelle.

5.2.3 Encadrement et supervision, pouvoir et limites

La question de l'encadrement et de la supervision a deux faces : le médiateur a besoin de liberté pour effectuer ses activités de prévention du sida. En même temps il a besoin d'encadrement et de soutien dans son activité.

N'importe quel futur médiateur a besoin d'une orientation voire d'une formation pour ses activités de prévention, ainsi que de référents, personnes ou institutions auprès desquelles il peut s'adresser en cas de besoin quand il mène ses activités. Il a par ailleurs besoin de liberté pour mener ses actions : c'est lui qui connaît le mieux son groupe, et les occasions les plus appropriées pour intervenir avec des actions de prévention du sida. Ce besoin de liberté laisse pourtant la porte ouverte aux abus possibles déjà discutés (ne pas faire le travail promis, dépasser ses propres compétences, par exemple) ou à des situations de surcharge (la communauté demande trop au médiateur). On voit ici toute l'importance du recrutement et de la formation initiale. Les coordinateurs de deux projets suisses qui ont beaucoup de médiateurs en activité (Migrants, HSH) rapportent que, dans leur expérience, les médiateurs à qui on fait confiance (qui ont une autonomie) font souvent bien plus que ce qu'ils sont censés faire, et non moins.

Certains des coordinateurs de projets interviewés, mentionnent aussi le fait qu'ils ne peuvent pas toujours contrôler les messages émis par les médiateurs (certains médiateurs auraient dit des choses inappropriées au nom du projet). Selon les activités qu'ils mènent, certains médiateurs ont parfois besoin d'un encadrement très soutenu (médiateurs eux-mêmes en situation fragile ou vulnérable ou qui mènent des activités qui demandent un investissement personnel, tel que l'accompagnement de personnes malades, par exemple).

La question de pouvoir intervient à deux niveaux : entre le médiateur et son superviseur et entre le médiateur et le groupe auprès duquel il intervient.

Travailler avec des médiateurs implique que les professionnels du domaine reconnaissent les compétences particulières de ces derniers, ce qui implique aussi qu'ils renoncent à un peu de leur pouvoir (ce ne sont nécessairement les professionnels qui savent le mieux comment intervenir). Ils ne le font pas toujours avec la délicatesse requise, surtout quand les agences de prévention ont l'habitude d'agir pour et non pas avec les usagers. Quelques responsables du projet ont parlé de

toute activité dont le statut n'est pas fixe ou qui est rémunérée à un coût inférieur à celui du marché de l'emploi (Bovay, Tabin, Campiche, 1994).

la tension de fond qui existe entre le médiateur issu du groupe cible et son superviseur direct : c'est par définition le premier qui connaît le mieux la scène dans lequel il intervient. Il n'est pas toujours facile pour le second de respecter ses compétences (d'autant plus qu'il s'agit souvent de personnes qui sont socialement stigmatisées) et de le superviser. Quant au médiateur, il ne comprend pas nécessairement pourquoi le superviseur gagne plus que lui en faisant moins, à ses yeux.

Le pouvoir exercé par le médiateur ou conféré au médiateur par la communauté dans laquelle il intervient est aussi une question à plusieurs faces. Il peut arriver que des médiateurs profitent de leur position, mais c'est plutôt rare et les problèmes viennent plutôt de l'impuissance du médiateur face à certains problèmes amenés par la communauté. Plusieurs responsables ont souligné que les groupes-cibles ont en général d'autres besoins bien plus immédiats que celui du sida et qu'il est impossible de ne pas au moins en parler. Mais ils décrivent les frustrations ressenties par les médiateurs quand des besoins ont été identifiés mais qu'ils ne peuvent s'en occuper parce que la réponse à ces besoins n'est pas incluse dans le mandat de prévention ou tout simplement parce qu'ils dépassent complètement leurs compétences (par ex : la question de la prise en charge des enfants des prostituées). Les médiateurs sont parfois très conscients des causes de certaines des problèmes de ceux auprès desquels ils interviennent (par ex : conditions de travail dangereuses, politiques répressives) mais sont impuissants à les résoudre (Brussa, 1995; Murray et Robinson, 1996). Il est donc très important qu'ils puissent se décharger de ces sur d'autres instances, en adressant leurs interlocuteurs vers les personnes ou organisations compétentes. Ils doivent recevoir une formation qui dépasse les aspects de connaissances sur le sida et être capables d'orienter leurs interlocuteurs dans le réseau d'aide sociale ou de soins.

5.2.4 "Empowerment" et société

Nous avons déjà souligné l'augmentation de compétence et de prise de responsabilité ("empowerment") d'un individu qui peut survenir comme conséquence de ses activités de médiateur. Ce même effet peut opérer au niveau des communautés. A travers un programme de prévention animé par des médiateurs, les personnes concernées commencent à réaliser qu'elles ont des droits (à la santé, à l'information, au soutien, etc.) et la communauté prend mieux conscience de ses propres ressources, et fait des efforts pour les mettre en valeur. Ces effets possibles ne sont évidemment pas automatiques : il est difficile de reconstruire artificiellement un processus social (Milburn, 1995).

En fait l'empowerment d'un groupe marginalisé et stigmatisé comporte beaucoup d'ambiguïtés. L'équité peut bien régner dans le groupe, mais le groupe en soi être très contrôlé depuis d'extérieur. L'agenda des programmes (les buts, les moyens et même la définition des besoins du groupe-cible) est en fin de compte dicté par les organismes financeurs. C'est principalement à eux et non pas aux membres du groupe-cible que les programmes doivent rendre des comptes.

La véritable affirmation de soi et de ses besoins qu'implique l'empowerment peut à la limite mettre en question l'ordre social (Brussa, 1995). Murray et Robinson (1996) sont particulièrement critique dans ce sens, en parlant des milieux de prostitution. Pour ces auteurs, si les programmes d'éducation par les pairs sont supposés être bon marchés et faciles à mener, ces programmes ne s'adressent pas aux vrais problèmes du groupe cible⁴³. Ces programmes veulent construire une

⁴³ "Peer-based programs are not just trendy, they are a cheap and easy way of being seen to do something without affecting the status quo." (Murray et Robinson, 1996, p. 50)

communauté et encourager les individus à s'identifier avec celle-ci, mais en dépit d'une rhétorique d'empowerment, ils ne mettent en question ni les constructions sociales du groupe cible ni les pouvoirs et les structures qui maintiennent ce groupe dans une position sans pouvoir⁴⁴.

De tels programmes ne font que renforcer la marginalisation de ceux qu'ils veulent aider. Cette division est renforcée par le fait que les médiateurs sont souvent au bas de la hiérarchie du programme même : le programme est dirigé d'ailleurs (en dehors de la communauté), comporte un groupe intermédiaire de professionnels payés (en générale formés et appartenant à la classe moyenne) et ensuite seulement des médiateurs - bénévoles (et souvent de bas statuts social). On trouve des échos de ces critiques dans les paroles de quelques-uns des responsables suisses interviewés. Certains insistent sur le fait qu'il ne suffit pas de faire de la prévention du sida et qu'il faut améliorer en même temps la situation sociale du groupe-cible, diminuer sa vulnérabilité; ceci engendrant parfois des conflits avec des milieux qui craignent cette perspectives et cherchent à mettre fin aux activités du programme (Michel, 1998).

En un mot, le véritable empowerment d'un groupe marginal risque de susciter des résistances institutionnelles.

5.2.5 Durabilité des programmes et aspects éthiques

"La sécurité d'emploi du personnel, la capacité à planifier à moyen et long terme ainsi que la continuité sont importantes si l'on veut fournir un service de haute qualité..." Pour élaborer un bon projet, il faut plusieurs années. Pour le démolir, quelques mois seulement' (EUROPAP, 1998).

Beaucoup trop des programmes "médiateurs" décrits dans la littérature sont des programmes pilotes qui s'arrêtent tout simplement quand leur financement est terminé. Dans le cas de programmes très mobilisateurs pour les communautés, ceci pose la question du devenir des espoirs soulevés et de la bonne volonté créée, quand les coordinateurs et autres membres du programme s'en vont. Ils disparaissent quand l'argent disparaît... Le public-cible n'a souvent pas les moyens, ni les capacités, de faire vivre le programme après la fin du financement de la période pilote. Le risque est d'avoir créé des espoirs et des alliances qui laisseront un goût très amer et un sentiment d'abandon et de déception plus graves que si rien n'avait été entrepris.

Après l'enthousiasme du début, certains projets ont vécu une période marquée par des difficultés : difficultés avec quelques-unes des personnes qui s'étaient proposé comme médiateurs avec des buts personnels différents de ceux du projet (se mettre en avant, faire passer des idées politiques, etc.), incompatibilités entre divers sous-groupes dans les communautés-cibles (fluctuations, rivalités). La solution de ces problèmes passe souvent par la création de fonctions intermédiaires de coordination dans le projet ou de fonctions spécialisées (par ex production des matériels) en parallèle avec une autonomisation croissante des médiateurs et une supervision sur des aspects très spécifiques.

La question de la durabilité a été examinée dans le cadre des interventions pilotes du CDC (décrits plus haut) qui avaient été soutenues pour une période limitée. Certains de ces projets ont pu continuer avec un financement local. On note que la durabilité de ces projets était

⁴⁴ "The peer must behave like a prisoner seeking remission : a "good" peer is not angry or stoned, and is grateful to take one step forward rather than questioning why she started the race at the back." (Murray et Robinson, 1996, p. 51)

liée aux qualités du personnel (formation, engagement) et à une capacité d'adaptation aux besoins locaux (Guenther-Grey, 1998).

En Suisse, les programmes qui sont parvenus à durer au delà de leur phase pilote (projet Migrants Santé, HSH, Barfüsserfrauen par exemple) partagent un certain nombre de caractéristiques :

- Ils sont basés sur une évaluation préalable des besoins et de la faisabilité.
- Ils se caractérisent par des objectifs clairs et à long terme. Ce qui prévaut, c'est le but à atteindre et non les moyens à engager. Les moyens sont adaptés au contexte et ces programmes sont capables d'évoluer avec le temps, même s'ils peuvent connaître des périodes difficiles.
- Ils sont pro-actifs dans leurs offres de prévention : ils proposent au lieu d'attendre qu'une demande soit formulée.
- Ils sont lancés et dirigés au niveau national et régional, mais comprennent une dimension participative importante (feed back). Les interventions sont préparées et supervisées par des organisations stables qui possèdent la capacité de recruter et d'encadrer les médiateurs.
- Ces programmes sont capables de mobiliser des bénévoles disposés à s'engager pour une cause. Ils comprennent une dimension d'empowerment (à la fois sur le médiateur et sur la population-cible).

A l'opposé, les programmes qui ont eu de la difficulté à s'étendre ou à durer (MEDIA, PAMiR) sont caractérisés par l'insuffisance d'évaluation des besoins ou de la faisabilité. L'accent est mis avant tout sur les moyens plutôt que sur les objectifs, ce qui entraîne une faible capacité d'adaptation. Des carences au niveau de l'encadrement et du suivi ainsi qu'une faible dimension d'empowerment caractérisent aussi ces programmes.

5.2.6 Les multiplicateurs : à ne pas confondre avec les médiateurs

Le Tableau 9 résume les différences les plus importantes entre le concept de multiplicateur et celui de médiateur. Il est nécessaire de faire la distinction entre ces deux concepts pour pouvoir les utiliser à bon escient, puisque l'un et l'autre ont leurs indications selon la situation donnée et le but à atteindre.

Les **multiplicateurs**, c'est à dire des personnes au bénéfice d'une formation professionnelle (enseignant, infirmier, médecin, assistant social etc.) qui transmettent des messages de prévention dans le cours de leur activité habituelle⁴⁵, sont intéressants en tant que groupe à mobiliser pour la prévention et le conseil individuels. Si, en intégrant une information et une sensibilisation adéquates dans la formation initiale ou continue de certaines professions - enseignants, assistants sociaux, médecins, etc., on parvient à les convaincre d'intégrer le conseil préventif dans leur activité de base, on aura obtenu une multiplication de l'activité préventive, probablement durable. Cette sensibilisation peut aussi se faire par des actions spécifiques, il en va de même pour la sensibilisation d'autres catégories de personnes-clefs, tels que parents, leaders communautaires, etc.

Si l'on envisage une action par l'intermédiaire de multiplicateurs, il convient :

⁴⁵ Dans ce sens, les professionnels recrutés par le projet Migrants Santé sont bien des médiateurs puisqu'ils exercent leur fonction de médiateur en dehors ou au delà de leur activité professionnelle habituelle rémunérée

- d'identifier le genre de groupe candidat par son métier ou sa fonction à assumer un rôle de multiplicateur ;
- de s'assurer qu'il est bien en contact avec la population-cible de l'intervention ;
- de s'assurer qu'il existe bien un "accord" au sein du groupe d'assumer ce rôle ;
- de vérifier l'acceptabilité par les populations-cibles de conseils venus de ce type de multiplicateur ;
- d'identifier les canaux de formation de base et de formation continue ;
- de réfléchir à la maintenance du système (routinisation du rôle, rappels, continuité dans la formation, etc.).

Les **médiateurs** sont des personnes, recrutées et formées pour leurs capacités d'atteindre un groupe-cible spécifique difficile d'accès ou "culturellement éloigné". Leur action se fera généralement de façon plus collective et publique et en dehors de leur activité professionnelle. Ils travaillent parfois bénévolement, ils doivent être soutenus et encadrés. On peut s'attendre à un roulement important des médiateurs. Les projets "médiateurs" doivent en permanence se renouveler, ce qui représente un investissement humain et matériel important

Si l'on envisage une action par l'intermédiaire de médiateurs, il convient :

- de définir des critères de recrutement (caractéristiques, acceptabilité par la population-cible, rôle attendu et compétences désirées) ;
- de mettre sur pied une formation et d'assurer un suivi et une supervision continus ;
- de définir les limites du rôle et de la fonction du médiateur, tout en restant capable de s'adapter à l'évolution de la situation du terrain et des capacités des médiateurs ;
- de prévoir les problèmes de maintien en activité du médiateur ;
- d'assurer la durabilité du programme.

Tableau 9 Différences entre multiplicateurs et médiateurs

	Multiplicateurs	Médiateurs
QUI SONT-ILS?	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressants en tant que groupe, avec une profession ou un rôle particulier, susceptible de les mettre en contact avec la population-cible • Légitimité ou une crédibilité en tant que groupe (médecins, parents, etc.) • En général pas issus du groupe-cible, mais en contact avec lui pour des raisons liées à leur rôle professionnel ou social 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressant en tant que personne, capable de s'adresser au groupe-cible • Légitimité, crédibilité personnelle • Issu du groupe-cible ou partage avec lui certaines caractéristiques (langue, culture, préférence sexuelle)
RECRUTEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe est sensibilisé à la nécessité d'agir, on essaie de le convaincre 	<ul style="list-style-type: none"> • La personne est recrutée pour ses caractéristiques et compétences personnelles
FORMATION	<ul style="list-style-type: none"> • Formation complémentaire, information, sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de base spéciale
QUE FONT-ILS?	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de leur activité professionnelle ou de leur rôle habituel, il profitent des occasions pour faire de la prévention au niveau individuel • Il sont plutôt réactifs, agissant selon les situations qui se présentent • Aucun suivi ou supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité annexe, il va au-devant de la population-cible • Il est plutôt pro-actif, créant des situations de prévention • Suivi et supervision sur le terrain
POPULATION-CIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Plutôt population générale (conseil individuel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plutôt populations spécifiques ou groupes marginalisés et/ou difficiles à atteindre
AVANTAGE PRINCIPAL	<ul style="list-style-type: none"> • Peu coûteux, couverture et économies d'échelle importantes si une part significative du groupe fait ce que l'on attend de lui, de manière routinière 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'atteindre des groupes très marginalisés
PROBLEMES POTENTIELS	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention difficile à apprécier, non contrôlée 	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement important, problèmes de durabilité du fait de la durée généralement limitée de l'engagement des médiateurs

6 CONCLUSIONS

Les termes "éducation par les pairs" et "médiation" sont à la mode, le bénévolat a le vent en poupe... et le danger est grand d'une confusion extrême dans les appellations ou du recours incantatoire à des programmes "médiateur" stimulant "l'empowermen" des communautés!

Le mot "médiateur" recouvre en fait une gamme de fonctions et de pratiques très diverses, qui ne sont pas toutes équivalentes ni applicables à toutes les situations. Il importe toujours de préciser à quelle situation on a affaire, à quel type de médiateur on se réfère. En ce sens, la typologie esquissée dans ce rapport peut contribuer à un meilleur usage du concept.

Ce type d'approche a fait ses preuves (Visrutaratna et al, 1995 ; Haour-Knipe & Fleury, 1996 ; CDC, 1999 ; Kelly, 1999). Utilisés à bon escient, en tenant compte de leurs avantages et inconvénients respectifs, les divers types de médiateurs peuvent être un outil très puissant pour la prévention du sida :

- c'est le meilleur moyen - voire le seul moyen dans certain cas - d'atteindre certaines populations marginales ;
- il peut avoir des effets très positifs sur les médiateurs eux-mêmes (en accordant dignité et respect aux personnes souvent très marginales) et sur les communautés auxquels ils s'adressent (par la responsabilisation, l'appropriation de projet qui se produit quand tout ce passe bien) ;
- ils peuvent aussi avoir des effets négatifs - qui ne doivent pas être sous-estimés - si le programme est mené à la légère (abus du bénévolat, de la confiance des communautés, sentiments d'abandon si les programmes s'arrêtent trop tôt). Un programme qui a recours à des médiateurs, s'engage dans un partenariat à moyen ou long terme.

Un modèle d'intervention par des médiateurs développé dans une culture et auprès d'un groupe n'est pas nécessairement applicable sans adaptations à une autre situation. L'étude de la faisabilité est essentielle.

Le concept de médiateur est très différent de celui de multiplicateur. Les deux ne sont pas utilisés aux mêmes fins et peuvent être complémentaires : les médiateurs étant plus utiles auprès de populations spécifiques ou de sous-groupes marginalisés, les multiplicateurs, plus utiles en population générale.

7 RECOMMANDATIONS

■ **Recrutement**

La qualité de l'intervention qui fait recours aux efforts des médiateurs dépend très largement de la qualité des personnes recrutées.

Les médiateurs doivent le plus souvent être recrutés activement. Il faut profiter de façon créative des occasions qui se présentent pour intéresser des volontaires potentiels à ce rôle. Cette phase est difficile et critique.

Dans l'idéal, les médiateurs sont des "leader d'opinion naturels". Ils ont (ou peuvent facilement développer) des contacts avec le groupe-cible ; ont des attributs personnels ou des expériences de vie qui font qu'ils seront acceptés par le groupe-cible ; ont des acquis sociaux et éducationnels qui les permettent de faire ces activités, et ont un style de vie assez stable pour que le programme puisse leur accorder des responsabilités et faire confiance. Ils ont la capacité de prendre une certaine distance par rapport à leur propre situation. Enfin et peut être le plus important : ces activités ne leurs seront pas nuisibles.

■ **"Soins" des médiateurs**

La formation peut être très différente selon le type de médiateur, mais indépendamment du type on ne peut pas simplement former brièvement puis laisser travailler les médiateurs : il faut un soutien et une supervision systématiques.

La formation continue, la mise en contact des médiateurs d'un même programme et l'échange d'expériences doivent être favorisés et le feed-back des médiateurs sur le programme encouragé.

Il faut éviter que les médiateurs se trouvent en porte-à-faux avec les besoins autres des communautés, ils faut à minima qu'ils soient capables d'orienter ceux qui font appel à eux vers d'autres personnes ou institutions compétentes.

■ **Promouvoir leurs activités**

Il est essentiel de reconnaître les activités et les efforts, des médiateurs. On peut facilement faire connaître (et donc reconnaître) leur activité (voir plus bas).

Il faut sensibiliser les institutions afin de mieux mettre à profit les possibilités d'actions des médiateurs déjà actifs, favoriser la participation et l'intégration des médiateurs aux réseaux de prise en charge.

■ **Structure et fonctionnement des programmes**

La décision de mise en route de projets utilisant des médiateurs doit être soigneusement pesée et leur mise en œuvre suivie de très près (supervision forte au début, autonomisation progressive avec auto-évaluation par la suite, quand c'est possible). Il est important d'assurer le financement à moyen et à long terme.

Les grands projets doivent être coordonnés au niveau national.

Il faut que le projet soit très clair concernant la question du paiement / travail bénévole. Si on ne les paie pas il est impératif de reconnaître autrement les médiateurs, par exemple par l'attribution de prix, des articles de presse qui parlent de leurs activités, etc.

L'implication des communautés visées est essentiel quand ces communautés existent : des programmes proposés depuis l'extérieur, sans consultation avec le groupe-cible ont très peu de chances d'être acceptés, et surtout de durer

■ **Collaboration (régionale, nationale et internationale)**

Presque tous les comptes-rendus critiques dans la littérature notent que la majorité des programmes sont très isolés. L'échange d'expériences, la coordination de projets 'voisins' accroît la stabilité des projets et évite de "réinventer la roue". La Suisse devrait accroître sa collaboration avec les projets européens existants⁴⁶.

⁴⁶ Tampep, EUROPAIR, par ex.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIDS community demonstration projects implementation of volunteer networks for HIV-prevention programs - selected sites, 1991-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1992;41(46):868-76.

Aspasie-Prévention-Migrantes: action de prévention auprès des personnes migrantes qui pratiquent la prostitution. Genève: Association ASPASIE; 1998.

ASS (Aide suisse contre le sida). Prévention de la transmission du VIH et du sida parmi les femmes actives dans l'industrie du sexe. 1998.

Assessment of street outreach for HIV prevention - selected sites, 1991-1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993;42(45):873-80.

Association "Appartenances". Vers une meilleure qualité de vie des populations migrantes: programme 1997-1999: promotion de la santé et prévention des enfants, adultes et familles à risque psycho-sociaux élevés, 2ème cycle de formation. Lausanne: Association "Appartenances"; 1996.

Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions. New York ; London: Plenum Press, 1994. p. 25-59.

Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise over the control of AIDS infection. Eval Program Plann 1990;13:9-17.

Bättig S, Peters M. Das projekt MEDIA. Evaluation eines neuen AIDS-Präventionsmodells 1994-1996. Zusammenfassung / Résumé. Dübendorf, 4. Dez. 1996.

Bertau P, Bello PY, Council Y, Godard F, Guibert V, Ingouf S, Roges M, Seichter R. Echange de seringues: évaluation d'une année d'activité du bus échange de seringues de Toulouse (BEST). Santé publique 1995;7(4):461-79.

Bonafé-Schmitt J. Les médiations. Communication et Organisation 1997;33-61.

Borchert H, Salman R. Mittler zwischen den Kulturen - Aktivitäten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten. Konzept und Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums von Hannover = Médiateurs entre les cultures - Activités pour l'amélioration des services médicaux pour les populations migrantes. Concept et travail du centre d'anthropologie médicale de Hannover. Hannover: Ethnomedizinischen Zentrums; 1994.

Bovay C, Tabin JP, Campiche RJ. Bénévolat: modes d'emploi: le recours au bénévolat dans l'action sociale et sanitaire. Lausanne: Ed. Réalités sociales; 1994.

Brauchli P. Prä-Post Evaluation des Projekts Aids Prävention im Sexgewerbe (APiS). Reinach: Aids-Hilfe Schweiz; 1998.

- Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund JPC, Stern LS. Drug users versus outreach workers in combating aids: preliminary results of a peer-driven intervention. *J Drug Issues* 1995;25(3):531-64.
- Brussa L. Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe. In: Haour-Knipe, M. and Rector, R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London: Taylor and Francis, 1996. p. 193-206.
- Bundesamtes für Gesundheit. *Fantasy projects, 15 Monate: Zwischenbericht Mai 1997 bis Juli 1998*. Basel: Bundesamtes für Gesundheit; 1998.
- Butcher K, Kievelitz U. Planning with PRA: HIV and STD in a Nepalese mountain community. *Health Policy Plan* 1997;12(3):253-61.
- Cabral RJ, Galavotti C, Gargiullo PM, Armstrong K, Cohen A, Gielen AC, Watkinson L. Paraprofessional delivery of a theory based HIV prevention counseling intervention for women. *Public Health Rep* 1996;111(Suppl. 1):75-82.
- Campbell CA. Prostitution, AIDS, and preventive health behavior. *Soc Sci Med* 1991;32(12):1367-78.
- Cardia-Vonèche C, Bastard B. *Le divorce autrement: la médiation familiale*. Paris: Syros-Alternatives; 1990. (Alternatives sociales. Série Analyse, 4).
- Cavaleri A, Verwey M, Konigs E, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères: le projet "Barfüsserfrauen". Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cahiers de recherches et de documentation, No. 120.8).
- CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group. Community-level HIV intervention in 5 cities: final outcome data from the CDC AIDS community demonstration projects. *Am J Public Health* 1999;89(3):336-45.
- Corby NH, Wolitski RJ, editors. *Community HIV Prevention*. Long Beach, CA: The University Press; 1997.
- Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995;25(3):599-616.
- Damian AS. Prévention du VIH/Sida auprès des femmes latino-américaines dans les jardins publics de Genève: le projet parcs, 1993-1997. Genève: Groupe Sida; 1998.
- de Graaf Stichting A, Brussa L. TAMPEP: transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe / project analysis, the first year: 1993/1994. Amsterdam: 1995.
- Dearing JW, Meyer G, Rogers EM. Diffusion theory and HIV risk behavior change. In: DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. *Preventing AIDS*. New York ; London: Plenum Press, 1994. p. 79-93.
- Decurtins, Lu. *Konzept für den Einsatz von Multiplikatoren im MSW-Bereich*. Im Auftrag der Aids Hilfe Schweiz. Oktober, 1997.

- Delbos Piot I. L'approche par les pairs pour la santé des adolescents: synthèse d'une formule de prévention. 1994.
- Dentan A. Vers une meilleure qualité de vie des populations migrantes: mise en perspective de l'action des promoteurs/trices et des multiplicatrices à la suite du premier cycle de formation. Lausanne: Association Appartenances; 1999.
- Des Jarlais DC. Cross-national studies of AIDS among injecting drug users: the 1993 Okey Memorial Lecture. *Addiction* 1994;89(4):383-92.
- Dowsett G. Sexual contexts, HIV prevention and gay men. *Venereology* 1995;8(4):243-50.
- Fatke R. Frauenspezifische HIV-Prävention im Spannungsfeld von traditionellen, weiblichen Rollenerwartungen und emanzipatorischer Gesundheitsförderung: evaluation eines Kurszyklus. Zürich: Pädagogischen Institut der Universität Zürich Philosophische Fakultät I; 1996.
- Fishbein M, Middlestadt SE, Hitchcock PJ. Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on the theory of reasoned action. In: DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. New York ; London: Plenum Press, 1994. p. 61-78.
- Fishbein M. AIDS and behaviour change: an analysis based on the theory of reasoned action. *Interamerican Journal of Psychology* 1990;24:37-56.
- Fleury,F.; Haour-Knipe,M. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 5, 1991-1992. Les programmes de prévention du sida auprès des migrants en Suisse: monitoring 1991-1992. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive); 1993. (Cahiers de recherches et de documentation, no. 82.7).
- Fontana E, Rossier F. Evaluation des activités de l'association Entrelaçar: appui aux communautés de langue portugaise. Lausanne: Association Entrelaçar; 1997.
- Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotheran JL, Garber J, Cohen H, Smith D. AIDS and self-organization among intravenous drug users. *The International Journal of the Addictions* 1987;22(3):201-19.
- Geiger A, Weilandt C, Yesilyurt Z. HIV-Prevention for Turkish migrants living in EU members states. In: *Aids in Europe: New Challenges for Social and Behavioural Sciences. Proceedings of the 2nd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS, 1998 January 12-15; Paris, France*. Paris: ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), 1998. p. 143. (Abstract no. Wo 25.1).
- Griffiths P, Gossop M, Powis B, et al. Reaching hidden populations of drug users by privileged interviewers: methodological and practical issues. *Addiction* 1993;88:1617-26.
- Guenther-Grey CA, Krauss B, Corby N, et al. Legacy of the AIDS community demonstration projects: assessing the impact and sustainability of an HIV prevention research project. In: *Conference Record : bridging the gap. Proceedings of the 12th World AIDS Conference; 1998 June 28-July 3; Geneva, Switzerland*. Geneva: Marathon Multimedia and Cicero, 1998. p. 713. (Abstract n° 34133).

Hans C. Contre l'avis de l'UDC, les habitants de Zurich acceptent d'aider les prostitués des rues. *Le Temps* 1998;(30.11.1998)

Haour-Knipe M, Fleury F, Jeannin A, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse: étude 1994-1995. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive); 1996. (Cahiers de recherches et de documentation, no. 120.7).

Hart GJ. Hope for evidence-based HIV/AIDS prevention? [editorial comment]. *AIDS* 1996;10(3):337-8.

Heckathorn 1990 collective sanctions and compliance norms: a formal theory of group-mediated social control. *Am Sociol Rev* 1990;55:366-84.

Intervention gmbh: Zwischenbericht Projektleitung Projekt Media Face 2 Face, April 1998.

IPSO. Sexuelles HIV-Risikoverhalten von Personen mit aktuellem oder ehemaligem iv. Drogenkonsum. Evaluation des Projektes MEDIA (Zwischenbericht). Dübendorf, 27. März 1996.

IPSO. Das Projekt MEDIA: Evaluation eines neuen AIDS-Präventionsmodells 1994-1996 (Zusammenfassung). Dübendorf: IPSO, 4. Dezember 1996.

Jana S. STD/HIV intervention program, Calcutta: caring for positive people through family setting. In: Sixth Annual NIMH Research Conference on the Role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS. Annual Research Conference, July 29-31, 1998; Washington, DC. Washington, DC: Office on AIDS Research NIMH, 1998. p.

Kelly JA, Lawrence JS, Stevenson LY, Hauth AC, Kalichman SC, Diaz YE, Brasfield TL, Koob JJ, Morgan MG. Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *Am J Public Health* 1992;82(11):1483-9.

Kelly JA, St.Lawrence JS, Diaz YE, Stevenson LY, Hauth AC, Brasfield TL, Kalichman SC, Smith JE, Andrew ME. HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis [see comments]. *Am J Public Health* 1991;81(2):168-71.

Kelly JA. Community-level interventions are needed to prevent new HIV infections. *Am J Public Health* 1999;89(3):299-301.

Kocken P, Brandsma J, Voorham T. AIDS-Education to migrants, an effect evaluation. In: *Aids in Europe: New Challenges for Social and Behavioural Sciences. Proceedings of the 2nd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS, 1998 January 12-15; Paris, France.* Paris: ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), 1998. p. 144. (Abstract no. Wo 25.2).

Konings E, Dubois-Arber F. Rapid evaluation of the Barfusser Frauen project in Zurich. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994.

- Landert C. Das Projekt 'Men having sex with men (MSM)' der AIDS-Hilfe Schwiez: Evaluation phase 1. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998. (Non-publié).
- Levy JA, Gallmeier CP, Wiebel WW. The outreach assisted peer-support model for controlling drug dependency. *J Drug Issues* 1995;25(3):507-29.
- Mak RP. EUROPAP: recommandations et conclusions générales. 1998.
- Mazumdar S. Red-light revolution: the women of Calcutta's sex trade close ranks to fight for their rights, their pride and their lives. *Newsweek* 1999;(February 15):40-1.
- Mendès-Leite R, Proth B. Le groupe Pin' Aides et la prévention du VIH sur des lieux extérieurs de drague entre hommes à Paris (analyse socio-anthropologique en vue d'une évaluation des interventions): GREH INSERM - U158. Paris: Association AIDES Ile-de-France; 1997.
- Merriam-Webster Collegiate Dictionary. 10th ed. ed. Springfield, Mass: Merriam-Webster; 1994.
- Métraux JC. Formation à la prévention dans le contexte d'un conflit armé. In: Mansour, S. L'enfant réfugié: quelle protection? quelle assistance? Paris: Syros, 1995. p. 173-198.
- Michel E. L'UDC s'attaque aux prostitués pour dénoncer le soutien de la ville aux groupes marginaux. *Le Temps* 1998;(27.11.1998)
- Milburn K. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Res* 1995;10(4):407-20.
- Minervini MJ, Baudier F, Dusso B, Augé A, Ferry JP, Michaud C. Promotion de la santé et éducation par les pairs: l'expérience pilote des jeunes-relais dans certains lycées de l'académie du Doubs: réflexion sur l'implantation du programme. *Santé publique* 1993;5(6):63-70.
- Murray A, Robinson T. Minding your peers and queers: female sex workers in the AIDS discourse in Australia and South-east Asia. *Gender, Place and Culture* 1996;3(1):43-59.
- Narimani P, Gallé F, Tovar J. International networking: building migrant's networks across Europe. In: Haour-Knipe, M. and Rector, R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London ; Bristol: Taylor & Francis, 1996. p. 207-221.
- Narring F, Michaud P-A. Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 24).
- NIGZ (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention). *AIDS and mobility: annual report 1998: planned activities 1999*. AM Woerden: NIGZ European Project AIDS and Mobility; 1999.
- O'Brien O, Khan S. Stigma and racism as they affect minority ethnic communities. In: Haour-Knipe, M. and Rector, R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. London ; Bristol: Taylor & Francis, 1996. p. 102-117.
- Obrist B, Twisselmann W. Documentation du projet "Barfüsserfrauen": prévention du sida auprès des prostituées étrangères. Zürich: Aide suisse contre le sida; 1995.

- O'Hara P, Messick BJ, Fichtner RR, Parris D. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *J Sch Health* 1996;66(5):176-82.
- O'Reilly K, Higgins DL. AIDS community demonstration projects for HIV prevention among hard-to-reach groups. *Public Health Rep* 1991;106(6):714-20.
- Page J, Gehring TM. Evaluation PAMiR. Auswertung einer Schulung zur Ausbildung von Berufsleuten in der Reisebranche als MediatorInnen in der HIV-Prävention: Schlussbericht. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1998.
- Projet migrants: Rapport final 1991-92 pour les communautés espagnole, portugaise et turque. Office fédéral de la santé publique et Aids Suisse contre le Sida; Berne, Zurich; 1993.
- Projet migrants: Rapport d'activités 1993-95, Prévention du sida auprès des communautés espagnole, portugaise, turque et latino-américaine en Suisse. Office fédéral de la santé publique et Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Zurich, Berne, Zurich. 1996.
- Projet migrants: Rapport intermédiaire 1995-97. Office fédéral de la santé publique, Berne. 1998.
- Proth B. L'annexion circonstancielle de l'espace public: scènes et coulisses de lieux de rencontres (homo)sexuelles dans la ville et prévention du vih [thèse]. Paris: Université Paris VIII; 1999.
- Pulley LV, McAlister AL, Kay LS, O'Reilly K. Hard-to-reach populations at risk for HIV infection: theory and implementation. *Health Educ Q* 1996;23(4):488-96.
- Puska P, Koskela K, McAlister A, Mäyränen H, Smolander A, Moisio S, Viri L, Korpelainen V, Rogers EM. Use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community programme: lessons learned from the North Karelia Project. *Bull World Health Organ* 1986;64(3):437-46.
- Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, Kottke TE, Maccoby N, Farquhar W. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annu Rev Public Health* 1985;6:147-93.
- Quirk ME, Godkin MA, Schwenzfeier E. Evaluation of two AIDS prevention interventions for inner-city adolescent and young adult women. *Am J Prev Med* 1993;9(1):21-6.
- Rietmeijer CA, Kane MS, Simons PZ, Corby NH, Wolitski RJ, Higgins DL, Judson FN, Cohn DL. Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS* 1996;10(3):291-8.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1983.
- Roper W. Current approaches to prevention of HIV infections. *Public Health Rep* 1991;106(2):111-5.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. In: DiClemente, R. J. and Peterson, J. L. Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions. New York ; London: Plenum Press, 1994. p. 5-24.

- Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974;2:328-35.
- Schmid M, Page J. "Frau & Aids": Gesundheit in Familie und Partnerschaft mit Schwerpunkt HIV-Prävention der Frauenzentrale des Kantons St. Gallen und der Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell, 1994-1996: Evaluationsbericht Pilotprojekt. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- Seydel SM. Media: Schlussbericht der Projektleitung Pilot-projekt = Rapport final de la direction de Projet-Pilote = Rapporte finale della direzione del progetto-pilota = Final report of the Project management. Amriswil: Projekt Media; 1997.
- Simons PZ, Rietmeijer CA, Kane MS, Guenther-Grey CA, Higgins DL, Cohn DL. Building a peer network for a community level HIV prevention program among injecting drug users in Denver. *Public Health Rep* 1996;111(Suppl. 1):50-3.
- Singh S. Three year stint at sonagachi: an exposition: the STD/HIV intervention programme at Sonagachi, 1992-1995. 1995.
- Some problems concerning peer education. Research for Sex Work, Health Care and Culture, Medical Faculty, Vrije Universiteit, Amsterdam, 6-7 June 1998. 1998.
- Special Projects of National Significance Program. *J Adolesc Health* 1998;23(2, Suppl.):1-131.
- Stämpfli Broggi B. Valutazione sul progetto pilota "Donne a confronto" sulla base della scheda di valutazione. 1995.
- Svenson GR, editor. Annotated bibliography about youth AIDS peer education in Europe. European Commission; 1998.
- Svenson GR. Recommandations européennes sur la prévention par les pairs en matière de sida chez les jeunes. European Commission; 1998.
- Taillens F. Des jeunes s'adressent à leurs pairs. *Soins infirmiers* 1994;(9):56-8.
- Thomas R, Dubois-Arber F. Le projet HSH de l'Aide Suisse contre le sida : évaluation phase II. Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999. (A paraître).
- van den Hoek JAR, van Haastrecht HJA, Coutinho RA. Risk reduction among intravenous drug users in Amsterdam under the influence of AIDS. *Am J Public Health* 1989;79(10):1355-7.
- van Emst A. New prevention practices for drug users. In: Friedrich, D. and Heckmann, W. *Aids in Europe - the behavioural aspect* [was held in Berlin from September 26-29, 1994]. Vol. 2, Risk behaviour and its determinants. Berlin: Sigma, 1995. p. 343-349.
- Visrutaratna S, Lindan CP, Sirhorachai A, Mandel JS. "Superstar" and "model brothel": developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand. *AIDS* 1995;9(Suppl. 1):S69-S75
- Weiss R, Stuker R. Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins: rapport de base. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations; 1998. (Rapport de recherche, 11).

Williams J. Education for empowerment. *Health Educ J* 1995;54:37-47.

Wolffers I. About peer education. *Research for Sex Work* 1998;(June):-3

Wren PA, Janz NK, Carovano K, Zimmerman MA, Washienko M. Preventing the spread of AIDS in youth: principles of practice from 11 diverse projects. *J Adolesc Health* 1997;21(5):309-17.

ANNEXES

Principaux projets suisses avec "médiateurs"

Projets visant une population dans son ensemble	Organisation responsable	Public cible
Hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH) : prévention du sida	Aide suisse contre le sida (ASS)	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (niveau national)
Projet Migrants : prévention du sida, puis du sida et des comportements de dépendance	Office fédéral de la santé publique (OFSP)	Communautés en Suisse : <ul style="list-style-type: none"> • espagnole • portugaise • turque • italienne • albanophone
<ul style="list-style-type: none"> • Projet parcs : prévention du sida 	Projet Migrants et Groupe Sida Genève	Femmes latino-américaines de langue espagnole à Genève
<ul style="list-style-type: none"> • Entrelaçar : santé sexuelle puis promotion de la santé 	Projet Migrants, Programme Femmes, Canton de Vaud	Femmes portugaises, canton de Vaud
<ul style="list-style-type: none"> • Appartenances 	Association	Formation des médiateurs, interprétation culturelle

Projet visant un groupe très spécifique	Organisation responsable	Public cible
Projet MEDIA : prévention du sida, injection à moindre risque	Aids-Hilfe St-Gall, puis association privée	Concept en principe applicable à tous les groupes-cibles, proposé aux intervenants et associations qui le désirent. Les "médiateurs" prennent contact avec la population-cible en leur proposant une boîte "cadeau" et remplissent avec eux un questionnaire qui permet d'établir les connaissances de prévention de la personne et d'adapter ainsi le message préventif.
<ul style="list-style-type: none"> • Projets pilotes à St-Gall : 	<ul style="list-style-type: none"> • IGL Verein Lebensfreude • PROVE, responsable du Programme à Saint-Gall • ISPM BÂLE, Fondation "Hilfe für Drogenabhängige" 	<p>Ex-consommateurs de drogues</p> <p>Participants au programme de distribution d'héroïne</p> <p>Femmes sous méthadone</p>
Projet prison Saxerriet	Prison Saxerriet	Prisonniers, St-Gall
Projet prison Bostadel	AIDS-Hilfe Zug et Projet Migrants	Prisonniers, Zug

Autres projets auprès de consommateurs de drogues	Organisation responsable	Public cible
'Overdose'	Drop-In, Bienne	Consommateurs de drogues (Formation aux premiers secours)
'Donne a confronto'	Antenna Icaro, Bellinzona	Femmes consommatrices de drogues

Projets visant la prostitution	Organisation responsable	Public cible
Barfüsserfrauen dans les cantons de : Genève, Tessin, Vaud, Bâle, St-Gall, Berne, Zurich, Grisons, Argovie, Soleure, Lucerne, et à Winterthour	Aide suisse contre le sida (ASS)	Prostituées étrangères. Les femmes sont invitées à écouter une cassette d'information (pas toujours), reçoivent des préservatifs et des informations pertinentes à leur situation (centres de consultation, d'aide, etc.). Au premier contact , elles répondent parfois à un questionnaire
Boulevards	ASPASIE, Groupe Sida Genève	Bus d'accueil et d'information pour les prostituées, consommatrices de drogues
Male sex workers (MSW) Zurich, Bâle, Berne, Genève	Aide suisse contre le sida (ASS)	Prostitués masculins

Projets 'multiplicateurs**	Organisation responsable	Public cible
Programme Femmes : Formation de médiatrices, Tessin	Programme Femmes	Cours de formation pour travailleurs sociaux des maisons de femmes, aides ménagères, infirmières, conseillers de la Ligue La Leche, collaborateurs bénévoles actifs dans la santé publique
'Einfach schwierig'	Aide suisse contre le sida (ASS), Zurich AIDS-Infostelle Winterthour	Cours de formation pour éducateurs, spécialistes : travail avec des jeunes
PAMiR	Institut de médecine sociale et préventive, Berne	Formation de guides de voyage et d'autres employés de la branche du tourisme

* Projets qui informent ou sensibilisent des personnes en contact professionnel avec des personnes potentiellement à risque

Hauptsächliche Schweizer Projekte mit "MediatorInnen"

Projekte, die sich an eine Bevölkerungsgruppe als Ganzes richten	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): Aids-Prävention	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Männer, die Sex mit Männern haben (gesamtschweizerisch)
Migrantenprojekt: Aids-Prävention, später Aids- und Suchtprävention	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Gemeinschaften in der Schweiz: <ul style="list-style-type: none"> • spanische • portugiesische • türkische • italienische • albanische
<ul style="list-style-type: none"> • Projekt "Pärke": Aids-Prävention 	Migrantenprojekt und Groupe Sida Genève	Spanischsprachige Frauen aus Lateinamerika in Genf
<ul style="list-style-type: none"> • Entrelaçar: sexuelle Gesundheit sowie Gesundheitsförderung 	Migrantenprojekt, Frauenprogramm, Kanton Waadt	Portugiesische Frauen, Kanton Waadt
<ul style="list-style-type: none"> • Appartenances 	Vereinigung	Ausbildung der MediatorInnen, kulturelle Interpretation

An ganz spezielle Gruppe gerichtetes Projekt	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Projekt MEDIA: Aids-Prävention, weniger risikoreiche Injektion	Aids-Hilfe St. Gallen, später privater Verein	Im Prinzip auf alle Zielgruppen anwendbares Konzept, das interessierten Betreuungspersonen und Vereinigungen vorgeschlagen wird. Die "MediatorInnen" nehmen mit den Zielpersonen Kontakt auf, indem sie ihnen ein "Geschenk" anbieten und mit ihnen einen Fragebogen ausfüllen, mit dem das Präventionswissen der Person erfasst wird, so dass die Präventionsbotschaft anschliessend angepasst werden kann.
<ul style="list-style-type: none"> • Pilotprojekte in St. Gallen: 	<ul style="list-style-type: none"> • IGL Verein Lebensfreude • PROVE, verantwortlich für das Programm in St. Gallen • ISPM BASEL, Stiftung "Hilfe für Drogenabhängige" 	<p>Ehemalige Drogenkonsumierende</p> <p>Teilnehmende am Heroinabgabeprogramm</p> <p>Frauen in Methadontherapie</p>
Gefängnisprojekt Saxerriet	Strafanstalt Saxerriet	Gefängnisinsassen, St. Gallen
Gefängnisprojekt Bostadel	AIDS-Hilfe Zug und Migrantenprojekt	Gefängnisinsassen, Zug

Weitere Projekte bei Drogenkonsumierenden	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
'Overdose'	Drop-In, Biel	Drogenkonsumierende (Erste-Hilfe-Kurs)
'Donne a confronto'	Antenna Icaro, Bellinzona	Drogenkonsumierende Frauen

Projekte mit Sex Workern	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Barfüsserfrauen in den Kantonen: Genf, Tessin, Waadt, Basel, St. Gallen, Bern, Zürich, Graubünden, Aargau, Solothurn, Luzern, sowie in Winterthur	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Ausländische weibliche Sex Worker. Die Frauen werden eingeladen, eine Info-Kassette anzuhören (nicht immer), sie erhalten Präservative und nützliche Informationen zu ihrer Situation (Beratungs-, Hilfsstellen usw.). Beim ersten Kontakt beantworten sie manchmal einen Frageboten.
Boulevards	ASPASIE, Groupe Sida Genève	Aufnahmestation und Informationsbus für Sex Worker und Drogenkonsumentinnen
Male Sex Workers (MSW) Zürich, Basel, Bern, Genf	Aids-Hilfe Schweiz (AHS)	Männliche Sex Worker

Multiplikatorenprojekte*	Verantwortliche Organisation	Zielpublikum
Frauenprogramm: Ausbildung von Mediatorinnen, Tessin	Frauenprogramm	Fortbildungskurs für SozialarbeiterInnen in Frauenhäusern, Haushaltshilfen, Pflegepersonal, Beraterinnen der Liga La Leche, freiwillige HelferInnen im Gesundheitswesen
'Einfach schwierig'	Aids-Hilfe Schweiz (AHS), Zürich AIDS-Infostelle Winterthur	Fortbildungskurs für ErzieherInnen, Spezialisten: Jugendarbeit
PAMiR	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern	Fortbildung für Reiseleiter und andere Angestellte in der Reisebranche

* Projekte, die Personen, die beruflich mit potentiell gefährdeten Personen zu tun haben, informieren oder sensibilisieren.

Principal Swiss projects involving mediators

Projects targeting a whole population	Organisation responsible	Target population
Men who have sex with other men (HSH): AIDS prevention	Swiss AIDS Federation	Men who have sex with other men (national level)
Migrants Project: AIDS prevention, then prevention of AIDS and of substance abuse	Federal Office of Public Health (FOPH)	Communities in Switzerland: <ul style="list-style-type: none"> • Spanish • Portuguese • Turkish • Italian • Albanian-speaking
<ul style="list-style-type: none"> • Parks Project: AIDS prevention 	Migrants Project and Geneva AIDS Group	Spanish-speaking Latin-American women living in Geneva
<ul style="list-style-type: none"> • Entrelaçar: sexual health, then health promotion 	FOPH Migrants Project, FOPH Women's Programme, canton of Vaud	Portuguese women, canton of Vaud
<ul style="list-style-type: none"> • Appartenances 	Association	Mediator training, cultural interpretation

Projects targeting a very specific group	Organisation responsible	Target group
MEDIA Project: AIDS prevention, low-risk injection	Aids-Hilfe St.Gallen, then private organisation	Concept which could be applied to all target groups, offered to individual workers and organisations who might wish to adopt it. The mediator approaches the target population with the offer of a "gift" box. Individuals approached fill in a questionnaire which enables the mediator to establish how well the person understands AIDS prevention, and to gear the prevention message to the individual's needs.
<ul style="list-style-type: none"> • Pilot projects at St. Gallen: 	<ul style="list-style-type: none"> • IGL Verein Lebensfreude • PROVE, responsible for the Programme in St. Gallen • ISPM BASEL, "Hilfe für Drogenabhängige" Foundation 	<ul style="list-style-type: none"> Former drug users Persons taking part in heroin distribution programme Women on methadone
Saxerriet prison project	Saxerriet prison	Prisoners, St. Gallen
Bostadel prison project	AIDS-Hilfe Zug, FOPH Migrants project	Prisoners, Zug

Other projects with drug users**Organisation responsible****Target group****'Overdose'**

Drop-In, Bienne

Drug users
(Training in first aid)**'Donne a confronto'**Antenna Icaro,
Bellinzona

Women drug users

Projects targeting prostitution**Organisation responsible****Target group****Barfüsserfrauen**
in the cantons of:
Geneva, Ticino, Vaud, Basle, St.
Gallen, Berne, Zurich, Graubünden,
Aargau, Solothurn, Lucerne, and in
WinterthurSwiss AIDS Federation,
Zurich

Migrant sex workers. The women are usually invited to listen to a cassette providing information, and are given condoms and information relevant to their situation (addresses of centres providing advice and assistance, etc.). They sometimes fill in a questionnaire on first contact.

BoulevardsASPASIE, Geneva
AIDS Group

Bus offering shelter and information to female sex workers and drug users

Male sex workers (MSW)
Zurich, Basle, Berne, Geneva

Swiss AIDS Federation

Male sex workers

"Multiplier" Projects***Organisation responsible****Target group****Women's Programme:**
Training mediators, Ticino

Women's Programme

Training course for social workers in women's hostels, home helps, nurses, La Leche Ligue counsellors, voluntary workers in the field of public health

'Einfach schwierig'Swiss AIDS Federation,
Zurich
AIDS-Infostelle
Winterthur

Training course for educators and specialists working with young people

PAMiRInstitute of Social and
Preventive Medicine,
Berne

Training for guides and other people working in the tourism industry

* Projects which inform or increase the awareness of persons in professional contact with people potentially at risk

GUIDE D'ENTRETIEN

Préciser à l'interviewé que cette étude n'est pas une évaluation de programme, mais une exploration du concept et du rôle de "médiateur"

Interviewer : Date : Durée d'entretien :

Nom du projet :

(Très brièvement, les buts du projet)

Dans votre projet et de façon très pratique, comment le médiateur procède-t-il exactement sur le terrain? (*description très détaillée des activités d'un médiateur; essayer également de cerner le degré de proactivité qu'on attend d'un médiateur*)

- Avec quels types de personnes devrait-il entrer en contact ?
- Où va-t-il afin de les trouver ?
- Parmi son public cible, comment choisit-il les personnes à qui s'adresser ?
- Comment entre-t-il en contact avec elles ?
- Comment aborde-t-il le sujet du sida ou de la drogue ?
- Y a-t-il un suivi de ses contacts ? Comment se fait-il ce suivi ?
- Combien d'heures les médiateurs travaillent-ils par jour, semaine ou mois ?

Comment les activités des médiateurs évoluent-elles dans le temps, avec de l'expérience ?

Comment les médiateurs sont-ils recrutés ?

- Comment le programme entre-t-il en contact avec des médiateurs potentiels ?
- Sur quels critères sont-ils recrutés (par exemple, font-ils partie du groupe à atteindre) ?
- Quelle est leur position dans leur milieu ou dans le milieu où on souhaite qu'ils interviennent ?
Sont-ils par exemple :
 - délégués par leur groupe pour leurs activités de médiateur ?
 - des leaders ?
 - différents sur certains points des autres membres du groupe ?

Quels sont les problèmes rencontrés dans le recrutement des médiateurs ?

Quelles sont leurs motivations pour effectuer ces activités ?

Comment sont-ils formés pour effectuer ces activités? (*demander le contenu exact et des documents s'ils existent*)

Sont-ils rémunérés ? Ont-ils un contrat ?

Comment sont-ils supervisés ?

- Doivent-ils "rendre des comptes" ?
- Leurs activités sont-elles évaluées ?

- Ont-ils des personnes à qui faire appel en cas de besoin ?

Dans votre programme, combien de médiateurs sont :

- en préparation
- actifs
- ayant arrêté leurs activités de médiateur

En moyenne, pendant combien de temps reste-t-on médiateur ? Pourquoi arrête-t-on l'activité de médiateur ?

Quelles sont les relations entre les médiateurs et le programme.

Quels sont les principaux avantages de ce genre d'activité ?

Quelles sont les principales difficultés ? Comment sont-elles réglées ?

Combien de personnes ont-elles été atteintes par les médiateurs (estimation)

- Avec quelles personnes (ou groupes) ont-ils des contacts aisés ?
- Avec qui ont-ils plus de réticences ? Pourquoi?
- Y a-t-il des situations ou des moments particulièrement favorables à leur action?
- Y a-t-il des groupes-cibles qui ne peuvent pas être touchés par les médiateurs ? Si oui : Comment pourrait-on résoudre ce problème ?

Fait-on appel à des médiateurs pour d'autres besoins ? Si oui comment répondent-ils ?

Ces activités affectent-elles les relations entre le médiateur et sa communauté/groupe ?

Quels sont les effets de ses activités sur le médiateur lui-même ? Par exemple changement de rôle, identité, style de vie, etc.

Observe-t-on des effets boule de neige de leur action ? Des effets inattendus ?

En général - et au delà de votre programme - qu'est-ce un médiateur pour vous (le concept) ? Selon vous quels *devraient* être les rôles et les tâches d'un médiateur ?