

LA SANTÉ MENTALE

des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
dans le Monde Arabe

Dépression

SUICIDE

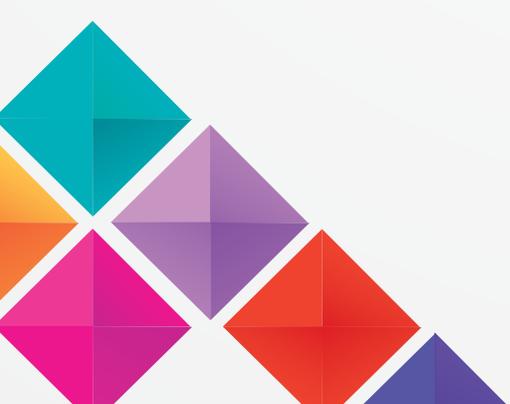
Estime de soi

Support social

RELIGION

Violence

Discrimination



Mcoalition
mena region

Promoting right to health

Promouvoir le droit à la santé

تعزير الحق بالصحة

www.m-coalition.org

INDEX

RESUME	7
INTRODUCTION	8
METHODOLOGIE	9
RESULTATS	12
DISCUSSION	26
LIMITES ET RECOMMANDATIONS FUTURES	32
A PROPOS DES AUTEURS	33

Note au lecteur: Le public visé par ce rapport est composé d'hommes homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le monde arabe, ainsi que la communauté des activistes, des organisations et de leurs circonscriptions travaillant avec et pour les besoins de cette population dans la région MENA.

Les résultats ont été présentés de façon descriptive, avec l'objectif de montrer les iniquités de santé mentale subies par les HSH, afin de mettre en œuvre conjointement les interventions pertinentes.

RESUME

Les données disponibles au niveau mondial suggèrent que les homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) vivent avec un fardeau plus élevé de disparités de santé y compris la santé mentale. Ce fait est clairement observé dans la région MENA en raison des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination.

Malgré la grande diversité, nous avons exploré les données sociodémographiques auprès d'un échantillon de HSH parmi les 5 pays de la région (Liban, Maroc, Algérie, Tunisie et le Soudan), et évalué différents aspects de leur mentalité.

Un questionnaire a été utilisé pour enrôler 250 participants. Une mise en page simple de nos données a été utilisée pour représenter les informations sociodémographiques, la santé mentale et l'abus sexuel. L'âge moyen des hommes de l'échantillon était de 27 ans et 62,8% se sont identifiés comme homosexuels dont 40% qui sont actuellement dans une relation. Le 1/4 n'a pas terminé l'école primaire et près de la moitié travaillent actuellement. Les 2/3 sont à l'aise avec leur orientation sexuelle mais certains expriment encore un niveau élevé d'homophobie intériorisée. La moitié des participants ont déclaré avoir subi différents types de discrimination dont 52% qui ont été traités avec froideur, 33% qui ont été agressés physiquement et 28% qui n'ont pas été embauchés ou ont perdu leur emploi parce que quelqu'un a soupçonné ou a su qu'ils faisaient des relations sexuelles avec des hommes.

La moitié de ces hommes a exprimé une culpabilité associée à la religion. L'anxiété et le niveau d'estime de soi sont moyens, alors que les mécanismes d'adaptation et le bien-être général ont un aspect négatif, avec 26% qui souffrent de la violence conjugale. La dépression clinique est très alarmante de 16% dont 9,6% de tentatives de suicide. Un autre fait inquiétant est dans le niveau élevé de violence sexuelle (43%) et le faible niveau de conseils correspondants (16%).

Les soins de santé et les efforts de prévention pour les HSH dans la région MENA doivent être plus efficaces, et doivent prendre en considération l'influence de tous les déterminants sociodémographiques des disparités en santé, plus spécifiquement les questions de violence sexuelle et de santé mentale.

C'est un problème qui a été négligé pour longtemps parmi les populations directement concernées, entendu son lien direct avec les problèmes de santé, y compris la vulnérabilité au VIH.

INTRODUCTION

Bien que les hommes homosexuels, les bisexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont aussi diverses que la population en général dans leurs expériences de la santé mentale et le bien-être, ils font face à des risques plus élevés pour certains problèmes de santé mentale en raison des effets de la discrimination et des déterminants sociaux de la santé.

Ces personnes souffrent des disparités graves de santé mentale relativement à leurs pairs hétérosexuels, et les chercheurs ont lié ces disparités à des expériences sociales difficiles (par exemple, la lutte contre la victimisation gay) et les préjugés intériorisés (par exemple, l'homophobie intériorisée) qui suscitent le stress. Même si ces hommes ne sont pas visibles ou non ouverts sur la nature de leur comportement sexuel, les attitudes générales de la société et la messagerie (au sein des ménages, l'éducation, le voisinage et les médias), auxquelles ces membres sont exposés, sont liés à induire l'effet négatif décrit ci-dessus et par là, avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale sans des systèmes de soutien appropriés et très nécessaires.

Vivant dans une région où les comportements sexuels avec une personne de même sexe sont punis par la loi (dans certains cas, par la peine de mort), et avec la hausse de l'extrémisme religieux et social, nous pouvons seulement supposer que les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes souffrent encore plus que leurs pairs mondiaux, mais pas suffisamment de données sont disponibles pour comprendre les tendances nationales ou régionales au Moyen-Orient et Afrique du Nord.

La stigmatisation et la discrimination existent dans tous les pays de la région arabe, et sont l'une des principales raisons pour lesquelles les populations concernées et les personnes vivant avec le VIH ont entravé l'accès aux services de santé, en termes plus simples, ils ont perdu la volonté et la compétence de prendre soin d'eux.

Notre objectif dans cette étude est de faire la lumière sur les expériences psycho-sociales des homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, leurs mécanismes d'adaptation potentiels et la relation entre les questions de santé mentale existantes et les vulnérabilités de santé. Nous visons aussi à proposer des recommandations concrètes pour les futures pistes de recherche et les interventions pour la région MENA.

METHODOLOGIE

Échantillon

Au cours de la période de 3 mois, les pairs éducateurs ont interrogé 250 individus issus de 5 pays de la région (Liban, Soudan, Maroc, Algérie et Tunisie), qui ont été invités à remplir un questionnaire de 40 minutes. Les critères d'admissibilité des participants a consisté d'être biologiquement de sexe masculin et de sexe masculin-identifié, âgé de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels oraux ou anaux avec un homme au cours des 12 derniers mois, d'origine arabe et résidant dans les pays mentionnés ci-dessus. L'interview a été administrée dans l'une des plusieurs organisations communautaires collaboratives ou dans un endroit neutre préféré par la personne interrogée. Les participants ont reçu 10 USD pour compléter l'interview.

Les mesures

Socio démographie et orientation sexuelle

L'étude a enquêté l'âge, l'éducation, le niveau d'éducation, le revenu, le statut de relation, le pays d'origine, le pays de résidence, l'orientation sexuelle, l'attraction sexuelle, ainsi que le confort de l'orientation sexuelle. En ce qui concerne l'orientation sexuelle, les participants ont été invités à s'identifier entre: (1) Homosexuel; (2) Bisexuel; (3) Transsexuel; (4) Autre; et (5) Ne sait pas / incertain. Les points relatifs à l'attraction sexuelle ont varié entre 1 (hommes seulement) et 7 (femmes seulement), tandis que le confort de l'orientation sexuelle a varié de 1 (très confortable) à 5 (très inconfortable).

Anxiété

Le « Beck Anxiety Inventory » de 21 éléments a été utilisé pour évaluer les symptômes d'anxiété (BAI) lequel demande aux participants d'identifier l'étendue des symptômes particuliers qu'ils ont eu au cours du mois passé. Le point 4 de l'inventaire de type Likert a varié de 0 (pas du tout) à 3 (gravement). Le score total peut être obtenu en additionnant les éléments qui résulteront une valeur comprise entre 0 et 63, dont le score le plus élevé indiquera une plus grande probabilité d'anxiété.

Dépression

Une adaptation du Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ou questionnaire de la santé du patient a été utilisée pour évaluer la présence d'un trouble dépressif. L'inventaire de 9 éléments est classé sur une échelle de 4 points, allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Un motif passé a été également employé: si aucune des deux premiers éléments n'a eu un score de 2 et plus, les questions 3 à 9 sont ignorées et les réponses sont reprises à la question 10. Deux éléments supplémentaires ont été ajoutés: le premier élément (Q10) a évalué les tentatives de suicide et emploie la même échelle d'évaluation que le PHQ-9 tandis que le second évalue l'acquisition de conseil, de thérapie, ou tout type de service lié à la santé mentale. Pour la suite, les participants sont invités à répondre simplement par oui / non.

Automutilation

Le Self-Harm Inventaire (SHI) a été utilisé pour dépister la prévalence des comportements d'automutilation. L'inventaire demande aux interrogés de choisir s'ils ont intentionnellement ou délibérément engagé dans l'un des 22 éléments. Les réponses sont dichotomiques (oui / non) et la somme des «oui» produit le score total. Le score limite employé est de cinq (ou plus) appuis qui est potentiellement indicatif de formes légères d'automutilation mais n'indique pas la psychopathologie dans une population non clinique.

Bien-être général

L'échelle de détresse psychologique Kessler (K10) est une mesure d'auto-évaluation de la détresse mondiale qui fournit des informations sur l'état actuel de l'interrogé. L'échelle exige aux participants d'évaluer l'occurrence des 10 éléments dans les 30 derniers jours. Les éléments constitués de 5 points, allant de 1 (aucune fois) à 5 (tout le temps), sont additionnés pour produire le score total.

Support social

Le soutien social de la famille et des amis a été évalué à l'échelle multidimensionnelle de l'évaluation de la perception du soutien social. Ceci est un auto-questionnaire composé de 12 éléments avec une échelle de 7 points de type Likert dont les réponses varient de 1 (très fortement en désaccord) à 7 (très fortement d'accord). Le score total est la somme de tous les éléments ayant les scores les plus élevés indiquant une plus grande acuité.

Violence du partenaire

HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream) ou (Blessen-Insulter-Menacer-Crier) est un outil de dépistage court pour la violence domestique. L'échelle comprend 4 éléments qui sont classés sur une échelle de 1 (Jamais) à 5 (Fréquemment). Les scores de l'inventaire varient de 4 à 20, et les scores supérieurs à 10 indiquent l'occurrence d'une violence domestique.

Estime de soi

L'auto-rapport de 10 éléments Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) a été utilisé pour mesurer les sentiments de soi-même à la fois positifs et négatifs. Les éléments sont notés sur une échelle de type Likert à 4 points: les éléments 1, 3, 4, 7 et 10, varient de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord), alors que les éléments 2, 5, 6, 8, et 9 sont codés à l'inverse. Les scores sont ensuite additionnés et les plus élevés indiquent une estime de soi plus élevée.

Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation ont été évaluées en utilisant le questionnaire de 22-éléments "tactiques pour faire face au stress". Les participants sont invités à marquer les éléments qu'ils utilisent habituellement ou souvent. Les éléments de numéros pairs représentent les méthodes d'adaptation constructives tandis que les éléments de numéros impairs sont susceptibles d'être moins productifs et pratiques.

Discrimination

La discrimination liée à l'homosexualité a été mesurée avec la sous-échelle de l'échelle de discriminations multiples, qui invite l'interrogé à indiquer si oui ou non il a vécu l'un des cinq types d'événements discriminatoires (par exemple, on l'insulte ou on se moque de lui; nié ou perdu un emploi; physiquement agressé) l'année dernière parce que les autres ont estimé qu'il était homosexuel ou bisexuel, la somme des types de discrimination vécus a été utilisé dans les analyses.

Homonégativité intériorisée

L'homophobie intériorisée a été évaluée en utilisant l'échelle de détresse de l'identité sexuelle, composée de 7 éléments (par exemple, «J'ai une attitude positive au sujet d'être G / L / B») et les options de réponse variant de 1 «fortement d'accord» à 5 «fortement en désaccord»; les scores moyens ont été calculés pour chacune des sept questions.

Religiosité

Nous avons développé trois éléments pour évaluer l'harmonie entre la religiosité et l'identité sexuelle, qui étaient destinés à représenter la mesure dans laquelle l'interrogé est capable d'intégrer ses croyances religieuses avec son identité sexuelle comparativement à ces deux aspects de sa vie créant un conflit psychologique interne. On a demandé aux interrogés d'évaluer leur niveau d'accord avec «Mes croyances religieuses me font sentir mal d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes» et «Il est possible d'être à l'aise étant homosexuel ou bisexuel et avoir toujours des fortes croyances religieuses» sur une échelle de 1 «fortement d'accord» à 5 «fortement en désaccord»; le score moyen de l'élément a été calculé et les scores les plus élevés représentent une plus grande harmonie entre ses convictions religieuses et son identité sexuelle.

Abus sexuel

Trois éléments du Childhood Experiences Questionnaire (CEQ) ou des expériences de l'enfance (Lyons-Ruth, K. & Botein, J., 1984) ont été adaptés afin d'évaluer d'abus sexuel. Un quatrième élément a été ajouté pour déterminer si les personnes ont demandé une consultation ou toute forme de traitement de l'abus. Un motif de passer a également été employé de sorte que si les participants n'ont pas été soumis à des abus sexuels, les trois questions restantes ne seraient plus applicables.

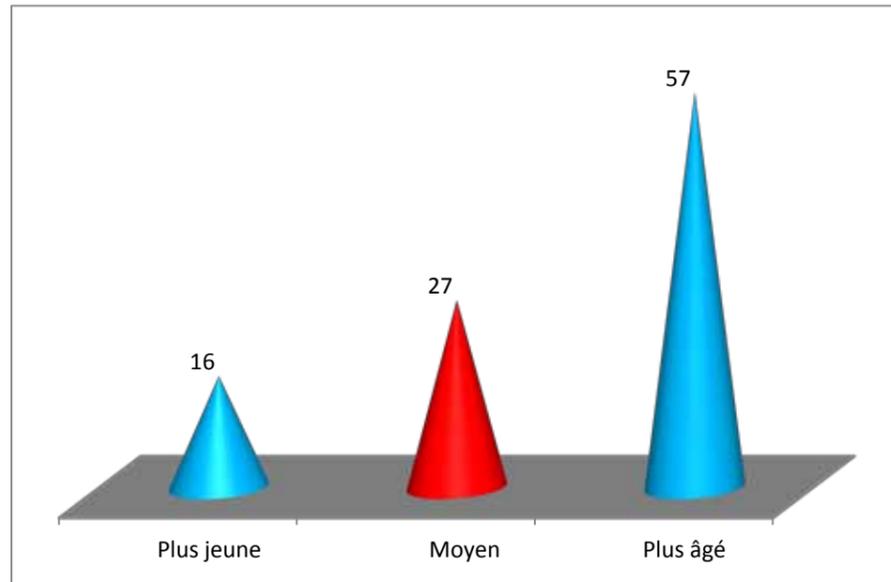
Analyse des données

Le but de cette étude est de fournir une compréhension des taux de prévalence de santé mentale au sein d'une population HSH. En tant que tel, la portée de l'analyse a été limitée à mener une fréquence et une analyse descriptive utilisant IBM SPSS Statistiques 22.

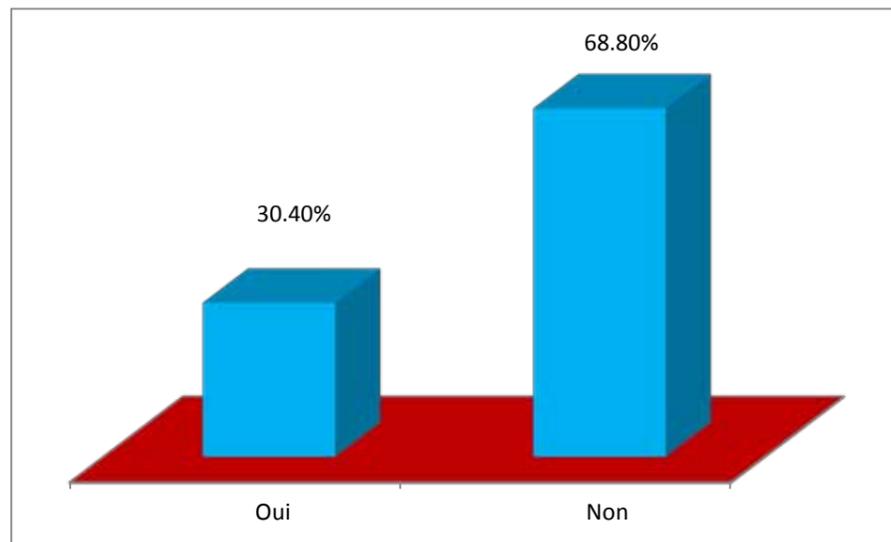
Une MVA a également été menée pour assurer que la quantité de variables manquantes n'a pas d'impact sur la crédibilité des résultats. Worship Attendance (la participation au culte) a 2% de données manquantes, alors qu'orientation Counseling (conseils d'orientation) a 0,4% et Conversion Therapy (la thérapie de conversion) a 1,2% de données manquantes. L'usage de la marijuana, la consommation de drogues, et l'adaptation ayant les mêmes scores ont des faibles données manquantes (0,8%, 1,6% et 4%, respectivement). Quant à la variable de la dépression, Q10 a seulement 1,20 % de valeurs manquantes. La MVA a révélé un total de 8% de valeurs manquantes, ce qui a justifié le petit test MCAR. Étant donné que les ressources EM étaient non considérables, l'MCAR peut être déduit et les données ne sont pas problématiques.

DEMOGRAPHIES

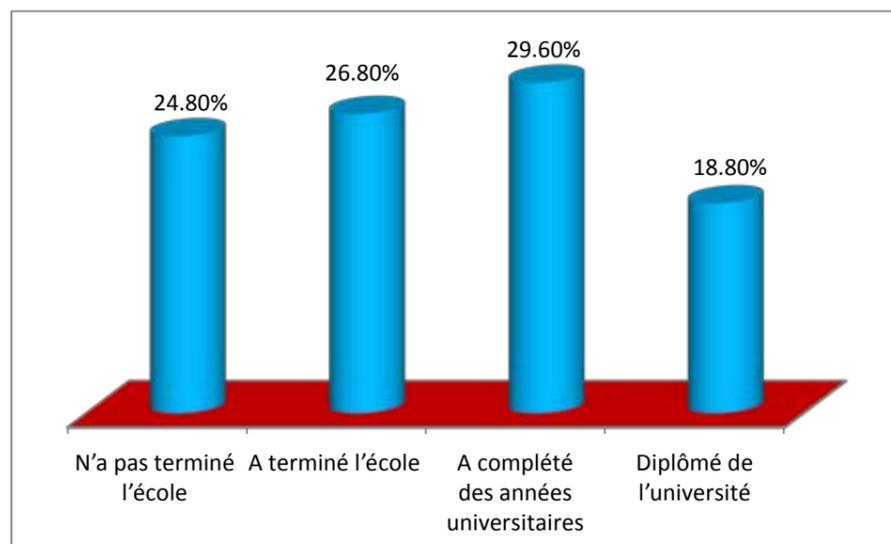
Âge des participants



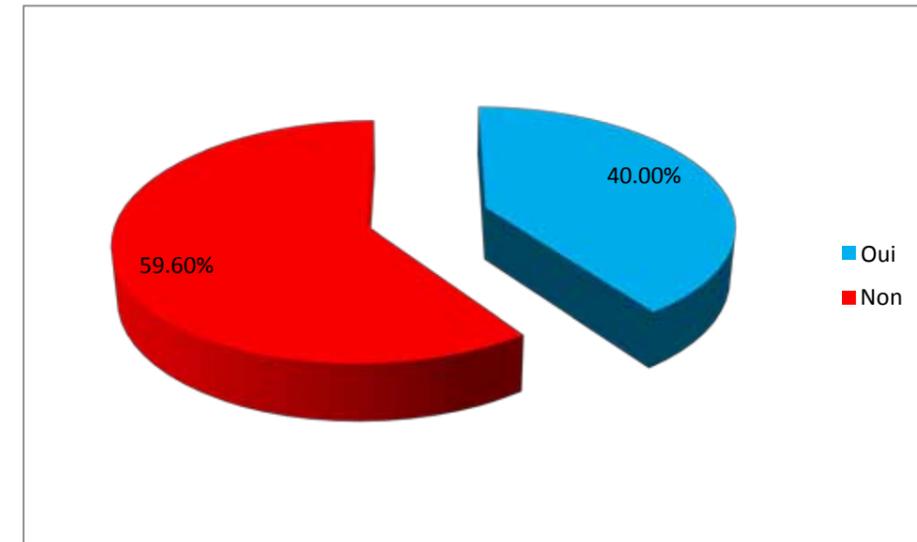
Éducation



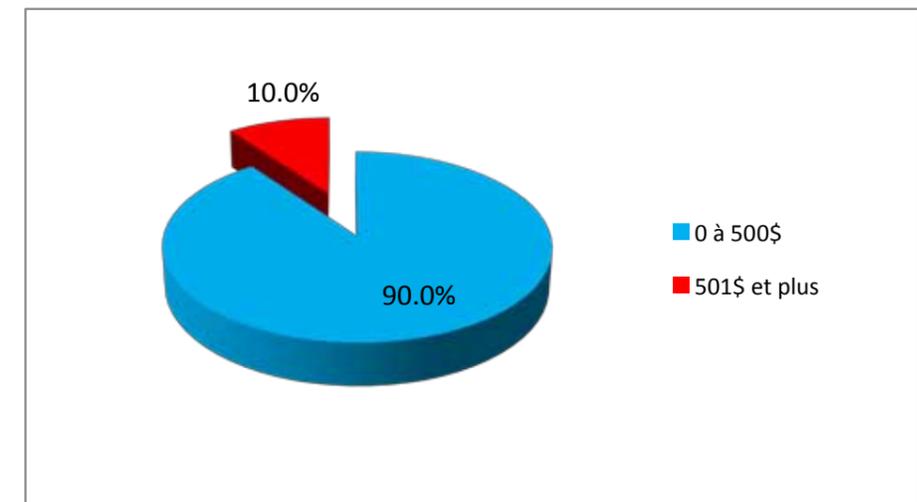
Niveau d'éducation



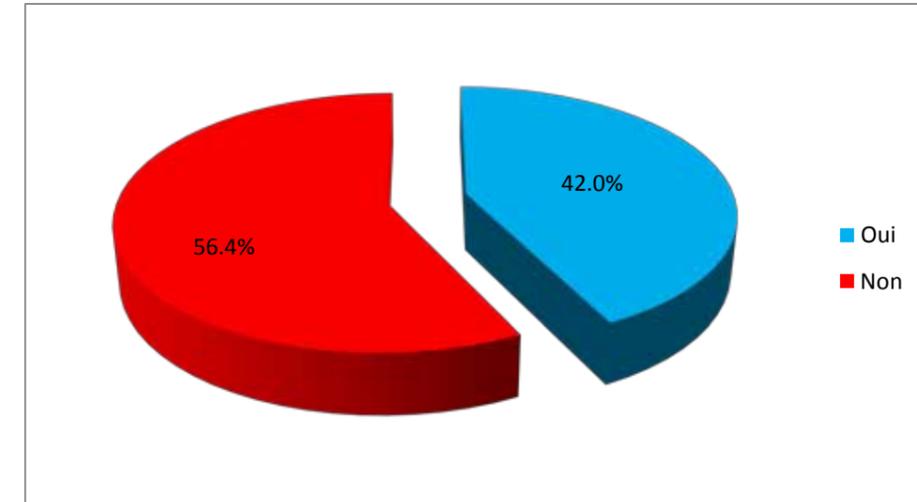
Relations



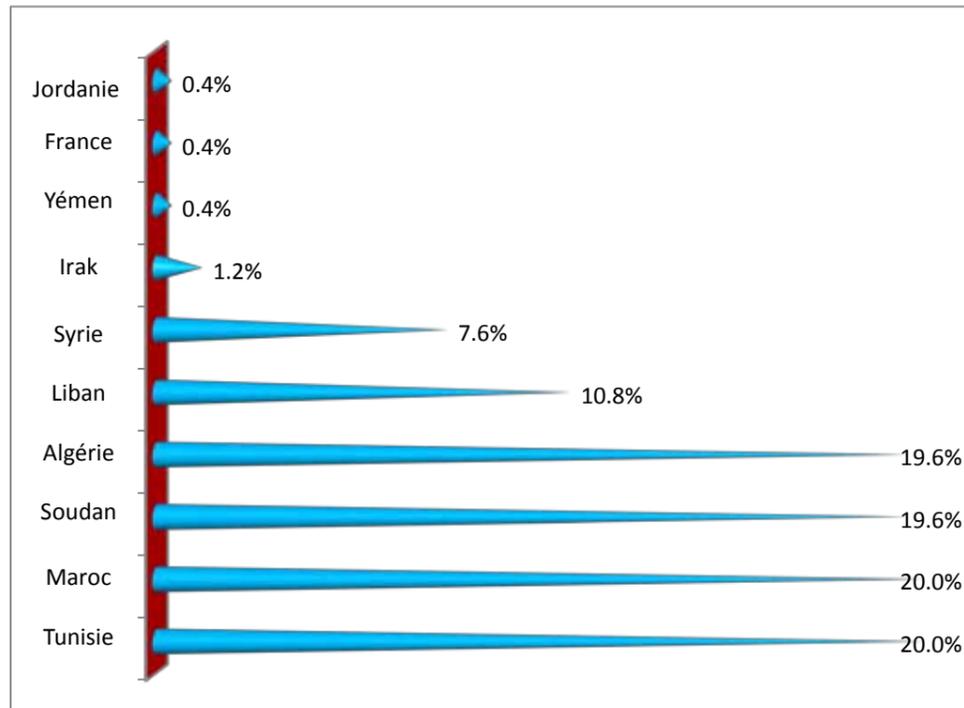
Revenu



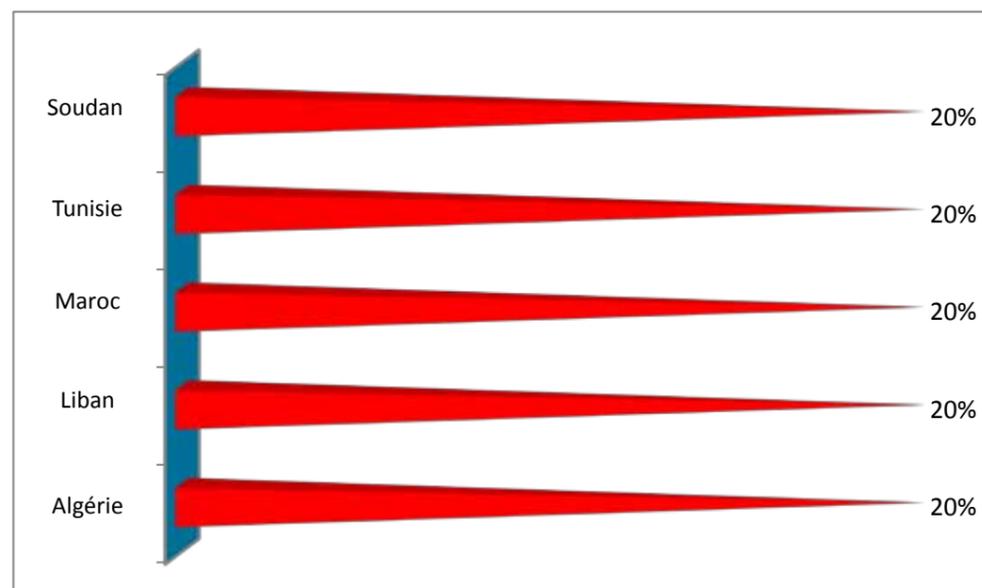
Travail ou source du revenu



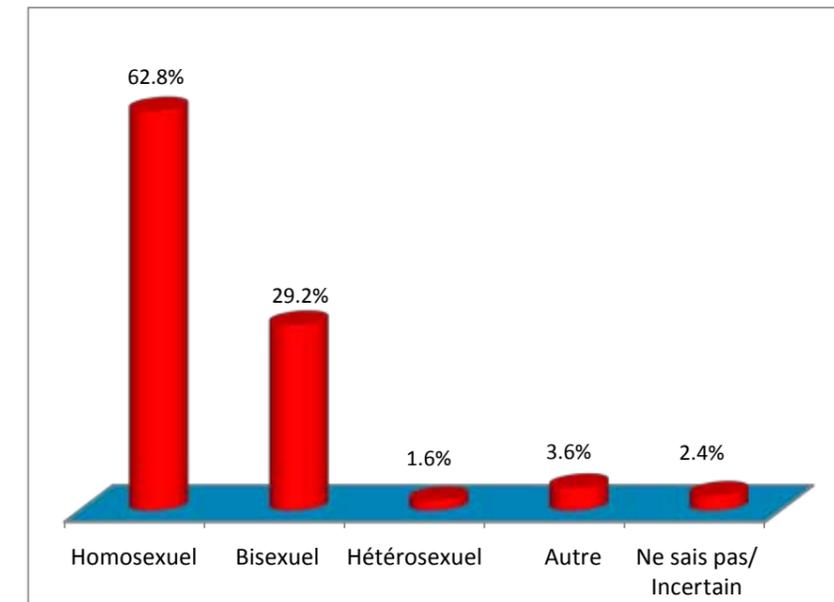
Pays d'origine



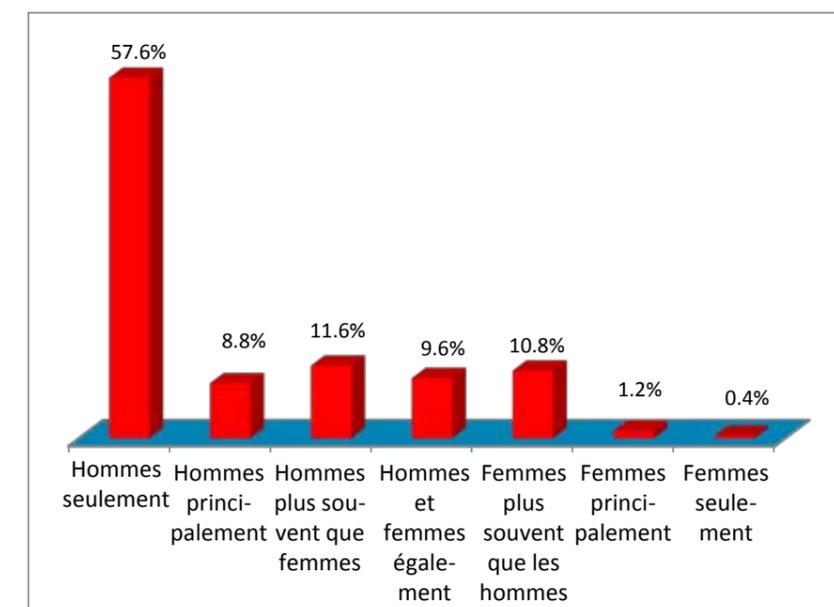
Pays de résidence



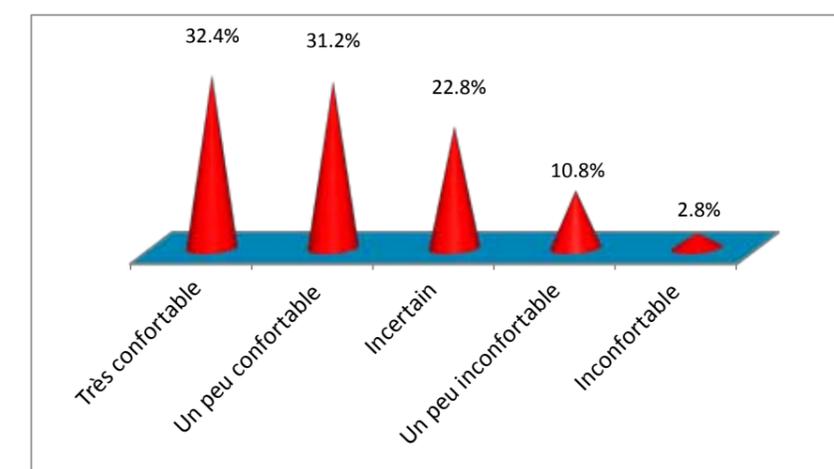
Orientation sexuelle



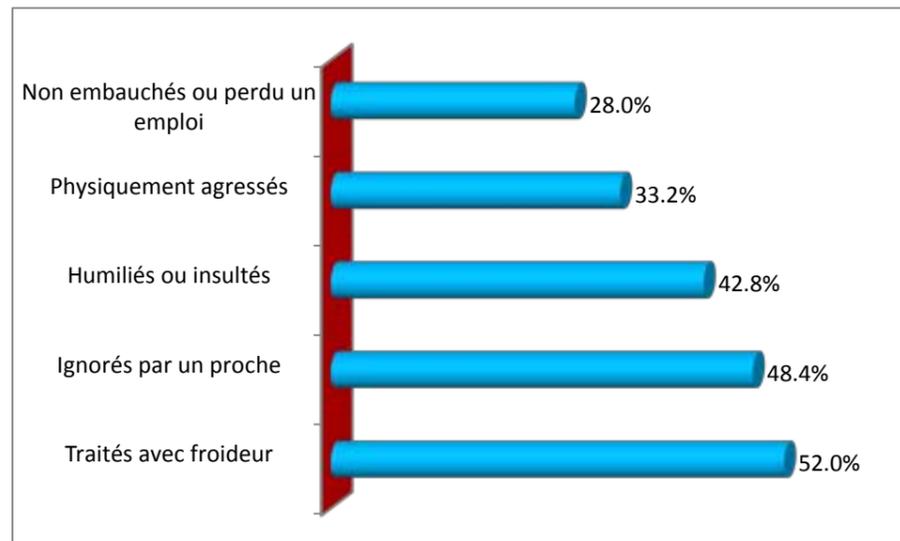
Attraction sexuelle



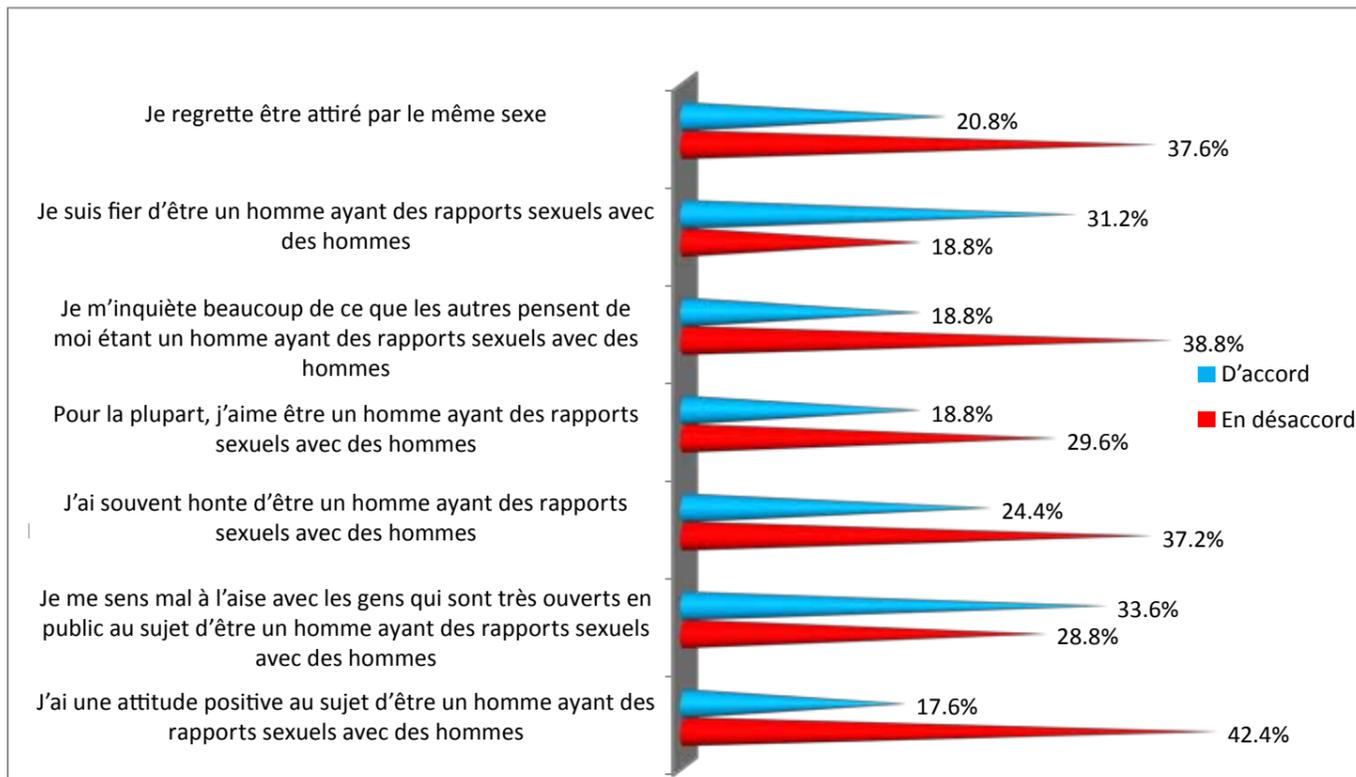
Confort avec l'orientation sexuelle



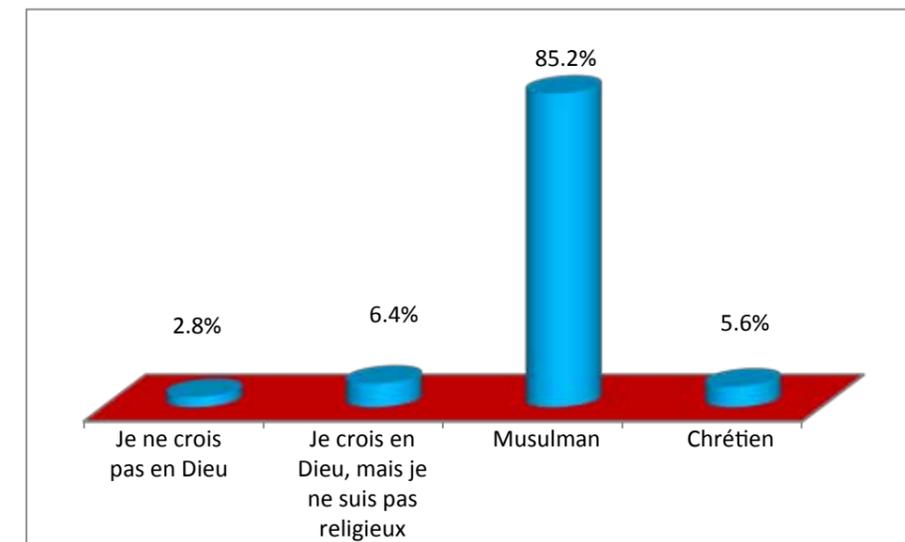
Parce que les gens savaient / pensaient qu'ils avaient des rapports sexuels avec des hommes, ils étaient ...



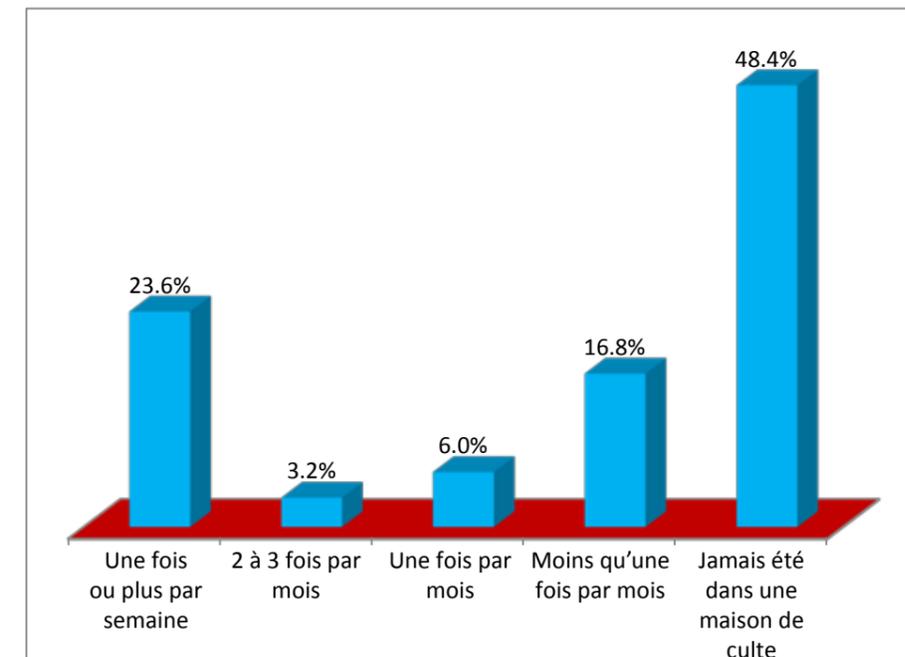
Homonégativité intériorisée



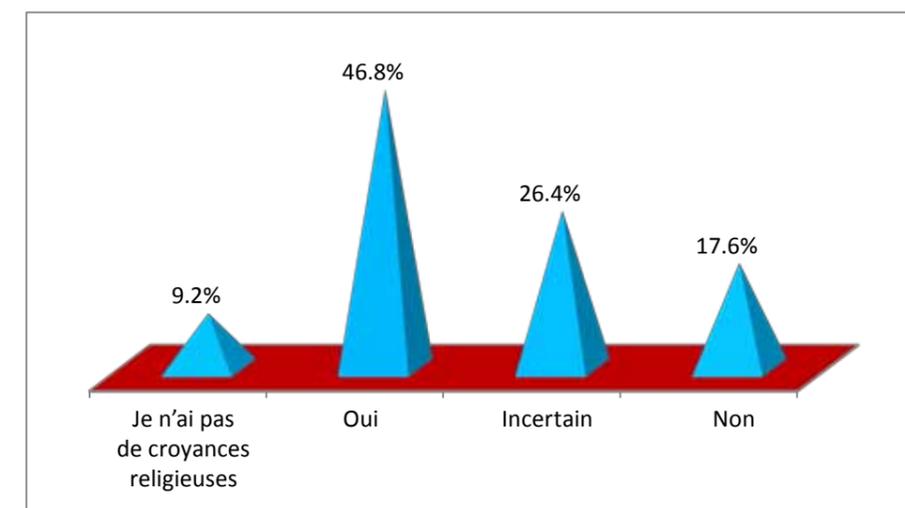
Religion



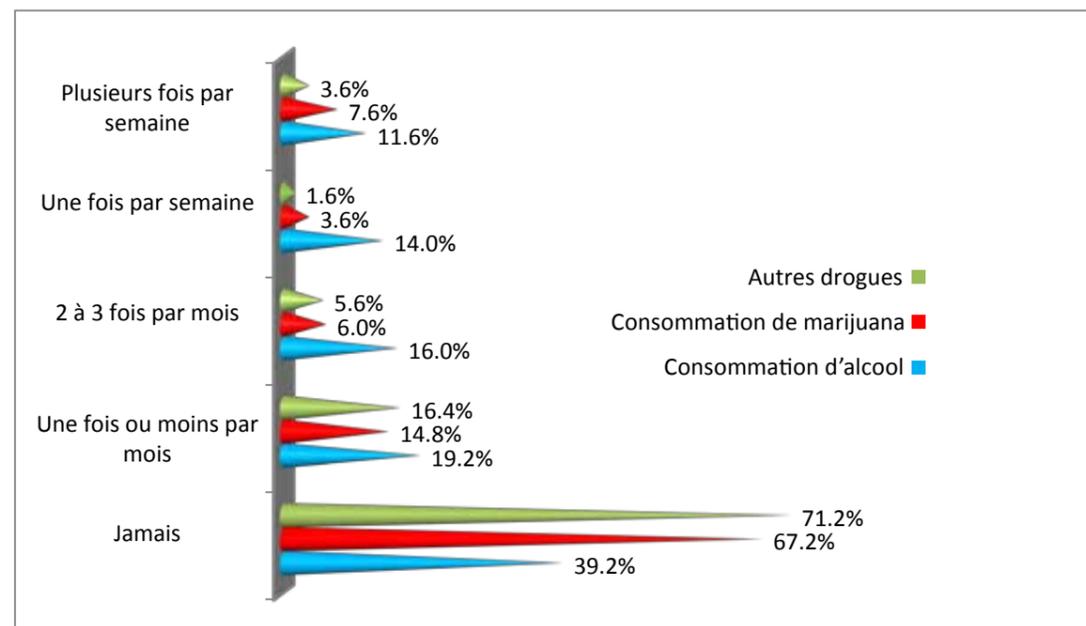
Participation aux activités religieuses



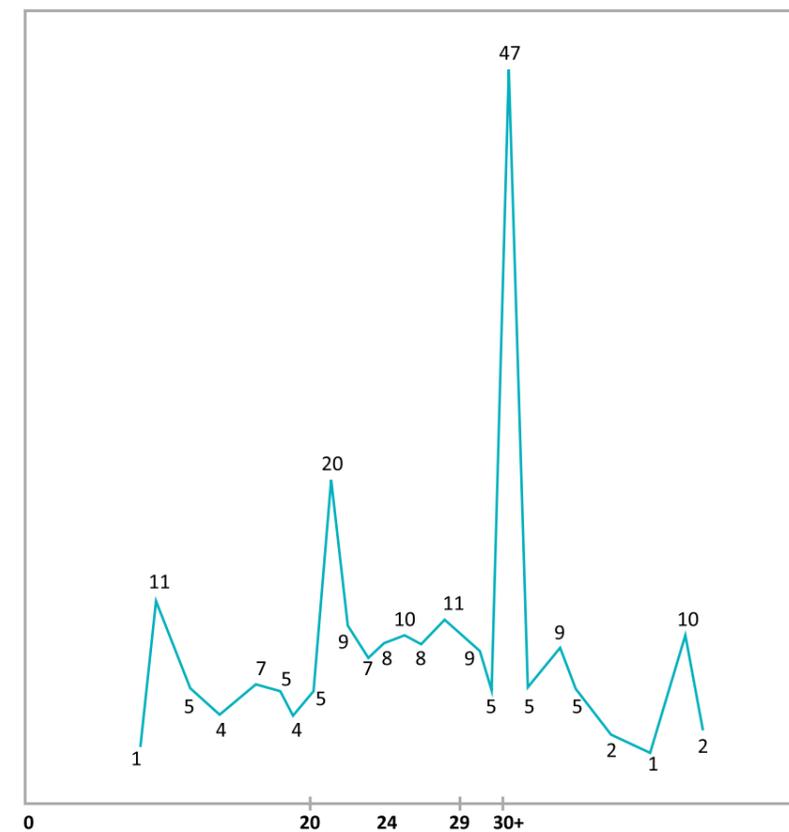
Culpabilité associée à la religion



Usage de drogues



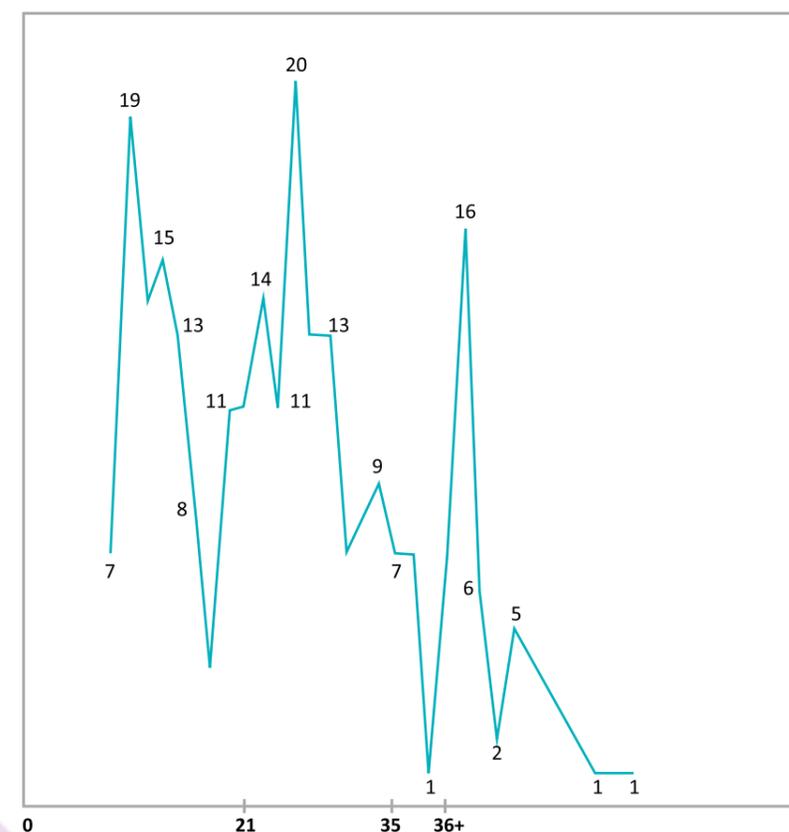
Score du bien-être



Moyenne= 24.5

0 - 20: susceptible d'être bien
 20 - 24: susceptible d'avoir un trouble mental léger
 24 - 29: susceptible d'avoir un trouble mental modéré
 30+: susceptible d'avoir un trouble mental sévère

Score de l'anxiété

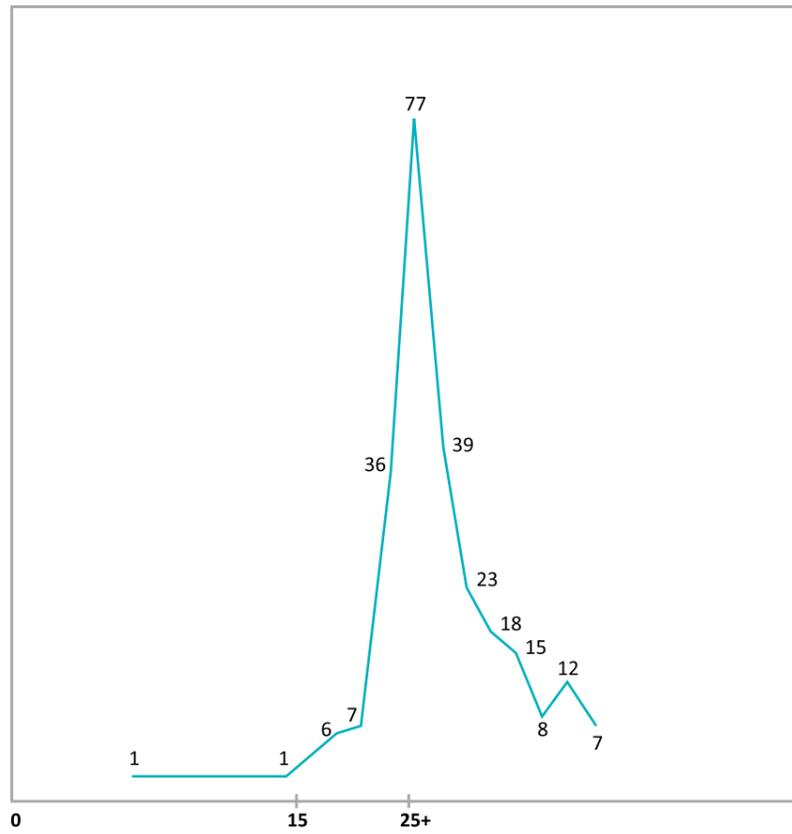


Moyenne= 20.43

0 - 21: anxiété très faible
 21 - 35: anxiété modérée
 36+: anxiété élevée

Ces figures démontrent la fréquence des réponses

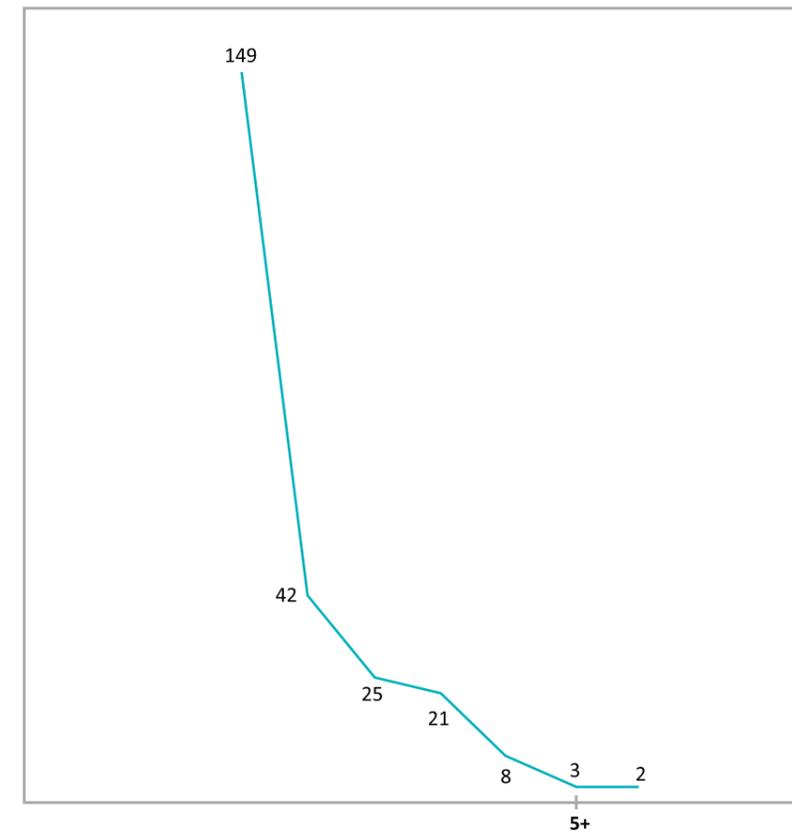
Score d'estime de soi



Moyenne= 27.66

0 - 15: estime de soi faible
15 - 25: estime de soi moyenne
25+: estime de soi élevée

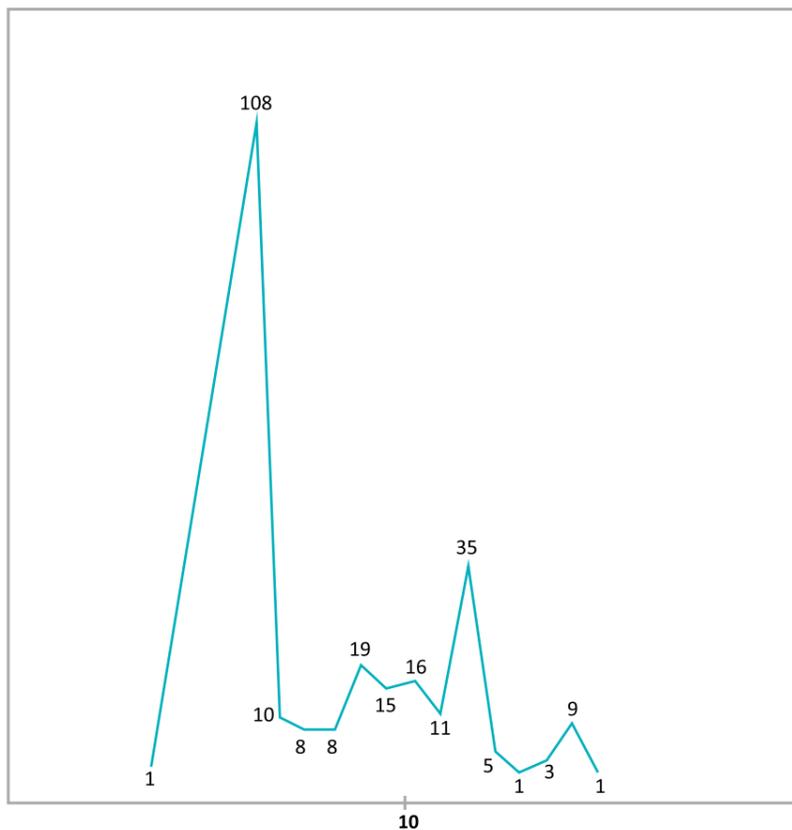
Score de l'automutilation



Moyenne= 0.86

5+: indicative de formes légères d'automutilation

Score de la violence du partenaire

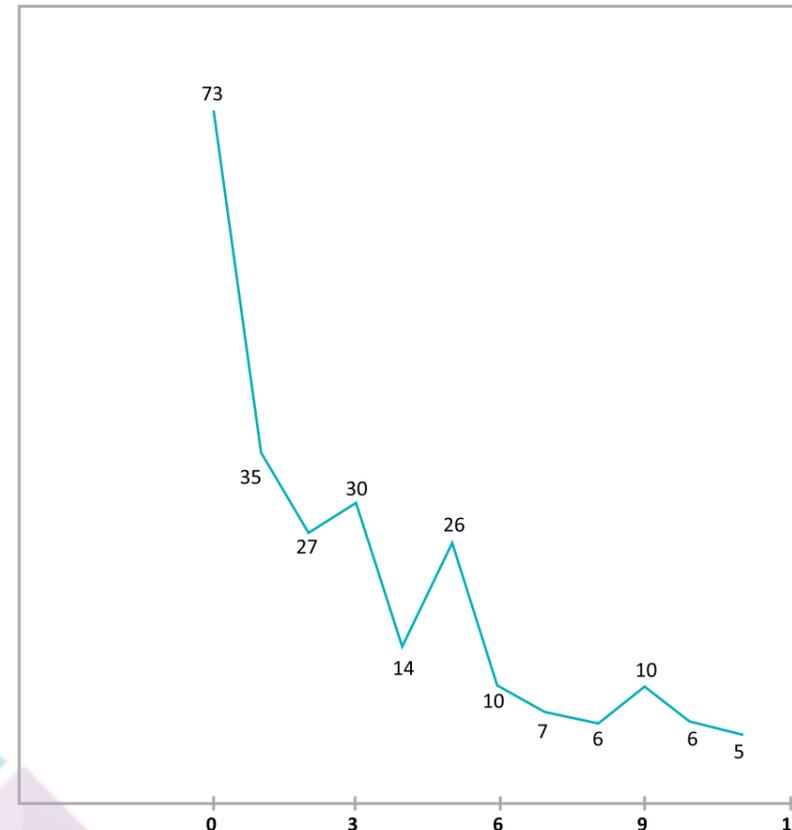


Moyenne : 7.44

< 10: Négative
> 10: Positive

Score pair d'adaptation

"Nombre de méthodes positives d'adaptation"

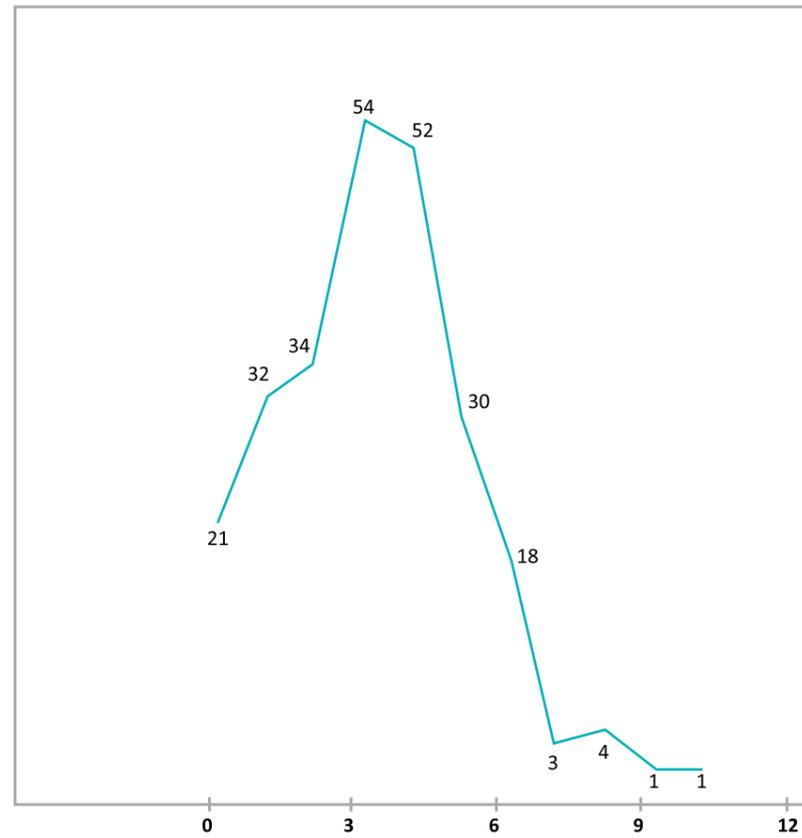


Moyenne= 2.92

Ces figures démontrent la fréquence des réponses

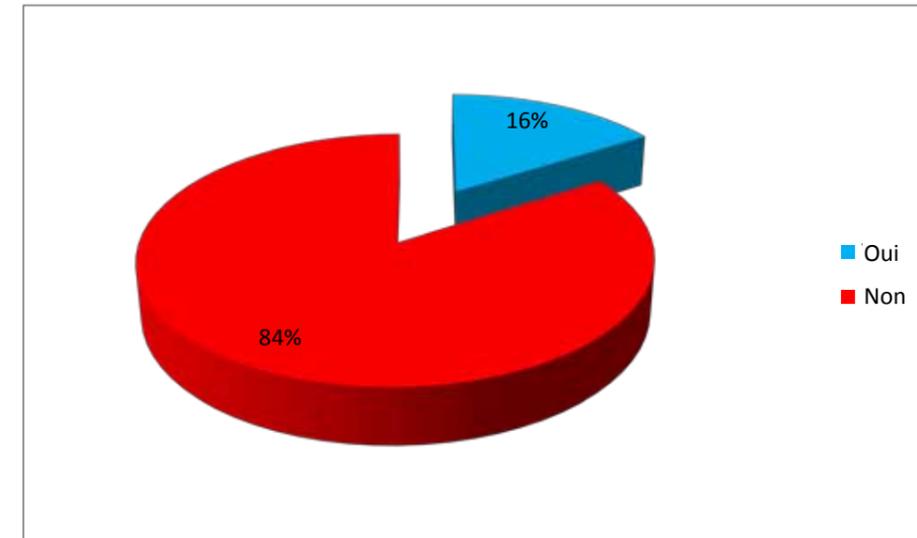
Ces figures démontrent la fréquence des réponses

Score impair d'adaptation
 "Nombres de méthodes moins constructives d'adaptation"

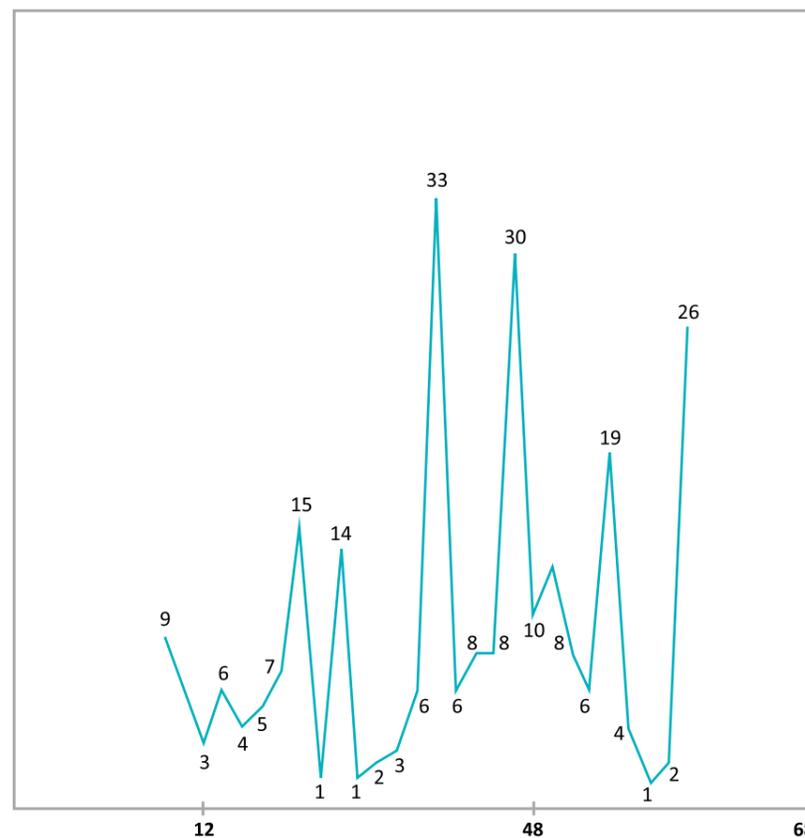


Moyenne= 3.2

Dépression clinique (PHQ-9)



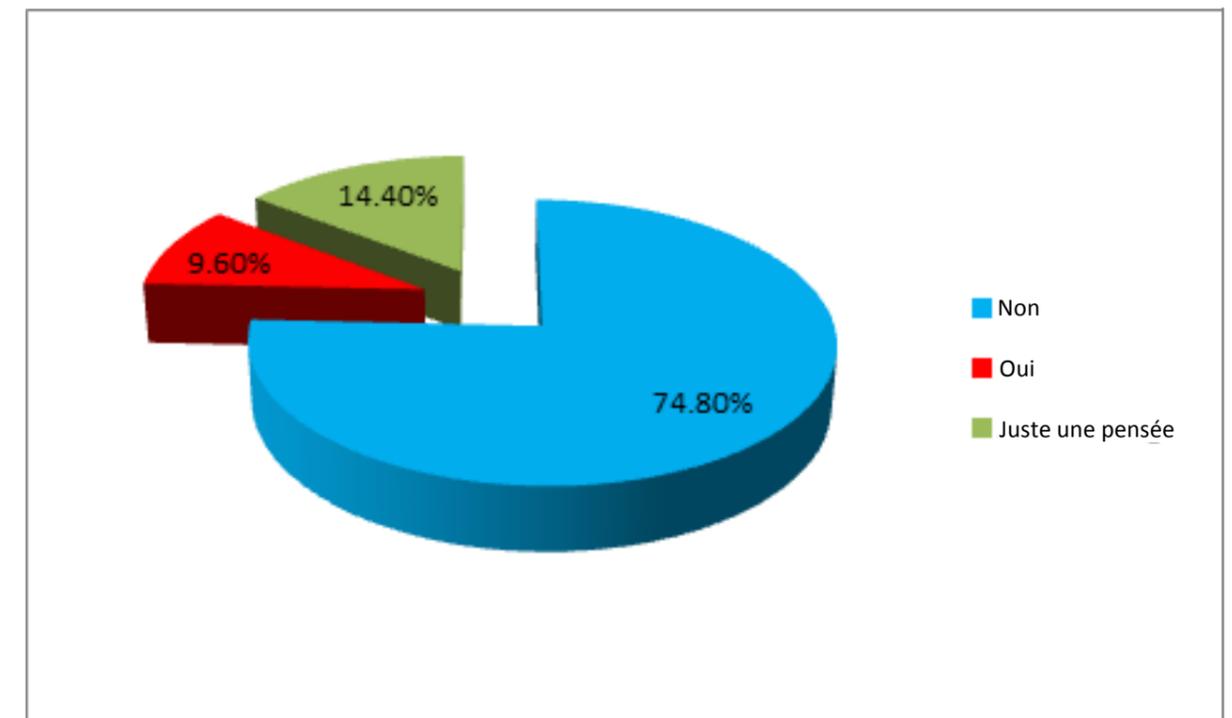
Support social



Moyenne= 39.86

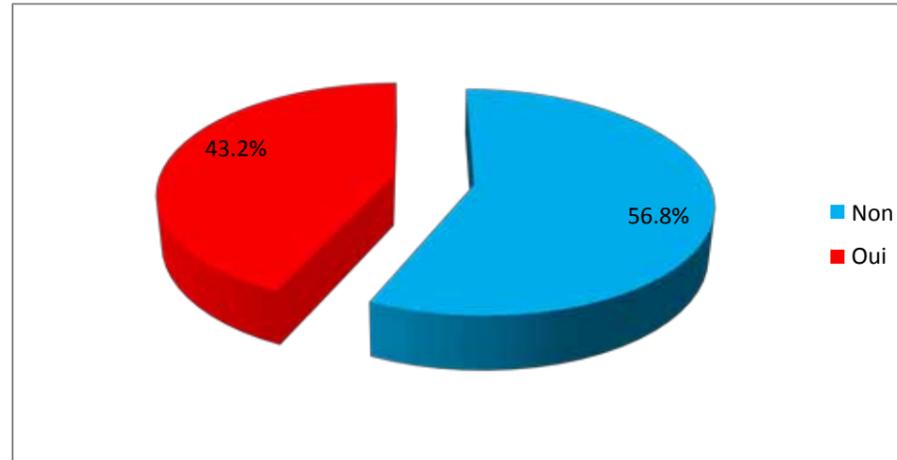
12 - 48: acuité faible
 48 - 68: acuité modérée

Avez-vous déjà tenté de vous suicider?

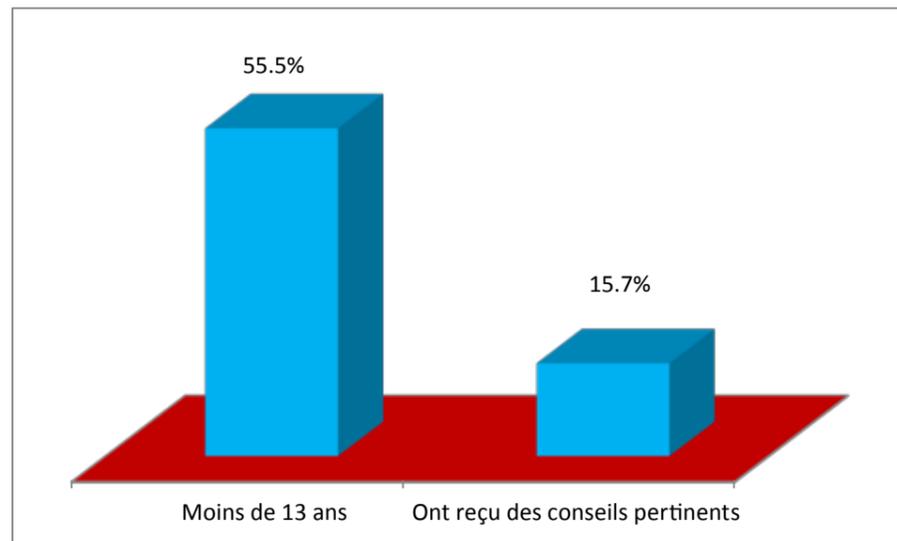


Ces figures démontrent la fréquence des réponses

Abus sexuel



Parmi ceux qui ont été victimes de violence sexuelle



DISCUSSION

La santé sexuelle des homosexuels, des bisexuels et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a toujours été un sujet peu étudié dans la région MENA. Pourtant, même quand on l'étudie, il est presque exclusivement concentré sur le VIH, les IST et le risque sexuel, avec une négligence majeure d'autres prédateurs de la vulnérabilité au VIH et d'autres problèmes de santé, plus spécifiquement la santé mentale.

Conformément à ce qui a été rapporté ailleurs au niveau mondial, la communauté HSH porte un fardeau plus élevé de problèmes de santé mentale. A cause du stress de minorité et un groupe d'expériences sociales et émotionnelles dans un environnement hostile, nous avons généralement constaté que les hommes de notre échantillon ont signalé un niveau élevé de détresse émotionnelle et psychologique, associée à des expériences négatives d'agression sociale et d'homophobie intériorisée. Avec 2/3 de notre échantillon s'auto identifiant en tant qu'homosexuels, il est intéressant de savoir si cela est le reflet d'une nouvelle génération d'hommes qui sont plus affirmatifs de leur identité sexuelle, ou d'une simple limitation à atteindre plus d'individus cachés, étant donné que 63,4% ont exprimé leur confort avec leur orientation sexuelle.

En général, nous avons trouvé une quantité importante de discrimination sociale, ce qui n'est pas surprenant dans un cadre où l'homosexualité est toujours criminalisée; Et où les lois et règlements sociaux et religieux contrôlent toujours le corps humain. Près de la moitié de notre échantillon ont été insultés ou on s'est moqué d'eux parce que quelqu'un pensait ou savait qu'ils étaient homosexuels, et 33,2% ont été agressés physiquement pour la même raison, et la plupart de ces violations ne sont pas signalées; D'une part, il n'y a pas de lois ou de politiques de protection, en outre, les individus pourraient se trouver en détention à leur arrivée au postes de police, d'autre part, pas tous ces pays ont des organisations communautaires qui pourraient protéger, collecter des témoignages et rapporter des futurs efforts de plaidoirie.

Bien que plus de 90% de nos participants sont affiliés à une religion (l'Islam ou le Christianisme), seulement la moitié d'entre eux vont à des lieux d'adoration (mosquée ou église), alors que seulement 26,8% n'ont pas senti de culpabilité associée à la religion. Ce fait n'est pas surprenant dans des pays où la religion et la politique sont liés entre eux, non seulement à travers les lois et les règlements officiels, mais aussi dans la vie quotidienne des familles et des institutions sociales, même dans le cadre de l'éducation.

Concernant les multiples aspects de l'homophobie intériorisée, l'analyse d'échelle a montré que notre échantillon souffre d'homo-négativité personnelle. Ce phénomène peut être facilement expliqué par la façon dont les individus sont exposés à des messages négatifs à propos de l'homosexualité, à partir de la minute où ils commencent à être intégrés dans leurs familles et leurs sociétés. Des ménages, au voisinage, aux écoles et des médias, aux conversations sociales, à la vie professionnelle; la plupart de la messagerie est homophobe et ceci est déterminé être intériorisé sans systèmes de soutien appropriés. Dans les études majeures à travers le monde, l'homophobie intériorisée a été associée à la haine de soi / automutilation, aux comportements autodestructeurs et comme un facteur prédictif d'autres syndémiques de santé. La création de systèmes de soutien et la favorisation d'un environnement social permettant le développement sain de l'identité, est crucial pour ces hommes et il devrait être en tête de liste des efforts d'intervention.

La plupart de nos participants ne présentent pas des symptômes d'anxiété élevés, et l'estime de soi était au-dessus de la moyenne généralement, mais 26% ont vécu une violence conjugale, avec des mécanismes d'adaptation moins constructifs (valeur moyenne = 3,2) et avec ce qui a été discuté précédemment autour de l'homophobie intériorisée, il n'est pas surprenant que 1/3 de notre échantillon est sur le point d'un trouble mental grave.

Près de la moitié de notre échantillon ont déclaré avoir subi des abus sexuels (43,2%), et la moitié de ces personnes ont vécu l'expérience, lorsqu'ils étaient de moins de 13 ans et seulement 16% ont déjà reçu une quelconque aide psychologique pertinente. Encore une fois, un autre sujet qui est très rarement abordé ou même parlé lors des projets basés sur l'intervention ou la communauté. Ces hommes s'empêchent de parler à ce propos, que ce soit dans la crainte du jugement, ou surtout par manque d'espaces sûrs; et tous les résultats négatifs d'avoir vécu une telle expérience, sont réprimés et non traitées, ce qui alimente la détresse émotionnelle autour du développement de l'identité sexuelle et affecte négativement le bien-être psychologique.

Selon une fiche d'information de la dépression préparée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2013 autour du Moyen-Orient, les taux étaient de 7%. Notre échantillon a marqué une stagnation de 16%, ce qui est plus du double du taux chez la population générale. Ce fait est alarmant et met en évidence le niveau de détresse sociale et affective subi par cette communauté, qui a également rapporté un autre fait inquiétant concernant le suicide où 9,6% de notre échantillon, ont déjà tenté de mettre fin à leur vie. Toute intervention avec des homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le monde arabe, n'est pas prévue d'avoir un taux de réussite élevé, même si seulement pour les résultats de santé pour le VIH, sauf si on prend en considération, la santé mentale de leur communauté cible.

LIMITES ET RECOMMANDATIONS FUTURES

Notre préoccupation principale concernant cette étude est le nombre limité de participants donnés la région couverte. Les recherches futures pourraient porter sur des micro-analyses de chaque région de résidence ciblée dans l'étude ou choisir d'augmenter le nombre de participants, si une analyse générale est souhaitée. Il est intéressant de noter que 90% des participants avaient un revenu de 500 \$ ou moins. Étant donné que la classe socio-économique peut potentiellement influencer les réponses des gens, il serait important de couvrir le champ des classes socio-économiques qui représente de la population générale. Une autre préoccupation dans cette étude concerne le format de l'interview de collecte de données. En fait, les individus pourraient être moins enclins à divulguer des informations sensibles sur eux-mêmes en absence d'anonymat. En tant que tel, il serait intéressant de procéder à un examen de la santé mentale en utilisant des moyens de participation plus privés (par exemple des stylo-crayon auto questionnaires, des sites de sondage en ligne... etc.), et de faire un contre-interrogatoire de ces résultats avec ceux trouvés dans cette étude afin d'évaluer les niveaux de disparité.

La portée de cette recherche est principalement axée sur la compréhension de la prévalence des troubles mentaux. Les travaux futurs devraient opter pour comprendre la relation entre les taux de prévalence et d'autres facteurs psychosociaux. Il serait déterminant de construire une compréhension de l'impact des facteurs de stress de la société sur le bien-être et le développement d'identité des gens. L'avantage de l'étude actuelle et des travaux futurs qui permettrait d'élargir ces sujets repose sur la décomposition de préjugés communément acceptés et le potentiel de développement des programmes de santé mentale, et des centres de genre et de sexualité qui favorisent une meilleure santé mentale.

Cette étude nous a montré que les homosexuels, les bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le monde arabe ont un besoin urgent de soutien en matière de santé mentale, étant obligés de faire face au stress de minorité. Les questions de l'homophobie juridique, sociale et même personnelle devraient être abordées dans toutes les interventions futures ciblant cette communauté, pour favoriser un environnement pour un développement sain de l'identité sexuelle et comme un droit humain fondamental.

Certains des programmes nécessaires seraient:

- Des espaces sûrs pour les membres de la communauté
- Des programmes de soutien de santé mentale et des fournisseurs de formation de santé mentale
- Des efforts de plaidoyer juridique (décriminaliser l'homosexualité...)
- Des initiatives anti-discrimination (en ciblant les fournisseurs de services et la population en général)
- Des activités communautaires et des ateliers traitant les questions suivantes:
 - o Les abus sexuels
 - o l'image corporelle et l'estime de soi
 - o La gestion du stress
 - o Les habiletés d'adaptation

A PROPOS DES AUTEURS

JOHNNY TOHME:

Diplômé en Psychologie Clinique, et un militant pour les droits des LGBT depuis 2006. Il a commencé à travailler dans la recherche communautaire en 2012 sur une étude financée par les NIH visant les hommes homosexuels au Liban. Deux ans plus tard, il a obtenu une bourse pour étudier la recherche comportementale chez les LGBT à l'Université de Pittsburgh à travers le programme des chercheurs de l'amfAR, qui a abouti à la réalisation d'une étude de bio-comportementale visant les réfugiés homosexuels résidant à Beyrouth, Liban. Il est actuellement le directeur de la M-Coalition, co-président du groupe de référence des jeunes (Youth Reference Group) au Forum mondial (Global Forum) pour les HSH et le VIH (MSMGF), et fait part d'une équipe qui travaille sur l'adaptation du programme d'intervention VIH M-autonomisation visant les jeunes hommes homosexuels Liban.

GHINA GHANEM:

Etudiante diplômée de Psychologie clinique à l'Université Américaine de Beyrouth (AUB). Ghina a trois ans d'expérience en tant que thérapeute pratiquante et a travaillé sur plusieurs études de genre et de sexualité. Elle a été impliquée avec M-Coalition sur l'étude en cours et dans une autre étude portant sur la santé générale des hommes homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le monde arabe. Elle est intéressée à poursuivre un doctorat avec une spécialisation en études de genre et de sexualité.

La collecte de données a été réalisée en collaboration avec nos partenaires locaux:

Algérie: une équipe de **pairs éducateurs** / activistes VIH

Liban: **Mosaic organization:** www.mosaicmena.org

Maroc: **Association de la Lutte Contre le Sida (ALCS)** / Marrakech: www.alcs.ma

Soudan: **Sudan Fertility Care Association (SFCA)**

Tunisie: **Damj organization:** <https://ar-ar.facebook.com/damj.tunisie>

M-Coalition est officiellement accueillie, et fiscalement parrainé par la Fondation Arabe pour les Libertés et L'égalité (AFE)



AFE est une organisation non-gouvernementale enregistrée basé à Beyrouth, Liban, ayant une mission d'encourager et de soutenir la sexualité, le sexe et les mouvements de droits corporelles dans le Moyen-Orient et Afrique du Nord par le biais du renforcement des capacités, la production de connaissances, l'échange, et la sécurité et d'intervention d'urgence.

Ce document a été financé par

