



Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe :

APPROCHES PRATIQUES TIRÉES D'INTERVENTIONS COLLABORATIVES

Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : APPROCHES PRATIQUES TIRÉES D'INTERVENTIONS COLLABORATIVES

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives.

1.Prostitution. 2.Infections à VIH – prévention et contrôle. 3.Maladies sexuellement transmissibles. 4.Partenaire sexuel. 5.Comportement sexuel à risque. 6.Comportement sexuel. 7.Programmes nationaux de santé. I.Organisation mondiale de la Santé. II.UNFPA. III.ONUSIDA. IV.Banque mondiale. V.Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP).

ISBN 978 92 4 250618 1

(Classification NLM : WC 503.7)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photo couverture © PJ Starr.

Conception et mise en page par L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Cette traduction (en français) a été réalisée par la Banque Mondiale.

Table Des Matières

Remerciements	vii
Acronymes	x
Glossaire	xii
Introduction	xiv
Chapitre 1 Autonomisation de la communauté	1
1.1 Introduction	4
1.2 Aspects clés de l'autonomisation de la communauté	5
1.2.1 Collaborer avec les communautés de travailleuses du sexe	7
1.2.2 Encourager une sensibilisation dirigée par les travailleuses du sexe	8
1.2.3 Développer les collectifs de travailleuses du sexe	9
1.2.4 S'adapter aux contextes et besoins locaux	10
1.2.5 Promouvoir les droits de l'homme	11
1.2.6 Renforcer les systèmes communautaires (renforcer les collectifs)	12
1.2.7 Adapter les politiques et créer un contexte favorable	14
1.2.8 Soutenir les mouvements	16
1.3 Suivi des progrès	16
1.4 Ressources et lectures complémentaires	18
Chapitre 2 Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe	19
2.1 Introduction	22
2.1.1 Contextes de violence	24
2.1.2 Valeurs et principes de riposte à la violence à l'encontre de travailleuses du sexe	25
Valeurs essentielles	25
Principes de programmation	25
2.2 Interventions et stratégies prometteuses	26
2.2.1 Autonomiser les communautés	26
2.2.2 Renforcer la capacité des travailleuses du sexe	26
2.2.3 Plaidoyers en faveur de réformes	28
2.2.4 Favoriser la redevabilité des forces policières	30
2.2.5 Promouvoir la sécurité des travailleuses du sexe	31
2.2.6 Fournir des services de santé aux travailleuses du sexe victimes de violences	32
2.2.7 Fournir des services psychosociaux, juridiques et autres	34
2.3 Gestion, suivi et évaluation	36
2.4 Ressources et lectures complémentaires	39
Chapitre 3 Services conduits par les communautés	41
3.1 Introduction	44
3.2 Sensibilisation prise en charge par la communauté	46
3.2.1 Que font les intervenantes en sensibilisation communautaire?	46
3.2.2 Étapes de mise en oeuvre de la sensibilisation conduite par la communauté	47
A. Cartographier la communauté et élaborer avec elle une stratégie de sensibilisation	47
B. Recruter et former les intervenantes en sensibilisation communautaire	51

C. Mettre en oeuvre et gérer la sensibilisation.	55
D. Favoriser les opportunités de leadership chez les intervenantes en sensibilisation communautaire.	62
3.3 Espaces sécurisés (centres communautaires)	63
3.3.1 Créer des espaces sécurisés.	64
Mettre en place le local.	64
Utiliser l'espace sécurisé.	65
3.3.2 Autres activités menées dans l'espace sécurisé	65
3.4 Amélioration de la qualité induite par les travailleuses du sexe	66
3.4.1 Comité communautaire.	66
3.4.2 Autres approches communautaires susceptibles de renforcer la qualité des services médicaux.	68
3.4.3 Suivre et évaluer la qualité des services communautaires.	68
Suivre la qualité des services communautaires	68
Suivre l'accès communautaire aux services et le libre arbitre communautaire.	72
3.5 Ressources et lectures complémentaires	72
Chapitre 4 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants	75
4.1 Introduction	78
4.2 Étapes pour une promotion efficace de l'utilisation du préservatif	79
4.2.1 Assurer l'accessibilité des travailleuses du sexe aux préservatifs et lubrifiants	82
4.2.2 Promouvoir l'utilisation des préservatifs et lubrifiants masculins et féminins à différents paliers	84
Promotion du préservatif assurée par la communauté	84
Éliminer la stigmatisation sociale entourant l'utilisation du préservatif dans la population	87
4.2.3 Créer un contexte favorable à la promotion du préservatif	88
4.2.4 Aspects spécifiques à considérer lors de la planification d'une promotion du préservatif.	90
A. Planification d'une promotion auprès des travailleurs du sexe hommes et transgenres	90
B. Stratégies de négociation en vue du port du préservatif.	90
C. Planification de la promotion du préservatif auprès des clients de travailleuses du sexe	90
D. Programmes de marketing social du préservatif auprès des travailleuses du sexe	91
4.3 Gestion de programmes de promotion du préservatif.	92
4.3.1 Rôles et responsabilités de planification.	92
4.3.2 Suivi du programme	92
4.3.3 Évaluation	92
4.4 Ressources et lectures complémentaires	95
Chapitre 5 Services médicaux	97
5.1 Principes de fonctionnement en matière de services médicaux et de soutien.	100
5.1.1 Prestation de services et intégration	100
5.2 Conseil et dépistage volontaire du VIH.	102
5.2.1 Introduction	102
5.2.2 Conseil et dépistage du VIH et prestation de services.	102
5.2.3 Activités essentielles à intégrer aux services de CDV qui s'adressent aux travailleuses du sexe.	103
A. Préparation	103
B. Prestation de services de CDV.	104
C. Suivi.	105

5.2.4	Assurance de qualité des services	106
5.2.5	CDV effectué par les intervenantes en sensibilisation communautaire et les conseillers non professionnels	106
5.3	Thérapie antirétrovirale	107
5.3.1	Introduction	107
5.3.2	Définitions essentielles et préalables aux services de TARV	108
5.3.3	Considérations spécifiques à la mise sous TARV de travailleuses du sexe	108
	TARV spécifique aux travailleuses du sexe	109
	Soutien communautaire à la TARV	110
	Éducation au traitement	110
	Prophylaxie pré-exposition	111
5.4	Tuberculose et travailleuses du sexe	111
5.5	Services additionnels aux travailleuses du sexe qui consomment des drogues injectables	113
5.5.1	Introduction	113
5.5.2	Thérapie de substitution aux opiacés	113
5.5.3	Programmes de seringues et d'aiguilles	114
5.5.4	Autres considérations	114
5.6	Services en matière d'IST	115
5.6.1	Introduction	115
5.6.2	Services d'IST s'adressant aux travailleuses du sexe	115
	A. Conception de services d'IST	116
	B. Assurer la prestation et la gestion de services d'IST	118
	C. Traitement présomptif périodique	124
	D. Hépatite virale	125
5.7	Satisfaire les besoins en santé sexuelle et reproductive des travailleuses du sexe	126
5.7.1	Introduction	126
5.7.2	Planification familiale et conseil sur la contraception	127
	Contraception d'urgence	127
	Grossesse à moindre risque	127
	Avortement et soins post avortement	127
5.7.3	Dépistage du cancer du col utérin	128
5.7.4	Dépistage des autres cancers	128
5.7.5	Soins médicaux aux victimes d'agression sexuelle	128
5.8	Santé mentale	129
5.9	Ressources et lectures complémentaires	129

Chapitre 6 Gestion de programme et renforcement de la capacité organisationnelle 133

Partie I : Gestion du programme 136

6.1	Introduction	136
6.2	Planifier et mettre en oeuvre un programme VIH/IST auprès des travailleuses du sexe	138
6.2.1	Définir le programme et les standards	138
6.2.2	Établir un système de gestion et de suivi des données	141
6.2.3	Planifier l'évaluation du programme	149
6.2.4	Définir la structure de gestion	150
6.2.5	Prioriser	152
6.2.6	Mettre en oeuvre par étapes	153
6.2.7	Mettre en place un système de supervision	159
6.2.8	Assurer progressivement la pleine participation des travailleuses du sexe	160

6.3 Renforcement des capacités/enseignements tirés du programme	162
6.4 Perfectionnement du personnel	163
Partie II: Renforcement des capacités des organisations de travailleuses du sexe ..	164
6.5 Introduction	164
6.6 Créer un organisme enregistré	165
6.7 Renforcement de la capacité organisationnelle	166
6.7.1 Gouvernance	167
6.7.2 Gestion de projet	167
6.7.3 Mobilisations des ressources	167
6.7.4 Réseautage	168
6.8 Ressources et lectures complémentaires	169

Remerciements

Cet instrument pratique a été élaboré par des travailleuses du sexe, des gestionnaires de programmes, des chercheurs et des partenaires au développement, qui ont tous participé, en collaboration avec le groupe de coordination, à la recherche, à la rédaction de l'ébauche et à la revue du document. Nous tenons à remercier tous les contributeurs mentionnés ci-dessous pour le temps et l'expertise partagés, ainsi que toutes les organisations qui ont alimenté la recherche à travers différentes études de cas.

Yadira Almodovar-Diaz, Management Sciences for Health, EU
Camille Anoma, Espace Confiance, Côte d'Ivoire
John Anthony, Programme National AIDS & STI Control, Kenya
George Ayala, Le Global Forum on MSM & HIV, EU
Annabel Baddaley, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Parinita Bhattacharjee, Université du Manitoba/Gouvernement du Kenya
Nisha Bin Ayub, Fondation PT / Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Malaisie
James Blanchard, Université du Manitoba, Canada
Aleksandar Bodiroza, Fonds des Nations Unies pour la Population, Bureau régional des États arabes
Borche Bozhinov, STAR-STAR/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Macédoine
Nathalie Broutet, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Kholi Nomsa Buthelezi, Sisonke/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Afrique du Sud
Julia Cabassi, Fonds des Nations Unies pour la Population, Bureau régional Asie et Pacifique
Anna-Louise Crago, Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Canada
Joanne Csete, Open Society Foundations, EU
Anjana Das, FHI 360, Inde
Michele Decker, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, EU
Bidia Deperthes, Siège du Fonds des Nations Unies pour la Population
Gaston Djomand, US Centers for Disease Control and Prevention, EU
Fatou Drame, Enda Santé, Sénégal
Virginie Ettiègne-Traoré, FHI 360/United States Agency for International Development, Ghana
Gloria Gakii Kimani, Sex Workers Operation Project (SWOP), Kenya
Haileyesus Getahun Gebre, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Sarah Gill, Société interactive Moorat / Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Pakistan
Kimberly Green, FHI 360, Ghana
Mauro Guarinieri, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse
Pato Hebert, The Global Forum on MSM & HIV, EU
Richard Howard, Organisation Internationale Du Travail, Bureau régional Asie et Pacifique
Andrew Hunter, Asia Pacific Network of Sex Workers/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Thaïlande
Pye Jakobsson, RiksOrganisationen för Sex- och ErotikArbetare (ROSE Alliance)/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Suède
Surang Janyam, Service Workers in Group Foundation (SWING), Thaïlande
Caitlin Kennedy, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, EU
Deanna Kerrigan, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, EU
Yves Lafort, International Centre for Reproductive Health, Belgique
Anne Lancelot, Population Services International, Myanmar
Carlos Laudari, Pathfinder International, Brésil
Annie Madden, International Network of People who Use Drugs, Australie
John Mathenge, Health Options for Young Men on AIDS and STIs (HOYMAS)/ Réseau Mondial des Projets

sur le Travail du Sexe, Kenya

Bradley Mathers, Université New South Wales, Australie

Neil McCulloch, Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Royaume-Uni

Jessie Mwambo, Université Muhimbili, Tanzanie

Penninah Mwangi, Programme Bar Hostess Empowerment and Support /Kenya Sex Workers Alliance/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Kenya

Daisy Namakula Nakato, Women's Organization Network for Human Rights Advocacy (WONETHA)/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Ouganda

Aldo Napitu, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Indonésie

Cynthia Navarrete Gil, Asociación en Pro Apoyo a Servidores (APROASE), Mexique

Elizabeth Ngugi, Université de Nairobi, Kenya

Dasha Ocheret, Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie

Daughtie Ogutu, African Sex Worker Alliance/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Afrique du Sud/Kenya

Ifeanyi Okekearu, Society for Family Health, Nigéria

Aarthi Pai, National Network of Sex Workers, Inde

Freddy Perez, Pan American Health Organization, EU

Annah Pickering, New Zealand Prostitutes Collective (NZPC)/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Nouvelle-Zélande

Angela Pires Pinto, Programme des Nations Unies pour le développement, Brésil

Parimi Prabhakar, India HIV/AIDS Alliance, and

Aliya Rakhmetova, Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN) Foundation, Hongrie

Manjula Ramaiah, Ashodaya Samithi/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, and

Sushena Reza Paul, Université du Manitoba, Inde

Anastacia Ryan, Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Royaume-Uni

Anna Semina, Dignity/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Tadjikistan

Meena Seshu, Sampada Grameen Mahila Sanstha (SANGRAM), Inde

Kate Shannon, Université de Colombie Britannique, Canada

Donna Sherard, Population Services International, EU

Kenneth Sklaw, United States Agency for International Development, EU

Tim Sladden, Fonds des Nations Unies pour la Population, Bureau régional d'Europe de l'Est et d'Asie centrale

Taweessap Siraprasiri, Ministère de la santé publique, Thaïlande

Miriam Taegtmeier, Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni

Anja Teltschik, International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni

Rachel Thomas, Open Society Foundations, EU

Marija Tosheva, Healthy Options Project Skopje (HOPS), Macédoine

Tracey Tully, Asia Pacific Network of Sex Workers/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Thaïlande

Lander van Ommen, Royal Netherlands Embassy, Ghana

Marco Vitoria de Avila, Siège de l'Organisation mondiale de la santé

Beatrijs Vuylsteke, Institut de médecine tropicale, Belgique

Stefan Wiktor, Siège de l'Organisation mondiale de la santé

Kay Thi Win, Targeted Outreach Program (TOP)/Asia Pacific Network of Sex Workers/ Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Myanmar

Peter Wondergem, United States Agency for International Development, Ghana

Jason Wright, International HIV/AIDS Alliance, ÉU

Zhao Pengfei, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional du Pacifique ouest

Groupe de coordination

Avni Amin, Siège de l'Organisation mondiale de la santé

Gillian Anderson, US Centers for Disease Control and Prevention, ÉU

James Baer, AIDSTAR-Two/ consultant USAID, Royaume-Uni

Rachel Baggaley, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Clancy Broxton, United States Agency for International Development, ÉU
Jennifer Butler, Siège du Fonds des Nations Unies pour la Population
Alison Crocket, siège du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH /sida
Gina Dallabetta, Fondation Bill & Melinda Gates, ÉU
Elizabeth Marum, US Centers for Disease Control and Prevention, Zambie
Ruth Morgan Thomas, Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, Royaume-Uni
Tonia Poteat, Bureau du U.S. Global AIDS Coordinator, ÉU
Michelle Rodolph, Siège de l'Organisation mondiale de la santé (consultant)
Annette Verster, Siège de l'Organisation mondiale de la santé
Tisha Wheeler, United States Agency for International Development, ÉU
Teodora Elvira Wi, Siège de l'Organisation mondiale de la santé

Plusieurs des contributeurs cités ont participé à une consultation qui s'est déroulée à Accra au Ghana en mai 2013 afin de revoir et de peaufiner l'ébauche de cet instrument pratique. Nous tenons à remercier M. Henry Nagai, Directeur du Bureau national du FHI 360 et ses collègues pour l'organisation efficace et émérite de cette rencontre ainsi que M. Bernard Coquelin, Représentant national du Fonds des Nations Unies pour la population au Ghana, qui a bien voulu assurer l'ouverture de la session.

L'élaboration de cet instrument a été appuyée par le Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, les US Centers for Disease Control and Prevention, le Bureau du Coordinateur de Global AIDS aux États-Unis, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds des Nations Unies pour la Population, le U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé.

Cet instrument a été édité par James Baer; la correction d'épreuves a été effectuée par Alison Ellis (consultante, Management Sciences for Health) et L'IV Com Sàrl a assuré la conception graphique. Thierry Schaffauser était en charge de vérifier la traduction.

Acronymes

AfriCASO	Organisations de l'African Council of AIDS Service
APCASO	Organisations de l'Asia Pacific Council of AIDS Service
APNSW	Asia Pacific Network of Sex Workers
ARV	Antirétroviral
BHESP	Programme <i>Bar Hostess Empowerment and Support</i> (Autonomisation et soutien aux hôtesse de bar)
BOCONGO	Botswana Council of Non-Governmental Organizations
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CUBRR	Cadre unifié du budget, des résultats et de la redevabilité
DIFFER	<i>Diagonal Interventions to Fast Forward Enhanced Reproductive Health</i> (Interventions diagonales pour accélérer l'amélioration de la santé reproductive)
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe (<i>observed treatment, short course</i>).
EPCD	Évaluation des partenariats et cadre de développement (<i>Partnership Assessment and Development Framework</i>)
GIS	Système d'information géographique
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i> , (Classification des recommandations, évaluation, développement et évaluation))
GPS	Système de positionnement global
HOPS	Projet <i>Health Options Skopje</i> (Options santé)
HOYMAS	<i>Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs</i> (Options de santé pour jeunes hommes porteurs du VIH, du sida et d'une IST)
IEC	Information, éducation, communication
IST	Infection sexuellement transmissible
KASH	<i>Keeping Alive Societies' Hope</i> (Garder vivante l'espérance des sociétés)
KHPT	<i>Karnataka Health Promotion Trust</i> (Fonds fiduciaire de promotion de la santé)
NAAT	Test d'amplification d'acide nucléique
NANGOF	<i>Namibia NGO Forum</i> (Forum des ONG de Namibie)
NASCOP	<i>National AIDS & STI Control Programme</i> (Programme national de contrôle du sida et des IST)
NHOCAT	<i>National Harmonized Organizational and Capacity Assessment Tool</i> (Outil national harmonisé d'évaluation organisationnelle et de la capacité)
NSWP	Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe (<i>Global Network of Sex Work Projects</i>)
NZPC	<i>New Zealand Prostitutes Collective</i> (Collectif des prostituées de Nouvelle Zélande)
OBC	Organisation à base communautaire
OG	Organisation gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisations de la société civile
PADEF	Partnership Assessment and Development Framework tool (Outil d'évaluation du partenariat et du cadre de développement)
PI	Prophylaxie par Isoniazide
PLACE	<i>Priorities for Local AIDS Control Efforts</i> (Priorités pour le contrôle local du sida)
PPE	Prophylaxie post-exposition

PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PSA	Programme seringues et aiguilles
PSC	Programme de sensibilisation ciblée
PSI	Population Services International
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SACA	State Agency for the Control of HIV/AIDS
SANGRAM	<i>Sampada Grameen Mahila Sanstha</i>
SFEM	Seringues à faible espace mort
SHARPER	<i>Strengthening HIV and AIDS Response Partnership with Evidence-based Results</i> (Renforcer le partenariat de riposte au VIH sida à partir de résultats probants)
SHiPS	<i>Strengthening HIV Prevention Services</i> (Renforcer les services de prévention du VIH)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLGI	Système logistique de gestion de l'information
SMS	Message texte (Short Message Service)
SSR	Santé sexuelle et de la reproduction
SWEAT	<i>Sex Worker Education and Advocacy Task Force</i> (Équipe de renforcement de l'éducation et du plaidoyer des travailleuses du sexe)
SWING	Service Workers in Group Foundation
TAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
THS	Traitement hormonal substitutif
TOP	<i>Targeted Outreach Program</i> (Sensibilisation ciblée)
TPP	Traitement présomptif périodique
TSO	Traitement de substitution des opiacés
UNAIDS	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	United States Agency for International Development
VAMP	<i>Veshya Anyay Mukti Parishad</i>
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Glossaire

Agence : Le terme désigne une organisation.

Libre arbitre : Le choix, contrôle et pouvoir qu'une travailleuse du sexe exerce sur elle-même ou encore la liberté, l'indépendance matérielle, intellectuelle ou morale d'une personne, d'une communauté ou d'un organisme de travailleuses du sexe.

Communauté : Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont initiées par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

Enquête sur les valeurs et les préférences : Dans le cadre de l'élaboration des Recommandations 2012, le Réseau mondial des Projets sur le Travail du Sexe (NSWP) a mené en 2012 une consultation mondiale auprès des travailleuses du sexe. Ce document d'enquête, *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services*, est désigné ici par l'expression « Enquête sur les valeurs et les préférences »

Espace sécurisé (centre communautaire) : Endroit où les travailleuses du sexe peuvent se réunir pour se relaxer, rencontrer d'autres membres de la communauté ou organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Consulter le chapitre 3, section 3.3 pour plus de détails.

Intervenante en sensibilisation communautaire : Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les personnes concernées sont moins qualifiées ou moins compétentes que les agents de sensibilisation.

Les travailleuses du sexe « **d'établissement** » travaillent dans des lieux fermés, notamment à domicile ou dans tout autre établissement où s'exerce le travail du sexe: bordel, chambre d'hôte, bar, club et.

Organisme de mise en œuvre : il s'agit de l'organisme qui met en œuvre une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif dans une province, un district ou au niveau local. Dans certains cas, une organisation non gouvernementale fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

Travailleurs/travailleuses du sexe : « les femmes, les hommes, les personnes transsexuelles et les jeunes âgés de plus de 18 ans, qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle » (*Guidance note on HIV and sex work*, UNAIDS, actualisé en 2012). Le commerce de services sexuels implique une relation consensuelle entre adultes, qui peut prendre de multiples formes et varier entre et dans les pays et communautés. Ce document n'aborde pas la question des enfants victimes d'exploitation sexuelle, c'est-à-dire des jeunes de moins de 18 ans.

Recommandations 2012 : *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*. Genève, OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

Renforcement des capacités : Au chapitre 6, le terme « renforcement des capacités organisationnelles » a été privilégié. Cependant, on aurait également pu employer les expressions « développement des capacités » et « développement organisationnel ».



Introduction

Introduction

Les travailleuses du sexe figurent parmi les populations les plus affectées par le VIH, et ceci depuis son apparition il y a plus de 30 ans. En effet, lors de l'occurrence d'une épidémie concentrée ou généralisée du VIH, sa prévalence est nettement plus élevée chez les travailleuses du sexe que dans la population en général. Il y a à cela plusieurs raisons, notamment la nature du travail mené, sa pratique dans des conditions précaires, les obstacles à l'utilisation d'un préservatif et l'accès inéquitable à des services de santé appropriés. Les travailleuses du sexe ont généralement peu d'emprise sur ces facteurs, notamment en raison de leur marginalisation sociale et de la criminalisation du travail sexuel. En outre, la violence, l'alcool et l'usage de drogues, qui sont fréquents dans certains contextes, accentuent souvent la vulnérabilité et le risque afférents.

La riposte au VIH a considérablement évolué au cours des trois dernières décennies, particulièrement en matière de prévention, de dépistage et de traitement. Cependant, l'absence de réponse respectueuse et inclusive aux besoins des populations marginalisées et vulnérables, notamment des travailleuses du sexe, se fait encore cruellement sentir. Ce constat s'applique à d'innombrables cas individuels, mais aussi aux lois, règlements et politiques discriminatoires, qui empêchent l'accès des sans papiers, des migrants et des travailleuses du sexe mobiles à des médicaments vitaux.

Pourtant, le droit humain fondamental à jouir du meilleur état de santé possible s'applique également aux travailleuses du sexe et, en ce sens, les prestataires de soins de santé ont la responsabilité de leur dispenser des services adéquats, quel que soit le statut légal du travail ou des individus en cause. Par conséquent, en vertu des principes de santé pour tous et de droits de l'homme fondamentaux, les agents de santé, les gestionnaires de programmes et les décideurs nationaux doivent s'assurer que toutes les travailleuses du sexe ont un accès intégral, équitable et adéquat aux interventions et produits de prévention, au dépistage et au traitement du VIH.

Objectif de la publication

En 2012, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/sida (UNAIDS) et le Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe (*Global Network of Sex Work Projects* (NSWP)) publiaient un document commun de recommandations techniques : *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*.¹ Ce document, désigné ici sous l'expression « *Recommandations 2012* » émet des recommandations techniques sur la conduite d'interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) auprès des travailleuses du sexe. Ces recommandations ont été résumées à la fin de l'Introduction.

Suite à la publication des *Recommandations 2012*, plusieurs parties prenantes ont souhaité disposer d'indications sur le *comment* de leur application concrète. Ce document répond donc essentiellement à ce besoin de conseils pratiques sur la mise en œuvre de programmes de riposte au VIH et aux IST chez les travailleuses du sexe. Il présente certains exemples de pratiques optimales à travers le monde susceptibles d'alimenter la planification de programmes et de services, expose les problématiques qui devraient être prises en considération et donne des indications sur certaines solutions aux défis encore à relever.

Cet instrument pratique est le fruit d'une collaboration étroite avec des travailleuses du sexe, des prestataires de services, des chercheurs spécialisés, des représentants des différents gouvernements et des organisations non gouvernementales (ONG) provenant de diverses régions du monde, auxquels se sont associés les agences des Nations Unies et certains partenaires au développement des États-Unis. L'instrument a été aligné sur les

¹ *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012.

Recommandations 2012. Il a également pris en considération la consultation mondiale menée auprès des travailleuses du sexe par le NSWP lors de son élaboration. Le document publié à la suite de cette consultation a été identifié ici sous l'expression « *Enquête sur les valeurs et les préférences* ».²

Définition des travailleurs/travailleuses du sexe

L'expression travailleurs/travailleuses du sexe désigne « les femmes, les hommes, les personnes transsexuelles et les jeunes âgés de plus de 18 ans, qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle ».³ Le degré de « formalisation » ou d'organisation du travail du sexe est variable, mais il faut rappeler que ce travail implique une relation consensuelle entre adultes, qui peut prendre de multiples formes et varier entre et dans les pays et communautés. Ce document n'aborde pas la question des enfants victimes d'exploitation sexuelle, c'est-à-dire des jeunes de moins de 18 ans.

Comment utiliser cet instrument pratique

Cet instrument pratique s'adresse spécifiquement aux autorités de santé et gestionnaires de programmes de riposte au VIH, au sida et aux IST, aux ONG, incluant les organisations communautaires ou de la société civile et aux agents de santé. Il pourra également intéresser les agences internationales de financement, les décideurs en santé et les défenseurs des travailleuses du sexe.

Les auteurs sont conscients du fait que cet instrument pratique pourrait ne pas être consulté de façon intégrale. Ils conseillent donc au lecteur de parcourir les six chapitres plutôt que de se concentrer uniquement sur les aspects qui répondent à ses intérêts immédiats, ceci afin de comprendre comment les différents aspects abordés contribuent à l'élaboration de programmes exhaustifs auprès des travailleuses du sexe. Chaque chapitre traite implicitement ou explicitement de l'une ou de plusieurs des *Recommandations 2012*. Les trois premiers chapitres sont consacrés aux approches et principes d'élaboration de programmes conduits par des communautés de travailleuses du sexe. Les programmes de ce type sont essentiels. Les chapitres 4 et 5 décrivent les moyens de mise en œuvre d'interventions de prévention, de traitement et de soins associés au VIH. Le chapitre 6 aborde les questions de gestion de programme et de renforcement de la capacité des organisations de travailleuses du sexe (voir Figure 1).

² *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services*. Edinbourg, Royaume-Uni : Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, 2011.

³ *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, actualisé en 2012.

Figure 1. Articulation de l'instrument pratique



Chapitre ① L'autonomisation des communautés est au cœur de cet instrument pratique. Ce chapitre décrit comment l'autonomisation des communautés de travailleuses du sexe est à la fois une intervention en elle-même et un levier essentiel à la planification, à la mise en œuvre et à un suivi efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH et des IST.

Chapitre ② La riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe aborde les questions relatives à l'un de leurs besoins les plus urgents: la présence de mesures de protection contre la violence en général, la discrimination, la violence sexuelle et toute autre forme de violation des droits de l'homme. L'efficacité des interventions de prévention du VIH/IST est en effet souvent compromise si elle n'est pas complétée par l'application simultanée de mesures de riposte à la violence.

Chapitre ③ Services conduits par les communautés. Comme l'autonomisation de la communauté, la planification, la prestation et le suivi de services aux travailleuses du sexe conduits par les communautés sont essentiels à une plus grande efficacité et pérennité des programmes. Ce chapitre décrit les principes sous-jacents à cette approche et démontre comment une intervention conduite par la communauté peut être appliquée à la sensibilisation, à la création d'espaces sécurisés (centres communautaires) et à la supervision d'un programme.

Chapitre ④ Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants. Ce chapitre présente de façon détaillée le processus de planification et de distribution de préservatifs et de lubrifiants masculins et féminins, ceci à partir des approches abordées dans les chapitres précédents. Les questions traitées englobent la planification et la gestion adéquate de l'approvisionnement, la promotion des produits aux niveaux concernés et la création d'un contexte favorable.

Chapitre ⑤ Services médicaux et de soutien. Ce chapitre traite en détail des interventions incontournables de prévention, de traitement et de soins, ceci à partir des approches présentées dans les chapitres précédents. Les services abordés concernent d'une part les tests de dépistage, les conseils sur le VIH, le traitement antirétroviral, le traitement des IST et des infections opportunistes telles que la tuberculose et l'hépatite virale et, d'autre part, les services additionnels, notamment de santé sexuelle et reproductive, de réduction des effets préjudiciables de la consommation de drogues injectables par les travailleuses du sexe, de soins à la suite d'un viol et de santé mentale.

Chapitre ⑥ Gestion de programme et renforcement de la capacité organisationnelle. Le chapitre fournit des conseils pratiques sur la planification, la mise en œuvre, la mise à l'échelle, la gestion et le suivi d'un programme efficace, à partir de deux situations hypothétiques : (i) un programme multi-sites de grande ampleur géré de façon centralisée et qui fait appel à plusieurs agences d'exécution ; et (2) un groupe communautaire local qui cherche à démarrer ou à étendre certains services.

Quels sont les éléments clés de chaque chapitre ?

Chaque chapitre débute par une introduction qui expose le sujet, explique son importance et présente, s'il y a lieu, une ou plusieurs des *Recommandations 2012* ou encore les principes sous-jacents au sujet abordé. Les interventions sont décrites en détail et ventilées si possible par phase ou par étape afin de les rendre plus faciles à suivre. Les sujets ou les points qui présentent un intérêt particulier sont mis de l'avant dans des encadrés. Les exemples tirés de programmes mis en œuvre dans toutes les régions du monde sont présentés dans des encadrés ombragés. Ils n'ont pas pour objet de décrire en détail un programme tout entier, puisque de nombreuses publications traitent des questions de programmation les plus courantes, mais plutôt de mettre

en lumière certaines caractéristiques qui ont fait le succès d'interventions auprès des travailleuses du sexe mises en œuvre dans un contexte particulier. Ces exemples de cas ont également pour objectif de renseigner sur la façon dont une question ou un défi a été résolu et de susciter des idées d'approches qui pourraient s'avérer efficaces dans le contexte du lecteur. La même perspective s'applique à l'intégration au document d'exemples de formulaires, graphiques, etc. tirés de différents programmes. Chaque chapitre se termine par une liste de ressources – instruments, directives et autres publications pratiques – disponibles en ligne et une liste de références supplémentaires – articles de journaux et autres publications – qui apportent un point de vue académique ou de recherche sur certains des éléments traités dans le chapitre concerné.

Naviguer dans et entre les chapitres

Même si chaque chapitre a été subdivisé afin que l'information soit facile à trouver et à utiliser, le lecteur ne doit pas aborder les différents services et interventions décrits dans un chapitre en particulier de façon isolée. Les contenus de chaque chapitre sont en fait étroitement liés. Chaque chapitre est d'ailleurs doté de renvois qui permettent au lecteur d'effectuer les corrélations nécessaires.

Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Les *Recommandations 2012* comprennent à la fois des recommandations techniques étayées par des données probantes formulées à partir de la méthodologie GRADE (Grading of *Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*, (classification des recommandations, évaluation, développement et évaluation)) et des suggestions sur les meilleures pratiques à adopter. Les *Recommandations* reposent non seulement sur des preuves scientifiques, mais aussi sur l'expérience concrète de travailleuses du sexe des différentes régions du monde. Les pratiques recommandées relèvent de principes de base en matière de bon sens, d'éthique et de droits de l'homme. Les *Recommandations* qui ne sont pas étayées par des données scientifiques probantes et n'ont pas fait l'objet d'un processus GRADE formel sont essentiellement fondées sur l'expérience des travailleuses du sexe et leur application dans toute intervention auprès des travailleuses du sexe est fortement suggérée.

Recommandations sur les pratiques optimales à adopter

1. Tous les pays devraient s'attacher à dépénaliser le travail du sexe et à mettre fin à l'application de lois et de règles non pénales injustes envers les travailleuses du sexe.
2. Les gouvernements devraient légiférer pour protéger les travailleuses du sexe contre la discrimination, la violence et les autres formes de violation des droits de l'homme dont ces dernier(ère)s sont victimes, afin de faire respecter leurs droits et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH et à l'impact du Sida. Les lois et des règlements contre la discrimination adoptés devraient garantir aux travailleuses du sexe le droit de bénéficier de services sociaux, sanitaires et financiers.
3. Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services accessibles et acceptables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé.
4. La violence à l'encontre des travailleuses du sexe est un facteur de risque de transmission du VIH. Il faut la prévenir et la combattre en partenariat avec les travailleuses du sexe et les organisations qui les représentent.

Recommandations étayées par des données probantes

1. Offrir un ensemble d'interventions favorisant l'autonomisation de la communauté des travailleuses du sexe.
2. Encourager l'utilisation adéquate et régulière du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients.
3. Proposer aux travailleuses du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques.
4. Dans les contextes de forte prévalence et d'accès limité aux services cliniques, offrir aux travailleuses du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques.
5. Proposer des services de conseil et dépistage volontaire du VIH aux travailleuses du sexe.
6. Appliquer les lignes directrices actuelles de l'OMS sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TARV) contre l'infection à VIH chez les travailleuses du sexe (se référer aux dernières directives publiées en 2013, c'est-à-dire commencer l'utilisation des ARV lorsque la numération des CD4 est <500).
7. Suivre les recommandations actuelles de l'OMS sur la réduction des effets préjudiciables chez les travailleuses du sexe également consommatrices de drogues.
8. Inclure les travailleuses du sexe dans la population ciblée par les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB dans les contextes où la couverture par la vaccination des nourrissons n'est pas totale.

Principes pour la mise en œuvre de programmes exhaustifs de riposte au VIH et aux IST auprès des travailleuses du sexe

Plusieurs principes sous-tendent les Recommandations 2012 et les directives opérationnelles présentées ici. Ces principes sont décrits aux *Recommandations 2012* (page 37–38) et sont présentés de façon détaillée dans cet instrument pratique. Ils peuvent être résumés comme suit :

- **Autonomisation de la communauté.** Ce processus permet d'autonomiser les travailleuses du sexe, de les soutenir dans la résolution des contraintes structurelles qui affectent leur santé, leurs droits de l'homme et leur bien-être et d'améliorer leur accès aux services de façon à réduire le risque de contracter une infection à VIH. L'autonomisation de la communauté est déterminante; elle devrait être inhérente et prévaloir dans toute intervention ou composante de programme.
- **La participation et le leadership communautaires** dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sont tout aussi essentiels. La participation et le leadership renforcent la confiance des bénéficiaires que les programmes entendent desservir, rendent les programmes plus complets et plus réactifs aux besoins des travailleuses du sexe et créent un environnement plus favorable à la prévention du VIH et à l'exercice du travail sexuel.
- Les programmes doivent s'attaquer aux obstacles structurels. Les travailleuses du sexe ont une connaissance approfondie des contraintes légales, sociales, culturelles et institutionnelles qui entravent leur accès aux services et les privent de leurs droits, ce qui rend leur participation essentielle à la formulation de stratégies d'élimination de ces obstacles.
- Les programmes doivent **intervenir à plusieurs niveaux**, soit de la ligne de front à l'arène politique nationale. Les planificateurs doivent prendre en considération le « comment » et le « où » qui sous-tendent les décisions opérationnelles et politiques sur les financements, les soins de santé, les prestations sociales, l'éducation, l'application des lois ou la couverture médiatique. Tous ces domaines affectent les programmes de prévention du VIH ainsi que la vie des travailleuses du sexe. Il faut par conséquent intégrer aux processus décisionnels les programmes et les communautés qu'ils desservent. Les travailleuses du sexe peuvent en effet participer et agir avec leadership à tous les niveaux.
- Lorsque possible, les programmes doivent adopter une approche **holistique** – en raison de l'éventail important des besoins en services des travailleuses du sexe – et **fondée sur la complémentarité** – à travers des mécanismes de coordination et d'intégration de la prestation de services –, ce qui les rendra plus accessibles et plus efficaces auprès des travailleuses du sexe et favorisera des liens solides de référencement à d'autres prestataires de services. Cet aspect inclut les services médicaux et autres, qui ne doivent pas être considérés comme des domaines distincts.
- Même s'ils sont basés sur les *Recommandations 2012* à l'endroit des travailleuses du sexe des pays à revenu faible ou intermédiaire, les principes sous-jacents à cet instrument et les approches opérationnelles qu'il met de l'avant sont tout autant **pertinents à l'endroit de pays à revenu élevé** et peuvent par conséquent être considérés comme des standards mondiaux minimums.



1

Autonomisation de
la communauté



Que contient ce chapitre ?

L'autonomisation de la communauté est au cœur de toutes les interventions et approches abordées dans cet instrument pratique. Ce chapitre :

- définit **l'autonomisation de la communauté** et explique pourquoi celle-ci est essentielle à une riposte efficace et durable au VIH et aux IST chez les travailleuses du sexe (Section 1.1);
- décrit les **huit constituants de l'autonomisation de la communauté**, avec des exemples tirés de différents programmes (Section 1.2).

Le chapitre fournit également :

- des exemples **d'indicateurs** pour la mesure de l'autonomisation des organisations de travailleuses du sexe (Section 1.3);
- une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 1.4)

1.1 Introduction

Recommandation 2012:¹ Recommandation étayée par des données probantes n° 1

Offrir un ensemble d'interventions visant à autonomiser la communauté des travailleuses du sexe.

Dans un contexte de programmation d'interventions portant sur le travail sexuel et la riposte au VIH, l'autonomisation de la communauté désigne le processus d'appropriation individuelle et collective des programmes par les travailleuses du sexe, ceci de façon à ce que la riposte au VIH soit la plus efficace possible et que les obstacles sociaux et structurels à la santé et aux droits de l'homme des travailleuses du sexe puissent être levés.²

Une intervention menée à partir d'un modèle d'autonomisation de la communauté demande la conduite d'interactions constantes avec les travailleuses du sexe, notamment afin de les renseigner sur leurs droits, de créer des espaces sécurisés (centres communautaires) à l'initiative de la communauté,³ de mettre en place des collectifs qui identifieront les différentes prestations nécessaires, et de mener des activités de sensibilisation et de plaidoyer.

Les *Recommandations 2012* soutiennent que le processus d'autonomisation de la communauté est essentiel aux interventions auprès des travailleuses du sexe et doit leur être délégué. Les avantages sont importants, aucun préjudice n'est causé et les ressources nécessaires sont relativement faibles. En outre, l'*Enquête sur les valeurs et préférences*⁴ souligne que les travailleuses du sexe considèrent l'autonomisation de la communauté comme une « composante essentielle » des interventions de santé auxquelles elles collaborent, particulièrement dans une perspective d'amélioration de leurs conditions de vie et de travail; d'élaboration de stratégies d'intervention dans les secteurs de la santé et des droits fondamentaux et de recours à la suite d'une violation de leurs droits.

Les travailleuses du sexe s'approprient le processus d'autonomisation de la communauté de diverses façons, notamment en mobilisant leurs pairs dans la recherche de solutions aux problèmes auxquels la communauté est confrontée et en accentuant le plaidoyer en faveur de leurs droits en tant que travailleuses du sexe et êtres humains.

L'autonomisation de la communauté fait également référence au mouvement social d'appui à l'autodétermination des travailleuses du sexe. Ce mouvement général demande aux institutions et aux organisations gouvernementales, non gouvernementales, publiques, privées, politiques et religieuses de porter attention et d'éliminer l'exclusion sociale, les stigmates, la discrimination et la violence qui contreviennent aux droits de l'homme des travailleuses du sexe, accentuent leur vulnérabilité et augmentent leur risque de contracter le VIH. Les partisans de l'autonomisation des communautés travaillent à la décriminalisation du travail sexuel, à l'élimination d'une application injuste des lois et règlements civils à l'endroit des travailleuses du sexe ainsi qu'à la reconnaissance et au respect du travail du sexe en tant qu'activité ou moyen de subsistance légitime.

1 *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012.

2 Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne essentiellement la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont mises de l'avant par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

3 Espace sécurisé (centre communautaire) : Endroit où les travailleuses du sexe peuvent se réunir pour relaxer, pour rencontrer d'autres membres de la communauté ou pour organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Consulter le chapitre 3, section 3.3 pour plus de détails

4 Consultation mondiale menée auprès des travailleuses du sexe par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des *Recommandations 2012*.

Outre le fait qu'il s'agisse de la bonne chose à faire, l'investissement dans l'autonomisation de la communauté est tout à fait sensé. Le VIH affecte de façon particulièrement importante les travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres. Dans ce contexte, il paraît certain que des stratégies de prévention du VIH, (notamment l'éducation par les pairs et le contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST)) portées par l'autonomisation de la communauté s'avéreront plus efficaces et plus pérennes. D'ailleurs, du Kenya à l'Ukraine, du Brésil à la Thaïlande, de l'Inde à la République Dominicaine, l'investissement dans des organisations autodirigées par des travailleuses du sexe a permis d'améliorer la portée, l'accès, la qualité et la fréquentation des services, l'utilisation des préservatifs et l'implication des protagonistes dans les politiques et programmes nationaux. De même, il a été établi que des interventions de riposte au VIH exhaustives, mises à l'échelle et axées sur l'autonomisation de la communauté contribuaient à prévenir l'occurrence de nouvelles infections au VIH, particulièrement dans les environnements à forte contamination.

L'autonomisation de la communauté des travailleuses du sexe implique :

- la réunion de travailleuses du sexe à des fins d'entraide mutuelle ;
- l'élimination des obstacles à une pleine participation ;
- le renforcement des partenariats entre les communautés de travailleuses du sexe, les gouvernements, la société civile et les sympathisants locaux ;
- la réponse aux besoins collectifs dans un environnement favorable ;
- la direction des activités par les travailleuses du sexe : ces derniers sont les mieux placés pour identifier les priorités et les stratégies appropriées ;
- une participation significative des travailleuses du sexe à toutes les étapes d'un programme : conception, mise en œuvre, gestion et évaluation ;
- le financement et l'octroi direct de ressources aux organisations et communautés de travailleuses du sexe, qui deviennent alors responsables du choix des priorités, des activités, du personnel et du contenu des services offerts. Ultimement, les organisations dirigées par des travailleuses du sexe emploient non seulement des volontaires, mais aussi des personnels qualifiés (médecins, infirmières, agent social, agent de sensibilisation), des intervenantes en sensibilisation communautaire⁵ et des employés rémunérés.

L'autonomisation de la communauté dépasse la simple conduite d'activités et doit être pleinement intégrée à la programmation des interventions de santé et de riposte au VIH. Elle constitue la pierre angulaire d'une approche au VIH et au travail du sexe fondée sur les droits de l'homme et se trouve, en ce sens, en filigrane de toutes les recommandations et composantes présentées dans cet Instrument pratique.

1.2 Aspects clés de l'autonomisation de la communauté

Le processus d'autonomisation de la communauté est, par définition, initié par les travailleuses du sexe. Les approches normatives et inflexibles à la mise en œuvre d'initiatives d'autonomisation de la communauté sont, dans cette perspective, tout à fait inapplicables. En réponse à cette difficulté, différents groupes de travailleuses du sexe du monde entier ont identifié certains facteurs déterminants de l'autonomisation de la communauté (Figure 1.1).⁶

Une approche flexible peut être adaptée facilement aux besoins spécifiques des différentes communautés. En effet, aucun ordre particulier ne régit l'ordre dans lequel les facteurs déterminants doivent être abordés; le processus pourrait par exemple débiter par un travail avec les communautés de travailleuses du sexe, puis se poursuivre par une sensibilisation menée par la communauté, le développement et renforcement de collectifs

⁵ Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs et ne fait généralement pas partie du personnel à plein temps d'une intervention de lutte contre le VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées par les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les individus concernés sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation.

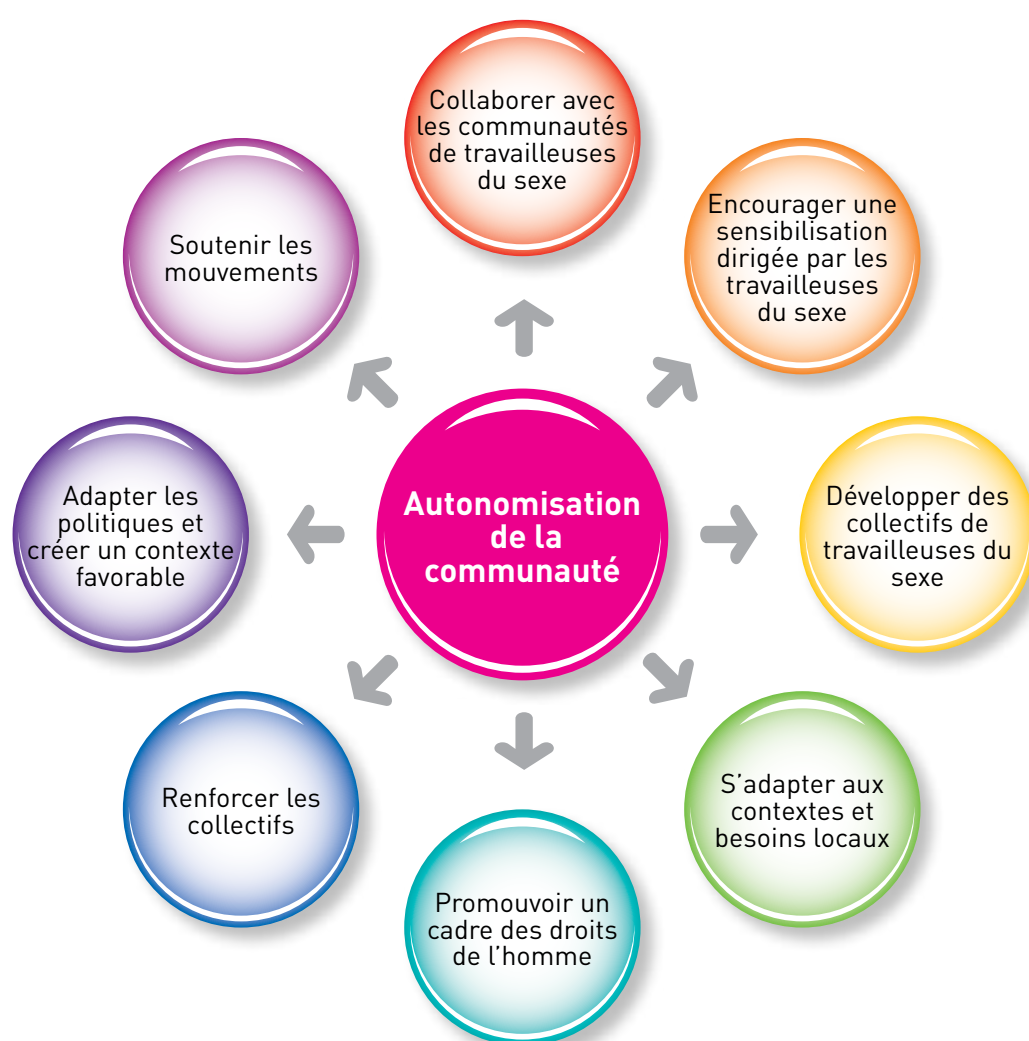
⁶ Nous sommes particulièrement reconnaissants à Veshya Anyay Mukti Parishad (VAMP—Sex Workers Collective against Injustice) et Sampada Grameen Mahila Sanstha (SANGRAM—, Rural Women's Organization: Secrétaire générale, Meena Seshu,) en Inde pour leur appui à l'identification de ces aspects.

1 Autonomisation de la communauté

(organisations et réseaux dirigés par des travailleuses du sexe) et enfin, selon le contexte et les besoins locaux, se terminer par l'articulation de politiques basées sur les droits de l'homme et la création d'un environnement favorable à un mouvement durable.

Cette façon de faire implique un changement de paradigme, c'est-à-dire la transformation des travailleuses du sexe perçues comme «bénéficiaires de services» en véritables communautés autodéterminées. En effet, l'autonomisation génère un mouvement social qui permet aux communautés – ou travailleuses du sexe – d'exercer leurs droits de façon collective, d'être reconnues comme autorité décisionnelle, et d'agir comme partenaires égaux dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services de santé qui leur sont destinés.

Figure 1.1 Déterminants de l'autonomisation d'une communauté de travailleuses du sexe



1.2.1 Collaborer avec les communautés de travailleuses du sexe

L'autonomisation de la communauté demande du temps et des efforts, surtout en raison du fait que dans plusieurs contextes, le travail du sexe est stigmatisé et criminalisé. La confiance, l'empathie et le respect sont importants pour tous les partenaires. Or, l'établissement de liens de confiance ne se fait pas sans un traitement digne et respectueux des travailleuses du sexe, une écoute et une prise en considération de leurs préoccupations, et une collaboration constante au cours des processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une intervention. L'objectif poursuivi consiste en fait à développer un programme éventuellement totalement mis en œuvre par les travailleuses du sexe et dans lequel les organisations dirigeantes sont respectées en tant que partenaires par les fonctionnaires, les prestataires de services de santé, les policiers et les agents des services sociaux.

Encadré 1.1

Participation significative

Une participation significative implique que les travailleuses du sexe :

- identifient leurs moyens de représentation et leurs représentants ;
- choisissent les modalités de leur participation à une initiative ;
- déterminent si elles veulent participer ou non;
- ont une voix équitable dans la gestion des partenariats.

Une participation significative des travailleuses du sexe est essentielle à l'établissement de la confiance, comme de relations de partenariat intègres et durables (voir Encadré 1.1). L'intégration de cette dynamique pourra représenter un défi, particulièrement si les prestataires de services sont davantage habitués à définir les paramètres dans lesquels les prestations seront assurées et à établir la teneur des relations ou des partenariats. Avec l'autonomisation des travailleuses du sexe et de leurs organisations, les attentes relatives au partage ou au transfert des pouvoirs en leur faveur seront de plus en plus importantes (voir Chapitre 6, Section 6.2.8). Même si, au cours des premières étapes d'autonomisation de la communauté, les travailleuses du sexe ont moins d'expérience dans l'organisation d'un regroupement, elles peuvent compter sur l'assistance technique et le soutien déterminants des réseaux mondiaux, régionaux et locaux de travailleuses du sexe (voir Chapitre 6, Section 6.6). Leurs défenseurs peuvent également jouer un rôle important en encourageant une participation significative des travailleuses du sexe aux activités et une autogestion communautaire de l'objectif commun.

Les partenariats sont déterminants et devraient être établis ou maintenus de façon à ne pas nuire aux travailleuses du sexe. En effet, l'exclusion sociale, les lois punitives et la normalisation de la violence, des stigmates et de la discrimination n'ont pas que des impacts sur la vie quotidienne des travailleuses du sexe; ils influencent également les décideurs et les attitudes adoptées par les fonctionnaires et les prestataires de services. Par conséquent, tous les partenaires devraient partager la responsabilité du passage de la subordination des travailleuses du sexe à un programme pour leur pleine autonomie. Or, puisque 116 pays criminalisent encore certains aspects du travail du sexe, et que la vaste majorité d'entre eux se sont dotés de lois punitives à cet effet, les partenariats mis en place doivent être assortis de mesures de protection solides. Celles-ci permettent de s'assurer que les travailleuses du sexe n'auront pas à faire face aux contrecoups de leur organisation, ne craindront pas que leur identification comme travailleuse du sexe conduise à leur arrestation ou au harcèlement, et ne souffriront pas d'une stigmatisation supplémentaire par les prestataires de services de santé.

1.2.2 Encourager une sensibilisation dirigée par les travailleuses du sexe

Les programmes mis en œuvre à *l'endroit des* travailleuses du sexe et ceux *qu'elles dirigent* sont très différents (Tableau 1.1). En fait, le processus d'autonomisation de la communauté demande la conduite, par les prestataires, d'une réflexion sur les moyens permettant de passer d'une position de fournisseur à celle d'employé d'une organisation communautaire, alors elle-même devenue prestataire de services.

Avec le contrôle sur une initiative, les travailleuses du sexe peuvent mettre en pratique les principes selon lesquels elles sont les plus aptes à aider leurs pairs, non seulement sur les questions de protection contre les risques à la santé et à la sécurité, mais aussi en matière de promotion et de protection des droits de l'homme.

Pour toutes ces raisons, les travailleuses du sexe devraient agir comme instigatrices des programmes qui ciblent le travail du sexe et la riposte au sida. Il ne suffit pas, en effet, de « consulter » les travailleuses du sexe avant la mise en place d'un programme. Il faut au contraire que ce dernier repose sur les besoins, les perceptions et les expériences des principaux intéressés.

Tableau 1.1 Comparaison de différentes approches programme dans une perspective d'autonomisation de la communauté.

Mise en œuvre à l'endroit des travailleuses du sexe

Les programmes risquent d'être axés sur les moyens qui permettent aux travailleuses du sexe de protéger *les autres* contre les maladies et la société *contre les* travailleuses du sexe.

Les programmes présument souvent que la connaissance et le pouvoir appartiennent aux personnels et gestionnaires du programme.

Les programmes impliquent les travailleuses du sexe dans la mise en œuvre en tant que volontaires et non en tant que partenaires égaux.

Le suivi est axé sur les biens et services fournis et les cibles à atteindre.

L'accent est placé sur l'établissement de relations avec les prestataires de soins de santé. L'établissement de relations avec les groupes de travailleuses du sexe est moins important.

Mise en œuvre avec/dirigée par les travailleuses du sexe

Les programmes se concentrent sur les besoins identifiés de façon collective par les travailleuses du sexe et l'application des solutions appropriées.

La communauté discute de ses besoins avant le développement d'un programme et les travailleuses du sexe sont impliquées à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre.

Les programmes considèrent les travailleuses du sexe comme des partenaires égales dans la mise en œuvre, ils les recrutent le plus souvent en tant qu'employées rémunérées ou intervenantes de sensibilisation communautaire auprès des membres (et non comme travailleuses d'une organisation externe).

Le suivi est axé sur la qualité des services et programmes, l'engagement communautaire, la cohésion et l'acceptation communautaires ainsi que sur l'adéquation de la couverture en services.

L'accent est placé sur l'établissement de relations au sein des communautés de travailleuses du sexe ainsi qu'entre ces dernières et d'autres organisations, prestataires de services, institutions de défense des droits de l'homme et associations similaires.

Encadré
1.2**Programmes de sensibilisation dirigés par les travailleuses du sexe**

Les programmes de sensibilisation dirigés par les travailleuses du sexe sont axés sur :

- les besoins et les expériences concrètes des travailleuses du sexe et non sur les besoins présumés par un programme;
- un processus de sensibilisation dirigé par les travailleuses du sexe et orienté sur leur protection effective, plutôt que sur l'atteinte d'indicateurs de processus (par exemple, le décompte du nombre de préservatifs distribués constitue un produit d'un programme mais ne constitue pas une fin en soi) ;
- la stimulation de l'autonomisation de la communauté et la création d'une identité collective chez les travailleuses du sexe.

Afin d'établir des liens de confiance avec les travailleuses du sexe, il est important que les éducateurs et les intervenantes en sensibilisation recrutées soient elles-mêmes des travailleuses du sexe, puisque :

- les parties partagent une expérience commune, ce qui contribue à réduire la stigmatisation intériorisée et à augmenter la confiance en soi et la solidarité collective ;
- les bénéficiaires seront plus à l'aise; les détails intimes associés au travail du sexe sont abordés plus facilement avec quelqu'un d'expérimenté et de bien informé ;
- les bénéficiaires seront davantage enclins à donner suite à un référencement vers des services, à adhérer au traitement et à adopter des comportements de recherche et de protection de la santé si la personne qui donne des conseils est considérée fiable ;
- les intervenantes connaissent le travail du sexe et peuvent influencer les activités de sensibilisation des clients, des gestionnaires, des agents de la loi et des prestataires de soins de santé.

Cependant, la participation des travailleuses du sexe à des programmes dirigés par leur communauté ne devrait pas se limiter à ces rôles particuliers. Les travailleuses du sexe devraient pouvoir s'impliquer à tous les niveaux d'un programme, notamment dans les processus de décision sur sa mise en œuvre, sa gestion et sa gouvernance. Dans cette perspective, le renforcement des capacités et le mentorat devraient être prioritaires et permettre aux travailleuses du sexe d'avoir accès à différents postes de responsabilité.

1.2.3 Développer les collectifs de travailleuses du sexe

La formation d'un groupe ou d'une organisation de travailleuses du sexe ne sera réussie que si le processus est initié et dirigé par la communauté elle-même. Le développement de la cohésion initiale nécessaire passe fréquemment par la création d'un espace sécurisé (centre communautaire) où les travailleuses du sexe peuvent se rencontrer et discuter des questions qui les préoccupent. Ces rencontres peuvent constituer en elles-mêmes ou être porteuses d'un processus d'autonomisation (voir Encadré 1.3) en aidant les travailleuses du sexe à identifier des problématiques communes, à créer des liens et à développer des objectifs. Cependant, les espaces sécurisés ne sont pas le seul moyen d'amorcer des processus collectifs. Les travailleuses du sexe pourraient par exemple vouloir se rassembler pour résoudre des problèmes clés qui les affectent individuellement, mais demandent une action collective, notamment en matière de lutte contre la violence, la corruption et le harcèlement ; de garde d'enfants; ou de recherche d'informations en raison d'une migration récente (et souvent sans papiers).

Le type d'organisation des travailleuses du sexe le plus approprié est le collectif, qui prend ici la forme d'une auto-organisation en groupe. Les travailleuses du sexe décident (conjointement) des priorités de l'ensemble

du groupe, s'entendent sur les processus décisionnels groupés et établissent un ensemble de règlements communs qui régissent leur réunion en collectif. Ce dernier (c.-à-d. l'organisation ou le réseau dirigé par les travailleuses du sexe) agit dans l'intérêt de l'ensemble des membres et non au profit d'individus particuliers. La décision relative au moment opportun de création d'un collectif appartient aux travailleuses du sexe et il n'y a aucun échéancier standard à cet effet.

Il convient de noter que les processus et organisations dirigés par la communauté (c.-à-d. par les travailleuses du sexe) ne sont pas identiques à ceux des organisations à base communautaire génériques (OBC). Dans les organisations dirigées par la communauté, les pouvoirs et processus décisionnels appartiennent à tous les membres, alors que dans une OBC, ils pourraient avoir été confiés à quelques membres dirigeants, avec ou sans présence de membres administrateurs. Ce sont les aspects d'autodétermination et d'autogouvernance de l'organisation, et son engagement envers les objectifs sur lesquels tous les membres se sont entendus qui font d'elle un véritable collectif.

Encadré 1.3

Rassembler les travailleuses du sexe

- Organiser dans des espaces sécurisés (centres communautaires) des activités groupées qui tiennent compte des intérêts des membres du groupe.
- Planifier des activités lors d'événements spéciaux, par exemple lors de la Journée internationale pour mettre fin à la violence contre les travailleuses du sexe (17 décembre).
- Inviter les travailleuses du sexe militantes ou intervenantes en sensibilisation communautaire des zones limitrophes à s'exprimer devant une audience composée de travailleuses du sexe locales.

Les organisations de travailleuses du sexe naissent de différentes façons, mais principalement à travers les deux processus suivants :

- elles apparaissent à la suite d'un processus d'autonomisation de la communauté ou autre appuyé par une organisation, notamment par un réseau national, régional ou mondial dirigé par des travailleuses du sexe;
- les travailleuses du sexe décident de créer une organisation de façon indépendante.

L'avantage de la première alternative réside dans la présence d'une organisation partenaire pouvant soutenir le processus à travers des financements, la mise à disposition d'espaces, et l'assistance aux activités et aux plaidoyers menés lorsqu'il s'agit de surmonter des obstacles. Ce soutien est souvent nécessaire et bienvenu et devrait inclure la mise en relation du groupe local aux réseaux nationaux et régionaux dirigés par les travailleuses du sexe. Cependant, si une organisation de travailleuses du sexe doit former un véritable collectif, il est essentiel qu'elle demeure la propriété de la communauté et sa forme et sa fonction devraient être basées sur les besoins et priorités identifiés par ses membres. Il est par conséquent capital que tout partenaire externe comprenne que l'organisation doit avoir la liberté de trouver elle-même sa voie.

Parfois, les regroupements de travailleuses du sexe recrutent des consultants pour les appuyer au cours du processus de création d'une organisation ou reçoivent une aide déterminante d'un ou deux employés d'une organisation non gouvernementale (ONG). Ils peuvent également assumer eux-mêmes l'ensemble du processus avec le soutien du juriste d'une ONG partenaire ou encore d'un réseau national ou régional de travailleuses du sexe. Une organisation expérimentée dans la gestion de projets, la gestion financière, le suivi et la production de rapports, la communication et la levée de fonds peut contribuer à renforcer la capacité des travailleuses du sexe en assurant la formation mais aussi en offrant des opportunités d'application des compétences acquises

1.2.4 S'adapter aux contextes et besoins locaux

Les travailleuses du sexe évoluent dans différents contextes légaux, politiques, sociaux et de santé. Le travail du sexe peut-être criminalisé ou considéré comme une activité acceptable ; il peut être pratiqué surtout en établissement ou dans la rue. Les travailleuses du sexe peuvent être des migrantes sans-papiers, essentiellement mobiles ou des fournisseurs des services sexuels dans leur propre localité. Les programmes de riposte au VIH doivent par conséquent être sensibles à la diversité des cultures auxquelles appartiennent les personnes qui travaillent dans la vente de services sexuels. La signification de l'appartenance à une « communauté » de travailleuses du sexe dépend en effet de la culture, de l'ethnicité, de la langue, de la localisation et de la situation socio-économique des travailleuses du sexe concernées. En raison de ces contextes variés, les différentes communautés de travailleuses du sexe ont des besoins et font face à des défis différents, auxquels les initiatives d'autonomisation de la communauté se doivent d'apporter une réponse.

La flexibilité, la réactivité et l'adaptabilité sont essentielles à la mise en œuvre d'initiatives d'autonomisation de la communauté. Les objectifs de l'intervention doivent correspondre et répondre aux besoins concrets des travailleuses du sexe, même si ces derniers se modifient avec le temps. L'Encadré 1.4 illustre comment des organisations de travailleuses du sexe d'Inde et du Kenya ont adapté leur programmation au contexte et aux besoins locaux.

Encadré 1.4

Exemple de cas: Contextes et besoins locaux en Inde et au Kenya

VAMP (*Veshya Anyay Mukti Parishad*), une organisation de travailleuses du sexe du sud de l'Inde soutenue par SANGRAM (*Sampada Grameen Mahila Sanstha*), une organisation de services communautaires sur le VIH, a adapté ses programmes afin qu'ils répondent directement aux besoins des travailleuses du sexe qui font face à l'exclusion financière, mais aussi à une stigmatisation et discrimination importantes par les autorités de santé. Les démarches communautaires entreprises ont permis de renforcer la capacité des travailleuses du sexe à soutenir l'accès des membres de la communauté à des soins de santé subventionnés et non stigmatisants, notamment à travers la négociation de l'accès à différents prestataires de services gouvernementaux et le soutien aux travailleuses du sexe en difficulté financière. Ce processus a permis la formation de collectifs solides de travailleuses du sexe, capables de revendiquer, d'exercer leurs droits et d'améliorer la santé et le bien-être individuel des travailleuses du sexe comme ceux de leur communauté et de leurs familles.

Au Kenya, les problèmes fréquents avec les policiers ont été à l'origine d'une prise en charge collective des travailleuses du sexe. Le Programme Bar *Hostess Empowerment and Support* (BHESP) (Autonomisation et appui aux hôtesse de bar) a dispensé à Nairobi une formation parajuridique à certaines travailleuses du sexe, notamment sur les questions de droits de l'homme et de législation locale et nationale du travail du sexe. Les personnes ressources formées peuvent maintenant renseigner leurs pairs sur leurs droits, aider ceux qui ont besoin d'un avis juridique et documenter les violations des droits de l'homme, notamment les arrestations arbitraires. Chaque personne ressource parajuridique agit comme avocat-conseil auprès de 10 à 15 travailleuses du sexe. Elle utilise sa formation pour identifier les problématiques spécifiques aux membres du groupe et demander des financements additionnels au BHESP si nécessaire. Cette intervention a favorisé le renforcement et l'autonomisation des travailleuses du sexe, qui connaissent maintenant la loi et leurs droits et sont capables de faire face à des situations d'arrestation et de détention arbitraires. Des systèmes parajuridiques similaires sont actuellement mis en place par le *Women's Legal Centre* (Centre juridique pour les femmes), notamment financé par les *Open Society Foundations* (Fondations pour une société ouverte) à Cape Town en Afrique du Sud. Ce type de programme, qui répond aux contextes et besoins locaux, renforce les compétences individuelles et la résilience communautaire.

1.2.5 Promouvoir les droits de l'homme

La promotion et la protection des droits de l'homme des travailleuses du sexe sont des éléments déterminants de tout processus d'autonomisation de la communauté. Les Recommandations 2012 abordent d'ailleurs spécifiquement la question des droits de l'homme des travailleuses du sexe.

Recommandations 2012: Recommandations sur les pratiques optimales à adopter n° 2

Les gouvernements devraient légiférer pour protéger les travailleuses du sexe contre la discrimination, la violence et les autres formes de violation des droits de l'homme dont ces dernières sont victimes, afin de faire respecter leurs droits et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH et à l'impact du sida. Les lois et des règlements contre la discrimination adoptés devraient garantir aux travailleuses du sexe le droit de bénéficier de services sociaux, sanitaires et financiers.

La force du collectif et des partenariats établis est essentielle à la promotion des droits de l'homme. La riposte à la stigmatisation et à la discrimination, la mobilisation des appuis, l'éducation des membres de la communauté sur l'universalité des droits de l'homme et l'initiation de changements d'attitude dans la population en général sont toutes des activités qui mettent à l'épreuve les organisations et réseaux les plus solides. Deux exemples (Encadré 1.5) illustrent le rôle déterminant des partenariats et de l'autonomisation de la communauté dans l'atteinte des changements structurels visés.

Encadré 1.5

Exemple de cas : Promouvoir les droits de l'homme et les droits sociaux auprès des policiers et du gouvernement en Thaïlande et au Brésil

La criminalisation de la possession de préservatifs viole le droit des travailleuses du sexe à la santé, mais en Thaïlande, ce motif est encore souvent invoqué par la police locale lors des arrestations, ceci en dépit des directives contraires du gouvernement. Le *Sex Workers in Group* (SWING) (Groupe de travailleuses du sexe), une organisation dirigée par la communauté, a développé dans le cadre de son programme de sensibilisation des partenariats novateurs et pragmatiques avec les cadets de la police. Les cadets se voient offrir trois semaines d'internat auprès des volontaires de SWING, une période qui sera essentiellement consacrée à la promotion de l'utilisation du préservatif. À la fin de l'internat, les cadets présentent un exposé devant les 1200 étudiants de l'académie de police. Suite à la mise en œuvre de ce programme, il y a eu moins de harcèlement policier et moins d'arrestations arbitraires de travailleuses du sexe. En outre, les policiers qui avaient participé à l'internat se sont fait les promoteurs et les protecteurs des droits de l'homme des travailleuses du sexe, ce qui a contribué à un changement endogène de la culture des forces policières.

Au Brésil, l'organisation de travailleuses du sexe *Davida—Prostituição, Direitos Cívicos, Saúde*, lutte depuis de nombreuses années contre la stigmatisation et la discrimination des travailleuses du sexe. Elle a établi un partenariat avec le gouvernement brésilien pour la création de comités politiques, lancé des campagnes de changement de comportement dans les médias de masse et a joué un rôle déterminant dans la réponse du gouvernement au sida. L'un des succès les plus importants de Davida réside dans son plaidoyer auprès du gouvernement pour la reconnaissance des travailleuses du sexe, ce qui a permis d'assurer aux travailleuses du sexe les mêmes droits que tous les autres travailleurs, incluant la possibilité de recevoir une rente de retraite.

1.2.6 Renforcer les systèmes communautaires (renforcer les collectifs)

La création d'un collectif représente un défi, mais son maintien en activité et son renforcement sont encore plus difficiles. Les mouvements du monde entier qui sont initiés par une communauté de travailleuses du sexe font face à des obstacles importants, notamment sous forme de financements inadéquats, de personnel rémunéré insuffisant, de besoins communautaires complexes, d'opposition politique à leur existence, de compétition pour les ressources provenant de la communauté ou de l'extérieur et, finalement, de manque de reconnaissance

de leurs effectifs. Lorsqu'un collectif est mis en place, l'organisation ou le réseau de travailleuses du sexe fait face à tous ces défis. En outre, la marginalisation et l'absence de visibilité des travailleuses du sexe dans les différentes structures légales, sociales et économiques de la société entraînent généralement un sous financement et une sous-évaluation des organisations et réseaux.

Une organisation dirigée par la communauté se caractérise par une adhésion dynamique, une indépendance financière croissante, un pouvoir politique plus important et un engagement social élargi. Ce profil peut-être atteint de diverses façons (voir l'Encadré 1.6). Par exemple, lorsque les gouvernements, les partenaires au développement, les mouvements de la société civile, les organisations locales et les agences multilatérales mettent en œuvre une riposte au VIH, celle-ci se doit d'accorder un soutien durable aux organisations et réseaux de travailleuses du sexe. Le soutien consenti ne devrait pas impliquer une adhésion aux idéologies du partenaire au développement, particulièrement si celles-ci entrent en conflit avec les besoins et les priorités identifiés par la communauté. Ce risque peut être réduit – et des stratégies de financement plus productives négociées – si le processus d'autonomisation de la communauté a atteint l'étape voulant que le pouvoir décisionnel soit exercé par l'organisation communautaire.

Le renforcement des systèmes communautaires permet d'assurer une participation significative des organisations dirigées par la communauté aux systèmes politiques et programmatiques généraux de l'État et, par conséquent, de traiter et de résoudre les problématiques et conflits internes. Au niveau local, il pourra par exemple s'agir d'une participation à des comités de planification, de financement et de mise en œuvre ou à d'autres organismes pertinents, ceci afin de s'assurer que les besoins de la communauté des travailleuses du sexe sont pris en compte. On pourra également assister à la mise en place, au sein des organisations de travailleuses du sexe ou dans un certain nombre d'organisations, de structures dirigées par la communauté qui seront chargées de suivre, de prendre des décisions ou de s'attaquer à des problématiques clés. Il pourra enfin s'agir, par exemple, de développement de stratégie de réduction de la violence, d'une mise à disposition d'un local commun ou du fonctionnement de coopératives financières communautaires.

**Encadré
1.6**

Renforcer la capacité de gestion et d'organisation

- Définir une méthode équitable et transparente de prise de décisions au sein de l'organisation.
- S'assurer que le processus de mise en œuvre et de gestion des activités est participatif, transparent et doté de la redevabilité nécessaire.
- Mettre en place un système opérationnel transparent pour la gestion des ressources humaines et financières.
- Confier la planification, la mise en œuvre et le suivi du collectif et des activités, incluant l'identification des indicateurs de suivi aux travailleuses du sexe.
- Soutenir la croissance des effectifs du groupe et la progression vers ses objectifs et ses buts.
- Encourager la collaboration et l'apprentissage auprès d'organisations et de réseaux nationaux et internationaux dirigés par des travailleuses du sexe.

L'investissement en temps et en ressources est déterminant dans l'atteinte de la durabilité, particulièrement en matière de renforcement du leadership des travailleuses du sexe. Il pourra s'agir ici notamment d'une participation à des formations; à des conférences; à la conception, mise en œuvre et évaluation de projet; à des activités de recherche et de levée de fonds; et au mouvement général de défense des droits des travailleuses du sexe. (Voir également le Chapitre 3, Section 3.2.2, partie D.)

Le développement des compétences organisationnelles et des capacités du collectif dans son ensemble est également essentiel, notamment en matière d'amélioration de la capacité d'affaires et de gestion, de renforcement du leadership ou encore de gestion de levées de fonds (Encadré 1.7). L'appui-conseil des sympathisants, des partenaires et des autres organisations dirigées par des travailleuses du sexe peut contribuer au succès de ces renforcements.

Encadré 1.7

Cas d'exemple : Génération de revenus par un collectif

L'amélioration des compétences en affaires et en gestion des membres peut favoriser la tenue d'activités génératrices de revenus qui bénéficieront à l'ensemble du collectif :

- Les travailleuses du sexe de l'organisme *Ashodaya Samithi* du Mysore en Inde ont investi les financements de la Banque mondiale dans le démarrage d'un restaurant tenu par des travailleuses du sexe, ce qui les aide à contrer la stigmatisation et la discrimination auxquelles elles font face. Les profits sont investis dans un programme de soins à domicile des travailleuses du sexe qui vivent avec le VIH.
- Au Brésil, l'organisation de travailleuses du sexe *David* a créé sa propre ligne de vêtements, *DASPU*, dont les profits contribuent à financer les activités sociales, culturelles et de prévention du VIH menées par l'organisation.
- En Inde, les dirigeants du projet *Sonagachi* ont créé une coopérative de consommateurs afin d'augmenter la sécurité économique des travailleuses du sexe en leur donnant accès à des programmes d'épargne crédit, de production artisanale, de marketing social des préservatifs et de garderie du soir.

La gestion financière est essentielle à la durabilité organisationnelle. Elle peut être améliorée de diverses façons selon la capacité de l'organisation, ses ressources et la complexité de son montage financier. L'administration des finances d'une organisation peut en effet être traitée à l'interne ou sous-traitée à une organisation locale. Quelle que soit la taille de l'organisation, le système de gestion financière devrait, pour s'avérer adéquat, inclure les dispositifs suivants :

- des dispositifs et des contrôles financiers bien documentés ;
- un dispositif actualisé de classement des dossiers financiers et justificatifs, en prévision d'un audit potentiel ;
- des procédures de compte rendu financier connues et comprises par les membres ;
- un nombre suffisant de personnels financiers qualifiés, qui correspond à la complexité et à la taille de l'organisation.

Le renforcement des organisations communautaires – renforcer le collectif – implique également la disposition de procédures pouvant soutenir les opérations du groupe, notamment la présence d'un processus transparent et démocratique d'élection des dirigeants, de leur mentorat et de préparation de leur succession. Les organisations de travailleuses du sexe sont souvent initiées par un petit nombre d'individus dynamiques. Cependant, pour qu'elles soient pérennes, ces organisations doivent s'assurer d'un fort leadership, d'une gestion organisationnelle adéquate et de la préparation des futurs dirigeants. Dans cette perspective, des ressources doivent être allouées à la formation et au renforcement des capacités de direction et des connexions doivent être établies avec les réseaux sous régionaux, régionaux et mondiaux de travailleuses du sexe susceptibles d'accorder leur soutien et de partager leurs connaissances et expériences. Le renforcement du leadership organisationnel et de la gestion devrait notamment inclure les modules suivants :

- Planification stratégique qui reflète la vision et la mission de l'organisation.
- Leadership basé sur la participation d'une large gamme de personnels et d'autres membres de la communauté dans les processus de décision organisationnels et le partage d'informations avec l'ensemble de l'organisation.
- Mise en place de processus de gestion des changements et de recherche de nouvelles opportunités.

Le développement d'une bonne assise de compétences et de leadership au sein du collectif et la création de liens avec d'autres organisations permettent de s'assurer de la durabilité d'une organisation de travailleuses du sexe, particulièrement en cas de fluctuation des financements accordés par les partenaires ou de changement de direction dans les organisations gouvernementales et non gouvernementales d'appui.

1.2.7 Adapter les politiques et créer un contexte favorable

Recommandations 2012: Recommandations sur les pratiques optimales à adopter n° 3

Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services accessibles et acceptables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé.

Les processus d'autonomisation de la communauté font plus qu'aider la communauté ; ils influencent les politiques et créent des contextes favorables, particulièrement si les principes suivants sont appliqués :

- Les programmes liés au VIH assurent une forte promotion de l'universalité des droits de l'homme, et donc du droit des travailleuses du sexe à la santé, à la dignité et à une existence sans violence, sans discrimination et sans stigmatisation. (Pour plus de détails sur riposte à la violence, voir le Chapitre 2).
- Les plans stratégiques nationaux du secteur santé reconnaissent la vulnérabilité et le risque accru de contracter le VIH encouru par les travailleuses du sexe et s'assurent que des services de santé intégrés et de haute qualité sont disponibles, abordables et accessibles aux travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres.
- Les autorités policières participent à la promotion et à la protection des droits de l'homme des travailleuses du sexe; les programmes d'appui à la création d'un contexte légal et politique habilitant sont financés et soutenus.
- L'autonomisation économique des travailleuses du sexe est essentielle : ces dernières ont autant droit à des conditions de travail équitables et sécuritaires que les autres travailleurs du secteur informel⁷, incluant le renforcement des compétences techniques et comportementales, l'accès à un compte bancaire et à un programme de crédit équitable, et la même capacité que la population en général à soutenir leur famille et à planifier leur avenir.
- Les partenaires au développement soutiennent le processus d'autonomisation des travailleuses du sexe en finançant des initiatives de renforcement des capacités et de soutien au développement organisationnel. Il faut souligner que les accords internationaux et les politiques mondiales peuvent soit faciliter, soit entraver l'autonomisation de la communauté des travailleuses du sexe en favorisant ou en restreignant l'accès des groupes et collectifs de travailleuses du sexe à des ressources financières.

Encadré 1.8**Exemple de cas : Partenariats Sud - Sud entre organisations dirigées par des travailleuses du sexe**

Le Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe a mis en œuvre des initiatives de renforcement de la coopération Sud – Sud entre organisations dirigées par des travailleuses du sexe. Ces initiatives avaient pour objectif d'établir des partenariats entre d'une part, les réseaux et organisations de travailleuses du sexe plus solides et établies depuis longtemps et, d'autre part, ceux et celles qui en sont à renforcer leur organisation. Ces partenariats ont favorisé le partage d'expériences, l'apprentissage d'idées inédites et la formation de nouvelles alliances.

À la suite du festival *Kolkata Sex Worker Freedom* (Liberté des travailleuses du sexe), qui s'est déroulé en Inde en 2012, les travailleuses du sexe d'origine africaine ont participé à un voyage d'études qui leur a permis de visiter l'Académie *Ashodaya* au Mysore, et les programmes SANGRAM et VAMP dans le district de Sangli. Ce voyage d'études a été complété par un séjour des organisations indiennes au Kenya, où elles ont participé aux discussions sur l'établissement d'un site d'apprentissage et à la réunion de planification stratégique de l'*African Sex Workers Alliance - Alliance africaine des travailleuses du sexe*.

De même, *Bridging the Gaps* (Comblant les écarts), un programme international portant sur le VIH, offre des opportunités de partage des enseignements tirés des projets liés au VIH en Asie et en Afrique, notamment en matière d'autonomisation de la communauté, de renforcement des capacités des gestionnaires de programmes et d'identification d'exemples de pratiques optimales.

Ce type de partenariat permet d'établir des liens entre le niveau local et mondial, de stimuler un partage important d'informations et de contribuer au renforcement du mouvement d'appui aux droits des travailleuses du sexe.

7 La Recommandation (no 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail 2010 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) s'applique à «tous les travailleurs quelles que soient les formes ou modalités de travail, et quels que soient les lieux de travail, y compris: i) les personnes occupant tout emploi ou exerçant toute profession; » (Paragraphe 2(a)).

1.2.8 Soutenir les mouvements

Pour perdurer, les collectifs dirigés par les travailleuses du sexe doivent travailler de concert avec d'autres mouvements, particulièrement si ceux-ci font également la promotion des droits de l'homme. Il pourra s'agir de mouvements impliquant d'autres populations clés qui présentent des risques aussi/plus élevés d'exclusion sociale et de contracter le VIH, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les consommateurs de drogues et les individus transgenre, travailleur/travailleuses du sexe ou non, ou encore d'organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La collaboration entre les mouvements renforce la riposte collective et permet de s'assurer que les communautés sont au centre de cette réponse. Il est nécessaire que les partenaires au développement présents dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les gouvernements et les partenaires nationaux soutiennent concrètement la durabilité des organisations et réseaux dirigés par des travailleuses du sexe. Il serait insensé de s'attendre à ce qu'un groupe puisse passer de la réunion de quelques individus à un mouvement dont les membres contribuent activement à la riposte nationale au VIH sans que ce dernier ait accès à un soutien prolongé. La marginalisation économique des travailleuses du sexe et le discours social en général rendent la pérennité des réseaux et organisations dirigés par des travailleuses du sexe plus difficile. Il est donc essentiel que, lors de l'atteinte d'un point tournant dans le processus d'autonomisation de la communauté, le pouvoir soit directement transféré à la communauté et que cette mesure soit ensuite respectée par les partenaires dans l'élaboration des politiques, quel que soit le statut légal des travailleuses du sexe.

La riposte au VIH au cours des 30 dernières années s'est essentiellement appuyée sur une société civile forte, saine et dynamique, qui agit en véritable partenaire. Avec l'évolution des interventions, les organisations et réseaux de travailleuses du sexe deviendront des membres incontournables de ces partenariats.

1.3 Suivi des progrès

Il est essentiel que les communautés suivent les progrès accomplis, non seulement afin d'améliorer les prestations de services, mais aussi de favoriser une adaptation des services dont ils bénéficient. Il faut que, dans les programmes sur le VIH axés sur la défense des droits de l'homme et l'autonomisation de la communauté, les organisations de travailleuses du sexe puissent fixer les paramètres du suivi et de l'évaluation de l'ensemble de la mise en œuvre, y compris le suivi et évaluation du mouvement de travailleuses du sexe en lui-même.

Des buts et objectifs à court et à long terme spécifiques doivent accompagner le processus d'autonomisation de la communauté. Par exemple, un suivi de l'autonomisation de la communauté en matière de prévention, de traitement, de soins, de soutien et de services de santé liés au VIH permettrait de mesurer l'ampleur de l'implication des travailleuses du sexe, particulièrement sur les aspects suivants : gestion des services, assurance qualité, affectation de fonds, formation du personnel de santé sur les questions de stigmatisation, et plaidoyer contre la discrimination ; une telle approche remplacerait avantageusement la simple détermination d'un pourcentage cible de travailleuses du sexe ayant accès à un service particulier.

Dans un programme axé sur l'autonomisation de la communauté, le suivi et l'évaluation ne doivent pas considérer uniquement la performance de la prestation de services et les résultats de santé atteints, mais également tenter de suivre et d'évaluer si, et dans quelle mesure, le processus d'autonomisation de la communauté est effectif. Fréquemment, les indicateurs de programmes mesurent essentiellement des résultats quantitatifs, par exemple le nombre de travailleuses du sexe contactées et de préservatifs distribués, plutôt que la progression des organisations dirigées par les travailleuses du sexe et l'inclusion sociale. Le Tableau 1.2 et l'Encadré 1.9 illustrent différentes approches au suivi de l'autonomisation de la communauté.

Tableau 1.2 Indicateurs de suivi de l'autonomisation des travailleuses du sexe

Niveau	Activités de soutien à l'autonomisation	Indicateur d'autonomisation
Central	• Renforcer et assurer l'expansion des réseaux de défense des droits des travailleuses du sexe pour la promotion de leurs droits au niveau mondial. • Prioriser et investir dans des approches de prévention du VIH dirigées par la communauté. • Inclure les travailleuses du sexe dans les décisions politiques, de programmation et de financement.	• Inclusion des mouvements de travailleuses du sexe dans les politiques et programmes nationaux. • Montant des financements alloués aux groupes dirigés par des travailleuses du sexe. • Inclusion des groupes de travailleuses du sexe dans la prise de décisions politiques relatives aux questions de prévention du VIH. • Reconnaissance des organisations de travailleuses du sexe au niveau national.
Départemental/ provincial/ District/ comté	• Reconnaître le travail du sexe comme un emploi. • Prendre en considération les travailleuses du sexe lors de l'élaboration des politiques et programmes locaux/de district/ nationaux. • Assurer la formation des prestataires de services de santé, des policiers et des agences de services sociaux sur les droits et les besoins des travailleuses du sexe. • Impliquer les travailleuses du sexe dans la planification, la mise en œuvre et la prestation de services de santé, juridiques et sociaux.	• Prise en considération des organisations de travailleuses du sexe dans les politiques et programmes étatiques/de district. • Nombre de prestataires de services de santé, de policiers et d'agents des services sociaux formés sur les droits et besoins des travailleuses du sexe. • Ampleur de l'implication des travailleuses du sexe dans la conception et la prestation de services, notamment de soins de santé, juridiques et sociaux. • Changements dans les attitudes et les pratiques des prestataires de services de santé, policiers et agents des services sociaux envers les travailleuses du sexe. • Changements dans l'importance de la discrimination par les prestataires de services de santé, policiers et agents des services sociaux, tels que perçus par les travailleuses du sexe
Municipal/ inframunicipal	• Sensibiliser les communautés sur les droits des travailleuses du sexe. • Établir des relations avec les organisations dirigées par des travailleuses du sexe et autres groupes communautaires	• Importance de la participation des travailleuses du sexe à la vie publique. • Degré d'acceptation sociale des travailleuses du sexe par les membres de la communauté en général. • Nombre d'organisations externes qui rapportent avoir eu des contacts et établi des partenariats avec des organisations dirigées par des travailleuses du sexe
Agents de première ligne	• Créer des espaces communaux sécuritaires. • Identifier des priorités, besoins et objectifs communs. • Établir et soutenir les organisations de travailleuses du sexe. • Tenir, dans la mesure où les lois le permettent, des rencontres, des marches et des ralliements de défense des droits des travailleuses du sexe. • Former des défenseurs en justice à la documentation et à la riposte aux violations des droits de l'homme.	• Nombre d'espaces sécurisés créés. • Degré de cohésion sociale dans les groupes de travailleuses du sexe. • Nombre de collectifs/organisations dirigés par des travailleuses du sexe créés. • Nombre de rencontres, marches ou ralliements de promotion des droits des travailleuses du sexe. • Pourcentage de travailleuses du sexe qui rapportent avoir participé à un groupe/collectif dirigé par des travailleuses du sexe. • Nombre de travailleuses du sexe formées à la défense en justice. • Documentation des violations des droits de l'homme.

Encadré
1.9

Étude de cas : Suivi de l'autonomisation des communautés d'organisations de travailleuses du sexe en Inde

Le suivi de l'autonomisation représente un défi, notamment en raison du fait que les données quantitatives ne suffisent pas à saisir les interactions complexes entre les facteurs qui la définissent. On a constaté, lors de la conduite de l'initiative *Avahan India AIDS*, qui a permis aux ONG de travailler de concert avec les dirigeants communautaires à la création d'OBC formellement enregistrées, que la simple compilation du nombre de groupes communautaires ou de réunions tenues n'était pas suffisante puisque les données ne saisissaient pas la qualité du renforcement des capacités, du fonctionnement et de l'autonomie des groupes considérés. Pour répondre à ce problème, des enquêtes destinées à saisir les différents aspects de l'autonomisation de la communauté ont été menées sur la base d'un indice formé d'indicateurs multiples. Les enquêtes ont été administrées aux dirigeants et membres de chaque OBC ainsi qu'aux personnels des ONG qui mettaient le programme en œuvre sous forme de discussions extensives en petits groupes dirigés par des facilitateurs formés à cet effet. Les résultats de l'enquête initiale ont fait l'objet d'une rétroaction immédiate aux OBC et ONG et ont été discutés avec eux avant la conduite de l'analyse détaillée des données. Cet exercice a permis de démontrer qu'une combinaison d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et d'approches spécifiques de suivi et d'évaluation était nécessaire à la documentation du processus complexe de formation d'un collectif communautaire, de son développement et de sa durabilité.

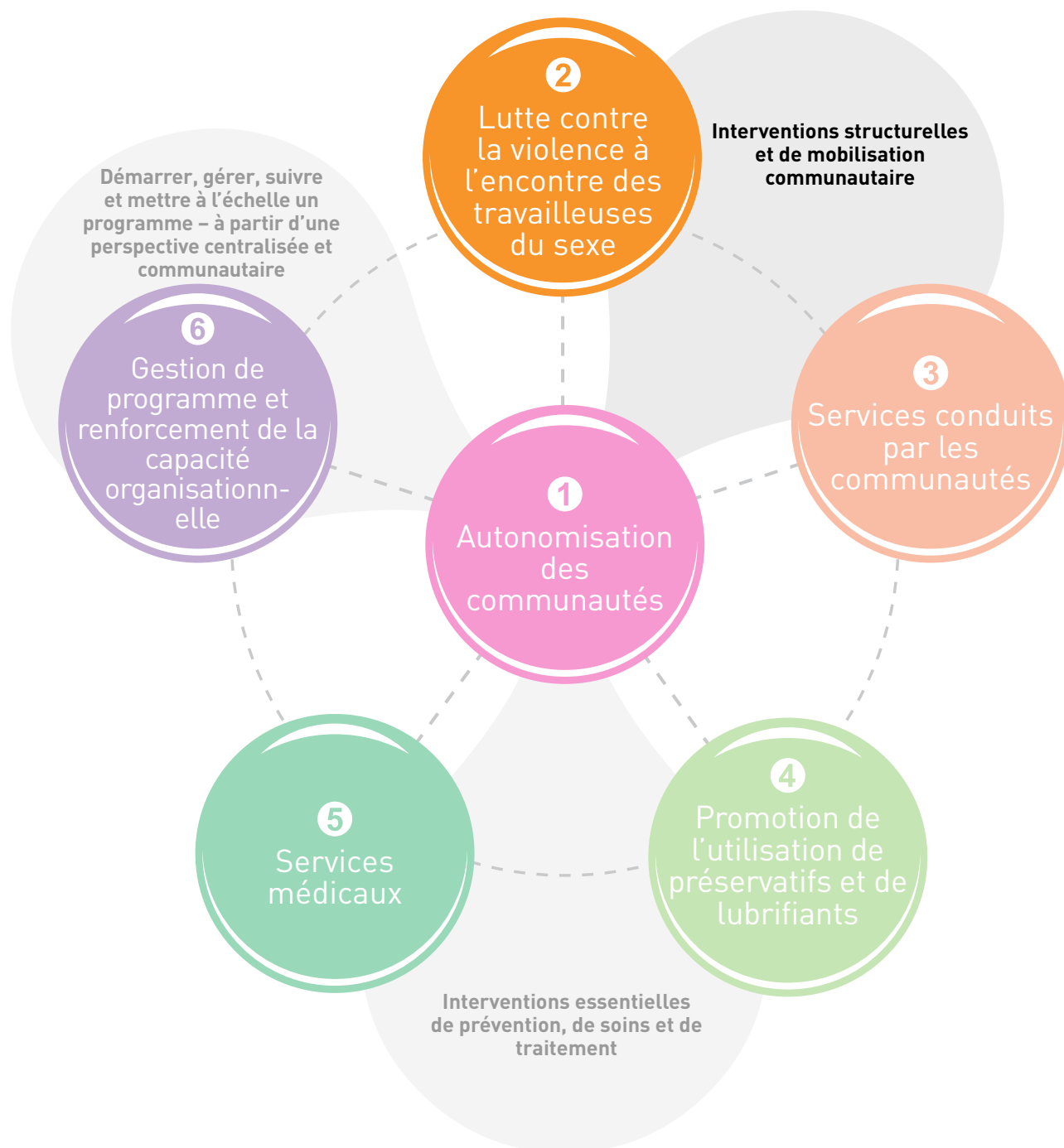
1.4 Ressources et lectures complémentaires

1. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH sida, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
2. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
3. *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*. Washington, DC: Banque mondiale, 2013. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>
4. *SANGRAM's Collectives: Engaging Communities in India to Demand their Rights*. Arlington, VA: AIDSTAR-One/John Snow, Inc., 2011. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_CaseStudy_GenderMARPs_SANGRAM_India.pdf
5. *Recommendation concerning HIV and AIDS and the World of Work, 2010 (No. 200)*. Genève : Organisation Internationale du Travail, 2010. http://www.ilo.org/aids/WCMS_142706/lang-en/index.htm
6. *Sex Work and the Law in Asia and the Pacific: Laws, HIV and human rights in the context of sex work*. Bangkok: Programme des Nations Unies pour le Développement, Centre régional Asie – Pacifique, 2012. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>
7. *Community Mobilization of Female Sex Workers: Module 2, A Strategic Approach to Empower Female Sex Workers in Karnataka*. Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust, 2008. http://www.khpt.org/Community_Mobilization.pdf
8. Scamell D. Legal help for sex workers—from sex workers. Open Society Foundations, 5 mars 2013. <http://www.opensocietyfoundations.org/voices/legal-help-sex-workers-sex-workers>
9. *HIV and the Law: Rights, Risk and Health*. New York, NY: Commission mondiale sur le VIH et la loi, Programme des Nations Unies pour le Développement, 2012. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
10. *The HIV and Sex Work Collection: Innovative responses in Asia and the Pacific*. Bangkok: Fonds des Nations Unies pour la Population, Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH sida et Réseau Asie-Pacifique des travailleuses du sexe [non daté]. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20121212_HIV_SW.pdf
11. *Building Partnerships on HIV and Sex Work: Report and Recommendations from the First Asia and the Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. Bangkok: Fonds des Nations Unies pour la Population, Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH sida et Réseau Asie-Pacifique des travailleuses du sexe, 2011. <http://asiapacific.unfpa.org/public/pid/7491>
12. Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe (NSWP). www.nswp.org
13. Projet *Bar Hostess Empowerment and Support* (BHESP). www.bhesp.org
14. Projet *Healthy Options Skopje* (HOPS). www.hops.org.mk/programs.htm
15. Les Principes de Jogjakarta sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (2007). <http://www.yogyakartaprinciples.org/>
16. Principes de Denver (1983) http://data.unaids.org/Pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf



2

Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe



Que contient ce chapitre?

Ce chapitre:

- définit les différents types de violence à l'encontre des travailleuses du sexe et explique comment la violence augmente la vulnérabilité au VIH (Section 2.1);
- identifie les lieux et les contextes dans lesquels la violence s'exerce, ainsi que les conditions sociales et juridiques qui favorisent la vulnérabilité des travailleuses du sexe à la violence et aux autres violations de leurs droits de l'homme (Section 2.1.1);
- identifie les principes et valeurs essentiels à la conduite de programmes efficaces de riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe (Section 2.1.2) ;
- présente les stratégies et interventions prometteuses en matière de riposte à la violence (Section 2.2);
- identifie les approches optimales de suivi et évaluation des interventions (Section 2.3).

Le chapitre fournit également une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 2.4).

2.1 Introduction

Recommandations 2012:¹ Recommandations sur les pratiques optimales

1. Tous les pays devraient s'attacher à dépénaliser le travail du sexe et à mettre fin à l'application de lois et de règles non pénales injustes envers les travailleuses du sexe.
2. Les gouvernements devraient légiférer pour protéger les travailleuses du sexe contre la discrimination, la violence et les autres formes de violation des droits de l'homme dont ces dernières sont victimes, afin de faire respecter leurs droits et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH et à l'impact du sida. Les lois et des règlements contre la discrimination adoptés devraient garantir aux travailleuses du sexe le droit à bénéficier de services sociaux, sanitaires et financiers.
3. Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services de santé accessibles et acceptables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé.
4. La violence à l'encontre des travailleuses du sexe constitue un facteur de risque de transmission du VIH. Il faut la prévenir et la combattre en partenariat avec les travailleuses du sexe et les organisations qui les représentent.

Les femmes, les hommes et les individus transgenres qui pratiquent le travail sexuel font non seulement face à une violence, une stigmatisation et une discrimination majeures, mais aussi à plusieurs autres types de violation de leurs droits de l'homme. La violence à l'encontre des travailleuses du sexe est notamment associée à une utilisation irrégulière ou à la non-utilisation du préservatif, deux comportements qui augmentent le risque de contracter une infection au VIH ou une IST. La violence empêche également fréquemment les travailleuses du sexe d'avoir accès à l'information et aux services liés au VIH.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations » (voir également Encadré : 2.1).

La violence à l'encontre des travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres est le fruit des stigmates associés au travail du sexe, souvent criminalisé, mais aussi d'une discrimination basée sur le genre, la race, la séropositivité, l'utilisation de drogues ou autres facteurs. En effet, la violence à l'encontre des travailleurs/travailleuses du sexe relève en grande partie de préjugés sur l'inégalité des genres et d'une discrimination envers les femmes, les hommes et les individus transgenres qui ne se conforment pas aux normes hétérosexuelles, soit en raison d'une apparence féminine ou des véhicules d'expression de leur sexualité.

D'ailleurs, les modèles d'estimation appliqués à des contextes épidémiologiques très différents (Kenya et Ukraine) indiquent qu'une diminution de la violence physique et sexuelle réduit d'environ 25 pour cent les infections au VIH chez les travailleuses du sexe.² D'ailleurs, de plus en plus de programmes de prévention du VIH appliquent, dans une optique de riposte au VIH, des stratégies de lutte contre la violence à l'encontre des travailleuses du sexe et de protection de leurs droits de l'homme. La riposte à la violence favorise l'accessibilité des travailleuses du sexe aux services et améliore, par conséquent, leur capacité à effectuer leurs propres choix en matière de santé et de bien-être à long terme.

Ce chapitre propose aux gestionnaires de programmes de riposte au VIH différentes options pratiques de lutte contre la violence. Les solutions proposées ont été élaborées à partir des Recommandations 2012 et de l'Enquête mondiale sur les valeurs et préférences,³ au cours de laquelle les travailleuses du sexe ont mis

1 « Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique. » Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012.

2 Voir Decker et al (Section 2.4, lecture complémentaire N° 3).

3 Une consultation mondiale menée auprès des travailleuses du sexe par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des *Recommandations 2012*.

en lumière le rôle de la violence, de la criminalisation et des autres violations des droits de l'homme dans la limitation de leur accès aux services préventifs et curatifs liés au VIH et aux IST.

Encadré
2.1

Formes de violence à l'encontre des travailleuses du sexe

Violence physique : La violence physique est une cause de décès, de blessures et de dommages. Elle inclut, mais ne se limite pas au fait d'être : victime d'une projection d'objet, giflé, poussé, frappé avec le poing ou autre chose qui pourrait blesser, frappé à coup de pied, tiré, battu, étranglé, brûlé intentionnellement, menacé ou atteint par une arme (par ex. fusil, couteau ou autre). Ces comportements ont été définis et validés lors des enquêtes de l'OMS sur la violence à l'encontre des femmes. Les autres actes qui pourraient correspondre à une définition de la violence physique sont notamment : le fait de mordre, de secouer, de piquer, de tirer les cheveux et de retenir physiquement une personne contre son gré.

Violence sexuelle : Le viol, le viol collectif (c.-à-d. plus d'une personne), le harcèlement sexuel, l'obligation physique ou l'intimidation psychologique pour la conduite de pratiques sexuelles contre son gré (par ex. contact non désiré, pénétration orale, anale ou vaginale avec un pénis ou un autre objet non souhaité), ou le fait d'être contraint à des pratiques sexuelles considérées dégradantes ou humiliantes.

Violence émotionnelle ou psychologique : Cette catégorie comprend, mais ne se limite pas au fait d'être insulté (c.-à-d. qualifié d'épithètes blessantes), mis mal à l'aise, humilié ou rabaissé devant d'autres personnes; d'être menacé de la perte de la garde d'un enfant; d'être confiné et isolé de sa famille et de ses amis; d'être menacé de préjudices ou de torts à une personne chère; d'être soumis à des cris répétés, des gestes ou à des mots intimidants qui suscitent la peur; de subir des comportements de contrôle et de voir ses biens détruits.

Les violations aux droits de l'homme qui devraient être considérées en conjonction avec la violence à l'encontre des travailleuses du sexe sont les suivantes :

- L'extorsion d'argent.
- Le refus d'aliments ou d'autres biens essentiels.
- Le refus ou le vol de salaire, de paiement ou d'argent dû à un individu.
- L'obligation à consommer des drogues ou de l'alcool.
- L'arrêt, la fouille corporelle invasive ou la détention arbitraire par les forces policières.
- La détention ou l'incarcération arbitraire, sans respect des procédures, dans un poste de police, un centre de détention ou un centre de réhabilitation.
- L'arrestation ou la menace d'arrestation pour possession de préservatifs.
- Le refus d'accès à des services de santé.
- La soumission à des procédures de santé coercitives, notamment le test forcé au VIH et aux IST, la stérilisation, l'avortement, etc.
- Le blâme ou la dégradation publique (par ex. le fait d'être dépouillé, enchaîné, l'objet de crachats, incarcéré).
- La privation de sommeil par force.

2.1.1 Contextes de violence

Plusieurs contextes, dynamiques et facteurs sont porteurs de violence potentielle à l'encontre des travailleuses du sexe. Leur compréhension est essentielle à l'identification de réponses programmatiques appropriées.

- **Violence sur les lieux de travail** : Il peut s'agir de violence provenant des gérants, du personnel de soutien, des clients ou d'autres travailleuses du sexe d'un établissement de travail du sexe (par ex. bordel, bar, hôtel).
- **Violence exercée par des partenaires intimes ou des membres de la famille** : La stigmatisation du travail du sexe peut laisser croire aux partenaires ou aux membres d'une famille que l'utilisation de la violence est acceptable lorsqu'il s'agit de « punir » une femme qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes. En

outre, les travailleuses du sexe peuvent trouver difficile la rupture d'une relation abusive, particulièrement lorsque l'auteur des violences les menace, maintient son contrôle, par exemple en raison de la propriété de la maison, ou a le pouvoir de limiter ou de refuser l'accès aux enfants.

- **Violence sur les lieux publics** : Dans de nombreux contextes, la relation antagoniste des travailleuses du sexe avec les forces policières renforce la tendance à l'impunité des crimes à leur encontre, ce qui contribue à en faire des cibles faciles d'actes de violence et autres crimes, par exemple de vol. En outre, certains des auteurs d'actes violents ciblent précisément les travailleuses du sexe afin de les « punir », que ce soit en vertu de principes moraux ou de leur statut de boucs émissaires aux problèmes sociétaux, notamment en matière de VIH. Les travailleuses du sexe peuvent également avoir à subir les violences perpétrées à leur endroit par des individus en situation de pouvoir, par ex. des employeurs d'organisations non gouvernementales (ONG), des prestataires de services de santé, des banquiers, ou des propriétaires d'établissements.
- **Violence non étatique organisée** : Les travailleuses du sexe risquent d'être exposées à des actes de violence perpétrés par des gangs d'extorsion, des milices, des extrémistes religieux ou des groupes de « sauveurs ».
- **Violence étatique** : Les personnels militaires, les gardes-frontières, les gardiens de prison, et plus communément les forces policières sont également des auteurs potentiels d'actes de violence à l'encontre des travailleuses du sexe. La criminalisation et les lois punitives à l'encontre du travail du sexe peuvent servir de couverture à la violence, mais les actes de violence perpétrés par des représentants de l'État compromettent l'accès des travailleuses du sexe à la justice et à la protection policière. En outre, ils laissent clairement sous-entendre que de telles violences sont non seulement acceptables, mais socialement souhaitables.

Les lois et les politiques, notamment celles qui criminalisent le travail du sexe, augmentent la vulnérabilité des travailleuses du sexe à la violence. Ainsi, les rafles de « rédemption » et de réhabilitation forcée menées par les forces policières dans le cadre des lois anti-traite risquent d'entraîner l'éviction des travailleuses du sexe de leur résidence et leur passage à la rue, où leur exposition à la violence est plus importante. La crainte d'une arrestation ou du harcèlement policier risque en outre de forcer les travailleuses du sexe de rue à se déplacer vers des endroits moins visibles et moins sécuritaires, ou encore à négocier rapidement avec le client, ce qui compromet leur capacité d'évaluation des risques à leur sécurité.

La violence à l'encontre des travailleuses du sexe n'est pas toujours perçue ou définie comme un acte criminel. Par exemple, il est possible que les forces policières ne considèrent pas le viol contre un individu transgenre comme un crime, ou qu'elles refusent d'enregistrer un constat de violence sexuelle impliquant une travailleuse du sexe. D'ailleurs, ces dernières sont souvent réticentes à mentionner aux forces policières les incidents de violence dont elles ont été victimes, le plus souvent par crainte de châtiement ou de persécution pour travail du sexe.

Les lois et les politiques discriminatoires à l'endroit des individus transgenre et des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes exacerbent la vulnérabilité des travailleurs du sexe hommes et transgenres à la maltraitance. De même, les lois qui criminalisent l'exposition au VIH risquent d'inciter les travailleuses du sexe vivant avec le VIH à ne pas consulter en cas de violences sexuelles par crainte de poursuites. Enfin, même si le travail du sexe n'est pas criminalisé, les forces policières pourraient justifier l'arrestation et la détention de travailleuses du sexe par des dispositions administratives, religieuses ou réglementaires. Tous ces contextes augmentent la probabilité de violences à l'encontre des travailleuses du sexe.

Par ailleurs, la vulnérabilité à la violence des travailleuses du sexe peut-être aggravée par leurs conditions de travail, un accès incertain aux services ou un manque d'emprise sur les conditions de travail associées au travail du sexe (par ex. rémunération, clients, type de service assuré), particulièrement lorsque celles-ci sont déterminées par un gérant. En outre, la disponibilité de drogues et d'alcool dans les établissements de travail du sexe augmente la probabilité de violence envers les travailleuses du sexe qui y travaillent. Ces dernières pourraient en effet, lorsqu'elles consomment de l'alcool et des drogues, être incapables d'évaluer si une situation est sécuritaire ou non.

La violence ou la crainte de la violence empêche les travailleuses du sexe d'avoir accès à des services de réduction des méfaits; de prévention; de traitement et de prise en charge du VIH; de santé et autres services sociaux; ainsi qu'à des appuis en matière de prévention et de riposte à la violence (par ex. juridiques, de santé). La discrimination envers les travailleuses du sexe dans les refuges pour victimes de violences risque de compromettre encore davantage leur sécurité.

2.1.2 Valeurs et principes de riposte à la violence à l'encontre de travailleuses du sexe

Valeurs essentielles

- **Promouvoir la pleine protection des droits de l'homme des travailleuses du sexe.** Ceci comprend le droit à : la non-discrimination; la sécurité des personnes et la vie privée; la reconnaissance de l'égalité devant la loi et à son application juste; la meilleure santé possible; l'emploi; des conditions d'emploi équitables et favorable; la liberté d'assemblée et de réunion pacifique; ne pas être arrêté ou détenu de façon arbitraire ou encore soumis à des traitements cruels et inhumains; la protection contre la violence.
- **Rejeter les interventions fondées sur des concepts de «rédemption» et de réhabilitation.** Même lorsqu'elles s'adressent ostensiblement à des mineurs (qui ne sont pas des travailleuses du sexe), de telles rafles nuisent au libre arbitre des travailleuses du sexe (le choix, le contrôle et le pouvoir d'agir par soi-même) et augmentent la probabilité d'actes violents à leur encontre.
- **Promouvoir l'égalité entre les genres** en incitant les planificateurs et les exécutants de programmes à questionner l'inégalité des rapports hommes femmes et l'iniquité des normes sociales, particulièrement dans la répartition et le contrôle des ressources et du pouvoir. Les stratégies d'intervention doivent au contraire être axées sur des relations de pouvoir plus équitables entre les travailleuses du sexe et la communauté en général.
- **Respecter le droit des travailleuses du sexe à prendre des décisions informées** sur leur vie, notamment la non-déclaration ou recours suite à des violences; la non-utilisation des services aux victimes de violences, ou le maintien d'une relation abusive.

Principes de programmation

- Dans le cadre de la conception de programmes, **recueillir des informations sur les formes locales de violence** à l'encontre des travailleuses du sexe et sur les relations entre cette violence et le VIH (voir Chapitre 3, Section 3.2.2, partie A).
- **Privilégier les méthodes participatives.** Les travailleuses du sexe doivent occuper des postes décisionnels qui leur permettent d'identifier leurs problèmes et priorités, d'en analyser les causes et d'élaborer des solutions. Les méthodes participatives renforcent la pertinence d'un programme, développent de façon durable les compétences comportementales et relationnelles des travailleuses du sexe et assurent la réussite à long terme des programmes.
- **Adopter une approche intégrée lors de la conception des interventions.** Il a été démontré que les programmes holistiques axés sur la prestation de services de santé, une collaboration avec le secteur législatif et juridique et une mise en œuvre à base communautaire⁴ avaient un impact plus important sur la violence à l'encontre de travailleuses du sexe et le risque d'infection au VIH. Ces programmes demandent généralement l'établissement de partenariats avec une large gamme de groupes et d'institutions.
- **Renforcer la capacité des personnels d'un programme** à comprendre et à lutter contre l'association immédiate entre le VIH et la violence à l'encontre des travailleuses du sexe. Le personnel d'un programme doit en effet pouvoir répondre de façon sensible aux travailleuses du sexe qui ont fait l'objet de violences, sans stigmatisation et sans condamnation supplémentaire. (Voir également le Chapitre 6, Section 6.2.6, sous-section sur le recrutement et la formation du personnel.)
- **Reconnaître que certains programmes pourraient avoir des impacts néfastes involontaires** sur les travailleuses du sexe, notamment sous forme de représailles ou de réactions violentes. Le programme doit être prêt à cette éventualité et assurer un suivi des conséquences non intentionnelles.

⁴ Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont initiées par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

- **Évaluer les programmes** afin d'identifier les stratégies susceptibles d'atténuer les facteurs de risque et les niveaux de violence auxquels sont confrontées les travailleuses du sexe, d'établir une base de données probantes et de s'assurer que les ressources sont investies dans les stratégies les plus efficaces. Il faut pour cela avoir inclus des objectifs mesurables, qui permettent d'analyser les résultats dans une perspective de réduction de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe.

2.2 Interventions et stratégies prometteuses

Cette section propose différentes stratégies de prévention et de riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe, d'ailleurs souvent élaborées et considérées comme des pratiques optimales par les associations de travailleuses du sexe. Sauf si expressément indiqué, ces stratégies n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle d'impact sur la réduction des facteurs de risque ou des niveaux de violence à l'encontre des travailleuses du sexe. Il est par conséquent recommandé qu'avant toute mise à l'échelle, la stratégie retenue fasse l'objet d'un suivi pour déceler toute conséquence involontaire et évaluée pour établir son efficacité dans la prévention ou la réduction de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe.

2.2.1 Autonomiser les communautés

Les étapes de l'autonomisation de la communauté ont été abordées en détail au Chapitre 1. L'autonomisation des communautés peut contribuer à la réduction de la violence à travers

- La mise à disposition d'instruments qui permettent aux travailleuses du sexe d'amorcer une réflexion critique non seulement sur leurs droits, mais aussi sur leurs problèmes, notamment la violence, et leurs causes sous-jacentes.
- Le renforcement de la solidarité collective des travailleuses du sexe, dans une perspective de mobilisation et de plaidoyer pour le changement de comportement, particulièrement des groupes d'intérêts et institutions puissantes qui contestent les droits, perpétuent la violence et ferment les yeux sur les autres abus à l'endroit des travailleuses du sexe.

2.2.2 Renforcer la capacité des travailleuses du sexe

Plusieurs types d'activités peuvent favoriser une meilleure connaissance, par les travailleuses du sexe, de leurs droits en matière de travail du sexe ou de violence et renforcer leur confiance à faire valoir ces droits.

Sensibilisation et formation des travailleuses du sexe sur les lois reliées au travail du sexe et les droits de l'homme.

Ces activités suscitent une prise de conscience et encouragent les travailleuses du sexe à signaler et à lutter contre les actes de violence. Il peut notamment s'agir de formations et d'ateliers sur le plaidoyer, de production et de diffusion de matériel écrit ou visuel sur la violence et les droits de l'homme des travailleuses du sexe, de rencontres communautaires et de conseil direct par des intervenantes en sensibilisation communautaire⁵ (voir Encadré 2.2). Les formations et les publications doivent prendre en compte les différents besoins d'apprentissage et niveau d'alphabétisation des travailleuses du sexe. Les sujets potentiellement abordés sont les suivants : les sources et les causes de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe; la connaissance des lois liées au travail du sexe et de celles qui affectent les travailleuses du sexe (par ex. statut municipal, lois liées à l'homosexualité, utilisation de drogues); les droits des travailleuses du sexe lors d'une arrestation, d'une accusation ou d'une détention par les forces policières et les procédures que celles-ci devraient appliquer dans une telle situation; et, les services juridiques..

⁵ Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les individus concernés sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation.

Encadré
2.2

**Cas d'exemple : Programme Human Rights Defenders
(Défenseurs des droits de l'homme), Afrique du Sud**

Le Programme *Human Rights Defenders* (Défenseurs des droits de l'homme) a été initié en Afrique du Sud en 2008 par le mouvement des travailleuses du sexe de Sisonke et le *Sex Worker Education and Advocacy Task Force* (SWEAT) (Équipe de plaidoyer et d'éducation des travailleuses du sexe). Il assure la formation para-juridique de travailleuses du sexe sur les droits de base et les instruments qui permettent leur application.

Les instances para-juridiques formées documentent les cas de violation des droits de l'homme à travers un service d'aide téléphonique gratuit, la sensibilisation et la tenue de rencontres communautaires hebdomadaires avec les travailleuses du sexe. Elles assurent également des services d'appui-conseil à ceux qui signalent des cas d'abus.

Les rencontres communautaires avec les travailleuses du sexe permettent de les sensibiliser sur leurs droits et l'accès à la justice.

Les travailleuses du sexe qui ont besoin de services juridiques sont référées à des avocats disponibles au *Women's Legal Centre* (Centre de soutien juridique pour les femmes) et lors des cliniques légales hebdomadaires.

SWEAT utilise une gestion stratégique des litiges dans sa lutte contre les causes profondes de la violence envers les travailleuses du sexe.

Documenter la violence à l'encontre des travailleuses du sexe et défendre leurs droits humains

Les activités sont notamment :

- La collecte de données ou d'informations sur les différentes formes de violence à l'encontre des travailleuses du sexe.
- La documentation des violations des droits et des incidents de violence à l'encontre des travailleuses du sexe.
- La facilitation de leur accès à la justice à travers la disponibilité de services juridiques.

Dans certains contextes, la documentation systématique et minutieuse des cas de violence à l'encontre des travailleuses du sexe a favorisé le développement de ressources qui permettent maintenant aux travailleuses du sexe d'assurer leur sécurité. En 2002 par exemple, l'ONG de travailleuses du sexe italienne *Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute* a relevé les cas de violence à l'encontre des travailleuses du sexe et utilisé cette information pour produire un pamphlet encourageant ces dernières à rapporter la violence dont elles ont fait l'objet et à faire appel aux soutiens et services disponibles.

Les données sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe ont également été utilisées auprès des forces policières, des autorités locales, des médias et des décideurs lors de plaidoyers sur l'importance du problème et l'urgence de procéder à des changements dans l'application des lois, des politiques et des pratiques policières, ceci de façon à réduire efficacement les épisodes de violence à l'encontre des travailleuses du sexe (voir Section 2.2.3). Il faut par ailleurs noter que la collecte de données de recherche sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe soulève certaines questions d'éthique et de sécurité, qui doivent être considérées avec soin ; voir la Section 2.3 pour de plus amples informations.

2.2.3 Plaidoyers en faveur de réformes

Les plaidoyers en faveur de la conduite de réformes légales et politiques contribuent à prévenir et à réduire la violence à l'encontre des travailleuses du sexe, notamment à travers :

- La demande de révision des lois et politiques qui criminalisent le travail du sexe, mais aussi des règlements administratifs invoqués lors de harcèlement ou de violation des droits des travailleuses du sexe.
- L'appel en faveur d'un changement des pratiques coutumières d'application de la loi, qui favorisent le harcèlement, encouragent les abus envers des travailleuses du sexe et remettent en question leurs droits fondamentaux.

2 Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe

- Le renforcement de la redevabilité politique et juridique institutionnelle en matière de respect des droits de l'homme des travailleuses du sexe.
- La riposte à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des travailleuses du sexe et la promotion du travail du sexe en tant que travail valide (voir l'Encadré 2.3).

Encadré 2.3

Cas d'exemple: Campagne « Someone you know is a sex worker » (quelqu'un que vous connaissez est une travailleuse du sexe), San Francisco, ÉU

L'Infirmier St. James a élaboré une campagne porteuse des messages suivants :

- Les travailleuses du sexe sont des individus comme les autres et des membres valables de la communauté.
- Les travailleuses du sexe sont des membres à part entière de la société, les droits de l'homme s'appliquent à elles aussi.
- Le travail du sexe est un véritable travail et les travailleuses du sexe méritent d'avoir accès aux droits des travailleurs.

La campagne comprenait des interviews et des photographies de travailleuses du sexe, de leur partenaire et des prestataires de services affiliés à l'Infirmier St. James. Les messages véhiculés par la campagne ont été revus par des travailleuses du sexe et autres sympathisants.

De grandes publicités ont été affichées sur les côtés des bus de la ville pendant un mois. Des affiches ont également été distribuées aux agences de services sociaux et de soins de santé.



Source: Barbara DeGenevieve et Rachel Schreiber, campagne médiatique pour l'Infirmier St. James, San Francisco, ÉU

Ces plaidoyers et activités de sensibilisation ciblent notamment les instances suivantes: fonctionnaires locaux et nationaux du gouvernement, particulièrement du secteur législatif; le personnel affecté à la justice, à l'armée et à la sécurité; les médias (par ex. la presse écrite, la télévision, la radio, les médias sociaux); les dirigeants politiques et religieux; les parlementaires; les gouvernements municipaux, de district et provinciaux (par ex. les maires, les conseils locaux); les ONG actives dans la défense des droits de l'homme en général; les organisations de femmes; les prestataires de soins de santé et organisations de prestataires de soins de santé; les organisations des Nations unies; et, les ONG internationales.

Il est possible que les plaidoyers doivent répartir leurs cibles, par exemple en privilégiant les décideurs (par ex. administrateurs et gestionnaire) au détriment des personnels de première ligne des différents secteurs (par ex. policiers et agents de santé), notamment en raison du fait que ces derniers sont sujets aux pressions exercées par leurs supérieurs.

Les activités de plaidoyer et de sensibilisation incluent notamment :

- La conduite de campagnes de publicité destinées à faire du travail du sexe un travail comme les autres (voir Encadré 2.3).
- La tenue d'ateliers de sensibilisation.
- La mise en lumière des questions de violence à l'encontre des travailleuses du sexe lors de journées internationales ou nationales et de campagnes liées au VIH, au travail du sexe, à la violence basée sur le genre et aux droits de l'homme.
- La diffusion de matériels imprimés ou multimédias sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe.
- La collaboration avec des journalistes et autres membres des médias afin de promouvoir la diffusion de récits positifs et d'un langage respectueux sur le travail sexuel.
- L'établissement de partenariats et de réseaux avec des organisations qui travaillent sur les droits de l'homme et le VIH, dans une perspective de plaidoyers conjoints (voir Encadré 2.4).
- Le soutien aux actions collectives menées par les travailleuses du sexe qui demandent réparation au titre de violences perpétrées à l'encontre de membres de leur communauté.
- Le renforcement de la compréhension, par les gestionnaires de programmes, des lois qui affectent les droits des travailleuses du sexe.

Encadré 2.4

Cas d'exemple: Établissement de partenariats pour le plaidoyer à Karnataka, en Inde

La lutte contre la violence à l'encontre de travailleuses du sexe est complexe et demande l'établissement de partenariats avec des organisations qui partagent les mêmes idées. Le *Karnataka Health Promotion Trust* (KHPT) (Programme fiduciaire de promotion de la santé) travaille depuis plus de 10 ans à la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe de Karnataka, en Inde. La prévention et la riposte à la violence constituent maintenant un « besoin intrinsèque essentiel » chez les travailleuses du sexe.

Le KHPT a sensibilisé et incité les forces policières et judiciaires à ne pas utiliser ou fermer les yeux devant la violence à l'encontre des travailleuses du sexe. En partenariat avec le KHPT :

- Le département d'État pour le bien-être de la femme et de l'enfant a rendu les services de lutte contre la violence à l'endroit des femmes disponibles aux travailleuses du sexe.
- Les organisations à base communautaire ont œuvré auprès des travailleuses du sexe de 30 districts afin de les sensibiliser sur leurs droits.
- Le Alternate Law Forum (Forum juridique alternatif) et la *National Law School* (École nationale de Droit) du pays ont développé et assuré des formations d'initiation au droit pour les travailleuses du sexe.
- L'ONG *Centre for Advocacy and Research* (Centre de plaidoyer et de recherche) a mené des campagnes médiatiques de plaidoyer et formé les travailleuses du sexe à agir comme porte-paroles dans les médias sur les violences dont font l'objet les travailleuses du sexe, de leur résilience et des actions permettant de prévenir et de riposter à la violence.

2.2.4 Favoriser la redevabilité des forces policières

La collaboration avec les forces policières est essentielle à la réduction de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe. Les activités concernées peuvent par exemple comprendre :

- **La conduite d'ateliers de sensibilisation avec les forces policières** afin de renforcer leurs connaissances sur les lois relatives au travail du sexe et les droits des travailleuses du sexe. Ce type d'atelier permet également d'améliorer les relations entre les travailleuses du sexe et les forces policières, ce qui diminue l'occurrence de brimades et de violences policières. Dans certains cas, les travailleuses du sexe ont dirigé elles-mêmes les ateliers (voir Encadré 2.5); dans d'autres, les avocats ont été impliqués (par ex. en Inde); ailleurs encore, les travailleuses du sexe, les policiers et les ONG ont assuré conjointement les formations (par

ex. *Keeping Alive Societies' Hope* (KASH) (Garder vivant l'espoir sociétal) au Kenya et Tais Plus au Kirghizstan). Les thèmes de formation couverts (voir Section 2.4) concernaient notamment : l'introduction de base au VIH et à une programmation liée au VIH ; la loi et son application face aux droits des travailleuses du sexe, particulièrement en matière d'incidence sur la violence ; le rôle des forces policières dans la prévention du VIH ; les droits de l'homme des travailleuses du sexe.

- **La conduite de plaidoyers** (par ex. rencontres régulières avec les forces policières ainsi qu'avec les hauts fonctionnaires du gouvernement responsables de l'application des lois) afin de réduire le harcèlement policier, non seulement envers les travailleuses du sexe, mais aussi envers les intervenantes en sensibilisation communautaire (par ex. à travers la mise à disposition de lettres de soutien policier que ces intervenantes peuvent garder sur eux). La participation des forces policières de première ligne aux formations est essentielle.

Encadré 2.5

Cas d'exemple : Formation des forces policières au Pérou

Le *Movimiento de Trabajadores Sexuales del Perú* dirige des ateliers de sensibilisation sur les droits de l'homme, particulièrement sur les droits des travailleuses du sexe, auprès des fonctionnaires municipaux, régionaux et étatiques. Il procède également à la formation des forces policières et de sécurité, des autorités locales et des agents de santé afin de réduire les attitudes et pratiques discriminatoires à l'encontre des travailleuses du sexe et d'encourager la défense des droits des travailleuses du sexe, particulièrement lorsqu'il s'agit de violences basées sur le genre.

Un programme de formation en ligne à l'intention de ces groupes cibles a été élaboré dans une perspective d'amélioration de leurs connaissances, compétences, attitudes et capacités de réponse aux cas de violence basée sur le genre impliquant des travailleurs du sexe femmes, transgenres et transsexuels. Malgré la réaction brutale de certains policiers, qui s'opposent encore aux droits des travailleurs/travailleuses du sexe, les formations ont permis d'entamer le dialogue avec la direction des forces policières et les autres décideurs.

- **Le renforcement de la redevabilité institutionnelle** des forces policières en matière de protection des droits des travailleuses du sexe par exemple :
 - › en Inde, à la suite de plaidoyers auprès des forces policières, les directeurs ont émis une circulaire demandant aux différents postes de police de respecter la primauté du droit et les procédures en vigueur lors d'arrestation de travailleuses du sexe. La présence de directives claires a ensuite permis aux groupes de la société civile d'en suivre l'adhésion sur le terrain.
 - › Au Kirghizstan, un projet de l'*AIDS Foundation East-West* (Fondation sida est-ouest) réalisé en partenariat avec Tais Plus (une organisation dirigée par des travailleuses du sexe) a été axé sur la collaboration avec les forces policières, notamment à travers des activités de formation, de diffusion d'une ordonnance ministérielle portant sur les forces policières et le VIH et de création d'une équipe de « policiers sympathisants » susceptible de collaborer avec les prestataires de services impliqués et d'encourager un meilleur appui policier aux programmes de riposte au VIH. L'ordonnance ministérielle en question défendait aux policiers de faire obstacle aux programmes de prévention du VIH et les obligeait à informer les populations concernées de la présence de services liés au VIH.

Les formations des forces policières font actuellement l'objet d'évaluations, notamment au Kirghizistan avec Tais Plus et au Kenya avec KASH, ce qui devrait permettre de déterminer si elles sont efficaces dans la réduction de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe. Les observations préalables des organisations impliquées dans la formation des forces policières indiquent que :

- La formation et la collaboration avec les forces policières risquent de provoquer chez certains agents une réaction violente à l'encontre des travailleuses du sexe. Par conséquent, ce risque doit faire l'objet de suivi.
- Il pourrait s'avérer important de s'assurer d'un soutien aux plus hauts niveaux des forces policières de façon à pouvoir bénéficier ensuite de l'appui des policiers moins hauts gradés et les rendre redevables de leurs actions.

- Le processus de renforcement des relations avec les forces policières et de formation sur les droits des travailleuses du sexe doit être permanent en raison des roulements de personnels.

2.2.5 Promouvoir la sécurité des travailleuses du sexe

Les stratégies de promotion de la sécurité des travailleuses du sexe sur leur lieu de travail et dans leur communauté peuvent être formelles ou informelles et couvrir par exemple les aspects suivants :

- **Tenue et partage de listes ou rapports sur les agresseurs**, ou encore sur les actes de violence à l'encontre des travailleuses du sexe, une option retenue par le programme *Ugly Mugs* (Vilains agresseurs) par exemple. Les listes en question donnent une description physique des agresseurs et des véhicules automobiles concernés. Les fiches de rapports peuvent être obtenues en ligne, par fax, courriel, poste ou dans les espaces sécurisés (centres communautaires).⁶ Les rapports sont compilés et distribués aux travailleuses du sexe sous forme de bulletin mensuel, de SMS ou de courriel afin qu'elles puissent éviter les individus potentiellement dangereux.
- **Promotion de lieux de travail à moindre risque**, notamment à travers la négociation auprès des propriétaires et gestionnaires d'établissements de travail du sexe afin que les travailleuses du sexe y soient mieux protégées contre les actes de violence. Par exemple, l'organisation *Ashodaya* dirigée par des travailleuses du sexe à Karnataka, en Inde, a incité les propriétaires d'hôtels et de chambres d'hôtes à protéger les travailleuses du sexe contre les abus et à leur offrir des services de santé gratuits. De même, le projet d'appui aux travailleuses du sexe KASH du Kenya a convaincu les gestionnaires de bars et leurs personnels d'afficher un numéro d'assistance en ligne, mis en place un système SMS qui permet aux travailleuses du sexe d'envoyer des messages sur la violence dont ils ont fait l'objet et de recevoir une rétroaction et un soutien du personnel de KASH.
- **Diffusion d'informations ou de conseil sur la sécurité des travailleuses du sexe** (par ex. posséder un téléphone mobile, informer ses amis avant de partir avec un client, conserver avec soi les numéros à contacter en cas de situation dangereuse ; voir Encadré 2.6). Ainsi, des organisations de travailleuses du sexe de cinq pays européens ont élaboré un livret en six langues sur la sécurité avec l'appui du projet « INDOORS » (à l'intérieur) qui appuie l'autonomisation des travailleuses du sexe en Europe, notamment des migrant(e)s. Ce livret, intitulé « Travailler à moindre risque » renseigne sur les lois des cinq pays concernés et fournit aux travailleuses du sexe des conseils pratiques sur la protection contre la violence et les risques à la santé.

Encadré 2.6

Conseils de sécurité aux travailleuses du sexe émis par le SWEAT en Afrique du Sud



- Toujours noter le numéro d'enregistrement, la couleur et la marque de l'automobile.
- Tenter d'examiner le coffre de la voiture et les sièges arrière avant d'y monter.
- Refuser de monter dans une voiture qui contient plus qu'un client.
- Ne pas se pencher sur la voiture au moment de la négociation avec un client. S'il cherche les problèmes, il pourrait vous blesser.
- Vérifier que la poignée de la portière fonctionne.

Fuente: Sex Workers Education and Advocacy Taskforce (SWEAT) (Equipo de Fomento para la Educación y la Defensa de los Trabajadores Sexuales), Sudáfrica

⁶ Un Espace sécurisé (centre communautaire) est un endroit où les travailleuses du sexe peuvent se réunir pour relaxer, rencontrer d'autres membres de la communauté ou organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Consulter le chapitre 3, section 3.3 pour plus de détails.

- **Création d'espaces sécurisés** (centres communautaires) ou de refuges qui permettent aux travailleuses du sexe de se réunir et de discuter de leurs problèmes communs, notamment de la violence, puis de développer et de partager des solutions. Par exemple, l'organisation de soutien aux travailleuses du sexe brésilienne *Fio da Alma* a ouvert un centre communautaire où les travailleuses du sexe peuvent se réunir et participer à des ateliers ou activités de prévention, notamment de la violence. L'évaluation des différentes interventions du projet a démontré une augmentation de la capacité déclarée des travailleuses du sexe à gérer les comportements à risque des clients générés par l'alcool et les drogues.
- Intégrer la prévention de la violence aux interventions d'appui-conseil sur la prévention du VIH menées auprès des travailleuses du sexe. En Mongolie, en Afrique du Sud et aux États-Unis, les évaluations des interventions d'appui-conseil sur la prévention du VIH qui incluent une composante de planification d'une pratique à moindre risque ont fait état d'une diminution effective de la violence à l'encontre de travailleuses du sexe. Alors que les stratégies d'appui-conseil sont généralement axées sur l'information et le renforcement des connaissances liées à la prévention du VIH et des IST, la composante de prévention de la violence se concentre essentiellement sur :
 - La collaboration avec les travailleuses du sexe pour l'identification des situations potentiellement violentes et le développement d'un « plan de sécurité » qui permet de se tirer de situations problématiques. Par exemple, le projet *Women's Health CoOp* (Coop de santé des femmes) mis en œuvre à Pretoria, en Afrique du Sud, a proposé aux travailleuses du sexe des séances d'appui-conseil individualisé qui comprenaient des discussions sur les stratégies de sécurité, notamment dans les situations suivantes : utilisation d'alcool et de drogues; communication et négociations dans différentes situations afin d'éviter un conflit; stratégies permettant de se sortir d'une situation dangereuse.
 - Appui-conseil collaboratif avec des conseillers bien informés qui utilisent l'écoute active pour aider les travailleuses du sexe à identifier les étapes leur permettant d'assurer leur sécurité individuelle et de contacter les ressources locales disponibles en cas de violence. Il s'agit d'une approche de soutien, qui ne juge pas et respecte l'autonomie des individus en matière de changement de comportement. En Mongolie, cette approche a réduit le risque de violences à l'encontre des travailleuses du sexe perpétrées par les clients et les partenaires intimes.

2.2.6 Fournir des services de santé aux travailleuses du sexe victimes de violences

Les travailleuses du sexe victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques risquent d'avoir besoin de soins médicaux à court ou à long terme. Dans la plupart des cas, ce type de services spécialisés est rare. Par conséquent, il pourra s'avérer utile d'intégrer des services d'aide aux victimes de violences à l'ensemble des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH et de santé en général. L'OMS a élaboré des directives cliniques et politiques pour une réponse du secteur santé aux violences à l'encontre des femmes (voir Section 2.4). Même si celles-ci concernent toutes les femmes, elles demeurent pertinentes pour les travailleuses du sexe et sur certains aspects, pour les hommes et individus transgenres qui pratiquent le travail du sexe.

Encadré
2.7

Thèmes de formation des prestataires de soins de santé sur les questions de violence à l'encontre des travailleuses du sexe

- Informations de base sur la violence, incluant les lois et politiques y afférent avec un accent sur les travailleuses du sexe.
- Identification des victimes potentielles de violences à partir des symptômes physiques ou psychologiques (par ex. dépression, anxiété, troubles de stress post-traumatique, tendances suicidaires ou à l'automutilation, usage de drogues, blessures).
- Quand et comment s'informer sur la violence.
- Collecte de preuves médico-légales pour enquête sur les cas de violence sexuelle.
- Soins cliniques et psychologiques et traitements conformes aux recommandations de l'OMS.
- Identification des services de soutien communautaires.
- Accorder sans jugement et sans stigmatisation des soins aux victimes de violences.
- Rapports obligatoires sur les cas de violence (non recommandé par les directives de l'OMS).

Même s'ils ne sont pas mentionnés dans les directives de l'OMS sur la réponse du secteur santé à la violence, les points suivants, plus spécifiques au travail du sexe, doivent être inclus aux formations :

- Droits de l'homme des travailleuses du sexe.
- Lois et politiques relatives au travail du sexe qui rendent les travailleuses du sexe vulnérables à la violence.
- Violences auxquelles sont confrontées les travailleuses du sexe dans le cadre des prestations de soins de santé et obligations des prestataires en matière de non-discrimination, non-stigmatisation ou non-violence à l'encontre des travailleuses du sexe.
- Soins cliniques et psychologiques aux travailleurs/travailleuses du sexe hommes et transgenres victimes de violences

Les principales recommandations en matière de soins cliniques, de soutien psychologique et de services de santé aux victimes de violences ou d'agressions sexuelles perpétrées par un partenaire sont les suivantes :

- Accorder un soutien immédiat aux victimes de violences qui se présentent dans un établissement de santé. Les agents de santé doivent assurer la confidentialité, ne pas juger, donner des soins concrets, poser des questions sur des antécédents de violence, écouter avec soin sans exercer de pression sur la personne qui parle, faciliter l'accès aux services et ressources d'appui social (notamment juridique si nécessaire) et aider à développer un plan de sécurisation de la victime.
- Donner des soins cliniques immédiats aux victimes d'agression sexuelle, incluant la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition au VIH et IST (dosage et échancier selon les recommandations des Directives de l'OMS 2013 mentionnée plus haut), l'accès à un avortement dans la pleine mesure permise par la loi en cas de grossesse. Voir également le Chapitre 5, Section 5.7.5.
- Assurer la prestation de soins psychologiques, notamment suite à des symptômes de traumatisme et de stress. Dans les cas de symptômes de dépression, d'incapacité à mener des activités quotidiennes ou de tendances suicidaires, les soins doivent être accordés conformément aux protocoles cliniques de l'OMS sur les problèmes de santé mentale.
- Les prestataires de soins de santé doivent bénéficier de formations sur les services aux victimes de violences (voir l'Encadré 2.7 pour les thèmes de formations recommandés).

- Compiler un répertoire des services médicaux, juridiques et sociaux disponibles aux travailleuses du sexe victimes de violences et établir des dispositifs de collaboration avec les prestataires de services, notamment en matière de référencement et de fourniture de services de haute qualité.

2.2.7 Fournir des services psychosociaux, juridiques et autres.

Les travailleuses du sexe victimes de violences ont souvent besoin d'un éventail plus important de services immédiats et à plus long terme. Ces derniers, qui restent fonction de la capacité et des besoins locaux, incluent notamment :

La présence de membres de la communauté formés à l'appui aux travailleuses du sexe victimes de violences

Les travailleuses du sexe victimes de violences ou de toute autre situation de crise pourraient avoir besoin d'une personne formée à un soutien immédiat et au référencement. Par exemple :

- Au Kenya, le KASH dispose de services d'appui en ligne auxquels les travailleuses du sexe peuvent s'adresser pour un soutien immédiat et continu lorsqu'elles sont victimes de violences ou de toute autre situation de crise.
- En Afrique du Sud, l'ONG *Sisonke* offre un suivi-conseil et un soutien aux victimes de violences.
- En Inde, dans le cadre de l'initiative *Avahan AIDS*, un système intégré de réponse aux situations de crise a été établi parallèlement à l'autonomisation de la communauté des travailleuses du sexe. L'évaluation du système a fait la preuve de son efficacité (voir Encadré 2.9).

Le renforcement des capacités de conduite de ce type de soutien peut être assuré par des travailleuses du sexe bien informées. Les principales questions suivantes doivent être abordées: compétence d'écoute et de communication ; priorisation de la sécurité des travailleuses du sexe; capacité de collaborer/défendre les intérêts des travailleuses du sexe auprès des forces policières, des services sociaux, des services de santé et des médias; connaissance des droits des travailleuses du sexe; rapports avec les forces policières et les fonctionnaires des gouvernements locaux; conseil aux personnes subissant des contraintes psychologiques; évaluation des risques à la sécurité. Les formations doivent également considérer les différents besoins d'apprentissage et la diversité (par ex. ethnicité, migrante, etc.) des travailleuses du sexe.

Soutien juridique

Le soutien juridique demande le recrutement ou la liaison avec des avocats ou des intervenantes para-juridiques (c.-à-d. des travailleuses du sexe formées à cet effet) qui sont aptes à négocier avec les autorités judiciaires et légales dans les cas de violence, d'assurer la défense des travailleuses du sexe et de soutenir la formation et la sensibilisation des travailleuses du sexe et autres sur les lois relatives au travail du sexe.

Refuge ou espace sécurisé

Les victimes de violences pourraient devoir s'éloigner d'un environnement ou de personnes qui menacent leur sécurité. Au Kurdistan, l'organisation de travailleuses du sexe *Tais Plus* offre des espaces sécurisés aux membres de la communauté en situation de crise, à risque de violence, qui fuient la violence ou qui craignent des représailles.

La complexité et l'importance des ressources humaines et financières disponibles pour l'octroi de ces services de soutien varient largement (voir Encadré 2.8), mais peuvent augmenter si une évaluation a fait la preuve de leur efficacité. Par ailleurs, ces services doivent également être fondés sur une évaluation des pratiques informelles déjà établies par les travailleuses du sexe et leurs priorités existantes. Certains modèles, par exemple les systèmes de réponse complète à une situation de crise, demandent plus de ressources que d'autres. Dans tous les cas, les dispositions suivantes sont essentielles:

- **Prévoir les services/matériels nécessaires** : il peut s'agir par exemple de numéros de téléphonie mobile et/ou d'assistance téléphonique assurée par les membres de la communauté formés à cet effet. La disponibilité

des services de soutien doit être publicisée de bouche à oreille, sous forme de tracts ou par la voie d'autres canaux de communication.

- **Documenter les cas de violence** : l'enregistrement des cas de violence permet aux personnels d'un programme d'analyser les incidents, d'assurer un suivi, de superviser la riposte et d'améliorer les services. Lorsque la victime souhaite porter plainte à la suite d'une agression, la documentation aide à soumettre au tribunal les preuves pertinentes. Les données sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe appuient également le plaidoyer auprès des décideurs locaux, régionaux et nationaux et la planification des services destinés à contrer la violence à l'encontre des travailleuses du sexe.

Encadré 2.8

Quelles sont les ressources nécessaires à la prestation de services de soutiens juridiques, psychologiques et autres ?

Ressources humaines :

- Travailleuses du sexe formées à l'assistance téléphonique.
- Agents de sensibilisation communautaire.
- Pairs formés ou conseillers professionnels en soutien psychologique.
- Avocats ou intervenants parajuridiques (potentiellement des travailleuses du sexe) responsables du soutien juridique.

Matériels et locaux :

- Accès à un local.
- Téléphones mobiles et cartes prépayées.
- Lignes pour assistance téléphonique.
- Accès Internet.
- Documentation imprimée pour publicité sur les services.
- Formulaires de collecte des données et de rapports.
- Local pour assistance téléphonique, formations et rencontres.
- Espace sécurisé (centre communautaire) ou refuge

Coûts:

- Rémunération du personnel (incluant les avocats si non bénévoles).
- Coûts initiaux d'utilisation des téléphones mobiles et d'entretien; des services d'assistance téléphonique par les travailleuses du sexe.
- Publicité des services.
- Coûts de transport.
- Formation

Encadré
2.9

Cas d'exemple: Le dispositif Avahan de réponse à une situation de crise, Inde

Les dispositifs de réponse à une situation de crise apportent un soutien immédiat aux travailleuses du sexe victimes de violences ou en situation de crise. Les travailleuses du sexe y ont accès en s'adressant par téléphonie mobile à un membre de l'équipe de réponse aux situations de crise. Celle-ci comprend des membres formés de la communauté qui :

- évaluent la nature et l'urgence de la situation ;
- prennent les mesures qui s'imposent lorsque le danger est immédiat ;
- facilitent l'accès aux services médicaux, psychologiques et autres pertinents ;
- facilitent l'accès à un avocat qui soutient les négociations avec les autorités en cas d'arrestation ;
- fournissent les conseils pertinents ;
- rapportent et documentent les incidents de violence et la réponse fournie par l'équipe ;
- aident à résoudre les questions familiales ou communautaires qui affectent les travailleuses du sexe ;
- font régulièrement rapport à la communauté sur les incidents qui se sont produits et leur résolution (dans le respect de la confidentialité des victimes impliquées).

1. L'équipe comprend une personne qui reçoit les appels, des membres de la communauté disponibles 24 heures par jour et sept jours sur sept pour répondre aux incidents, et une personne responsable des données documentaires sur les incidents de violence.
2. L'équipe est appuyée par un travailleur social de l'organisme local de mise en œuvre⁷, qui assure le référencement et par un ou deux avocats (bénévoles ou faiblement rétribués) qui négocient avec les autorités au nom des travailleuses du sexe injustement arrêtées ou détenues et appuient la formation des travailleuses du sexe sur leurs droits.
3. Un protocole précise les étapes à suivre rapidement en cas de violences physiques ou sexuelles; de harcèlement par les forces policières ou de détention injuste après une arrestation ; ou encore lorsque quelqu'un songe au suicide.
4. La disponibilité de téléphones mobiles locaux et/ou de lignes d'assistance téléphonique où l'on peut rejoindre les intervenantes, ainsi que la publicité des services offerts sont essentielles.
5. Les détails concernant les cas de violence et les actions prises sont enregistrés aussitôt que possible après leur occurrence. Ces informations peuvent constituer des preuves légales et documenter l'ampleur de la violence à l'encontre des travailleuses du sexe, notamment dans une perspective de plaider et de planification de services d'appui.
6. Le dispositif assure la liaison avec les services de santé et juridiques, les refuges ou logements temporaires, les services de transport et autres services sociaux, qui sont tous inclus à un répertoire; il collabore également avec certains prestataires particuliers pour le référencement et l'obtention de services de haute qualité.

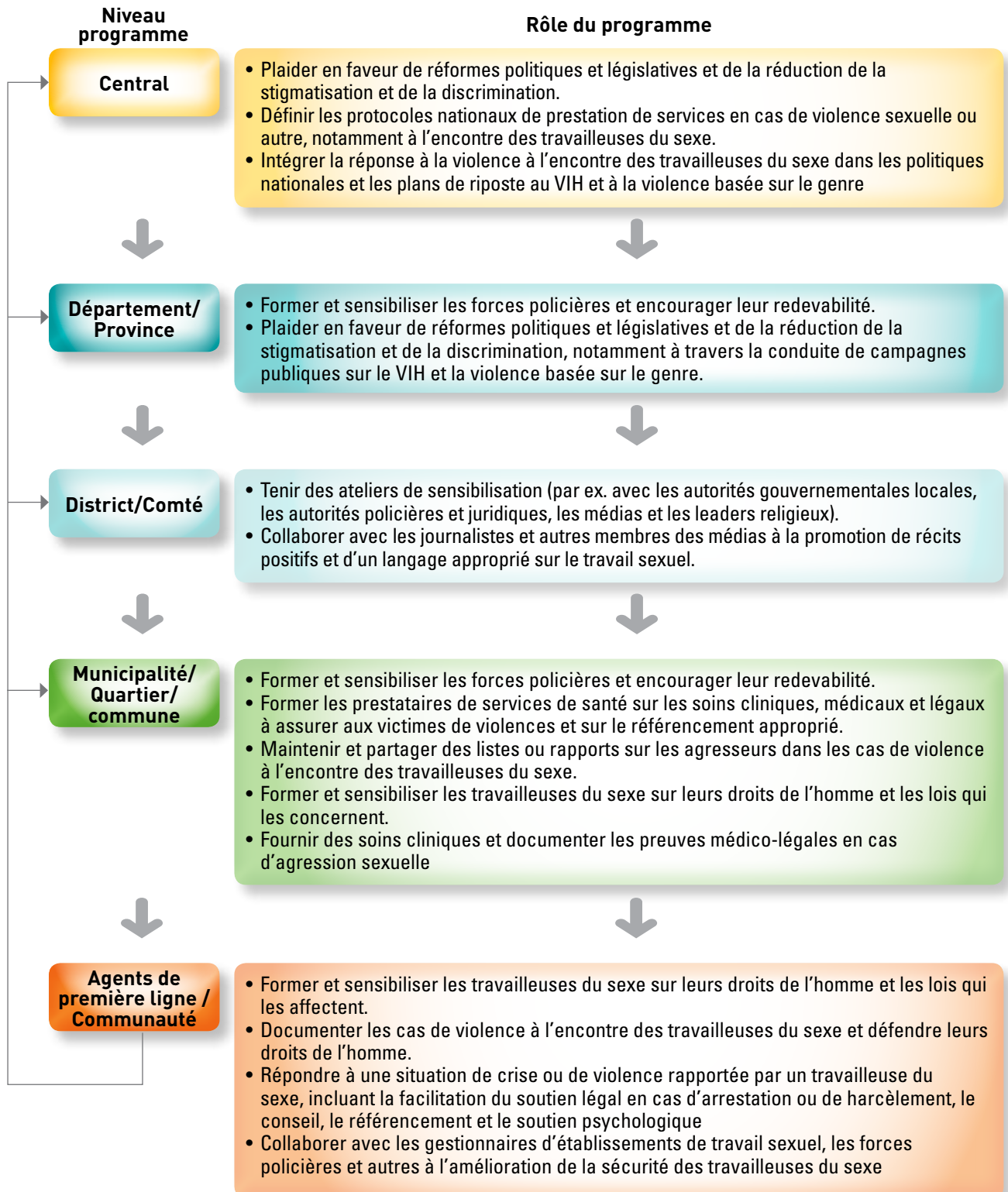
Le dispositif mis en place par le programme Avahan est passé d'une douzaine d'équipes à plusieurs centaines, maintenant réparties dans six états du pays, chacune appliquant un minimum de standards communs et adaptant les programmes au contexte local. Le dispositif est géré par des travailleuses du sexe, mais les ressources financières qui assurent son fonctionnement proviennent de l'extérieur (généralement de l'organisme de mise en œuvre).

2.3 Gestion, suivi et évaluation

Les interventions décrites dans cette section demandent, même si elles sont mises en œuvre à un niveau local, l'obtention d'un engagement national ou infranational, particulièrement lorsqu'il s'agit de sensibilisation et de plaider. La Figure 2.1 illustre les rôles respectifs de chacun des niveaux de mise en œuvre.

⁷ L'Organisme de mise en œuvre procède à une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une ONG fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

Figure 2.1 Illustration d'une approche multi-niveaux de riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe



2 Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe

Le suivi et évaluation de la prévention et de la riposte à la violence est important, notamment pour les raisons suivantes :

- Les données sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe aident à planifier et à élaborer des stratégies adéquates.
- L'introduction d'indicateurs sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe dans les cadres de suivi régulier permet aux programmes de vérifier la présence d'effets involontaires lors de la conduite d'interventions liées au travail sexuel, par exemple, de violence en « contrecoup ».
- Les preuves de violence à l'encontre des travailleuses du sexe renforcent le plaidoyer en faveur d'un changement des lois et des politiques liées au travail du sexe et favorisent la promotion des droits des travailleuses du sexe.

L'évaluation des stratégies de prévention et de riposte à la violence doit être menée en collaboration avec les travailleuses du sexe et précéder la mise à l'échelle de la plupart des options programmatiques présentées à la Section 2.2. Or, la collecte d'informations précises sur la violence ne peut se faire que si les travailleuses du sexe sont en confiance et prêtes à partager leurs expériences en tant que victimes de violences. Il faut en outre s'assurer que la collecte de données ou de documents relatifs à des incidents de violence ne menace pas la sécurité ou n'augmente pas la stigmatisation des travailleuses du sexe. L'établissement de liens de confiance avec un interlocuteur dépend à la fois des dispositions éthiques et de sécurité qui accompagnent la collecte de données et des compétences des enquêteurs, particulièrement en matière de questionnement sensible. Les Directives éthiques et de sécurité de l'OMS applicables aux recherches sur la violence à l'endroit des femmes devraient être systématiquement utilisées lors de collecte de données sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe (voir Section 2.4). En outre, ces dernières devraient être considérées comme des partenaires égales dans la conception, la mise en œuvre et la diffusion des résultats de toute collecte de données sur la violence ou sur les violations aux droits de l'homme dont elles sont victimes.

Au plan international, aucun indicateur d'impact (basé sur la population) ou programmatique spécifique à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe n'a encore été validé et approuvé. Il faudra par conséquent, soit élaborer des indicateurs de suivi et d'évaluation spécifiques aux interventions de riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe ou encore adapter et valider à cet effet des indicateurs actuels sur la prévention et la riposte à la violence envers les femmes en général.

Dans certains endroits, par exemple en Inde, les enquêtes bio-comportementales intégrées sur le VIH et les IST menées auprès des populations clés, notamment des travailleuses du sexe, ont prévu des indicateurs sur la violence à l'encontre des travailleuses du sexe, par exemple :

- Pourcentage de travailleuses du sexe enquêtées qui ont été battues ou forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté au cours de la dernière année.

Cependant, ces enquêtes ne permettent pas de saisir les différents aspects de la violence physique et sexuelle à laquelle font face les travailleuses du sexe (tels que définis à l'Encadré 2.1). Ainsi, les données collectées sur la base de termes tels que « battu ou violé » risquent de sous-estimer l'ampleur de la violence à laquelle sont confrontées les travailleuses du sexe. Il serait donc utile de procéder à des recherches additionnelles, notamment qualitatives, qui permettraient de mieux comprendre le contexte, les dynamiques et les facteurs qui alimentent la violence à l'encontre des travailleuses du sexe.

En Inde, l'Initiative *Avahan AIDS* a mis en place, dans le cadre d'une riposte à la violence, un dispositif de réponse aux situations de crise qui lui a également permis de réunir des données sur les incidents rapportés de violence à l'encontre des travailleuses du sexe, notamment à l'aide des indicateurs suivants :

- Nombre de travailleuses du sexe ayant rapporté des incidents de violence physique.
- Nombre de travailleuses du sexe ayant rapporté des incidents de violence sexuelle.
- Agressors (pour tout type de violence) rapportés par les travailleuses du sexe, par catégorie (par ex. policiers, partenaires intimes, clients).

Les données de suivi qui reposent sur les cas de violence auto-rapportés peuvent présenter certaines distorsions et l'augmentation ou la diminution des incidents rapportés au fil du temps doit être interprétée avec précaution. En effet, il est possible que certaines formes de violence soient plus facilement rapportées que d'autres ou mieux comprises par le système de suivi d'un programme, notamment en raison de la variabilité importante des facteurs contextuels et temporels. Par exemple, si dans un contexte particulier, les incidents de violence par un partenaire rapportés par les travailleuses du sexe augmentent avec la progression des activités du programme, il est possible que cette augmentation relève soit d'une capacité améliorée des travailleuses du sexe à reconnaître et à rapporter les incidents en cause, soit d'une réaction « de contrecoup » du partenaire en réponse à l'affirmation accrue des travailleuses du sexe dans une relation. L'auto-signallement d'incidents aux agents de suivi d'un programme dépend également du niveau de confiance des travailleuses du sexe envers les personnels, particulièrement si la divulgation des informations risque de mettre en danger la sécurité d'une travailleuse du sexe.

L'autre indicateur de suivi susceptible d'être adapté aux programmes liés au travail du sexe a été élaboré pour la mesure des services de soutien post viol:

- Nombre ou pourcentage de points de prestation de services assurant un soutien médical, psychologique et juridique approprié aux hommes et aux femmes victimes de viol ou d'inceste.

Cet indicateur a d'ailleurs été intégré au Cadre Unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (CUBRR) de l'ONUSIDA pour mesurer les progrès des pays en matière de lutte contre la violence sexuelle dans le cadre de la riposte au sida.⁸

2.4 Ressources et lectures complémentaires

Ressources

1. *Mee Nestam: Strengthening Partnerships for Public Health*. Hyderabad, Inde: India HIV/AIDS Alliance, 2012. www.allianceindia.org/publications/51625-Mee%20Nestam%20Book.pdf
2. *Sex work, violence and HIV: A guide for programmes with sex workers*. Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2008. www.aidsdatahub.org/dmdocuments/Sex_Work_Violence_and_HIV_A_Guide_for_Programmes_with_Sex_Workers_2007.pdf
3. *Community Led Crisis Response Systems—A Handbook*. Nouvelle Delhi: Fondation Bill & Melinda, 2013. [http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf)
4. *Safer Work*. Marseille, France: Projet INDOORS, Autres Regards, 2010. http://www.indoors-project.eu/documents/saferwork_english.pdf
5. *Work Wise: Sex worker handbook on human rights, health and violence*. Cape Town, Afrique du Sud : Sex Worker Empowerment, Advocacy and Training (SWEAT), 2004. www.sweat.org.za
6. *Gender Strategies in Concentrated Epidemics: Case study series*. AIDSTAR-One, The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief and United States Agency for International Development. www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/marps_concentrated_epidemics_series
7. Spratt K. 2011. *Integrating PEPFAR Gender Strategies into HIV Programs for Most-at-Risk Populations*. Arlington, VA: AIDSTAR-One, Directive de tâche 1. www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR_One_Report_IntegratingGenderStrategies_MARPs.pdf
8. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
9. *Integrating Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programs in Africa*. Arlington, VA: AIDSTAR-One, 2009. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Gender_compendium_Final.pdf

⁸ Dans le CUBRR, cet indicateur est défini comme le pourcentage de pays ayant rapporté la disponibilité et l'utilisation d'au moins un point de prestation de services qui fournit un soutien médical, psychologique et légal approprié aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste. Le nombre ou le pourcentage dépend de la conduite d'une enquête ex ante sur ces points de service dans la zone d'intervention.

10. *mHGAIP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/
11. *The power to tackle violence: Avahan's experience with community-led crisis response in India*. Nouvelle Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates, 2009. http://docs.gatesfoundation.org/avahan/documents/avahan_powertotackleviolence.pdf
12. *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001. http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_01.1/en/
13. *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and indicators*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/
14. *Unified Budget, Results and Accountability Framework: Indicator Reference*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH sida, 2012. http://jpms.unaids.org/sites/default/files/JPhelp/2012-2015_UBRAF_Indicator_Definitions.pdf

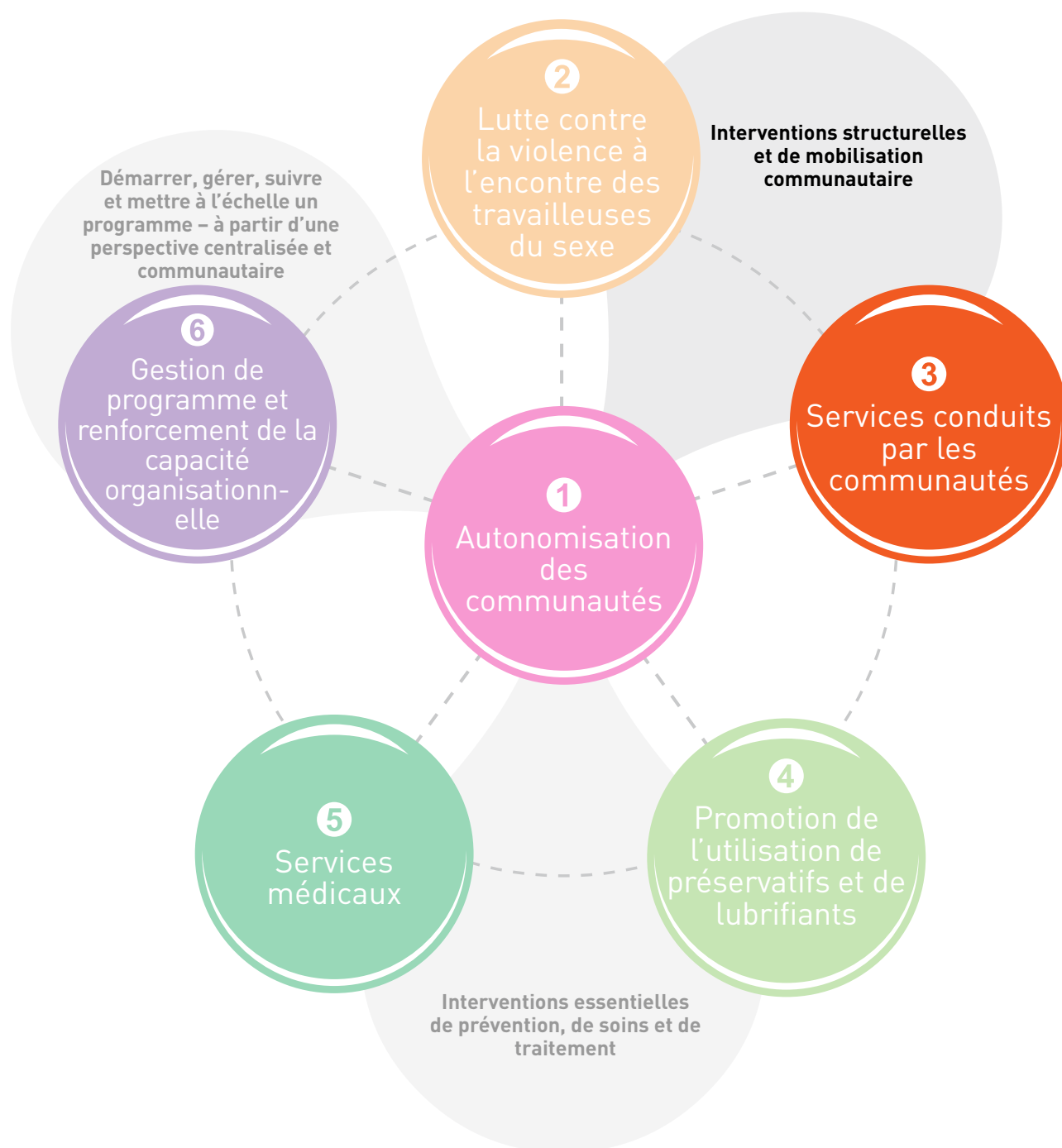
Lectures complémentaires

1. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, et al. « *Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's Instruction 417* ». *Health and Human Rights*, 2013; 14(2):34–48.
2. Carlson CE, Chen J, Chang M, et al. « *Reducing intimate and paying partner violence against women who exchange sex in Mongolia: results from a randomized clinical trial* ». *Journal of Interpersonal Violence*, juillet 2012; 27(10):1911–1931.
3. Decker M, Wirtz AL, Pretorius C, et al. « *Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise*. » *American Journal of Reproductive Immunology*, 2013; 69(Suppl 1):122–132.
4. Kerrigan D, Telles P, Torres H, et al. « *Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil*. » *Health Education Research*, février 2008; 23(1):137–145.
5. Penfold C, Hunter G, Campbell R, et al. « *Tackling client violence in female street prostitution: inter-agency working between outreach agencies and the police*. » *Policing and Society*, 2004; 14(4):365–379.
6. Reza-Paul S, Lorway R, O'Brien N, et al. « *Sex worker-led structural interventions in India: a case study on addressing violence in HIV prevention through the Ashodaya Samithi collective in Mysore*. » *The Indian Journal of Medical Research*, 2012; 135:98–106.



3

Services
conduits par les
communautés



Que contient ce chapitre ?

- définit les **services conduits par les communautés** (Section 3.1)
- décrit comment concevoir et mettre en œuvre trois types de services conduits par les communautés :
 - Sensibilisation conduite par la communauté (Section 3.2)
 - Espaces sécurisés (centres communautaires) (Section 3.3)
 - Comités communautaires et groupes-conseils (Section 3.4).

Ce chapitre fournit également une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 3.5).

3.1 Introduction

Les services conduits par les communautés, soit la prise en main par les travailleuses du sexe des activités de sensibilisation et de supervision d'un programme de prévention du VIH, ont fait la preuve de leur efficacité dans l'atteinte des résultats ciblés.¹ Ils permettent également aux travailleuses du sexe de lever les obstacles structurels à l'application de leurs droits et renforcent leur capacité à changer les normes sociales, ceci dans une perspective de réduction d'une vulnérabilité qui dépasse largement l'infection potentielle au VIH.

Les services conduits par les communautés sont conçus, mis en œuvre et suivis par les travailleuses du sexe (ou avec elles) et :

- Améliorent de façon durable et fiable, notamment à travers la sensibilisation et le référencement, l'accès aux services cliniques et à certains matériels (préservatif, lubrifiants, aiguilles et seringues).
- Assurent la riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe et mettent en œuvre d'autres interventions structurelles.
- Adoptent une approche progressive aux changements de comportements et sociétaux, qui renforce non seulement les connaissances, mais également les compétences et les dispositifs de prévention, de soins et de traitement viables et durables.
- Utilisent des systèmes formels et informels de rétroaction communautaire, qui permettent d'améliorer la qualité des prestations médicales et autres services, mais aussi d'amorcer d'autres initiatives, par exemple avec les services sociaux, qui dépassent la conduite d'un programme de prévention du VIH.

L'implication individuelle et communautaire des travailleuses du sexe permet d'assurer une assise solide aux interventions liées au VIH, de créer un environnement favorable et d'encourager l'autonomisation de la communauté. Elle rend également les programmes plus efficaces et plus efficaces. Avec un appui soutenu, les services conduits par les communautés peuvent se transformer en initiatives efficaces qui s'attaquent aux obstacles structurels et aux conditions sous-jacentes à la vulnérabilité et aux risques.

Dans une approche de services conduits par les communautés, les méthodes et instruments développés pour les activités de première ligne soutiennent également la gestion du programme. Lorsqu'une telle approche est adoptée, il faut s'assurer que les travailleuses du sexe jouent un rôle prédominant dans la conduite des interventions, notamment au cours de leur conception, de leur mise en œuvre et de leur supervision. L'approche peut d'ailleurs desservir plusieurs types d'activités. Cette section aborde trois des plus importantes pour la mise à l'échelle avec les travailleuses du sexe d'un programme de prévention du VIH: la sensibilisation conduite par les communautés, la présence d'espaces sécurisés (centres communautaires) et les comités communautaires et groupes-conseils (Figure 3.1).

¹ Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont conduites par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

Encadré
3.1**Appliquer des pratiques optimales et éprouvées en matière de programmes conduits par les travailleuses du sexe**

Les interventions axées sur la prévention du VIH sont souvent réalisées par des organisations non gouvernementales (ONG). Dans certains contextes, l'implication immédiate ou au cours de la phase initiale d'un programme (la première année par exemple) des travailleuses du sexe dans la sensibilisation des membres de leur communauté peut représenter un défi et pousser l'ONG à agir unilatéralement. Dans ce cas, le programme doit favoriser un recrutement, un renforcement des capacités et une implication aussi rapide que possible des travailleuses du sexe et voir à leur confier des responsabilités croissantes dans la conduite du programme.

Certaines des directives de ce chapitre sont émises en assumant que l'organisme de mise en œuvre est une ONG et n'est pas composé que de travailleuses du sexe. Les directives doivent en effet être interprétées de façon différente si la mise en œuvre est assurée par une organisation de travailleuses du sexe communautaire. La section 1 propose d'ailleurs une vision et des exemples de programmes de haute qualité et durables mis en œuvre par des organisations de travailleuses du sexe.

Figure 3.1 Types de services conduits par les communautés

**Sensibilisation conduite
par la communauté
(assurée par les
travailleuses du sexe)**
Section 3.2

Une travailleuse du sexe (intervenante en sensibilisation communautaire) s'assure que les besoins individuels ou collectifs de prévention et de soins des travailleuses du sexe sont satisfaits.

**Espace sécurisé
(centre communautaire)**
Section 3.3

Un lieu où les travailleuses du sexe peuvent se relaxer, socialiser et tenir des réunions ou autres activités qui renforcent l'appartenance au groupe.

**Comité communautaire
et groupe-conseil**
Section 3.4

Pour améliorer la qualité des services en fournissant des opportunités de rétroaction au programme.

2 Il s'agit de l'organisme qui procède à une intervention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une organisation non gouvernementale fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre

3.2 Sensibilisation prise en charge par la communauté

Sensibilisation conduite par la communauté (assurée par des travailleuses du sexe)

- Principale interface entre le programme (intervenantes en sensibilisation communautaire) et la majorité de la communauté.
- Promotion de services et de référencement entre la communauté et les services de distribution de préservatifs, de conseil et dépistage volontaire au VIH, de soins, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles, de thérapie antirétrovirale, de prise en charge et autres services.
- Point d'entrée pour le renforcement du leadership communautaire.
- Point d'entrée pour le renforcement de la réponse communautaire aux situations de crises et autres interventions structurelles.

La sensibilisation conduite par la communauté crée un lien essentiel entre cette dernière et les services de prévention, de traitement et de soins du VIH offerts par un programme. Elle renforce la capacité des travailleuses du sexe à tirer parti de leurs connaissances concrètes de la vulnérabilité et des risques et les encourage à apporter, en collaboration avec les membres de leur communauté, des solutions pratiques aux problèmes d'accès et de pérennisation des services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les intervenantes en sensibilisation communautaire³ entretiennent des relations avec les autres travailleuses du sexe, comprennent leurs besoins individuels et leur fournissent sur une base régulière des services de haute qualité (ou le référencement approprié). En assurant le suivi de la vulnérabilité et des risques relatifs propres à chaque situation individuelle, les intervenantes en sensibilisation communautaire permettent également au programme de recueillir des données de première ligne.

Encadré 3.2

Sensibilisation assurée par la communauté et autonomisation de la communauté

Lorsqu'elle est adéquate, la sensibilisation assurée par la communauté peut rejoindre un nombre substantiel de membres, et ceci de façon individualisée et régulière. La compréhension et l'investissement personnel des intervenantes en sensibilisation communautaire dans le bien-être de leur communauté sont essentiels au succès d'une intervention et des services qu'elle propose. Par conséquent, ces intervenantes doivent être respectées et recrutées judicieusement. 2 éléments importants doivent être considérés :

- Le terme « communautaire » ne devrait pas être compris ou utilisé de façon à impliquer que les intervenantes communautaires sont moins qualifiées ou moins compétentes que les agents de sensibilisation faisant partie du personnel.
- Les intervenantes en sensibilisation communautaire ne sont pas des volontaires; leur travail doit être rémunéré à un taux comparable à celui des autres personnels et elles devraient se voir offrir des opportunités de promotion à un poste permanent rémunéré au sein de l'organisme de mise en œuvre.

3.2.1 Que font les intervenantes en sensibilisation communautaire?

Les intervenantes en sensibilisation communautaire assurent généralement la conduite des activités clés suivantes :

3 Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel permanent d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ».

- Tenir des rencontres individuelles régulières (par ex. mensuelles) avec les travailleuses du sexe dans les zones qui leur sont assignées. Un ratio d'une intervenante en sensibilisation communautaire par 35-65 travailleuses du sexe peut être appliqué si la densité de la communauté le permet (voir aussi le Chapitre 6, Tableau 6.4).
- Évaluer les besoins individuels en prévention, traitement et soins du VIH et voir à ce que le programme et la communauté élaborent un plan de réponse à ces besoins.
- Évaluer le nombre de préservatifs requis pour une pratique régulière du travail sexuel et distribuer le nombre nécessaire à chaque travailleuse en fonction de la date du prochain contact.
- Promouvoir l'utilisation d'espaces sécurisés (centres communautaires) par la communauté (voir Section 3.3 ci-dessous).
- Encourager la consultation médicale de routine, notamment sur les infections sexuellement transmissibles (IST), expliquer la teneur des services, référer les cas d'IST identifiés sur le terrain et accompagner les travailleuses du sexe référencées à la consultation médicale si nécessaire. Plaider afin que les travailleuses du sexe aient accès aux services si ces derniers leur sont refusés.
- Encourager le conseil dépistage volontaire (CDV) du VIH, et accompagner les cas référencés si requis (voir Chapitre 5, Section 5.2).
- Accompagner les travailleuses du sexe vivant avec le VIH au centre de traitement si nécessaire, assurer le suivi et les encourager à entreprendre une thérapie antirétrovirale (voir Chapitre 5, Section 5.3).
- Si le programme assure des prestations de services aux consommateurs de drogues injectables, distribuer du matériel d'injection stérile et autres consommables susceptibles de réduire les risques entraînés par ces pratiques; assurer le référencement aux services médicaux si nécessaire (voir Chapitre 5, Section 5.5 pour de plus amples informations).
- Renseigner les travailleuses du sexe sur la santé sexuelle et de la reproduction et les référer aux services pertinents si nécessaires.
- Contribuer à la gestion des systèmes de réponse aux situations de crise (voir Chapitre 2, Encadré 2.9). Fournir des informations sur les systèmes de soutien additionnel pour les travailleuses du sexe victimes de violences.
- Participer aux comités communautaires et groupes-conseils (faire des recommandations pour l'amélioration des relations entre le personnel/les cliniques, la conduite de la sensibilisation, la disponibilité d'espaces sécurisés), prendre part aux activités de mobilisation communautaire, et assurer la rétroaction du terrain sur les méthodes susceptibles d'améliorer la mise en œuvre du programme.

3.2.2 Étapes de mise en œuvre de la sensibilisation conduite par la communauté

Plusieurs étapes sont nécessaires à la conduite d'activités de sensibilisation communautaire auprès des travailleuses du sexe :

- A.** Cartographier la communauté et élaborer avec elle la stratégie de sensibilisation.
- B.** Recruter et former les intervenantes en sensibilisation communautaire.
- C.** Mettre en œuvre et gérer les activités de sensibilisation.
- D.** Encourager les opportunités de leadership par les intervenantes en sensibilisation communautaire.

A. Cartographier la communauté et élaborer avec elle une stratégie de sensibilisation

L'établissement d'un dispositif solide de sensibilisation conduite par la communauté demande la collaboration de l'équipe programme, des travailleuses du sexe et des autres individus présents sur les lieux où se pratique le travail du sexe. La collecte de données fiables et la consultation sensée des travailleuses du sexe et autres individus et institutions concernés permet de s'assurer que le programme dispense des services acceptables et accessibles au plus grand nombre possible de membres de la communauté et que celle-ci considère ces services utiles et leur accorde son soutien.

En outre, il est essentiel de savoir où se trouvent les travailleuses du sexe et comment les rejoindre. La première étape consiste donc à cartographier et à estimer la taille du groupe cible (voir Chapitre 6, Encadré 6.4 et Figure 6.5). Lorsque ce processus a permis d'identifier les lieux de travail individuels dans la zone couverte, il faut avoir

recours à la participation des membres de la communauté pour évaluer la qualité des services déjà disponibles et les caractéristiques du milieu, ainsi que les risques et vulnérabilités spécifiques des travailleuses du sexe.

Les étapes de consultation locale qui permettent de renseigner la cartographie sont les suivantes :

1. Recruter un groupe restreint de travailleuses du sexe qui participera à la cartographie. Ce groupe devra connaître de façon détaillée les lieux et les habitudes de travail des membres de la communauté.
2. Travailler avec les travailleuses du sexe à l'élaboration de cartes qui situent les lieux de travail des travailleuses du sexe (notamment stations d'autobus, bordels, bars, casernes militaires, etc.) dans les zones les plus densément peuplées de la zone couverte (Figure 3.2). Il faut également identifier les points services déjà présents, par exemple en matière de distribution de préservatifs (ou d'établissement commercial qui les vend dans le cadre d'un programme de marketing social) (voir Figure 3.3).
3. Identifier et établir, en collaboration avec le groupe restreint de travailleuses du sexe, des contacts avec des « informateurs clés » présents sur les lieux répertoriés, notamment d'autres travailleuses du sexe et des gestionnaires ou propriétaires de bordels ou de bars. À travers la conduite de discussions de groupe avec ces informateurs clés, établir une estimation consensuelle du nombre de travailleuses du sexe actives sur les lieux répertoriés (voir Figure 3.4). Enregistrer ces informations pour utilisation dans l'avenir, notamment lors du recrutement d'intervenantes en sensibilisation communautaire qui suivra la finalisation de la planification stratégique de la sensibilisation.
4. Prévoir une prestation de services sur la base des informations tirées des rencontres avec les informateurs clés, notamment en matière de lieux et de périodes appropriés aux rencontres avec les travailleuses du sexe. Afin de maximiser l'accès aux services, les services de santé concernés et espaces sécurisés devraient être situés à proximité des zones à haute densité de travailleuses du sexe. En outre, des services additionnels pourraient être ajoutés. Par exemple, si de nombreuses travailleuses du sexe d'une zone donnée ont des enfants, un service à faible coût de consultation médicale de routine des enfants peut être ajouté aux prestations offertes par un établissement de santé; cependant, si les forces policières constituent un problème majeur, les interventions de riposte à la violence doivent alors être priorisées.
5. À travers les informateurs clés, rencontrer et établir des relations avec d'autres travailleuses du sexe susceptibles d'être recrutées comme intervenantes en sensibilisation communautaire.

Protection des travailleuses du sexe au cours du processus de cartographie

Informateurs clés : L'influence qu'exercent les informateurs clés, notamment les propriétaires et gestionnaires de bordels et de bars, sur la vie des travailleuses du sexe doit être systématiquement prise en considération au moment de la cartographie. Même si ces informateurs sont susceptibles de promouvoir l'utilisation du préservatif, de référer les travailleuses du sexe aux services appropriés et de les protéger contre le harcèlement et la violence, ils peuvent également s'opposer à tous ces services. Il faut donc s'assurer que les décisions relatives à leur collaboration soient prises par les travailleuses du sexe et que les activités planifiées n'entraînent aucune pression, aucun préjudice ou aucune exposition non désirée.

Cartes : Les cartes contenant des informations sur la localisation et/ou l'identité des travailleuses du sexe doivent être considérées confidentielles et placées dans un endroit central sécurisé. Les planificateurs et responsables de la mise en œuvre d'un programme doivent se prémunir contre la possibilité que les cartes soient réclamées par les forces policières ou d'autres groupes pour localiser et fermer les lieux de travail ou encore pour porter préjudice aux travailleuses du sexe. Si ces documents confidentiels sont diffusés, il est fort probable que la confiance de la communauté dans le programme en soit détruite.

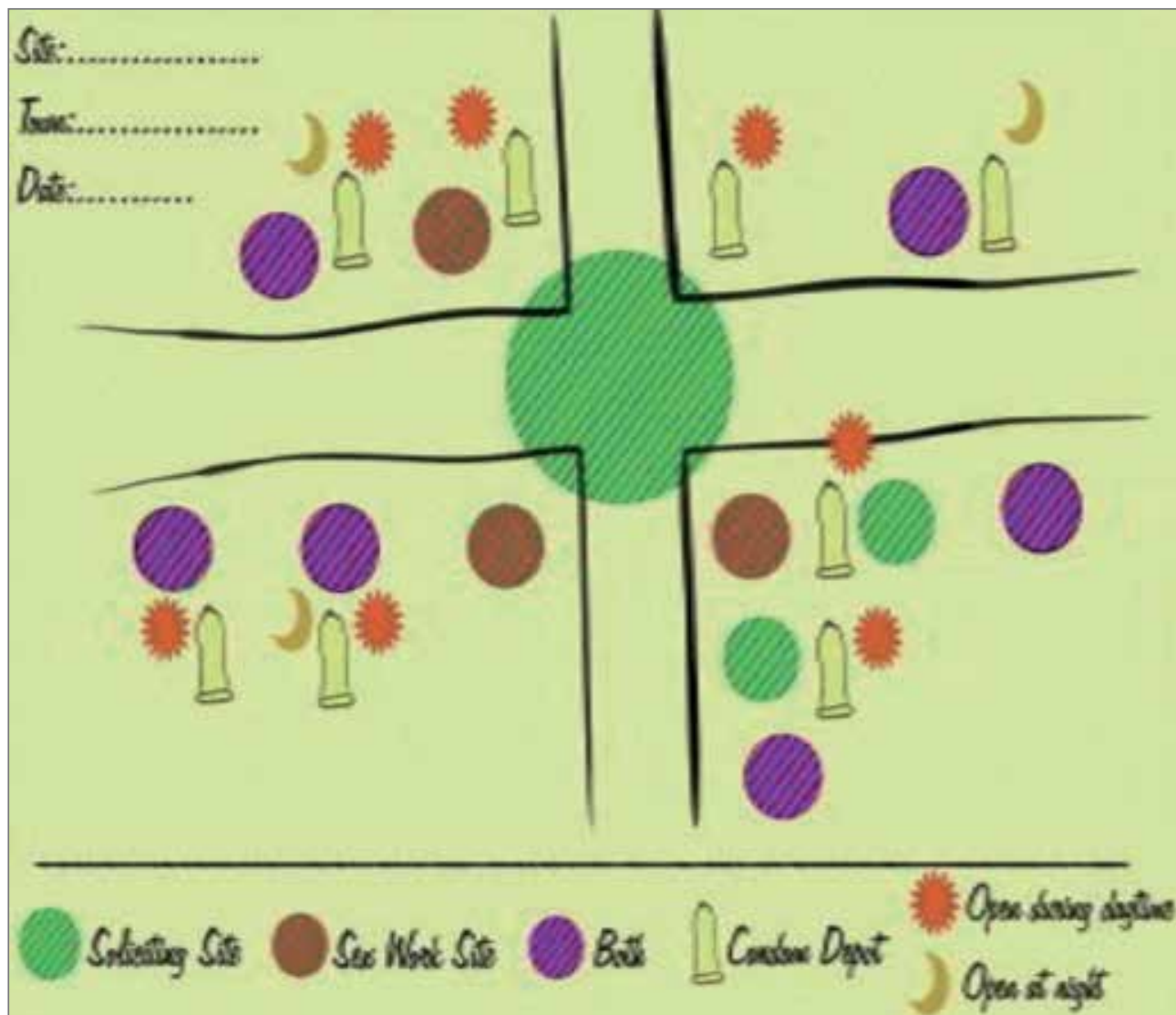
Figure 3.2 Carte de la communauté



Cette carte, établie par une travailleuse du sexe, représente les lieux de travail et le nombre respectif de membres de la communauté du quartier, ainsi que les endroits où les services sont disponibles

Source: India HIV/AIDS Alliance, Andhra Pradesh, India

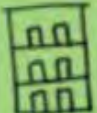
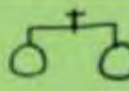
Figure 3.3 Cartographie des points de distribution de préservatifs



Cette carte, qui reproduit celle qui a été établie par les travailleuses du sexe, présente les points de distribution de préservatifs par heure d'ouverture

Source: Karnataka Health Promotion Trust, Karnataka, Inde

Figure 3.4 Carte d'information d'une travailleuse du sexe

Nom de la travailleuse/Symbole identifiant la travailleuse	Lieu de résidence	Lieu de travail	Lieu de rendez-vous	Temps où elle est disponible			
				Matin	Après-midi	Soir	Nuit
 Coordonnées							
 Éducation							
 Compagnie							
 Kalyani							

Ce graphique renseigne sur les lieux de travail des travailleuses du sexe à des fins de planification de la sensibilisation. Il s'adresse aux travailleuses du sexe analphabètes. Les dessins de la travailleuse du sexe permettent d'identifier les autres membres de la communauté qu'elle connaît et les endroits où elles vivent, sollicitent les clients et ont des rapports sexuels avec eux. De même, les symboles identifient les moments de la journée pendant lesquels elles sont disponibles pour une conversation. Le graphique peut être utilisé par la travailleuse du sexe afin de se rappeler les détails relatifs à chaque individu en particulier lorsque nécessaire.

Source: Karnataka Health Promotion Trust (Programme fiduciaire de promotion de la santé), Karnataka, Inde

B. Recruter et former les intervenantes en sensibilisation communautaire

Les étapes présentées ci-dessous détaillent le processus optimal de recrutement et de formation des intervenantes en sensibilisation communautaire. Lorsqu'une nouvelle intervention démarre, ces étapes peuvent être franchies graduellement, lorsque le programme rejoint un nombre plus important de membres de la communauté. Dans les faits, un programme démarre souvent avec quelques intervenantes en sensibilisation communautaire seulement et une structure organisationnelle plutôt informelle, qui deviendra plus formelle avec l'augmentation du nombre de travailleuses du sexe participantes.

1. **Élaborer les mandats des intervenantes** en sensibilisation communautaire, y compris les critères de sélection et les rôles et responsabilités y afférent (voir Encadré 3.3). Mentionner les politiques de rémunération, les frais de transport admissibles, les indemnités forfaitaires, etc.
2. **Élaborer les directives de recrutement, de maintien en poste, d'évaluation et de promotion** des intervenantes en sensibilisation communautaire. Le processus de sélection doit être publicisé dans la communauté afin que toutes celles qui souhaitent agir comme intervenante en sensibilisation communautaire puissent soumettre leur candidature. Collaborer avec les autres programmes en cours dans le département/le pays pour s'assurer que la rémunération offerte par les différents programmes est, si possible, cohérente et transparente.
3. **Programmes de formation** : Vérifier si un programme est disponible et approprié au contexte de l'intervention. Idéalement, le programme sera élaboré et standardisé au niveau central/régional, mais il est possible qu'il doive être adapté en fonction de la langue et de déterminants culturels locaux (voir Encadré 3.4 et les ressources mentionnées à la Section 3.5). Il faut également vérifier la disponibilité de formateurs.

4. **Adapter les outils de sensibilisation aux intervenantes.** Il pourra s'agir ici de formulaires de suivi quotidien et mensuel des facteurs de risque et de la vulnérabilité individuelle ou encore de la capacité d'accès aux services. Les outils de sensibilisation doivent adopter une forme graphique lorsque les intervenantes en sensibilisation communautaire sont faiblement alphabétisées (voir Figure 3.7).
5. Élaborer un plan de formation par étapes qui permet de renforcer graduellement les compétences, la confiance et le leadership des intervenantes en sensibilisation communautaire (voir ci-dessous et Encadré 3.4). Ce plan devra prévoir la formation régulière de nouvelles intervenantes afin de s'assurer que le programme dispose en permanence des ressources nécessaires. La formation devra également favoriser l'amélioration des compétences et l'exposition de l'intervenante à toutes les composantes d'un programme, ceci de façon à s'assurer que celle-ci est en mesure d'expliquer la teneur des processus médicaux aux travailleuses du sexe.
6. Élaborer un plan de carrière des intervenantes en sensibilisation communautaire et voir à ce qu'elles aient l'opportunité d'assumer des responsabilités croissantes dans la direction des activités du programme, dans la supervision de la sensibilisation et des autres aspects couverts, notamment en assumant des fonctions qui relèvent habituellement du personnel recruté par l'ONG. Cette approche doit s'appliquer à des activités qui permettent aux intervenantes de démontrer leur leadership dans la conduite d'activités de sensibilisation, de mise à disposition d'espace sécurisé, de fonctionnement de comités communautaires, etc.
7. Expliquer au personnel régulier les raisons de la progression des travailleuses du sexe au sein de l'ONG si nécessaire, afin de s'assurer qu'il n'y a aucune perception de concurrence (voir le Chapitre 6, Section 6.2.8).

Recruter les intervenantes en sensibilisation communautaire

Lors du démarrage d'un programme, il est possible que la sélection des intervenantes en sensibilisation communautaire se fasse de façon plutôt informelle : l'organisme de mise en œuvre invite les travailleuses du sexe ayant participé à la cartographie et à la planification initiales à s'impliquer dans le programme à titre d'intervenantes en sensibilisation communautaire et/ou à identifier directement des travailleuses du sexe aptes à remplir ce rôle. Dans les deux cas, les critères de sélection énumérés à l'Encadré 3.3 devraient être pris en considération, de même que le rapport entre les travailleuses du sexe impliquées dans la cartographie et les autres membres de leur communauté.

Encadré 3.3

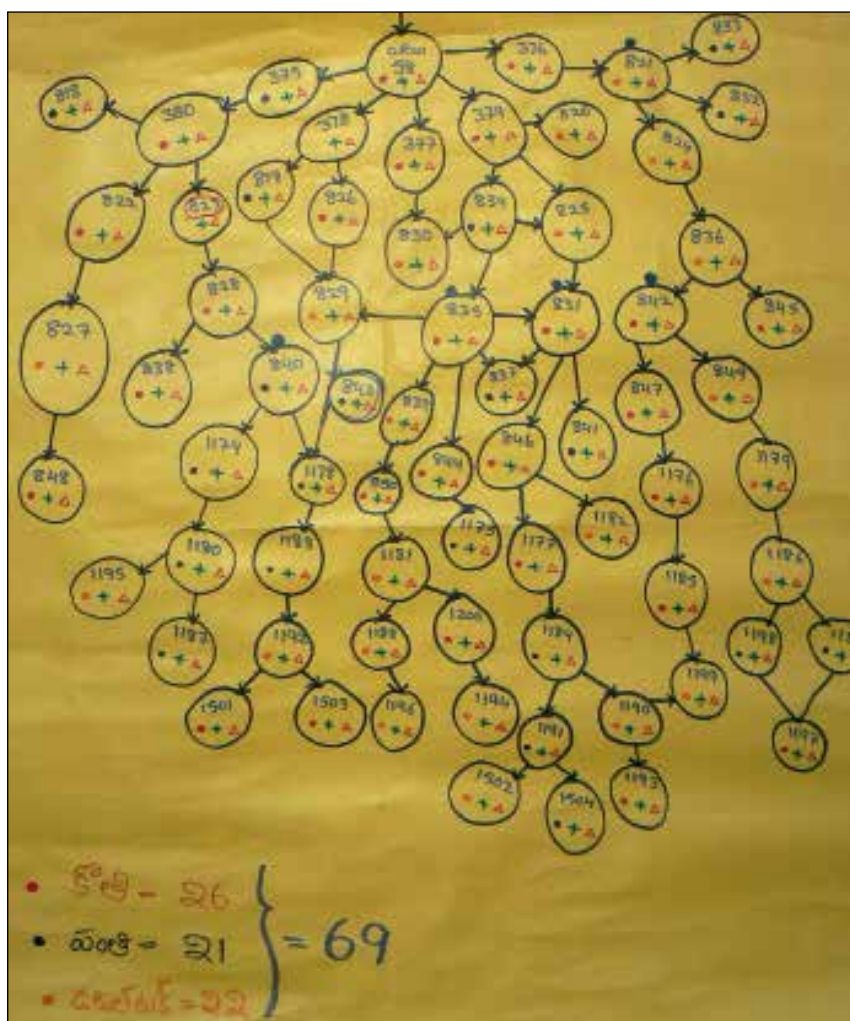
Critères de sélection recommandés pour le recrutement d'une intervenante en sensibilisation communautaire

- Travaille actuellement comme travailleuse du sexe et dispose du temps nécessaire à la conduite des activités de sensibilisation. Adhère aux objectifs et aux buts du programme.
- Possède une connaissance suffisante du contexte et de l'environnement local.
- Acceptée par la communauté.
- Redevable envers la communauté et envers le programme.
- Tolérante et respectueuse des autres communautés de travailleuses du sexe lorsque celles-ci présentent des caractéristiques différentes.
- Capable d'assurer la confidentialité des informations.
- Bonnes capacités d'écoute, de communication et de rapports interpersonnels.
- Confiance en soi et potentiel de leadership.
- Peut servir d'exemple solide sur les comportements recommandés aux autres.
- Disposée à apprendre et à agir sur le terrain.
- Résolue à être disponible pour les autres travailleuses du sexe victimes de violences ou d'une urgence.

Lorsque le programme évolue, des processus plus structurés de sélection de nouvelles intervenantes en sensibilisation communautaire peuvent être mis en place :

1. Un comité informel de leaders communautaires et de personnels du programme, incluant les intervenants en sensibilisation communautaire déjà recrutés, définit les critères de sélection des nouvelles intervenantes, identifie les candidates potentielles, les contacte afin de vérifier si elles sont intéressées et procède à une entrevue initiale. Les candidates sont classées en fonction des critères mentionnés à l'Encadré 3.3.
2. Les candidates procèdent, avec l'appui du coordonnateur des activités de sensibilisation, à un exercice de cartographie de leur réseau social de travailleuses du sexe afin d'en déterminer l'ampleur (voir Figure 3.5).
3. Les intervenantes en sensibilisation communautaire déjà actives s'informent auprès des contacts des candidates pour vérifier si ces dernières seraient acceptées comme intervenantes en sensibilisation communautaire.
4. Sur la base des entrevues, de la cartographie du réseau social et des consultations, le comité sélectionne le nombre nécessaire de nouvelles intervenantes en sensibilisation communautaire.
5. Le comité discute des méthodes de suivi communautaire de la performance des intervenantes (par exemple, à travers un comité communautaire formel : voir Section 3.4.3.). Les membres de la communauté doivent pouvoir contacter aisément le programme pour toute question relative aux activités d'une intervenante en sensibilisation communautaire.

Figure 3.5 Cartographie du réseau social



Cette carte d'un réseau social démontre les liens de connaissance et d'amitié qui relient les travailleuses du sexe actives sur un lieu en particulier. La carte a été réalisée par une travailleuse du sexe afin de démontrer les différents niveaux de connexion qui la relie aux autres. Chaque cercle représente un individu et les flèches désignent les autres travailleuses du sexe qu'elle connaît. Les intervenantes en sensibilisation communautaire efficaces ont des réseaux importants. La carte peut être utilisée pour assigner une intervenante à un groupe particulier de travailleuses du sexe et pour s'assurer que chaque intervenante contacte les travailleuses du sexe qu'elle connaît le mieux.

Source: India HIV/AIDS Alliance (Alliance VIH/sida d'Inde), Andhra Pradesh, Inde

Former les intervenantes en sensibilisation communautaire

Les formations doivent être régulières et de type varié:

1. Formation de base en début d'implication dans le programme.
2. Sessions de formation avancées, au moins trimestrielles, pour renforcer les connaissances et les compétences.
3. Mentorat informel par le gestionnaire/superviseur en sensibilisation qui appuie les intervenantes en sensibilisation communautaire (quotidien).
4. Discussions de groupe et mentorat des intervenantes en sensibilisation communautaire (hebdomadaire).

Les programmes de formation doivent être interactifs. L'intégration dans leur travail des expériences et des initiatives des intervenantes en sensibilisation communautaire constitue un avantage et doit être valorisée. Ceci implique également que les formations sont plus efficaces lorsqu'elles sont assurées par des formateurs issus de la communauté. (Les formateurs doivent être rémunérés).

La formation de base aborde par exemple les questions suivantes :

- Les compétences de communication interpersonnelle qui permettent de renforcer la confiance et le libre arbitre individuel (le choix, le contrôle et le pouvoir de décider pour soi-même), incluant les discussions sur l'éthique professionnelle en matière de tact, de non-jugement et de confidentialité.
- L'analyse des écarts entre l'offre et la demande en préservatifs, la négociation sur le port du préservatif et les fondements de la distribution.
- La cartographie des réseaux sociaux.
- La gestion de la prévention et des soins, y compris les outils de micro-planification et la tenue de dossiers.
- Les symptômes d'IST et processus pathologiques, le référencement et le traitement des IST, du VIH, du sida et de la tuberculose (TB).
- L'identification et la discussion de la violence et le soutien psychologique.
- La mobilisation communautaire.

La formation avancée aborde par exemple les questions suivantes :

- Compétences avancées de communication et de conseil.
- Compétences de leadership.
- La riposte à la stigmatisation, à la discrimination et au harcèlement.
- L'alphabétisation légale, la négociation avec les policiers et la demande de soutien communautaire.
- L'intervention en cas de violence et de crise.
- Le conseil lié à la consommation excessive de drogues et d'alcool.
- L'établissement de liens de référencement vers d'autres services (par ex. de santé de la reproduction).
- La prise en charge et les soins aux personnes vivant avec le VIH.
- L'interaction avec les médias (afin de promouvoir une image positive de la communauté).

Encadré
3.4**Cas d'exemple : Approches de formation des intervenantes en sensibilisation communautaire**

Le *National STI and AIDS Control Programme* (Programme national de contrôle des IST et du sida) du Kenya a développé une boîte à outils destinée aux intervenants hommes et femmes en sensibilisation communautaire (pairs éducateurs) qui comprend un manuel de référence, un manuel de formation et un cahier du participant (non disponible en ligne). La boîte à outils utilise un langage simple et des dessins. Le manuel comprend sept modules :

1. Pairs éducateurs: qui nous sommes et ce que nous faisons.
2. Tout ce que nous devons savoir sur le VIH, les IST et la santé sexuelle et de la reproduction.
3. Comment prévenir le VIH et les IST.
4. Savoir si l'on est séropositif: promotion du conseil dépistage volontaire du VIH.
5. Notre avenir.
6. Créer un environnement favorable au changement de comportement.
7. Enregistrer et faire rapport sur nos progrès.

En Macédoine, le projet *Health Options Skopje* (HOPS) (Options santé) dispense des formations moins formelles dont le contenu et la durée sont adaptés aux antécédents, au niveau d'éducation et aux compétences de chaque groupe d'intervenantes en sensibilisation communautaire. Les sujets traités concernent notamment :

- L'historique du HOPS, ses programmes et sa structure organisationnelle.
- Le rôle d'une intervenante en sensibilisation communautaire recruté par le HOPS.
- Le VIH, le sida et les IST.
- Le travail de sensibilisation et ses principes.
- Les droits de l'homme et les droits sexuels.
- La traite d'êtres humains et l'exploitation sexuelle.
- L'introduction au programme de réduction des préjudices de HOPS.
- Les types de drogues et les conséquences de leur utilisation.
- Des visites terrain sur les lieux de travail du sexe et dans les espaces sécurisés (centres communautaires) du programme.

À la fin de la formation, les intervenantes en sensibilisation communautaire reçoivent une attestation de participation, ce qui les encourage et assure la reconnaissance de leurs efforts d'apprentissage et de renforcement de leurs compétences professionnelles. Ce constat s'applique tout particulièrement aux travailleuses du sexe qui n'ont pas reçu d'éducation de base formelle.

C. Mettre en œuvre et gérer la sensibilisation**Modalités de promotion de l'accès aux services par les intervenantes en sensibilisation communautaire**

Préservatifs et lubrifiants : Les intervenantes en sensibilisation communautaire contribuent au changement de comportement (c.-à-d. l'adoption de comportements sexuels à moindre risque) en assurant la démonstration, la promotion et la distribution de préservatifs et de lubrifiants. Ils représentent souvent la source la plus fiable de distribution de préservatifs, particulièrement dans les régions où l'intervention est récente et où les travailleuses du sexe n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec leurs clients et leurs partenaires réguliers. Même dans les programmes à plus long terme, les besoins en préservatifs relativement importants des travailleuses du sexe font des intervenantes en sensibilisation communautaire un maillon essentiel de la chaîne d'approvisionnement.

Services médicaux : Les intervenantes en sensibilisation communautaire assurent la liaison entre la communauté et les services publics. Elles accompagnent sur demande les travailleuses du sexe lors de consultations médicales et plaident pour elles si nécessaire. Les intervenantes font la promotion du référencement, expliquent le déroulement d'une consultation et enregistrent les données relatives au référencement et aux consultations médicales pour IST ou CDV. En outre, elles apportent au programme un éclairage essentiel sur les modalités susceptibles non seulement de renforcer la disponibilité et l'accessibilité des services, mais aussi leur utilisation régulière par les travailleuses du sexe. Les intervenantes vérifient également la qualité des services et l'absence de coercition dans l'établissement de santé. Enfin, elles restent disponibles pour un appui-conseil post CDV et s'assurent que ceux qui déclarent être séropositifs sont référés et ont accès à des soins appropriés.

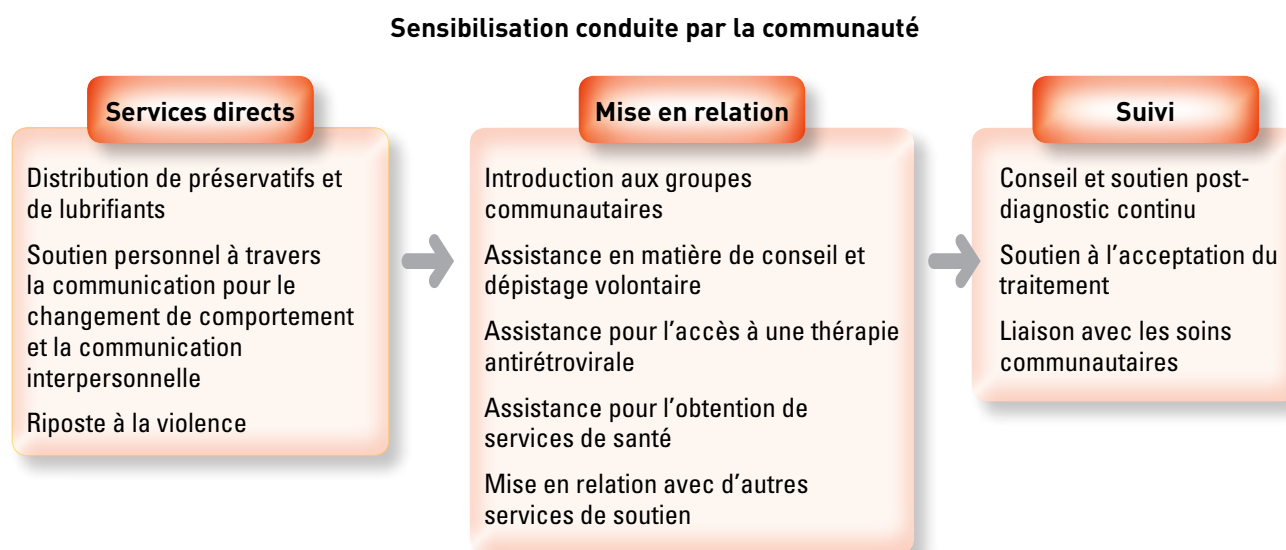
Interventions structurelles : Les intervenantes en sensibilisation communautaire mobilisent les membres de leur communauté afin que celle-ci prenne part aux initiatives de riposte à la stigmatisation, à la discrimination, à la violence et au harcèlement par les forces policières et qu'elle participe à la création de dispositifs de soutien social, par exemple un accès sécurisé à la scolarisation des enfants de travailleuses du sexe.

Services conduits par les communautés : Grâce à leur contact direct avec le programme et la communauté, les intervenantes en sensibilisation communautaire apportent un éclairage essentiel à la planification d'un programme et à la conduite de processus politiques au niveau local, national et mondial.

Gérer la sensibilisation

La gestion de la sensibilisation s'opère à deux niveaux : l'intervenante en sensibilisation communautaire gère ses propres interventions de sensibilisation auprès des travailleuses du sexe ; le personnel du programme supervise et soutient son travail.

Figure 3.6 Exemples illustrant la gestion des besoins d'une travailleuse du sexe par une intervenante en sensibilisation communautaire



L'intervenante en sensibilisation communautaire en tant que gestionnaire de la sensibilisation

L'intervenante en sensibilisation communautaire utilise avec chaque travailleuse du sexe une approche de prévention et de gestion de cas qui comprend plusieurs étapes pouvant être réévaluées et répétées au besoin.

1. Évaluer l'ampleur des besoins individuels en utilisant un outil standardisé (voir « la micro-planification » ci-dessous).
2. Développer avec les travailleuses du sexe un plan d'action pour la satisfaction des besoins pouvant être couverts par le programme.

3. Fournir les matériels, les informations et le conseil de base nécessaires à l'engagement de la travailleuse du sexe pour répondre à ses besoins avec le soutien de la communauté.
4. Faciliter le référencement vers d'autres services, si nécessaire.
5. Assurer un suivi des cas référés avec le soutien et l'information nécessaires.
6. Évaluer et réévaluer régulièrement les besoins individuels.

La Figure 3.6 ci-dessous illustre les différents types de soutien qu'une intervenante en sensibilisation communautaire peut accorder à une travailleuse du sexe, que ce soit en matière de services directs, de liaison à d'autres services ou de suivi.

**Encadré
3.5**

Cas d'exemple: Agenda de santé sexuelle

En Thaïlande, la Fondation *Service Workers in Group* (SWING)(Travailleurs dans le secteur des services en groupe) a développé avec des travailleurs du sexe hommes un agenda de santé sexuelle comme outil pour les aider à assurer un suivi des risques sexuels encourus et à procéder à un autodiagnostic des symptômes d'IST. L'agenda leur permet d'adopter et de conserver un comportement préventif, notamment en matière de dépistage et de traitement des IST. Les informations suivantes sont notées quotidiennement :

- Nombre et type de rapports sexuels (anal/oral/autres):
 - avec un client ou un partenaire;
 - avec ou sans préservatif;
 - avec ou sans lubrifiant;
 - avec préservatif incorrectement utilisé.
- Symptômes d'IST (oui/non/pas certain, pour les différents symptômes énumérés).
- Tests médicaux ou traitement (pour quels symptômes), incluant le dépistage d'une IST ou du VIH.

Chaque agenda est valable pour un mois. La travailleuse du sexe complète le résumé hebdomadaire de l'agenda et le remet à l'intervenant en sensibilisation du programme pour discussion. L'information est également saisie dans la base de données et utilisée dans l'évaluation des risques et l'adaptation des services dispensés à ce travailleur du sexe. Lorsque des symptômes d'IST sont signalés, le travailleur du sexe est encouragé à consulter pour diagnostic et traitement. L'utilisation de l'agenda n'est pas conditionnelle à la prestation de services par le programme, mais l'agenda est largement utilisé et les travailleurs du sexe hommes rapportent qu'il leur est utile. La Fondation SWING entend adapter l'outil aux travailleuses du sexe.

Micro-planification

La micro-planification permet aux intervenantes en sensibilisation communautaire d'assumer leurs responsabilités et de gérer leur travail. Elle favorise l'utilisation des connaissances sur la communauté et des informations recueillies lors des rencontres avec les travailleuses du sexe à des fins de priorisation et de gestion des activités de sensibilisation.

Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont formées à l'utilisation d'outils de collecte de données sur la vulnérabilité, sur les risques propres à chaque individu et sur les services assurés. Les outils de micro-planification, souvent graphiques, sont faciles à utiliser même par des individus faiblement alphabétisés (voir Figure 3.7). En outre, ils peuvent être adaptés à un suivi régulier par voie de téléphonie mobile qui complète/remplace les rapports papier.

Les intervenantes enregistrent les données relatives à chaque rencontre avec une travailleuse du sexe et les agrègent sur une base hebdomadaire ou mensuelle à l'aide du formulaire prévu à cet effet (à moins que les données aient été déjà soumises par voie électronique) et avec l'appui d'un superviseur/gestionnaire si nécessaire. En réponse à des exigences régionales ou nationales, certaines de ces données agrégées pourront

Autres aspects à considérer lors de la sensibilisation

Utilisation de cartes d'identité :

L'émission de cartes d'identité peut faciliter le travail des intervenantes en sensibilisation communautaire. Cette carte, de la taille d'une carte de crédit et endossée par une autorité publique reconnue, par exemple par un haut dirigeant des forces policières, peut être présentée par l'intervenante dans des situations difficiles ou lorsqu'un policier tente de l'empêcher de faire son travail.

Par contre, le port de signes distinctifs, notamment de T-shirts ou autres vêtements d'identification comme intervenante en sensibilisation communautaire risque d'entraîner une distance entre l'intervenante et les autres travailleuses du sexe ou encore d'exposer par association les travailleuses du sexe avec lesquels elle discute.

Lieu de travail :

- Dans les zones urbaines, les programmes doivent déterminer, en consultation avec les intervenantes en sensibilisation communautaire, si ces dernières doivent travailler par deux pour des raisons de sécurité.
- Il peut s'avérer difficile de rejoindre les travailleuses du sexe qui travaillent dans les bars, les bordels ou autres chambres d'hôtes. La sensibilisation des propriétaires et gérants à l'accès aux travailleuses du sexe de leur établissement devrait être menée par des paires accompagnées de personnels du programme si nécessaire. Puisque les travailleuses du sexe vivent généralement en groupe, la sensibilisation sur les lieux de résidence peut s'avérer plus productive, mais uniquement si elle est bienvenue.
- La sensibilisation des travailleuses du sexe qui travaillent à partir de leur domicile ou de ceux qui ne veulent pas être identifiés demande l'adoption d'une approche discrète, par exemple sous couvert de promotion de services de santé aux femmes à faible revenu.

Âge:

- Les travailleuses du sexe les plus jeunes sont généralement préoccupées par les questions de planification familiale, de maintien de leur apparence physique et de maximisation du nombre de clients desservis.
- Par contre, les travailleuses du sexe plus âgées sont généralement préoccupées par la protection de leurs enfants, le soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à leurs familles et une participation inclusive à la gestion du programme

Genre :

Malgré un certain chevauchement, les besoins des travailleurs du sexe hommes, femmes et transgenres peuvent être différents :

- Les travailleurs du sexe hommes pourraient vouloir consulter ou avoir besoin de référencement pour des questions de dysfonctionnement érectile.
- Les travailleurs du sexe transgenre pourraient avoir besoin d'information sur les risques associés à l'injection d'hormones.
- Les travailleuses du sexe pourraient avoir besoin d'appui sur les questions de planification familiale et d'avortement.

Supervision et soutien à la sensibilisation

Un superviseur/gestionnaire est généralement responsable de la formation, de la motivation et du suivi des activités de 5 à 20 intervenantes en sensibilisation communautaire. Il peut s'agir d'une intervenante dont la carrière a progressé ou encore d'un membre du personnel de l'ONG qui assume ce rôle jusqu'à ce que des intervenantes aient été formées à cet effet.

Le superviseur/gestionnaire pilote le travail quotidien des intervenantes, revoit leurs données sur les différents services offerts (nombre de contacts individuels, de contacts groupés, de référencement ou de consultations médicales accompagnées, de préservatifs distribués, etc.), et saisit ces données dans le système de gestion de l'information si aucun autre personnel n'a été affecté à cette tâche. Le superviseur/gestionnaire tient, généralement dans l'espace sécurisé (centre communautaire), des rencontres quotidiennes avec son groupe d'intervenantes en sensibilisation communautaire au cours desquelles les cas prioritaires et les problèmes rencontrés sont discutés et les formations informelles dispensées.

Encadré
3.6

Cas d'exemple: Analyse des écarts d'opportunité
Encadré 3.6 Cas d'exemple: Analyse des écarts d'opportunité

A Karnataka en Inde, les intervenantes en sensibilisation communautaire utilisent un outil simple d'analyse des obstacles qui entravent l'accès individuel des travailleuses du sexe aux services du programme. Les écarts d'opportunité attribuables à des facteurs internes susceptibles d'être contrôlés par le programme (par ex. l'horaire des intervenantes) et à des facteurs externes (par ex. forte mobilité des travailleuses du sexe qui entraîne leur sortie du programme) sont identifiés. Il y a ensuite élaboration de plans d'action susceptibles de lever les obstacles particuliers aux sites en cause.

La Figure 3.8 présente les résultats de l'analyse des écarts d'opportunité effectuée par un intervenant en sensibilisation communautaire responsable de 140 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sur un site particulier. (Même si ces derniers ne sont pas nécessairement des travailleurs du sexe et si le ratio intervenant/hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est élevé en raison de la zone urbaine considérée dans cet exemple, le principe demeure le même). L'intervenant a évalué ses activités au cours du dernier mois en inscrivant le nombre d'hommes inscrits au programme qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, le nombre d'hommes avec lesquels il entretient des contacts réguliers, le nombre de ceux qui ont bénéficié d'une consultation médicale au cours des trois derniers mois et le nombre d'hommes testés au VIH au cours du dernier mois. L'intervenant en sensibilisation communautaire a ensuite examiné, avec l'appui de son superviseur/gestionnaire, pourquoi certains membres de la communauté n'ont pas été rejoints par les services offerts et planifié des activités susceptibles de combler les écarts observés.

L'analyse des écarts d'opportunité aide à la fois l'intervenant et le superviseur/gestionnaire à évaluer dans quelle mesure les différents services offerts par le programme desservent les membres de la communauté. Cet exercice permet d'identifier les activités sur lesquelles l'intervenant en sensibilisation communautaire doit se concentrer et les domaines sur lesquels le superviseur/gestionnaire doit lui apporter son soutien.

Figure 3.8 Analyse des écarts d'opportunité

ANALYSE DES ÉCARTS D'OPPORTUNITÉ				
Zone:	Superviseur:			
Site:	Intervenant en sensibilisation communautaire :			
Emplacement:	Date:			
	Nombre actuel	Cible	Écart	Motif
Estimé	137	140	—	—
Inscrit	137	100% 140	—	—
Contact régulier	125	80% 120	(+5)	—
Consultation médicale	40	35% (mensuel) 42	2	—
Syphilis	8	50% du nombre de consultations ciblées 20	12	[L'intervenant en sensibilisation communautaire et son superviseur discutent des différentes raisons et préparent un plan d'action]
Centre intégré de conseil et dépistage volontaire (CICDV)	0	50% du nombre de consultations ciblées 20	12	[L'intervenant en sensibilisation communautaire et son superviseur discutent des différentes raisons et préparent un plan d'action.]

Source: Karnataka Health Promotion Trust (Programme fiduciaire de promotion de la santé) Karnataka, Inde

Rémunération des intervenantes en sensibilisation communautaire

Le travail des intervenantes en sensibilisation communautaire doit toujours être rémunéré. Cependant, certaines approches peuvent s'avérer problématiques : si, par exemple, sa rémunération se fait à la pièce (nombre d'individus ayant consulté ou qui fréquentent un espace protégé à la suite de ses interventions), il y a risque de distorsion de la demande et de coercition. Par contre, certains incitatifs peuvent s'avérer plus efficaces : crédits téléphoniques, cadeaux non monétaires, opportunités de leadership et de reconnaissance qui ne sont pas liés au nombre de travailleuses du sexe intégrées au programme. En outre, l'opportunité de participer à des formations ou à des rencontres nationales ou internationales permet une reconnaissance efficace des intervenantes en sensibilisation communautaire très performantes.

Le tableau 3.1 résume les différentes activités d'une intervenante en sensibilisation communautaire qui doivent être rémunérées.

Tabla 3.1 Rémunération des intervenantes en sensibilisation communautaire

Investissements de l'intervenante en sensibilisation communautaire	Rémunération	Justificatifs
Temps consacré aux activités de sensibilisation (incluant en transport, en rencontres avec les travailleuses du sexe, en rapports, en planification d'activités à venir)	Salaire	Montant convenu considéré acceptable par l'intervenante et qui ne menace pas la durabilité du programme. Si possible, le taux doit être uniformisé à travers les différents programmes étatiques et nationaux.
Temps consacré à la formation supplémentaire	Allocation de formation	Les heures consacrées à la formation ne permettent pas de pratiquer une activité rémunérée et les programmes doivent admettre que les intervenantes ont un autre travail et des obligations personnelles qu'elles ne peuvent pas assurer lorsqu'elles sont en formation.
Transport entre les différents lieux de travail, pour référencement, formation, etc.	Tarif de l'autobus, du train, du taxi lorsque nécessaire	La cartographie des routes de transport et l'allocation de prestations en conséquence est généralement très efficace lorsqu'il s'agit de groupes d'intervenantes en sensibilisation communautaire. La prestation pour transport doit être régulière et allouée à l'avance (puisque la plupart des intervenantes ne pourraient pas assumer la dépense puis se faire rembourser).
Temps d'utilisation de téléphonie mobile	Temps d'utilisation de téléphonie mobile (prédéterminé si possible)	Les intervenantes doivent être rémunérées pour l'utilisation de la téléphonie mobile dans le cadre de leur travail (messages texte, conversation limitée).
Batteries pour téléphone mobile	Chargeurs, accès à une source d'électricité fiable.	Le téléphone est indispensable aux intervenantes en sensibilisation communautaire et des chargeurs de batteries doivent être disponibles dans des endroits pré-identifiés.

Encadré
3.7

Cas d'exemple: Utilisation de la technologie pour le réseautage des travailleuses du sexe

Certaines organisations de travailleuses du sexe utilisent la téléphonie mobile ou l'Internet comme outil d'offre et de demande de soutien mutuel.

En Afrique du Sud par exemple, une organisation communautaire de travailleuses du sexe utilise l'aide en ligne pour la diffusion d'informations. Les appels provenant d'un téléphone fixe sont gratuits et les utilisateurs de téléphones mobiles peuvent envoyer un message texte qui permet de les rappeler et par conséquent d'assurer la gratuité de la communication. Le service d'aide en ligne comprend un système d'alerte SMS qui diffuse des informations aux membres de la communauté inscrits. Une travailleuse du sexe peut par exemple signaler un mauvais client (notamment pour agression ou non-paiement) au service d'aide en ligne qui relaie ensuite l'information par message texte.

Le Prostitutes Collective (Collectif de prostituées) de Nouvelle-Zélande (NZPC), une organisation de travailleuses du sexe, utilise une page Facebook privée qui fonctionne comme un babillard sur lequel les membres peuvent poser des questions, assurer un soutien mutuel et diffuser des informations sur les services offerts.⁴

L'organisation de travailleuses du sexe ukrainienne LEGALIFE dispose d'un site Web⁵ sur lequel les membres peuvent poser des questions sur leurs droits et les activités de LEGALIFE. Les réponses sont fournies par un expert en droit de l'homme et un consultant en psychologie pratique affiliés à LEGALIFE. La page Web contient également un blogue, une section forum pour les membres et un résumé des nouvelles locales et internationales. La page est gérée par un groupe de travailleuses du sexe ayant une expérience préalable en gestion de contenu Web ou formé à cet effet.

D. Favoriser les opportunités de leadership chez les intervenantes en sensibilisation communautaire

Les intervenantes en sensibilisation communautaire expérimentées procèdent à une sensibilisation plus efficace et assurent un leadership communautaire qui dépasse l'ampleur des services offerts par un programme. Il est donc important que ces dernières adoptent dès leur démarrage une approche qui favorise le leadership graduel des intervenantes en sensibilisation communautaire. Il s'agit ici non seulement de faire preuve de respect et d'appréciation à leur endroit, mais aussi :

- De les soutenir à travers des activités de formation, de mentorat, de rétroaction constructive et de rémunération.
- De leur offrir des opportunités d'acquérir de nouvelles compétences et d'investir leur expérience au sein du programme comme dans leur communauté dans une perspective d'autonomisation.

Formation et mentorat : Il s'agit non seulement de former les intervenantes en sensibilisation communautaire, mais également de renforcer leur leadership en général (voir également Chapitre 1, Section 1.2.6.). Les intervenantes qui ont développé leur capacité de leadership font davantage preuve de pensée critique et prennent des initiatives en vue d'une adhésion accrue des travailleuses du sexe aux services. Elles appuient également le programme sur des aspects importants:

Plaidoyer : Les intervenantes sûres d'elles-mêmes sont capables de plaider auprès des policiers et des propriétaires d'établissements de travail du sexe pour une amélioration des interactions avec les travailleuses du sexe. Elles peuvent notamment défendre avec vigueur la disponibilité du préservatif dans les établissements, son utilisation constante et les pratiques sexuelles à moindre risque. Il est possible que cette capacité doive initialement être renforcée, mais le personnel d'un programme doit intervenir uniquement lorsque nécessaire afin que l'intervenante puisse renforcer graduellement son leadership auprès de sa communauté.

Suivi du programme : Avec l'expérience et le soutien nécessaires, les intervenantes en sensibilisation communautaire peuvent participer au suivi du programme et à l'amélioration de sa qualité. Il s'agit d'une suite logique à la micro-planification, qui confie à l'intervenante la responsabilité de l'enregistrement, de l'analyse et de la prise d'actions auprès des travailleuses du sexe bénéficiaires de ses services.

4 NZPC a également une page Facebook publique: <https://www.facebook.com/pages/New-Zealand-Prostitutes-CollectiveNZPC-CHCH/194413363949972>.

5 <http://legalife.com.ua>.

Le suivi n'est pas conditionnel à l'alphabétisation de l'intervenante, qui doit pouvoir analyser avec les outils appropriés les données qu'elle a collectées (comme dans la micro-planification) et agir en fonction des analyses effectuées. Le suivi doit également concerner les interventions que la communauté considère importantes, même si ces dernières ne font pas l'objet d'un suivi par l'organisme de mise en œuvre, par exemple la qualité des services référencés.

Gestion du programme et leadership : Les intervenantes en sensibilisation communautaire peuvent former et assurer le mentorat d'autres intervenantes mais aussi jouer différents rôles au sein du programme. Avec le temps, les intervenantes en sensibilisation communautaire peuvent souhaiter exercer un leadership plus important et occuper les emplois autrefois confiés aux personnels de l'organisme de mise en œuvre. Les superviseurs/gestionnaires de la sensibilisation peuvent également être d'ex-travailleuses du sexe recrutées comme employés à plein temps et rémunérées comme les autres personnels de l'ONG occupant un poste similaire.

Il est possible que le personnel (non issu de la communauté) d'un organisme de mise en œuvre doive ajuster son rôle et ses attentes, particulièrement lorsqu'une travailleuse du sexe précédemment considérée comme un bénéficiaire du programme est promue à un poste de professionnel – ou même de dirigeante (voir Chapitre 1, Section 1.2.1 et Chapitre 6, Section 6.2.8). Même si la gestion de ce type d'adaptation demande le maintien d'un engagement solide par la direction de l'organisme de mise en œuvre, il s'agit d'une évolution positive qui aidera à soutenir la prévention du VIH à long terme.

3.3 Espaces sécurisés (centres communautaires)

Espace sécurisé (centre communautaire)

- Un endroit où les travailleuses du sexe peuvent se relaxer, socialiser et mener des activités en groupe.
- Principal lieu d'interaction entre la communauté et le programme.
- Endroit qui permet aux travailleuses du sexe de renforcer leurs liens sociaux et d'acquiescer un sens d'appartenance communautaire.
- Plate-forme de mobilisation, formation et organisation d'initiatives communautaires.

Les « espaces sécurisés » (ou centres communautaires) doivent être créés dès le démarrage du programme afin de favoriser la réunion diligente des membres de la communauté. Il s'agit généralement d'un local loué par le programme et meublé simplement où les membres de la communauté peuvent se relaxer, se reposer, obtenir des informations et interagir avec leurs pairs ou avec le programme. Les espaces sécurisés sont multifonctionnels; ils peuvent également être utilisés comme :

- Lieu de discussions entre les membres de la communauté et les gestionnaires du programme sur l'amélioration des services offerts.
- Lieu de rendez-vous pour soutien et services psychologiques, à la demande de la communauté.
- Source d'information sur les activités et événements qui concernent la communauté (et non uniquement le programme).
- Point de distribution de préservatifs et de lubrifiants.
- Lieu de renforcement de l'autonomisation de la communauté à travers la discussion de la discrimination et de la stigmatisation dont la communauté est victime ainsi que des ripostes potentielles.
- Endroit où les intervenantes en sensibilisation communautaire revoient leur travail et planifient leurs activités.
- Lieu de formation communautaire (des intervenantes en sensibilisation, mais également d'autres travailleuses du sexe sur les questions de réponse à la violence et d'analyse du pouvoir).

Les espaces sécurisés sont idéalement situés à proximité ou dans le même édifice que les cliniques d'IST du programme. La location de locaux adjacents présente des avantages, notamment en matière de relations avec un seul propriétaire et liaison plus étroite entre les activités communautaires et les services du programme.

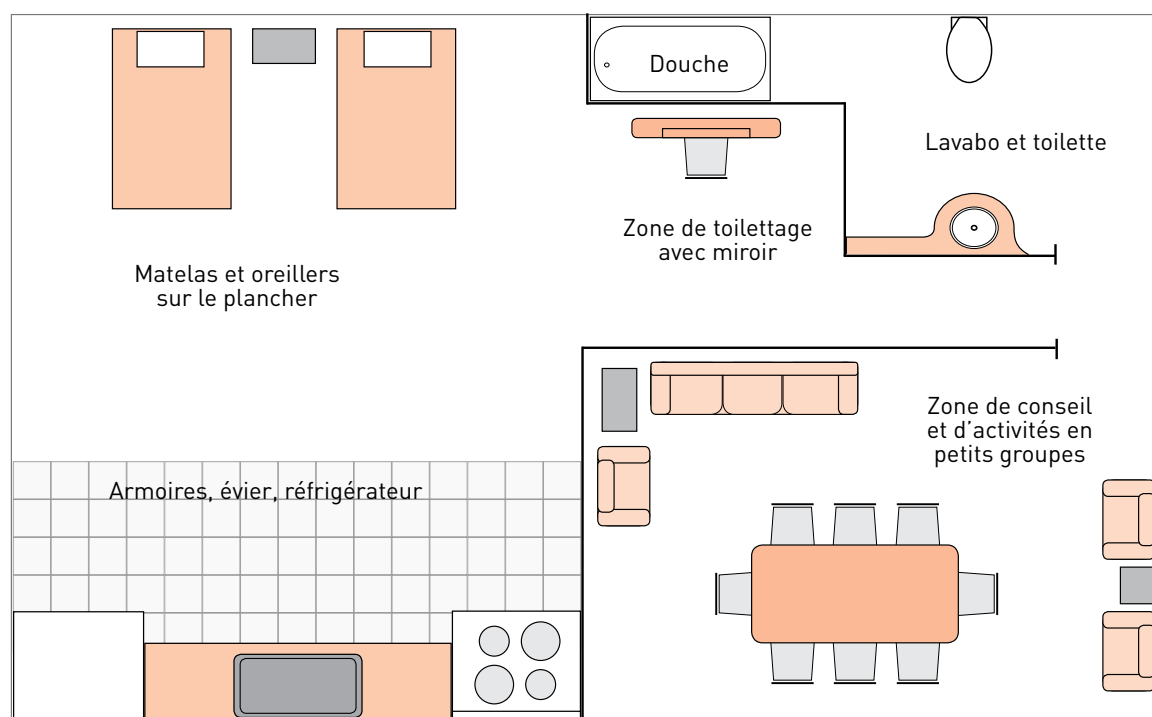
Néanmoins, il doit être clairement établi que l'espace sécurisé reste la propriété de la communauté. Il est également important de séparer les bureaux d'un organisme de mise en œuvre de l'espace sécurisé et de s'assurer que les leaders communautaires sont responsables de la gestion des activités qui s'y déroulent.

3.3.1 Créer des espaces sécurisés

Mettre en place le local

1. **Cartographie et consultation des travailleuses du sexe** : La consultation permet de déterminer l'endroit le plus approprié, les services à offrir, le personnel nécessaire et les heures d'ouverture. Les services devraient être disponibles lorsque les travailleuses du sexe en ont le plus besoin, c'est-à-dire un peu avant, pendant et un peu après leurs heures de travail.
2. **Localisation** : Le lieu considéré doit non seulement être accessible aux travailleuses du sexe mais également assurer une certaine visibilité publique qui favorise la réponse de la communauté élargie (non travailleuses du sexe) environnante. L'espace doit être protégé contre une intrusion de l'extérieur et une intervention policière.
3. **Bail et propriétaire** : Il est important que l'espace sécurisé reste fixe afin de prévenir l'interruption des services. Le bail signé avec le propriétaire doit établir clairement la durée de l'accord et clarifier l'utilisation comme les heures d'ouverture du local.
4. **Infrastructures et sécurité** : L'espace sécurisé doit idéalement comprendre au moins deux pièces: une pièce réservée aux rencontres individuelles ou au conseil et une pièce où se déroulent les activités communautaires. Si possible, le local doit également disposer d'une salle de bains privée avec lavabo et douche (Figure 3.9). L'espace sécurisé doit être doté d'équipements de lutte contre les incendies et autres urgences.
5. **Conception de l'espace** : Le local doit être à la fois fonctionnel et accueillant. Des tables et des chaises peuvent être disponibles sur l'un des côtés en prévision de la tenue de réunions, des canapés et des matelas peuvent rendre la pièce confortable. Les murs peuvent être peints ou décorés avec des objets fabriqués par des membres de la communauté.

Figure 3.9 Exemple de plan d'un espace sécurisé



Utiliser l'espace sécurisé

- **Gestion** : Le programme doit disposer de ressources pour la création et le maintien de l'espace sécurisé. Une implication importante des travailleuses du sexe dans les décisions relatives à l'espace et à sa gestion renforce l'appropriation communautaire.
- **Promotion des services** : La distribution de circulaires, l'envoi de messages SMS et le réseautage communautaire permettent de s'assurer que les travailleuses du sexe connaissent l'espace et les services disponibles.
- **Règlements internes** : Ces règlements doivent être formulés par ceux qui utilisent l'espace afin que tous s'entendent sur les comportements acceptables, notamment en matière de niveau de bruit (pour ne pas déranger les voisins éventuels) et d'utilisation de drogues et d'alcool.
- **Relations avec les voisins** : Les gestionnaires d'espaces sécurisés, incluant la communauté, doivent s'assurer de bonnes relations avec les voisins et l'entourage (hors communauté des travailleuses du sexe). Certaines communautés ont procédé à un nettoyage du quartier pour établir de bonnes relations avec leurs voisins.
- **Planification de l'utilisation** : Si le programme doit utiliser l'espace sécurisé pour des activités de faible ampleur s'adressant à un groupe restreint (par ex. planification de la sensibilisation, formation, communication interpersonnelle ou groupée), celles-ci devraient avoir lieu hors des heures de pointe afin de ne pas nuire à un accès par la communauté en général.
- **Utilisation par le programme** : Les organismes de mise en œuvre en pleine croissance pourraient vouloir utiliser l'espace sécurisé comme siège ou encore pour d'autres activités du programme ; il faut s'assurer que cela ne se produit pas et que les activités parallèles sont minimales. L'espace sécurisé doit demeurer disponible pour les membres de la communauté même si le programme en utilise une partie.
- **Pérennité** : Les espaces sécurisés peuvent être rentables lorsqu'ils sont gérés par la communauté, par exemple si la communauté loue l'espace au programme pour une durée limitée. Certains groupes communautaires ont développé des services de traiteur disponibles lors d'événement au centre communautaire, ce qui a permis de générer des revenus ensuite directement gérés par la communauté.

Encadré 3.8

Espaces sécurisés pour tous

Lorsque les ressources sont limitées, il est possible qu'un seul espace doive desservir plusieurs groupes de travailleurs du sexe, notamment les femmes, les hommes, les individus transgenres, les jeunes et les travailleurs du sexe plus âgés. Les événements organisés doivent donc offrir des services adaptés aux différents groupes présents. Il peut s'avérer utile d'offrir à chacun des plages horaires de rencontre ou d'utilisation régulières/hebdomadaires. Lorsque plusieurs groupes utilisent le même espace, la direction peut être sollicitée pour la gestion de conflits entre les groupes et doit s'assurer que chacun d'entre eux a un accès équitable aux services.

3.3.2 Autres activités menées dans l'espace sécurisé

Les espaces sécurisés peuvent offrir une large gamme d'activités et de services qui répondent aux besoins spécifiques des communautés qu'ils desservent. L'offre d'une pluralité de services augmente la présence communautaire dans l'espace sécurisé et contribue à le rendre plus durable. Il peut notamment s'agir des activités suivantes :

- Enseignement de trucs de beauté spécifiques à différents groupes (travailleurs du sexe femmes et transgenres).
- Formation en alphabétisation et numératie fonctionnelles, sur les technologies de l'information, la nutrition et la danse.
- Célébration de festivals et de jours de fête.
- Repas ou aliments nutritifs à emporter.

- Consultation médicale sans rendez-vous.
- Services de douche et de blanchisserie.
- Casiers pour effets personnels pendant le travail.
- Dortoir.
- Poste de recharge téléphonique.
- Utilisation d'ordinateurs et d'Internet.
- Ouverture 24 heures sur 24.
- Crèche pour enfants de travailleuses du sexe.

3.4 Amélioration de la qualité induite par les travailleuses du sexe

Comité communautaire

- Principal instrument de rétroaction communautaire et d'amélioration de la qualité des services d'un programme.
- Conduite de réunions régulières de revue de la prestation de services, de résolution des problèmes, de suivi des changements, de renforcement de la compréhension et de la redevabilité et de réponse aux autres problématiques communautaires

L'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité des services d'un programme est soumise à la prise en considération d'une rétroaction régulière de la communauté sur les services locaux dispensés. Cette rétroaction peut être assurée de différentes façons.

3.4.1 Comité communautaire

Un comité communautaire est en fait un forum qui permet aux membres de la communauté de soulever des questions et de soumettre régulièrement à l'attention du programme des problèmes ou des solutions. Le comité examine la qualité des services médicaux, la distribution de matériels, le fonctionnement de l'espace sécurisé et les initiatives menées afin d'éliminer les obstacles structurels. Idéalement, les membres d'un comité sont élus par la communauté pour une période fixée, par exemple un an. Le personnel pertinent de l'organisme de mise en œuvre peut être membre du comité ou invité aux rencontres pour discuter d'une question spécifique. Comme l'illustre la structure de gestion des services communautaires décrite au Chapitre 6, Figure 6.3, les comités communautaires sont principalement actifs en première ligne, même s'ils peuvent également contribuer à la supervision du programme au niveau municipal ou du quartier.

Les comités communautaires doivent tenir des rencontres mensuelles et préparer un rapport comme celui présenté à la Figure 3.10, qui permet d'aborder systématiquement les questions et solutions communautaires et programmatiques.

Lorsque les personnels du programme ou les intervenantes en sensibilisation communautaire prennent unilatéralement les mesures qui s'imposent, les résultats de leurs démarches doivent être partagés lors des rencontres subséquentes pour s'assurer que la communication avec la communauté reste bonne. Les discussions et actions doivent faire l'objet d'un rapport. Le comité peut également servir de canal de communication avec le programme, notamment lorsque des changements sont envisagés ou qu'il s'agit de partager les données du suivi avec la communauté.

Figure 3.10 Exemple de rapport d'un comité communautaire

RAPPORT DU COMITÉ COMMUNAUTAIRE		
localisation : _____ Data: _____		
Sujets traités	Problématiques	Résolution propose
Qualité et quantité des matériels disponibles (préservatifs/lubrifiants, kits de tests, médicaments) aux points de distribution	<i>La communauté signale que certaines intervenantes en sensibilisation communautaire présentes à la gare ne distribuent que cinq préservatifs au cours de leur intervention.</i>	1. Le coordonnateur fournit aux intervenantes en sensibilisation communautaire le nombre de préservatifs demandés par chaque travailleuse du sexe et s'assure que leur nombre n'est pas limité. 2. Suivi à la gare pour s'assurer que les mesures correctrices ont été prises.
Fermeture ou absence de services dans les centres référencés lors de la sensibilisation.	<i>La clinique gouvernementale sur Central Rd. n'accepte aucun patient après 15 heures.</i>	1. Écrire une lettre au médecin-chef en mentionnant le problème. Demander au directeur de l'ONG de contresigner la lettre avec un représentant de la communauté. 2. L'agent de santé de l'ONG et le représentant de la communauté rencontreront le médecin-chef pour plaider en faveur du respect de l'entente adoptée en mai sur les heures d'ouverture.
Problème de qualité des services, par ex. traitement inadéquat dans établissements de santé, discrimination dans les services référés, problèmes non résolus dans les espaces sécurisés	<i>Infirmières de la Clinique de Central Rd. interrogent les patients dans une salle publique et non dans une pièce fermée.</i>	1. L'agent de santé de l'ONG et le représentant de la communauté mentionneront ce fait lors de la rencontre avec le médecin-chef pour s'assurer du respect du protocole de traitement des IST. 2. Suivi communautaire pour s'assurer de la conformité à la politique.
Les intervenantes en sensibilisation communautaire ne peuvent distribuer des préservatifs sur les lieux de travail ou dans la rue en raison des forces policières, etc.	<i>Les policiers harcèlent les intervenantes en sensibilisation communautaire présentes aux stations d'autobus qui ont des préservatifs sur elles.</i>	1. L'agent terrain de l'ONG et quatre intervenantes en sensibilisation communautaire organiseront une rencontre avec les policiers pour discuter et résoudre ce problème.
Le chevauchement avec les services fournis par d'autres organismes risque d'entraîner une certaine confusion	<i>Aucun problème.</i>	N/A
Activités de riposte à la violence, auteurs de violences et tendances de la violence.	1. Le rapport sur le nombre d'incidents n'a pas été remis lors de la dernière rencontre communautaire à l'espace sécurisé. 2. Les frais de transport de l'équipe de réponse qui a accompagné les victimes à l'hôpital n'ont pas été payés.	1. S'assurer que l'équipe de réponse fournit l'information aux dirigeants communautaires et vérifier avec le chargé de la saisie des données avant la tenue des rencontres communautaires mensuelles. 2. Les superviseurs de la sensibilisation s'assureront que les remboursements sont effectués dans la semaine.
Toute autre question...		

Puisque le comité communautaire risque de soulever des questions que le personnel terrain du programme pourrait se montrer réticent à traiter, il est essentiel que le représentant soit un membre de la direction du programme plutôt qu'un responsable d'une composante locale de l'intervention. La confidentialité doit être respectée en tout temps et la direction doit s'assurer que la communauté peut s'exprimer de façon critique en toute liberté. Un avocat qui a la confiance des intervenantes en sensibilisation communautaire peut agir comme intermédiaire du programme; il s'agit idéalement d'un membre de la communauté, même si ce dernier doit être associé à un personnel de l'organisme de mise en œuvre qui plaidera en faveur des changements souhaités. Le système de transmission des problèmes évoqués doit permettre de s'adresser directement à la direction, au-delà des directeurs locaux si ces derniers sont perçus comme réfractaires aux changements.

3.4.2 Autres approches communautaires susceptibles de renforcer la qualité des services médicaux

- Obtenir l'accord des établissements de santé référencés pour l'affichage de la Charte des droits des patients, qui énonce la politique gouvernementale envers toute personne qui se présente pour consultation.
- Obtenir l'accord des dirigeants de l'établissement de santé sur l'affichage d'informations sur le droit à la confidentialité.
- Élaborer des outils de partage d'informations sur les services fiables offerts à la communauté, par ex. les bons médecins auxquels on peut s'adresser pour un examen gynécologique, ou encore le personnel et les centres de CDV fiables. Cette information peut être affichée sur un babillard ou une page Facebook privée.
- Prévoir des contacts réguliers (rencontres ou lettres) avec le médecin-chef d'un établissement de santé qui favorisent l'expression formelle de certaines difficultés ou la rétroaction positive.
- Renseigner la communauté sur les droits des patients et les services de suivi à base communautaire.
- Introduire formellement les membres du comité aux prestataires de services de santé.

3.4.3 Suivre et évaluer la qualité des services communautaires

Suivre la qualité des services communautaires

Les programmes sont plus efficaces lorsque le suivi régulier est alimenté localement et que le dispositif permet d'utiliser les données produites au niveau communautaire. Idéalement, les responsables de plusieurs sites doivent être encouragés par la direction à identifier l'information utile au suivi du programme. (Une approche simple consiste à retenir les aspects du programme généralement examinés au cours des visites terrain.)

Lorsque les interventions ne sont pas déjà conduites par la communauté, les dirigeants communautaires doivent être consultés sur les mesures nécessaires à l'amélioration de la qualité des services et de la sensibilisation.

Tous les programmes doivent recueillir et transmettre des données qui permettent de suivre l'avancement du programme et sa progression vers ses objectifs. Il est important que la communauté comprenne bien la teneur des données à collecter, les moyens de collecte et l'utilisation finale des données recueillies. Les données ne doivent pas qu'être « transmises » au niveau supérieur, mais également faire l'objet de traitement au niveau local. Cet aspect est particulièrement important puisque les résultats ciblés au niveau supérieur sont souvent interprétés à tort comme objectifs premiers du programme, ce qui peut entraîner par exemple une concentration sur le nombre de personnes ayant accès aux services plutôt que sur la qualité des services ou l'engagement des travailleuses du sexe envers le programme.

La Figure 3.11 illustre comment les données du programme peuvent être recueillies et utilisées au niveau local comme au niveau supérieur.

Figure 3.11 Flux des données de suivi



Source: Avahan India AIDS Initiative (Initiative sida d'Inde)

La revue régulière et la discussion des données de suivi par l'organisme local de mise en œuvre et les parties prenantes du dispositif de sensibilisation (incluant les intervenantes en sensibilisation communautaire et leurs superviseurs/gestionnaire) peuvent s'avérer très utiles. (Voir le Tableau 3.2)

Tabla 3.2 Données de suivi communautaire

Indicateur	Définition	Données	Utilisation
Ratio d'intervenantes en sensibilisation communautaire	Proportion entre les intervenantes en sensibilisation communautaire et les travailleuses du sexe recensées	Numérateur : Nombre total d'intervenantes en sensibilisation communautaire Dénominateur : Nombre total de travailleuses du sexe recensées	Analyse par lieu de travail et par genre puisque la sensibilisation des travailleurs du sexe urbains/ruraux, hommes, femmes et transgenres demande des ratios différents. Permet de s'assurer que le nombre d'intervenantes en sensibilisation communautaire est suffisant et de déterminer le ratio optimal
Couverture de la sensibilisation	Proportion des travailleuses du sexe recensées rejointes lors d'une rencontre individuelle mensuelle	Numérateur : Nombre total de rencontres individuelles par une intervenante en sensibilisation communautaire tenues par mois Dénominateur : nombre total de travailleuses du sexe recensées	Analyse par zone géographique afin de déterminer s'il y a priorisation géographique du risque .
Distribution de préservatifs lors de la sensibilisation	Nombre mensuel moyen de préservatifs distribués par les intervenantes et les agents de sensibilisation communautaire aux travailleuses du sexe	Numérateur : Nombre mensuel total de préservatifs distribués par les intervenantes et les agents de sensibilisation communautaire Dénominateur : Nombre total de travailleuses du sexe recensées	Analyse par zone géographique et par intervenante/agent (personnel programme) de sensibilisation communautaire. Les tendances permettent d'identifier les problèmes d'approvisionnement/distribution.
Couverture en CDV et soins aux IST	Proportion de travailleuses du sexe ayant fréquenté : 1. un centre médical de soins pour IST 2. Un centre de CDV	Numérateur : Nombre de travailleuses du sexe qui se sont présentées au moins une fois dans un centre médical Dénominateur : Nombre total de travailleuses du sexe recensées	Cette estimation approximative mesure l'accès de base; elle permet une analyse par genre, par zone et par lieu de travail et l'identification de méthodes de référencement alternatives si nécessaire. La vérification des consultations doit se faire au niveau du centre médical et non en comptant les cartes de référencement remises. Chaque type de consultation doit être enregistré et analysé de façon distincte.
Demande pour CDV et soins IST	Proportion de travailleuses du sexe bénéficiant d'un : 1. Contrôle médical de routine pour IST (par ex. trimestriel) 2. Dépistage du VIH de routine (par ex. semestriel).	Numérateur : Nombre de travailleuses du sexe : 1. Ayant bénéficié d'une consultation pour IST au cours du dernier trimestre (selon les standards du programme) 2. Ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours du dernier semestre (selon les standards du programme) Dénominateur : Nombre total de travailleuses du sexe recensées	
Santé des séropositifs – accès aux services	Proportion des travailleuses du sexe vivant avec le VIH ayant accès à des services de santé pour séropositifs	Numérateur : Nombre de travailleuses du sexe rapportant avoir obtenu un soutien de santé individuel ou groupé pour séropositifs au cours du dernier mois Dénominateur : Nombre de travailleuses du sexe séropositives auto-déclarées	Il s'agit également ici de données approximatives, particulièrement si elles sont fondées sur une séropositivité auto-déclarée. Lorsqu'analysées par zone géographique, les données renseignent le programme sur le besoin de ressources pour la santé des séropositifs.

Suivre l'accès communautaire aux services et le libre arbitre communautaire

Les indicateurs suivants ont été utilisés lors de la conduite d'enquêtes comportementales et de recherches qualitatives de mesure de l'accès aux services, de l'auto efficacité (soit la confiance dans sa capacité d'action dans des circonstances spécifiques) et du libre arbitre collectif (le choix, le contrôle et le pouvoir d'agir en tant que groupe) des travailleuses du sexe. Ces indicateurs ont été utilisés de façon indépendante à des fins de plaidoyer et dans la composition des indices utilisés dans les recherches académiques où ils peuvent être comparés afin d'identifier les facteurs de prédiction et d'atténuation des comportements à risque liés aux IST et au VIH et de déterminer le degré d'autonomisation de la communauté.

Ces indicateurs sont mesurés à travers le questionnement des travailleuses du sexe sur leur niveau de confiance et leurs opinions et réactions dans différentes situations qui menacent potentiellement leur sécurité et leur santé (dans la question, le « vous » désigne la travailleuse du sexe).

- **Auto-évaluation de l'efficacité dans l'utilisation du préservatif :** Êtes-vous certaine de pouvoir utiliser le préservatif avec chaque client :
 - Même s'il se fâche ?
 - Même s'il propose davantage d'argent pour un rapport sexuel sans préservatif ?
 - Même si vous avez consommé de l'alcool ou des drogues ?
- **Évaluation de l'auto efficacité à utiliser les services médicaux pour IST:** Êtes-vous certaine de vous rendre dans une clinique qui offre des services d'IST même si les prestataires de soins de santé :
 - Savent que vous pratiquez le travail du sexe ?
 - Sont désagréables avec vous ?
 - Ne vous fournissent pas les services dont vous avez besoin (par ex. aucun examen anal, aucun médicament prescrit)?
- **Évaluation de l'auto efficacité à utiliser les services de CDV :** Êtes-vous certaine de vous rendre dans une clinique qui offre des services de CDV même si les prestataires de soins de santé :
 - Savent que vous pratiquez le travail du sexe ?
 - Sont désagréables avec vous ?
 - N'assurent pas la confidentialité de votre consultation ?
- **Évaluation de l'auto-efficacité dans l'utilisation de services de santé :** Êtes-vous certaine de vous rendre dans un établissement de santé, même si les prestataires:
 - Savent que vous pratiquez le travail du sexe ?
 - Sont désagréables avec vous ?
 - Enregistrent votre nom et votre adresse dans le cadre du processus d'inscription standard ?
- **Évaluation de l'auto-confiance à parler ouvertement :** Êtes-vous sûr de pouvoir donner des conseils à d'autres travailleuses du sexe ou votre avis devant un large auditoire ?
- **Libre arbitre collectif :** Avez-vous négocié avec ou défendu une autre travailleuse du sexe devant les individus suivants :
 - Policier ?
 - Propriétaire /tenancier de bordel ?
 - Membres d'un gang ?
 - Client?
 - Partenaire régulier ?

- **Efficacité collective** : Avez-vous collaboré avec d'autres travailleuses du sexe à :
 - La sécurité mutuelle ?
 - L'utilisation accrue du préservatif avec les clients ?
 - La défense des droits des travailleuses du sexe ?
 - L'amélioration du bien-être des travailleuses du sexe ?
- **Contexte favorable** : Considérez-vous que les travailleuses du sexe sont traitées équitablement dans :
 - Les hôpitaux ?
 - Les banques ?
 - Les bureaux de poste ?
 - Les autres lieux publics ?
 - Par les policiers ?

3.5 Ressources et lectures complémentaires

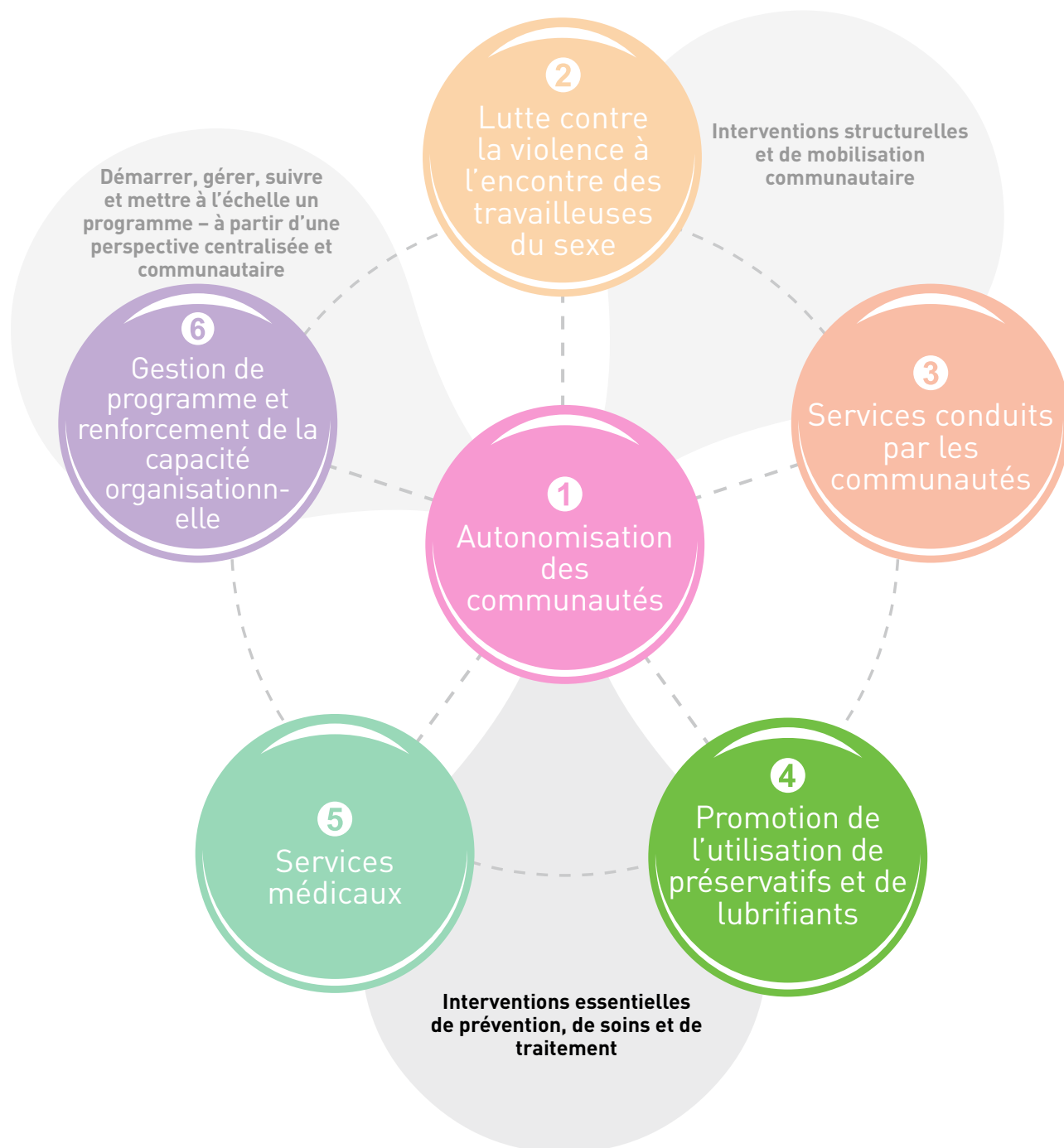
1. *A Guide to Participatory Planning and Monitoring of HIV Prevention Programs with High-Risk Groups*. Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust et India Health Action Trust, 2011.
 - a. *Module 1: Introduction and Getting Started*. http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_1%20Introduction%20and%20Getting%20Started_Final.pdf
 - b. *Module 2: Participatory Planning Tools for FSWs, MSM and Transgenders*. http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_2%20Participatory%20Planning%20Tools_Final.pdf
 - c. *Module 3: Participatory Monitoring Tools for FSWs, MSM and Transgenders*. http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_3%20Participatory%20Monitoring%20Tools_Final.pdf
 - d. *Module 4: Individual Tracking Tools for FSWs, MSM and Transgenders*. http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_4%20Individual%20Tracking%20Tools_Final.pdf
2. *Community Mobilization for Female Sex Workers (Boîte à outils)*. Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust, 2009.
 - a. *Module 1: Introduction and Overview*. <http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%201%20-Introduction%20&%20Overview.pdf>
 - b. *Module 2: Strategic Overview*. <http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%202%20-%20Strategic%20Approach.pdf>
 - c. *Module 3: Enhancing Self-Esteem*. <http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%203%20-%20Enhancing%20Self%20Esteem.pdf>
 - d. *Module 4: Facilitation*. <http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%204%20-%20Facilitation.pdf>
 - e. *Module 5: Responsive Governance*. <http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%205%20-%20Responsive%20Governance.pdf>
3. *Peer Education: Outreach, Communication & Negotiation. Training Manual*. Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2005. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Peer_education_manual.pdf
4. *Peer Educators' Advanced Training Manual*. Nouvelle Delhi: FHI 360, 2010. <http://www.fhi360.org/resource/peer-educators-advanced-training-manual>
5. *Training Manual for Peer Educators of Female Sex Workers in HIV and AIDS Prevention*. Accra: FHI 360, Ghana AIDS Commission, 2011. <http://www.fhi360.org/resource/social-and-behavior-change-tools-female-sex-workers>
6. *Female Sex Worker Peer Education Toolkit*. Accra: FHI 360, Ghana AIDS Commission, 2011. http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Toolkit_Peer_Educators.pdf
7. *Micro-Planning in Peer Led Outreach Programs—A Handbook*. Nouvelle Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates, 2013. [http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)

8. *Network Capacity Analysis: A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Workshop facilitation guide.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2008. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Network_Capacity_analysis_Workshop_Guide_final.pdf
9. *Network Capacity Analysis: A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Rapid Assessment Guide.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2007. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Network_capacity_analysis_rapid_web.pdf
10. *Measuring Up—A Guide for Facilitators: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations (SICASO), 2010. <http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Measuring-up-a-guide-for-facilitators.pdf>
11. *Measuring Up—A Guide for Learners: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations (SICASO), 2010. <http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Measuring-up-a-guide-for-learners.pdf>
12. *Work Safe in Sex Work: A European Manual on Good Practices in Work with and for Sex Workers.* Amsterdam: Fondation TAMPEP International, 2009. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/work%20safe%20in%20sex%20work%20tampep.pdf>
13. *Breaking through Barriers: Avahan's scale-up of HIV Prevention among High-risk MSM and Transgenders in India.* Nouvelle Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates, 2010. <http://www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/breaking-thru-barriers.pdf>
14. *"Nothing About Us Without Us." Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. International Edition.* Toronto, Canada: Réseau juridique canadien VIH/Sida, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, 2008. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Nothing_About_Us_REPORT_English.pdf
15. *Developing HIV/AIDS Work with Drug Users: A Guide to Participatory Assessment and Response.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2003. http://www.allianceindia.org/publications/78944-idu0803_idu_guide.pdf
16. *Guide to Participatory Production of Resources for HIV Prevention among Vulnerable Populations.* Brighton, Royaume-Uni : International HIV/AIDS Alliance, 2005. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/iec_guide.pdf
17. *Program Review: SMARTgirl, Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Entertainment Workers, Reporting Period: October 2008–June 2010.* Phnom Penh: FHI 360, 2010. <http://www.fhi360.org/resource/program-review-smartgirl-providing-hiv-aids-prevention-and-care-entertainment-workers>
18. *Use of a Community-Based Revolving Fund to Promote Condoms and Water-Based Lubricants among Male and Transgender Sex Workers in Bangkok, Thailand.* Bangkok: FHI 360, 2010. <http://www.fhi360.org/resource/use-community-based-revolving-fund-promote-condoms-and-water-based-lubricants-among-male-0>
19. *Strategic Behavioral Communication: A User and Technical Manual of Material and Tools.* Nouvelle Delhi: FHI 360, 2012. <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sbc-manual/index.html>
20. *At the Top of the Ladder: Community Members Can Truly Lead Programs.* Nouvelle Delhi: FHI 360, 2011. <http://www.fhi360.org/resource/top-ladder-community-members-can-truly-lead-programs>
21. *Standard Operating Procedures: Aastha I: An STI/HIV Prevention Program with Sex Workers in Mumbai and Thane, India.* Nouvelle Delhi: FHI 360, 2010. <http://www.fhi360.org/resource/standard-operating-procedures-aastha-i-stihiv-prevention-program-sex-workers-mumbai-and>
22. *Standard Operating Procedures: Male Sex Workers Aastha I: An STI/HIV Prevention Program with Sex Workers in Mumbai and Thane, India.* Nouvelle Delhi: FHI 360, 2010. <http://www.fhi360.org/resource/standard-operating-procedures-male-sex-workers-aastha-i-stihiv-prevention-program-sex>
23. *CBO Management Committee Training Manual Series: Basic and Advanced.* Nouvelle Delhi: FHI 360, 2012. <http://www.fhi360.org/resource/cbo-management-committee-training-manual-series-basic-and-advanced>



4

Promotion de
l'utilisation de
préservatifs et
de lubrifiants



Que contient ce chapitre ?

- **explique pourquoi la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiant est essentielle** aux interventions de prévention du VIH (Section 4.1)
- **présente les trois étapes essentielles à mener lors de la planification d'une promotion de l'utilisation** des préservatifs et lubrifiants (Section 4.2):
 - s'assurer de la disponibilité des produits
 - cibler la promotion vers différents niveaux
 - créer un contexte favorable
- **autres éléments à considérer lors de la planification** (Section 4.2):
 - planification avec des travailleurs du sexe femmes et hommes
 - stratégies de négociation pour l'utilisation du préservatif
 - planification avec les clients des travailleuses du sexe
 - programmes de marketing social du préservatif
- **gestion du programme** (Section 4.3).

Ce chapitre fournit également une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 4.4).

4.1 Introduction

Recommandations 2012:¹ Recommandation étayée par des données probantes n°2

Encourager l'utilisation adéquate et régulière du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients.

L'approvisionnement, la distribution et la promotion efficaces de préservatifs et lubrifiants masculins et féminins sont déterminants pour le succès des interventions de prévention du VIH menées auprès des travailleuses du sexe. Depuis le milieu des années 80, le préservatif est considéré comme une méthode efficace de prévention du VIH et il reste encore le moyen le plus pratique de prévention du VIH chez les travailleuses du sexe. La promotion de l'utilisation du préservatif doit donc être introduite dans tout ensemble de services de prévention, de traitement et soins du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) qui s'adresse aux travailleuses du sexe. D'ailleurs, il a été démontré que les programmes de promotion du préservatif² ont accru son utilisation dans les différents contextes de pratique du travail du sexe.

La planification d'une promotion du préservatif implique :

- l'accessibilité des travailleuses du sexe aux préservatifs et lubrifiants masculins et féminins à travers :
 - la prévision des besoins et la planification des acquisitions nécessaires ;
 - l'acquisition des produits et la gestion des stocks ;
 - la distribution.
- La promotion à différents niveaux de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants masculins et féminins ;
- la création d'un environnement favorable à la promotion de l'utilisation du préservatif

La promotion de l'utilisation du préservatif par les travailleuses du sexe est complexe et implique plusieurs étapes. Elle demande la création de partenariats, notamment avec les gouvernements nationaux et locaux, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations conduites par les travailleuses du sexe. Une implication significative et un leadership communautaires³ sont en effet essentiels. Les répondants à l'enquête sur les valeurs et préférences⁴ ont d'ailleurs unanimement appuyé la promotion du préservatif et sa distribution aux travailleuses du sexe et ont souligné l'importance d'une disponibilité accrue (particulièrement dans les lieux de travail du sexe), d'un coût plus abordable et d'une bonne qualité.

Lorsque la promotion de l'utilisation du préservatif est réussie, les travailleuses du sexe ont accès à un approvisionnement stable, continu et adéquat en préservatifs et lubrifiants dont la qualité, le design et le prix leur conviennent. Les travailleuses du sexe doivent également bénéficier d'informations et de communications sur les moyens qui permettent de surmonter les obstacles à l'utilisation du préservatif et les méthodes de manipulation correctes. En outre, s'ils entendent créer un contexte favorable à une utilisation accrue du préservatif et des lubrifiants, les programmes doivent lever certains des obstacles sociaux et légaux prédominants, notamment en matière d'accès, de pratiques et de lois qui pénalisent la possession de préservatifs, de conditions de travail et de vie pénibles de certaines travailleuses du sexe et de manque de soutien à l'utilisation du préservatif dans la population en général et chez les clients hommes des travailleuses du sexe.

1 « Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique. » Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012.

2 Lorsque les expressions « programme de promotion du préservatif » ou « planification de la promotion de l'utilisation du préservatif » sont utilisées, il est fait référence aux préservatifs et lubrifiants masculins et féminins. Même si cet instrument utilise le terme générique « préservatif » pour plus de simplicité, les programmes de haute qualité devraient promouvoir l'utilisation des trois items (préservatif masculin, féminin, et lubrifiant), puisque chacun d'entre eux est important dans la prévention du VIH et des IST. De façon similaire lorsque l'expression « préservatifs et lubrifiants » est utilisée, le terme « préservatif » fait référence à la fois au préservatif masculin et féminin.

3 Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont initiées par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

4 Une consultation mondiale auprès des travailleuses du sexe menée par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des Recommandations 2012.

4.2 Étapes pour une promotion efficace de l'utilisation du préservatif

La création de partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes est essentielle à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation du préservatif, particulièrement dans une perspective de prévention ou de réduction de l'incidence des grossesses non désirées, des IST et du VIH. Ici, le terme «partenaire» désigne les organisations conduites par les travailleuses du sexe, les ONG, les ministères de la santé ou les programmes nationaux sur le VIH/sida, les ministères de la Santé de la reproduction, les agences des Nations Unies, le secteur privé, les organismes de marketing social, les partenaires au développement et les ministères de la Justice susceptibles de collaborer à une intervention.

Au niveau central, les programmes nationaux sur le VIH/sida, les instances centrales du gouvernement et les organisations de la société civile d'ampleur nationale jouent un rôle important dans l'approvisionnement, l'entreposage et la distribution de préservatif et lubrifiants, dans la promotion nationale de l'utilisation du préservatif et des lubrifiants, et dans la création d'un contexte national favorable à l'utilisation du préservatif. Les organismes de mise en œuvre⁵ (incluant les organismes de marketing social) et les établissements de santé locaux jouent pour leur part un rôle déterminant dans la prévision des besoins, la distribution sur le terrain, la conduite des stratégies promotionnelles communautaires et le plaidoyer pour un contexte favorable à l'utilisation du préservatif au niveau local. Ces rôles sont résumés au Tableau 4.1, à la Section 4.3, Figure 4.1, et dans les différentes sections consacrées à la planification et à l'établissement des différents niveaux de partenariats nécessaires à une promotion efficace de l'utilisation du préservatif.

Tableau 4.1 Mise en œuvre d'une promotion optimale de l'utilisation du préservatif auprès des travailleuses du sexe

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/sida et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
Voir à l'approvisionnement en préservatifs masculins et féminins et s'assurer de leur distribution auprès des travailleuses du sexe.	• Prévoir de façon exacte les besoins d'approvisionnement en préservatifs et lubrifiants.	• Enquêtes prévisionnelles des ONG/organisations à base communautaire (OBC)/organisations communautaires sur les besoins en préservatif et lubrifiants pour renseigner les instances nationales
	• Études de marché pour saisir les préférences des travailleuses du sexe en matière de préservatifs, incluant la taille, la couleur, le parfum, etc. • Établir un plan d'acquisition et identifier les sources de financement; s'assurer que celles-ci suffisent aux besoins.	• Contribuer à l'étude de marché et à la planification des acquisitions effectuées au niveau national/central.
	• Procéder à des commandes régulières de préservatifs et de lubrifiants de façon à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits qui : 1. sont conformes aux recommandations de l'OMS; 2. répondent aux besoins de la communauté en termes de variétés et de confort	• Répertorier les points de distribution potentiels de préservatifs et de lubrifiants dans la communauté⁶. • Évaluer l'ampleur et la qualité des points de distribution (existants/nouveaux) pour s'assurer que les préservatifs et lubrifiants sont stockés dans des conditions optimales et ne se détérioreront pas avec le temps.

⁵ Organisme de mise en œuvre : il s'agit de l'organisme qui procède à une intervention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une organisation non gouvernementale fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

⁶ Voir Chapitre 3, Section 3.2.2, Partie A pour un exemple de cartographie des points de distribution de préservatifs et autres services de sensibilisation.

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/sida et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
	• Consulter les travailleuses du sexe afin d'identifier les points de distribution qui leur conviennent.	• Organiser la distribution des préservatifs et lubrifiants aux travailleuses du sexe et à leurs clients; s'assurer d'un stockage adéquat des produits et de la présence d'un dispositif complet de gestion de l'information sur les différentes méthodes de distribution de préservatifs et lubrifiants. • Assurer la distribution gratuite de préservatifs et lubrifiants aux points de distribution ciblés, notamment les établissements de santé, centres communautaires, lieux de pratiques du travail du sexe, lieux de travail, bars, arrêts de bus, etc., ainsi qu'à travers les intervenantes en sensibilisation communautaire.⁷ Sensibiliser les propriétaires et tenanciers de points de distribution. • Lorsque des partenariats existent, collaborer avec le gouvernement et le système de santé à la distribution de préservatifs et de lubrifiants dans les établissements de santé de qualité auxquels les travailleuses du sexe ont accès. • Distribuer des préservatifs et lubrifiants de marque reconnue à travers les réseaux de marketing social traditionnels et non traditionnels.
	• Suivi régulier des stocks de préservatifs et lubrifiants au niveau central pour pouvoir commander en temps voulu et éviter les ruptures d'inventaire.	• Suivi régulier des stocks locaux de préservatifs et de lubrifiants pour pouvoir commander en temps voulu et éviter les ruptures de stock.
	• Obtenir une rétroaction sur les besoins en préservatifs et les dispositifs de distribution et procéder aux changements nécessaires.	• Assurer une rétroaction régulière au programme national sur les besoins en préservatif et lubrifiants (par ex. taille/parfum/couleur) et les dispositifs de distribution.

⁷ Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les individus concernés sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation.

Activités	Rôle du programme national sur le VIH/sida et de l'organisme national de mise en œuvre	Rôle de l'organisme local de mise en œuvre, du gouvernement local et des formations sanitaires
Promotion de l'utilisation du préservatif et des lubrifiants masculins et féminins à différents niveaux	• Renforcer la capacité des ONG, des réseaux communautaires et des organisations de travailleuses du sexe à appliquer des stratégies de promotion conduite par la communauté (si nécessaire). • Déstigmatiser l'utilisation du préservatif dans la population en général, notamment à travers les émissions de débat et les émissions radiophoniques, ou les bandes dessinées publiées dans les journaux les plus populaires. • Collaborer avec la communauté au développement d'interventions pour le changement de comportement portant sur l'utilisation correcte et constante des préservatifs et lubrifiants. • Fournir des matériels de formation supplémentaires aux organisations locales, lorsque nécessaire, notamment des digues dentaires, des gants, des modèles de pénis, des modèles de vagin, etc. • Former les agents et conseillers en santé à la tenue de démonstrations d'utilisation du préservatif et d'amélioration des connaissances. • Déstigmatiser l'utilisation du préservatif à travers l'obtention de soutien au plus haut niveau politique et sa publicisation à large échelle.	• Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants conduite par la communauté, notamment la promotion du préservatif par les intervenantes en sensibilisation communautaire. • Intégrer les stratégies promotionnelles communautaires d'utilisation du préservatif et des lubrifiants aux autres activités de sensibilisation communautaire. • Tenir des démonstrations d'utilisation du préservatif masculin et améliorer les connaissances relatives à une utilisation correcte du préservatif lors d'un rapport sexuel anal entre hommes, d'un rapport sexuel vaginal ou anal entre un homme et une femme et d'un rapport sexuel anal entre un individu transgenre et un homme. • Renseigner sur la compatibilité des différents lubrifiants et préservatifs. • Tenir des démonstrations d'utilisation du préservatif féminin à l'aide de modèles de la zone pelvienne. • Renforcer la capacité des travailleuses du sexe à négocier l'utilisation du préservatif et à réduire les risques associés aux rapports sexuels. • Renforcer si nécessaire de façon régulière l'utilisation de préservatifs et lubrifiants et les capacités de négociation.
Créer un contexte favorable à la promotion de l'utilisation du préservatif	• Mettre en place une politique d'accès universel aux préservatifs; éliminer complètement les politiques qui répriment l'utilisation du préservatif. • Réviser les lois et règlements qui pénalisent la possession de préservatifs. • Éliminer les pratiques légales de confiscation de préservatifs et d'utilisation du préservatif comme preuve de pratique du travail du sexe.	• Plaider en faveur d'une promotion de l'utilisation du préservatif hors de toute coercition. • Promouvoir l'utilisation de préservatifs et lubrifiants auprès des «sentinelles», soit les tenanciers d'établissements tels que les bordels et les lieux de divertissement. • Recueillir des données sur la violence à l'encontre de travailleuses du sexe et des clients reliée à la possession de préservatifs et informer les décideurs. • Intégrer la promotion et la distribution de préservatifs à l'ensemble des services et activités de santé d'un programme.

4.2.1 Assurer l'accessibilité des travailleuses du sexe aux préservatifs et lubrifiants

Une chaîne d'approvisionnement efficace garantit la fourniture au bon endroit et au bon moment de produits de haute qualité, en quantité suffisante, dans de bonnes conditions et ceci à un coût raisonnable. Une chaîne d'approvisionnement comprend généralement les maillons suivants :

- **La prévision**, qui permet d'assurer un approvisionnement fiable en préservatifs et lubrifiants.
- **La passation de marchés** pour l'acquisition de préservatifs et lubrifiants masculins et féminins de haute qualité et conformes aux besoins et demandes des travailleuses du sexe.
- **L'assurance de qualité** à tous les niveaux⁸.
- **Le stockage dans des entrepôts** qui permettent de conserver l'intégrité des préservatifs et produits ainsi que de la chaîne d'approvisionnement.
- **La distribution** aux différents points de service qui répondent aux besoins des travailleuses du sexe.
- **La tenue d'un système de gestion et d'information logistique** (SIGL) soutient une prise de décision et une planification informées.

La promotion de l'utilisation du préservatif ne peut être efficace et complète que si les conditions suivantes sont remplies :

- Le processus a été initié et est mené par le gouvernement en partenariat avec les partenaires à la mise en œuvre et les organisations de travailleuses du sexe; les activités sont coordonnées grâce à un leadership rigoureux au niveau national.
- Les initiatives du gouvernement reposent sur une collaboration avec les utilisateurs de préservatifs et lubrifiants, incluant les travailleuses du sexe.
- La demande en préservatifs et lubrifiants existe et s'avère durable.
- Des stocks adéquats de préservatifs et lubrifiants de haute qualité sont disponibles et largement distribués.
- Le plaidoyer et le renforcement des capacités permettent d'assurer la pérennité du programme à long terme.

La planification d'un approvisionnement adéquat en préservatifs et lubrifiants demande la conduite d'exercices prévisionnels basés non seulement sur les données de consommation régulière, mais aussi sur des données relatives à la fourniture de services, aux taux démographiques et de morbidité, à la mobilité estimée de la population et à la planification programmatique. (Voir la Section 4.4 sur les directives relatives aux prévisions des besoins en contraception, incluant en préservatifs). Les programmes nationaux de distribution de préservatifs doivent collaborer étroitement avec les organisations qui desservent les travailleuses du sexe et obtenir des rapports réguliers (mensuels, bimensuels ou trimestriels) sur la consommation en préservatifs, qui correspond généralement à la quantité de préservatifs distribués aux travailleuses du sexe au cours d'une période donnée. Lorsqu'un SIGL existe, les rapports des organismes qui travaillent avec les travailleuses du sexe doivent inclure les données de consommation en préservatifs et lubrifiants et identifier les changements nécessaires.

Les « programmes complets de promotion de l'utilisation du préservatif » mis en œuvre par le gouvernement doivent faire appel aux organisations de travailleuses du sexe et de la société civile pour la prévision des besoins d'approvisionnement en préservatif et lubrifiants, la segmentation du marché, la promotion des produits et leur distribution. En outre, le renforcement de la capacité des organisations de travailleuses du sexe à jouer un rôle actif dans la distribution de préservatifs et lubrifiants est essentiel, particulièrement si l'on veut s'assurer d'une disponibilité accrue et d'une utilisation effective des préservatifs par les membres de cette communauté. En raison de leur accès direct aux populations desservies, les organisations de travailleuses du sexe constituent en effet des points de distribution déterminants, notamment à travers la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants dans les « espaces sécurisés » (centres communautaires)⁹ et la distribution assurée par les intervenantes en sensibilisation communautaire dans le cadre de leurs services de santé préventive. Les

⁸ Pour plus d'informations sur la vérification de l'assurance qualité et le stockage adéquat des préservatifs en entrepôt, voir le document OMS/UNFPA/FHI *Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement*, 2010 listé à la Section 4.4.

⁹ Endroit où les travailleuses du sexe peuvent se réunir pour relaxer, rencontrer d'autres membres de la communauté ou organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Consulter le chapitre 3, section 3.3 pour plus de détails.

organisations de travailleuses du sexe sont également susceptibles d'encourager une implication plus prononcée des tenanciers et propriétaires d'établissements de travail du sexe dans la distribution de préservatifs. Les travailleuses du sexe doivent collaborer à toutes les étapes de planification, de cartographie et de création de points de distribution de préservatifs et lubrifiants. Le Tableau 4.2 résume les questions clés que les organismes de mise en œuvre doivent considérer lors de la planification d'une distribution adéquate de préservatifs aux travailleuses du sexe.

Tableau 4.2 Questions à soulever lors de la planification de la distribution de préservatifs

Questions	Réponses potentielles
Quels sont les points de distribution de préservatifs préférés des travailleuses du sexe ? (Stratégie de localisation)	• Espaces sécurisés (centres communautaires) des travailleuses du sexe. • Intervenantes en sensibilisation communautaire. • Magasins, pharmacies. • Établissement de santé, cabinet médical, hôpital. • Bar, chambre d'hôte, hôtel, bordel. • Lieu de travail. • Arrêt d'autobus, relais routier
Quels types de préservatifs les travailleuses du sexe préfèrent-elles ? (Stratégie sur les prix)	• Préservatifs gratuits du secteur public. • Préservatifs disponibles par marketing social. • Préservatifs commerciaux. • Autres ?
À quelle distance de la communauté les points de distribution se trouvent-ils ? (Accessibilité)	• Très proches (1-5 minutes de marche). • Proches (10-20 minutes de marche). • Éloignés (30-45 minutes de marche). • Très éloignés (une heure de marche ou plus)
La disponibilité de préservatifs aux points de distribution est-elle constante? (Disponibilité)	Préservatifs masculins : Oui/Non Préservatifs féminins : Oui/Non Lubrifiants à base d'eau ou de silicone : Oui/Non
À combien de préservatifs les travailleuses du sexe et les clients ont-ils accès par semaine ? (Actuellement)	Nombre de préservatifs par travailleuse du sexe : Préservatifs masculins : Préservatifs féminins : Lubrifiants :
Quels sont leurs besoins quantitatifs ? Besoins non satisfaits (quantité adéquate ?)	Nombre de préservatifs requis mensuellement par une travailleuse du sexe:
Quels sont les problèmes de préservatifs masculins les plus fréquemment mentionnés par les travailleuses du sexe ? (Qualité appropriée ?)	• Rupture • Glissement • Mauvaise odeur du préservatif • Date de péremption dépassée • Emballage endommagé • Autre?
Quels sont les problèmes de préservatifs féminins les plus fréquemment mentionnés par les travailleuses du sexe ? (Qualité appropriée ?)	• Mauvaise odeur du préservatif • Date de péremption dépassée • Emballage endommagé • Autre?
Des préservatifs et lubrifiants compatibles sont-ils toujours disponibles aux points de distribution?	Oui/Non

Les programmes de distribution de préservatifs doivent également collaborer avec les travailleuses du sexe et leurs clients pour s'assurer de leurs préférences, notamment en matière de taille, de couleur, de parfum et de marque de préservatif. La conduite simultanée d'un marketing social de préservatifs à faible coût dans des points de vente situés à proximité des lieux de pratique du travail du sexe et d'une distribution gratuite de

4 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

préservatifs génériques par les intervenantes en sensibilisation communautaire permet souvent de s'assurer que les travailleuses du sexe et leurs clients ont un large accès à une gamme variée de préservatifs.

Tous les points de distribution doivent offrir des lubrifiants à base d'eau ou de silicone, selon la préférence des travailleuses du sexe. La conformité de ces produits aux recommandations de l'OMS est essentielle (voir la Section 4.4 pour de plus amples informations sur les recommandations de l'OMS relatives à l'acquisition de préservatifs et lubrifiants). La distribution de préservatifs et de lubrifiants en tube, sachet ou autre selon la préférence des travailleuses du sexe devrait se faire de façon concomitante. Les organismes de marketing social emballent souvent ensemble les lubrifiants et préservatifs, ce qui peut constituer un moyen d'efficace de distribution des lubrifiants.

Encadré 4.1

Cas d'exemple : Emballage unitaire de préservatifs et lubrifiants au Laos

Au Laos, *Population Services International* a distribué des emballages comprenant à la fois des préservatifs et des lubrifiants sous la marque *Number One Deluxe Plus*. Ces paquets complets ont été distribués par les intervenants en sensibilisation communautaire aux travailleuses du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux individus transgenres avec des pamphlets d'information soulignant l'importance d'une utilisation conjointe du préservatif et du lubrifiant pour la prévention de la transmission de maladies et la minimisation des ruptures du préservatif.

Même si les lubrifiants sont distribués simultanément, il est important que l'accent soit porté à l'utilisation du préservatif et, par conséquent, que les informations diffusées soient axées sur l'utilisation du lubrifiant en présence de préservatif. Les preuves qui relient l'utilisation du lubrifiant sans préservatif à la transmission des IST sont limitées et non-concluantes, mais les programmes ne doivent promouvoir qu'une utilisation conjointe du lubrifiant et du préservatif.

Outre les préservatifs et lubrifiants, les travailleuses du sexe ont souvent besoin de produits additionnels de protection. Selon les besoins et le contexte local, elles pourraient mentionner vouloir utiliser des digues dentaires et gants lors de pratiques sexuelles spécifiques, avoir besoin d'eau et de savon/produits recommandés pour le nettoyage de jouets sexuels ou encore d'autres produits particuliers. Les programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe utilisent des modèles de pénis et de vagin lors des démonstrations de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins et doivent inclure à leur planification d'achat et de distribution tous les autres produits nécessaires aux travailleuses du sexe.

4.2.2 Promouvoir l'utilisation des préservatifs et lubrifiants masculins et féminins à différents paliers

Toute stratégie de promotion du préservatif qui s'adresse aux travailleuses du sexe doit être fondée sur des données probantes. Il convient donc de mener, avant l'élaboration de la stratégie, une analyse de la situation qui collecte des données descriptives sur les travailleuses du sexe, notamment sur leur lieu de travail et les autres facteurs susceptibles d'encourager leur utilisation constante et correcte du préservatif avec leurs partenaires sexuels. La stratégie de promotion du préservatif doit également reposer sur une approche pertinente au changement de comportement et sur les résultats positifs d'interventions du même type axées sur l'augmentation de l'utilisation du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients.

Promotion du préservatif assurée par la communauté

La stratégie de promotion du préservatif doit être élaborée à travers la conduite d'ateliers dirigés ou qui incluent des représentant(e)s des différentes sous-catégories de travailleurs du sexe, notamment femmes, hommes et transgenres, actif(ve)s en zone urbaine ou rurale, « néophytes » ou « expérimenté(e)s », exerçant

en établissement¹⁰ ou dans la rue. Le fait de donner aux travailleuses du sexe l'opportunité de s'impliquer et de diriger ce processus permet non seulement de s'assurer que les obstacles à l'accès aux préservatifs et les préférences seront pris en compte, mais aussi que les préservatifs seront utilisés par les protagonistes et leurs clients.

Les stratégies de promotion communautaire qui émergent de ce processus doivent déboucher sur des processus holistiques similaires à ceux des services conduits par la communauté décrits au Chapitre 3. Dans cette perspective, les différentes activités élaborées seront conduites par, ou réalisées en consultation avec des travailleuses du sexe, (conseil individuel, jeux de rôle, tableaux, affiches, témoignage vidéo, etc.), ce qui permettra de renforcer à la fois les compétences des participants et la portée des messages de promotion de l'utilisation du préservatif. Il a été prouvé que les activités de haute qualité conduites par la communauté et complétées par des outils et matériels adéquats étaient efficaces dans la promotion de messages ciblés et le renforcement des compétences en matière de manipulation du préservatif. En outre, les stratégies de changement de comportement doivent répondre aux différents obstacles personnels à l'utilisation du préservatif, et porter notamment sur l'amélioration:

- Des connaissances sur les avantages du préservatif en matière de protection de la santé et sur les points de distribution.
- De la capacité à négocier un rapport sexuel à moindre risque¹¹.
- De la compétence à utiliser un préservatif (masculin ou féminin) de façon correcte.
- De la compétence à utiliser les lubrifiants de façon appropriée et sécuritaire.

La démonstration d'une manipulation correcte du préservatif masculin et féminin par les intervenantes en sensibilisation communautaire accroît la capacité et l'auto-efficacité d'utilisation (c.-à-d. la capacité à imposer un préservatif même dans une situation difficile). Les approches adoptées doivent également favoriser l'établissement, par les travailleuses du sexe, de dispositifs communautaires d'identification collective des mesures susceptibles d'encourager l'utilisation constante de préservatifs et de lubrifiants. L'Encadré 4.2 présente certaines stratégies de promotion du préservatif par la communauté ; les pages suivantes identifient certaines autres approches spécifiques potentielles.

Encadré 4.2

Stratégies pour une promotion/éducation sur le préservatif assurée par les travailleuses du sexe

- Messages fondés sur des données probantes qui encouragent la demande en rapports sexuels à moindre risque.
- Renforcement de la capacité de manipulation du préservatif masculin et féminin.
- Information sur le choix de lubrifiants sécuritaires et efficaces et le rejet de lubrifiants dangereux.
- Formation sur la capacité à négocier du sexe à moindre risque, incluant la négociation de l'utilisation du préservatif et les stratégies de réduction du risque lorsque le préservatif n'est pas disponible.
- Élimination des idées préconçues sur l'utilisation du préservatif, notamment sur le double usage du préservatif et la réutilisation du préservatif féminin.
- Information sur la protection individuelle lors de services sexuels particuliers, notamment la satisfaction de fantasmes sexuelles, le sexe fétichiste¹² et les services sexuels sans pénétration.
- Discussions spécifiques sur l'utilisation de préservatifs et lubrifiants lors d'un rapport sexuel anal entre hommes ou entre hommes et femmes, d'un rapport sexuel vaginal et /ou d'un rapport sexuel anal entre un homme et un individu transgenre.
- Éducation pour la réduction des risques associés à des idées préconçues courantes en matière de santé de la reproduction, par ex. la douche et le lavage après un rapport sexuel, et la prévention d'une grossesse non désirée.

10 Les travailleuses du sexe « d'établissement » travaillent dans des lieux fermés, notamment à domicile ou dans tout autre établissement où s'exerce le travail sexuel : bordels, chambres d'hôte, bars, clubs et.

11 Voir *Making Sex Work Safe* (NSWP, 2011), pp.67–68 sur les stratégies de négociation relatives à l'utilisation du préservatif.

12 Un rapport sexuel est fétichiste lorsqu'un plaisir érotique accru est tiré d'une activité, d'une sensation ou d'un objet qui diffère de ce que la société considère comme un rapport sexuel « normal » ou traditionnel.

Utilisation du préservatif avec un partenaire intime

Même si les messages de promotion de l'utilisation du préservatif destinés aux travailleuses du sexe sont en grande partie axés sur son utilisation avec un client ou un partenaire occasionnel, il peut s'avérer nécessaire, dans certains cas, de promouvoir l'utilisation accrue du préservatif entre travailleuses du sexe et leurs clients réguliers et/ou partenaires intimes. Des intervenantes en sensibilisation communautaire expérimentées ont développé des outils de communication efficaces qui favorisent la discussion de l'utilisation du préservatif avec un partenaire régulier sans qu'il n'y ait ingérence dans la vie privée de la travailleuse du sexe concernée. Par exemple, les intervenants du programme *Targeted Outreach* (Sensibilisation ciblée) (TOP) du Myanmar tirent des exemples de leurs propres relations personnelles lorsqu'il s'agit de fournir des conseils aux travailleuses du sexe sur la protection dans une relation à plus long terme. De façon générale, les discussions entourant l'utilisation du préservatif avec un partenaire régulier doivent être menées avec discrétion de façon à respecter la vie privée des travailleuses du sexe.

Préservatif féminin

Malgré sa pertinence, le préservatif féminin est souvent négligé lors de la planification de la promotion du préservatif auprès des travailleuses du sexe. Sa recommandation demande en effet une capacité à démontrer son usage correct et une compréhension claire de ses avantages :

- Il est plus résistant que le préservatif masculin et peut être utilisé lors d'un rapport sexuel anal.
- Il est utile pendant les menstruations des travailleuses du sexe.
- Il peut être utilisé lorsque le client ne peut maintenir son érection.
- Il demande moins de coopération de la part du client.

Les intervenantes en sensibilisation communautaire doivent donc être formées à la démonstration d'une utilisation correcte du préservatif féminin et disposer à cet effet de modèles de la zone pelvienne féminine.

Note : les préservatifs féminins ne doivent pas être réutilisés; en fait, il faut souvent rassurer les clients et les travailleuses du sexe sur le fait que le préservatif ne sera pas réutilisé pour que ces dernières se sentent confortables lors de son utilisation.

Réduire les risques lors de services sexuels alternatifs

Afin de protéger leur santé, les travailleuses du sexe doivent être informées non seulement des avantages liés à l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, mais aussi sur les autres services sexuels qui peuvent remplacer un rapport sexuel avec pénétration. Dans plusieurs cas, ces services augmentent la satisfaction du client tout en réduisant les risques à la santé et les effets physiques sur la travailleuse du sexe. Les intervenantes en sensibilisation communautaire doivent donc encourager les travailleuses du sexe à partager leurs expériences et leurs connaissances sur les services sexuels alternatifs à moindre risque pour la santé, notamment sur les pratiques mentionnées à titre d'exemple à l'Encadré 4.3. En fait, l'information relative à une réduction du risque au-delà de l'utilisation du préservatif doit faire partie intégrante des programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe et renseigner sur les risques et avantages associés aux rapports sexuels sans pénétration, ce qui permettra aux travailleuses du sexe de prendre une décision éclairée sur les services qu'elles acceptent de fournir.

Encadré 4.3

Services sexuels alternatifs susceptibles de réduire les risques de contracter le VIH ou une IST

Masturbation
Sexe mammaire
Fantasmes sexuels

Sexe entre les cuisses
Utilisation de jouets sexuels

Voyeurisme
Sexe fétichiste sans pénétration

Encadré
4.4**Cas d'exemple: Promotion communautaire du préservatif au Myanmar**

Le programme *Targeted Outreach* (TOP) (Sensibilisation ciblée) mis en œuvre en 2003 par Population Services International (PSI) au Myanmar fournit des services d'amélioration de la santé sexuelle des travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Dans le cadre de son approche à base communautaire, le TOP recrute des membres de la communauté en tant qu'intervenantes en sensibilisation communautaire, personnels terrain et éventuellement gestionnaires.

Les travailleuses du sexe sont impliquées dans la planification, la promotion et la distribution des préservatifs. Elles identifient les points chauds de distribution, les points de vente et les lieux de travail sexuel spécifiques. Les intervenantes en sensibilisation communautaire distribuent des préservatifs aux travailleuses du sexe au cours de leurs activités, ceci en complément du marketing social effectué directement par le PSI. En outre, le TOP procède à une promotion du préservatif dans les 18 espaces sécurisés (centres communautaires) en activité, ce qui contribue à l'accroissement de l'appui social à son utilisation.

La promotion de l'utilisation du préservatif féminin par programme TOP a été un succès. Les intervenantes en sensibilisation communautaire dispensent des conseils individuels sur le préservatif féminin, incluant la démonstration de son utilisation à l'aide d'un modèle de zone pelvienne féminine. Le programme a constaté que plusieurs démonstrations étaient nécessaires à une manipulation correcte du préservatif féminin, mais que ces séances avaient permis d'accroître son utilisation chez les travailleuses du sexe; de nouvelles activités sont en planification à la suite des demandes reçues.

Uniquement à travers ses activités de sensibilisation communautaire, le programme a distribué en 2012 aux travailleuses du sexe plus de 1,2 millions de préservatifs masculins et plus de 110 000 préservatifs féminins. Or le PSI procède en outre au marketing social de préservatifs et lubrifiants dans des points de vente situés à proximité des lieux de travail du sexe. Ainsi, à travers la combinaison d'une distribution gratuite et du marketing social de préservatifs et lubrifiants, le programme TOP s'assure que les travailleuses du sexe et leurs clients ont accès à des préservatifs et des lubrifiants de haute qualité, abordables et accessibles lorsque et où ils en ont besoin.

La hausse des indicateurs de changement de comportement et la réduction de la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe du Myanmar ne sont pas directement attribuables au programme TOP mais elles sont fortement corrélées à ses activités. Les enquêtes menées par le gouvernement, l'OMS et le PSI estiment que la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe a rapidement diminué puisqu'elle est passée de 27,5 pour cent en 2004 à 18,4 pour cent en 2008 pour se stabiliser à 7,1 pour cent en 2012.

Éliminer la stigmatisation sociale entourant l'utilisation du préservatif dans la population

Il faut un large soutien social à l'utilisation du préservatif pour que celle-ci reste constante lors des rapports sexuels commerciaux. Le préservatif ne doit donc pas faire l'objet de stigmatisation ou être considéré utile seulement lors d'un « rapport sexuel à risque » et il est essentiel que les valeurs sociales fassent la promotion du préservatif en tant qu'instrument de soutien à la « santé sexuelle » pendant un rapport sexuel avec un(e) partenaire à court ou à long terme. Par conséquent, outre le travail direct effectué auprès des travailleuses du sexe et de leurs clients, les programmes de promotion du préservatif doivent entreprendre des activités qui s'adressent à la population en général et favorisent non seulement l'élimination de la stigmatisation entourant l'utilisation du préservatif, mais aussi l'émergence d'un soutien social général à son utilisation lors des rapports sexuels.

Les campagnes médiatiques favorisent la promotion efficace de l'utilisation du préservatif, la diminution de la demande en rapports sexuels non protégés et l'évolution de certaines normes sociales. Elles impliquent la diffusion de messages appropriés et complémentaires dans les médias de masse, sur les lieux de travail, auprès des prestataires de services de santé ainsi que dans les endroits de divertissement et de travail du sexe. Le recours aux médias de masse est essentiel à une atteinte efficace des clients des travailleuses du sexe, qui sont très dispersés et font partie de la population en général; ces derniers ne peuvent pas, en effet,

4 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

être ciblés par les interventions à base communautaire, notamment par celles qui s'adressent aux travailleuses du sexe, aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, aux consommateurs de drogues et aux individus transgenres.

Idéalement, la promotion médiatique est assurée à travers un partenariat qui réunit divers organismes, par exemple le gouvernement, les ONG concernées et les compagnies privées de préservatifs. Au Cambodge et en Thaïlande, où la transmission hétérosexuelle du VIH lors de rapports sexuels occasionnels ou commerciaux a été réduite de façon importante, les hauts fonctionnaires du gouvernement et « icônes » sociales ont fait preuve d'un fort leadership en matière de reconnaissance des comportements à risque et de promotion de l'utilisation du préservatif. En outre, le gouvernement thaïlandais a appuyé la tenue de campagnes de marketing à large échelle destinées à déstigmatiser le port du préservatif et à accroître son utilisation par la population en général et les groupes qui adoptent des comportements à risque.

Avec l'accès accru à Internet, les personnes intéressées à des rapports sexuels occasionnels et commerciaux se rencontrent souvent en ligne. Or, Internet permet non seulement de rencontrer d'autres individus, mais aussi de promouvoir l'utilisation du préservatif. Les programmes doivent donc considérer le potentiel publicitaire des sites de rencontre en ligne, particulièrement lorsqu'ils sont consacrés aux contacts pour rapports sexuels occasionnels ou commerciaux. Les messages diffusés en ligne peuvent renforcer et compléter les messages de promotion du préservatif diffusés à travers les autres médias de masse et renseigner les individus sur les points de vente de préservatifs. Pour plus d'informations sur l'atteinte des populations clés à travers les médias électroniques, consulter le document de l'OMS : « Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres ».

4.2.3 Créer un contexte favorable à la promotion du préservatif

La création d'un contexte favorable à une forte utilisation du préservatif implique :

- La présence de cadres politiques, légaux et réglementaires qui soutiennent l'utilisation du préservatif.
- L'application appropriée de ces cadres.
- Le soutien individuel comme des organismes clés à la promotion et à l'accès aux préservatifs par les travailleuses du sexe.

L'accès universel au préservatif devrait être au cœur des politiques et programmes de promotion et d'accès permanent aux préservatifs et lubrifiants, particulièrement pour les travailleuses du sexe. Cependant, la promotion de l'accès universel, y compris des travailleuses du sexe, au préservatif et sa distribution effective demandent l'appui du gouvernement, ceci quelles que soient les lois nationales relatives au travail du sexe en vigueur. Les programmes de promotion et de distribution de préservatifs doivent être exempts de coercition. Les politiques d'utilisation obligatoire du préservatif assorties de mesures punitives doivent être évitées. Elles obligent les travailleuses du sexe à se conformer à des prescriptions spécifiques, qui sont appliquées par les propriétaires de bordels et agences étatiques, par exemple la consultation en clinique d'IST, ce qui ouvre la porte aux violations des droits de l'homme et à la restriction des libertés individuelles. Les gouvernements doivent au contraire encourager les propriétaires d'établissements à tenir des « lieux de travail sécuritaires » où les préservatifs sont disponibles et les travailleuses du sexe encouragées à les utiliser avec leurs clients. Lorsque les préservatifs sont facilement accessibles en vertu d'une politique d'accès universel, les méthodes réglementaires coercitives – notamment l'obligation d'utiliser un préservatif au cours d'un rapport sexuel commercial, de se soumettre à des tests médicaux ou de prouver l'utilisation du préservatif – ne sont pas nécessaires.

Les gouvernements doivent également s'assurer que les lois et réglementations nationales permettent la libre distribution et possession de préservatifs, qui est encore pénalisée dans certains pays. La révision des lois et règlements doit favoriser une distribution efficace des préservatifs et leur usage. En outre, toute disposition législative voulant que le préservatif prouve le travail sexuel doit être éliminée. En effet, le préservatif ne devrait pas être considéré par la loi ou les responsables de son application comme preuve de rapports sexuels rémunérés et les préservatifs des travailleuses du sexe ne devraient jamais être confisqués.

Encadré
4.5**Politiques nationales de promotion de l'utilisation du préservatif**

- Encourager les « lieux de travail sécuritaire » et la disponibilité de préservatifs sur les lieux de pratique du travail sexuel.
- Réviser/retirer les lois qui pénalisent la possession de préservatifs.
- Éliminer les pratiques répressives qui impliquent une confiscation des préservatifs des travailleuses du sexe.
- S'assurer que les lois/politiques en vigueur incitent les propriétaires d'établissements de travail sexuel à conserver un stock de préservatifs.
- Décriminaliser ou dépenaliser le travail du sexe afin de réduire les craintes des travailleuses du sexe et d'accroître l'utilisation du préservatif.

Les programmes de distribution de préservatifs doivent travailler en partenariat avec les institutions et individus clés afin de s'assurer d'un soutien continu à la conduite d'activités de promotion et de distribution de préservatifs. Parmi les institutions clés, il faut mentionner : le ministère de la Santé, les départements de santé locaux, les personnels des établissements de santé locaux et autres personnels pertinents du système de santé. Les individus clés (« sentinelles ») incluent notamment les tenanciers de lieux de divertissement, de boîtes de nuit, de bordels, de chambres d'hôte et d'hôtels ainsi que les autres individus impliqués dans le travail du sexe. Les organismes de mise en œuvre doivent collaborer avec tous ces individus pour s'assurer qu'ils comprennent l'importance de l'utilisation du préservatif et lui accordent le soutien nécessaire.

La promotion et la distribution de l'utilisation du préservatif ne peuvent se faire de façon isolée ou unilatérale. Pour être efficaces, elles doivent être intégrées à un ensemble de services de santé et mises en œuvre sous le leadership et avec les travailleuses du sexe. Au niveau local par exemple, les programmes de distribution de préservatifs et les travailleuses du sexe doivent collaborer à l'identification des situations où son utilisation est compromise (par ex. rapports sexuels en groupe, utilisation de drogues et d'alcool, violence), des solutions susceptibles de réduire leur occurrence et des moyens susceptibles d'accroître l'utilisation du préservatif même lorsqu'elles se produisent. Selon le contexte, ces solutions peuvent être programmatiques, demander la conduite de plaidoyers, ou les deux.

Encadré
4.6**Stratégies locales pour la création d'un contexte favorable à la promotion du préservatif**

- S'assurer que les préservatifs sont largement disponibles dans les points de vente, machines distributrices ou lieux de travail du sexe, notamment dans les bordels, les bars, les chambres d'hôtes et d'hôtel, dans les stations d'autobus et de train, dans les stations d'essence, et dans les haltes routières sur les autoroutes.
- Placer les préservatifs directement dans les chambres d'hôte ou d'hôtel plutôt que dans le hall d'entrée. Ceci permet d'assurer leur disponibilité au moment des rapports sexuels et prévient leur confiscation par les forces policières.
- Prévoir des équipements d'élimination adéquats (par ex. poubelles) sur les lieux de pratique du travail sexuel afin que les préservatifs puissent être jetés et ne constituent pas des ordures résiduelles observables.
- Former les policiers à la promotion et à la protection des droits de l'homme des travailleuses du sexe et à la prévention du VIH/IST, incluant la promotion et la distribution du préservatif.
- Distribuer aux intervenantes en sensibilisation communautaire des cartes d'identité signées par les autorités policières locales de façon à éliminer le harcèlement lors de la conduite d'activités de sensibilisation.
- Mettre en œuvre des programmes de santé sexuelle sur les lieux de travail des clients potentiels de travailleuses du sexe, incluant la réduction de la demande pour des rapports sexuels rémunérés non protégés.

4.2.4 Aspects spécifiques à considérer lors de la planification d'une promotion du préservatif.

A. Planification d'une promotion auprès des travailleurs du sexe hommes et transgenres

Les services sexuels offerts par les travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres peuvent être très différents et les programmes de promotion et de distribution de préservatifs doivent non seulement tenir compte de ces différences, mais aussi faciliter l'accès aux produits qui conviennent aux types de rapports sexuels fournis par les travailleurs du sexe hommes et transgenres. Par exemple, la disponibilité de lubrifiants est particulièrement importante lors de la pratique de sexe anal, alors que les préservatifs parfumés sont principalement appréciés lors d'un service sexuel oral.

- Les programmes de promotion/éducation qui s'adressent aux travailleurs du sexe hommes doivent s'intéresser aux difficultés concrètes, par exemple l'utilisation du préservatif lorsque le maintien de l'érection est difficile, les effets secondaires des médicaments utilisés pour traiter la dysfonction érectile, la pratique à moindre risque du sexe fétichiste et l'utilisation du préservatif féminin dans la pratique du sexe anal.
- Les programmes de promotion/éducation qui s'adresse aux travailleurs du sexe transgenres doivent notamment fournir des informations sur l'utilisation du préservatif féminin et le rapport sexuel à moindre risque après une opération chirurgicale.

Qu'il s'agisse de travailleurs du sexe hommes ou transgenres, le programme doit collaborer avec la communauté à l'identification des besoins d'information et de produits et ajuster la promotion et l'information en conséquence. La stigmatisation des travailleurs du sexe hommes et transgenres risque d'être très élevée et l'intégration au programme d'un soutien psychologique offert à la demande peut s'avérer très pertinente. Les intervenants en sensibilisation communautaire qui travaillent auprès des travailleurs du sexe hommes et transgenres doivent être du même sexe afin de maximiser la compréhension mutuelle et le partage d'opinions.

B. Stratégies de négociation en vue du port du préservatif

La décision relative au port ou non du préservatif – et au type de sexe pratiqué – se résume généralement à une négociation entre la travailleuse du sexe et le client individuel. Dans les programmes de promotion du préservatif réussis, les intervenantes en sensibilisation communautaire abordent directement les questions de stratégies appropriées de négociation sur le port du préservatif et les pratiques sexuelles à moindre risque, ce qui renforce les capacités et alimente les « boîtes à outils » des travailleuses du sexe.

Parmi les tactiques de négociation identifiées par les travailleuses du sexe, on peut mentionner par exemple :

- Le paiement anticipé du client afin que ce dernier ne puisse pas refuser de payer si le préservatif est utilisé.
- Amener le client dans un établissement de travail du sexe où le port du préservatif est obligatoire.
- Négocier avec le client une pratique sexuelle sans pénétration.
- Autonomiser la communauté de façon à normaliser le refus de rapports sexuels non protégés.
- Si toutes les autres options échouent, et si raisonnablement sécuritaire et applicable, refuser tout client qui n'accepte pas le port du préservatif.

C. Planification de la promotion du préservatif auprès des clients de travailleuses du sexe

La décision finale relative au port ou non du préservatif revient souvent aux clients, qui sont pourtant souvent négligés par les programmes de prévention du VIH. Les pays qui ont réduit l'incidence de nouvelles infections chez les travailleuses du sexe et leurs clients ont souvent travaillé non seulement au changement de comportement chez les travailleuses du sexe, mais aussi à l'évolution des attitudes et comportements des clients.

Comme souligné précédemment, les campagnes dans les médias de masse sont une composante importante de la promotion auprès des clients des travailleuses du sexe, qu'il est difficile d'atteindre uniquement à travers des activités de sensibilisation. Les programmes doivent également être plus actifs sur les lieux de travail, particulièrement dans des secteurs à forte mobilité et à prévalence plus élevée de VIH et d'IST (par ex. mines, transport, etc.).

Il faut également que les programmes abordent les questions de valeurs normatives et de comportement des hommes et des garçons en matière de respect de la santé et des droits de l'homme de leur partenaire sexuel, incluant les travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres. Une intervention de sensibilisation doit inclure non seulement la promotion de l'utilisation constante du préservatif lors d'un rapport sexuel avec un travailleur du sexe, mais aussi favoriser l'élimination de toute demande de rapport sexuel non protégé. En plus de promouvoir l'utilisation du préservatif par les clients, les programmes doivent lutter contre les idées préconçues en matière de prévention du VIH, incluant le concept selon lequel la circoncision masculine et la thérapie antirétrovirale éliminent tout risque de transmission du VIH ou d'une autre IST.

La distribution efficace de préservatifs aux clients des travailleuses du sexe demande l'harmonisation des approches à la prévention du VIH des secteurs de la santé, du commerce et de la justice. Les préservatifs doivent être largement annoncés et disponibles, particulièrement dans les petits commerces situés à proximité des lieux de divertissement et sur les lieux de pratique du travail du sexe. Un préservatif plus ou moins à portée de main au cours d'un rapport sexuel commercial a davantage de chances d'être utilisé. Il est donc absolument nécessaire qu'aucune restriction, répression ou détention par les forces policières ne vienne limiter la disponibilité de préservatifs sur les lieux de pratique du sexe commercial et leur possession par les travailleuses du sexe.

Encadré
4.7

Stratégies pour une réduction de la demande en rapports sexuels non protégés et d'augmentation de l'utilisation du préservatif chez les clients des travailleuses du sexe

- Fort leadership gouvernemental en matière d'appui à l'utilisation du préservatif lors de tout rapport sexuel avec pénétration.
- Campagne médiatique pour un changement des normes sociales et lutte contre la stigmatisation de l'utilisation du préservatif.
- Programmes sur les lieux de travail des clients potentiels des travailleuses du sexe, notamment axés sur le changement des normes communautaires et la réduction de la demande en rapports sexuels non protégés.
- Points de distribution de préservatifs et de lubrifiants pratiques pour les clients des travailleuses du sexe, incluant les petits commerces de proximité, les lieux de travail et les établissements de travail du sexe.
- Messages sur la santé des partenaires sexuels intégrés aux programmes de santé ou autres s'adressant aux hommes et aux garçons.

D. Programmes de marketing social du préservatif auprès des travailleuses du sexe

Les programmes de marketing social vendent des préservatifs et lubrifiants subventionnés à un prix qui convient à ceux qui n'ont pas les moyens d'assumer le plein prix nécessaire à la couverture du coût du produit et des frais du programme. Ils misent sur le caractère abordable, accessible et disponible du préservatif pour améliorer la durabilité de son utilisation dans la population en général. En outre, les programmes de marketing social mènent plusieurs campagnes sur les produits de marque ou génériques axées sur la déstigmatisation de l'utilisation du préservatif.

Les programmes de marketing social facilitent l'accès des travailleuses du sexe et de leurs clients à différents préservatifs et lubrifiants, notamment de marque, de taille, de couleur et de parfum différents. Il est possible que les clients préfèrent certains types de préservatifs et se procurent des produits de marketing social qui leur semblent attirants ou encore que certains travailleuses du sexe s'adonnent à la vente de préservatifs et lubrifiants offerts à travers le marketing social pour générer des revenus supplémentaires.

En dépit des nombreux avantages des programmes de marketing social, ces derniers ne doivent pas remplacer la distribution gratuite de préservatifs et de lubrifiants aux travailleuses du sexe. Ces produits sont des outils de protection essentiels et doivent faire l'objet d'une politique de distribution à large échelle auprès des travailleuses du sexe. En fait, les programmes de marketing social complètent la distribution gratuite à travers une offre de préservatifs et lubrifiants variés, recherchés et largement disponibles. Pour coordonner leurs efforts, les programmes peuvent collaborer au niveau national à l'adoption d'une approche commune à la mise en marché du préservatif, qui tient compte de la segmentation du marché, assure la coordination avec le secteur privé et permet le développement de stratégies commerciales ciblées pour les différents segments du marché identifiés. Pour plus d'informations sur une approche générale au marketing social du préservatif, voir Abt Associates, *Total Market Initiatives for Reproductive Health* (Section 4.4).

4.3 Gestion de programmes de promotion du préservatif

4.3.1 Rôles et responsabilités de planification

La Figure 4.1 illustre les différents paliers de gestion de la promotion du préservatif ainsi que les partenariats et coordinations entre le gouvernement et les ONG.

4.3.2 Suivi du programme

Le Tableau 4.3 résume les principaux indicateurs de suivi et les sources de données afférentes utilisées dans la gestion d'un programme de promotion du préservatif.

4.3.3 Évaluation

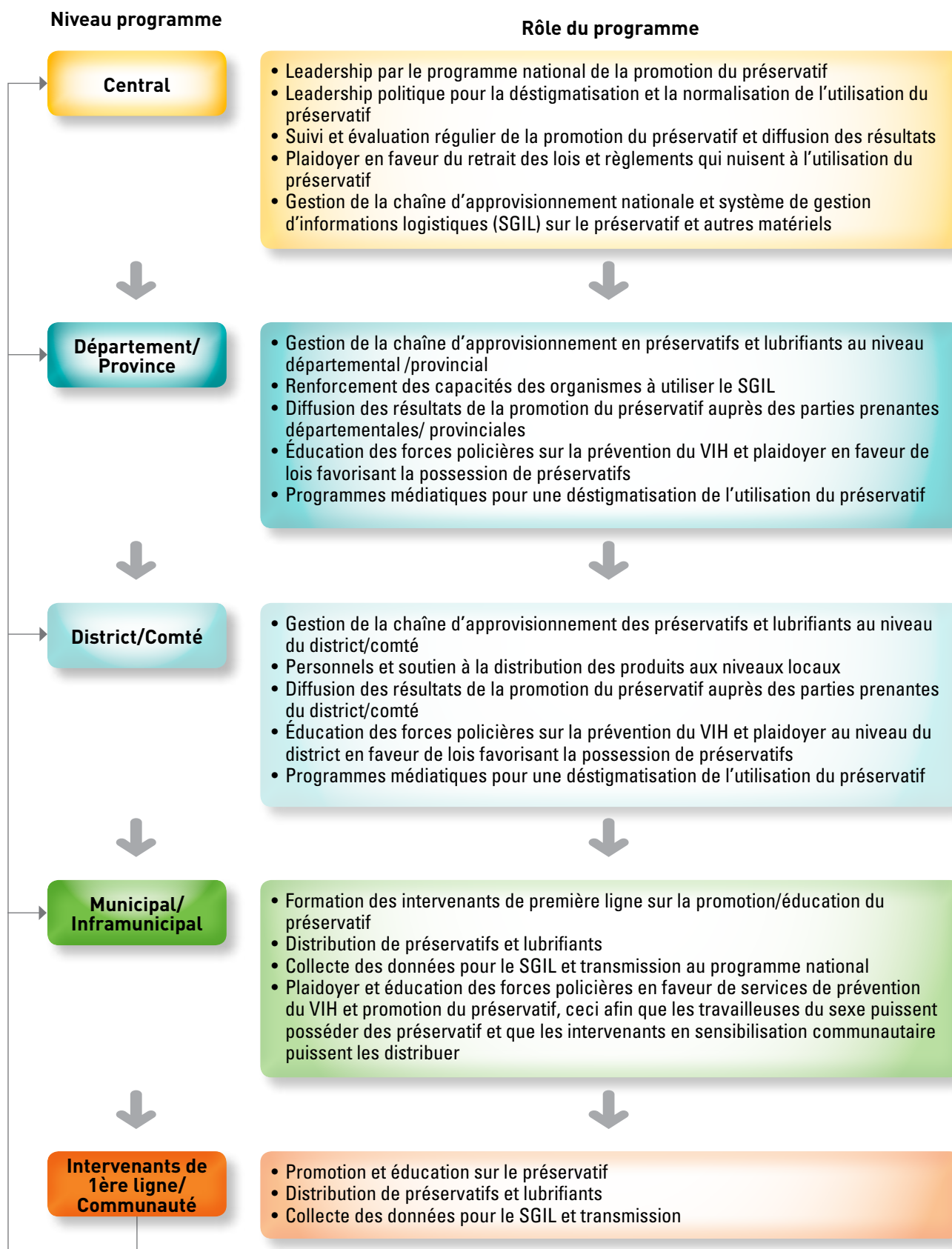
L'évaluation de l'efficacité de la promotion et de la distribution de préservatifs auprès des travailleuses du sexe complète le suivi régulier du programme et permet d'obtenir des données clés sur les changements de comportement en matière d'utilisation du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients. Parmi l'ensemble des méthodes et outils d'évaluation, il faut mentionner tout particulièrement la collecte régulière de données sur la distribution et la vente de préservatifs, la conduite d'enquêtes de suivi du comportement, d'enquêtes sur la couverture en préservatifs et d'évaluations de processus à partir des données de suivi régulier.

Les enquêtes de suivi du comportement sont menées à intervalles réguliers (tous les deux à quatre ans) auprès des travailleuses du sexe et de leurs clients pour identifier les effets des interventions sur les résultats de santé. Ces enquêtes mesurent les changements à la fois en matière d'utilisation du préservatif et dans la motivation et les obstacles liés à son utilisation. Certaines enquêtes de suivi du comportement incluent des biomarqueurs qui mesurent la prévalence du VIH et/ou des IST.

Les enquêtes de couverture en préservatifs sont généralement menées par les programmes de marketing social. Elles procèdent par sondage en grappes de l'assurance de la qualité pour mesurer le niveau et la qualité de la couverture en préservatifs dans des zones de dénombrement cartographiées.

L'évaluation de processus tire parti des données de suivi régulier pour mesurer la progression vers les résultats intermédiaires du programme. Ainsi, les indicateurs d'approvisionnement en préservatifs peuvent être mesurés au moment de l'élaboration des rapports du programme et à travers l'utilisation du SLGI. La revue régulière de ces données aide à vérifier si les travailleuses du sexe ont accès à suffisamment de préservatifs.

Figure 4.1 Rôles et responsabilités dans la promotion et la distribution de préservatifs



4 Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants

Tableau 4.3 indicateurs de suivi d'un programme de promotion et distribution de préservatifs

Activités	Objectif	Indicateur	Sources de données
Assurer un accès adéquat des travailleuses du sexe à des préservatifs masculins et féminins et aux lubrifiants	1	Ratio de préservatifs distribués/ estimation du nombre de préservatifs nécessaires par mois	Outil de micro-planification Registres de stocks de préservatifs Questions sur le type de travail du sexe et le nombre moyen de partenaires lors de l'inscription. Autres évaluations des écarts entre l'offre et la demande
	0	Nombre d'ONG/points de distribution rapportant une rupture de stock de préservatifs à distribution gratuite au cours du dernier mois	Stock /registres de l'ONG/points de distribution
	0	Nombre d'ONG/points de distribution rapportant une rupture de stock de lubrifiants à distribution gratuite au cours du dernier mois	Stock /registres de l'ONG/points de distribution
	90%	% de secteurs de dénombrement où les préservatifs sont en vente à moins de 10 – 20 minutes de marche	Enquête de couverture du marketing social du préservatif
	95%	% de travailleuses du sexe et clients qui sont d'accord avec l'affirmation suivante : « les préservatifs sont disponibles quand j'en ai besoin ».	Enquête de suivi du comportement
Promotion multi-paliers du préservatif masculin et féminin et des lubrifiants	90%	% de travailleuses du sexe ayant rapporté avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel commercial avec pénétration	Questions au moment de l'inscription (essentielles) Questions de routine lors d'une consultation médicale
	85%	% de travailleuses du sexe ayant rapporté utiliser le préservatif de façon constante lors de rapports sexuels commerciaux	Enquête de suivi du comportement
	90%	% de clients de travailleuses du sexe ayant rapporté avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel commercial	Questions au moment de l'inscription (essentielles) Questions de routine lors d'une consultation médicale
	Augmentation	% de travailleuses du sexe ayant identifié des facteurs de motivation à l'utilisation du préservatif	Enquête de suivi du comportement
	Diminution	% des travailleuses du sexe ayant identifié des obstacles à l'utilisation du préservatif	Enquête de suivi du comportement
Créer un contexte favorable à l'utilisation du préservatif	0	Nombre de confiscations de préservatifs rapportées	Rapports du programme
		% d'ONG en appui aux travailleuses du sexe ayant fait état de besoins en préservatifs au programme national	Registre du SLGI

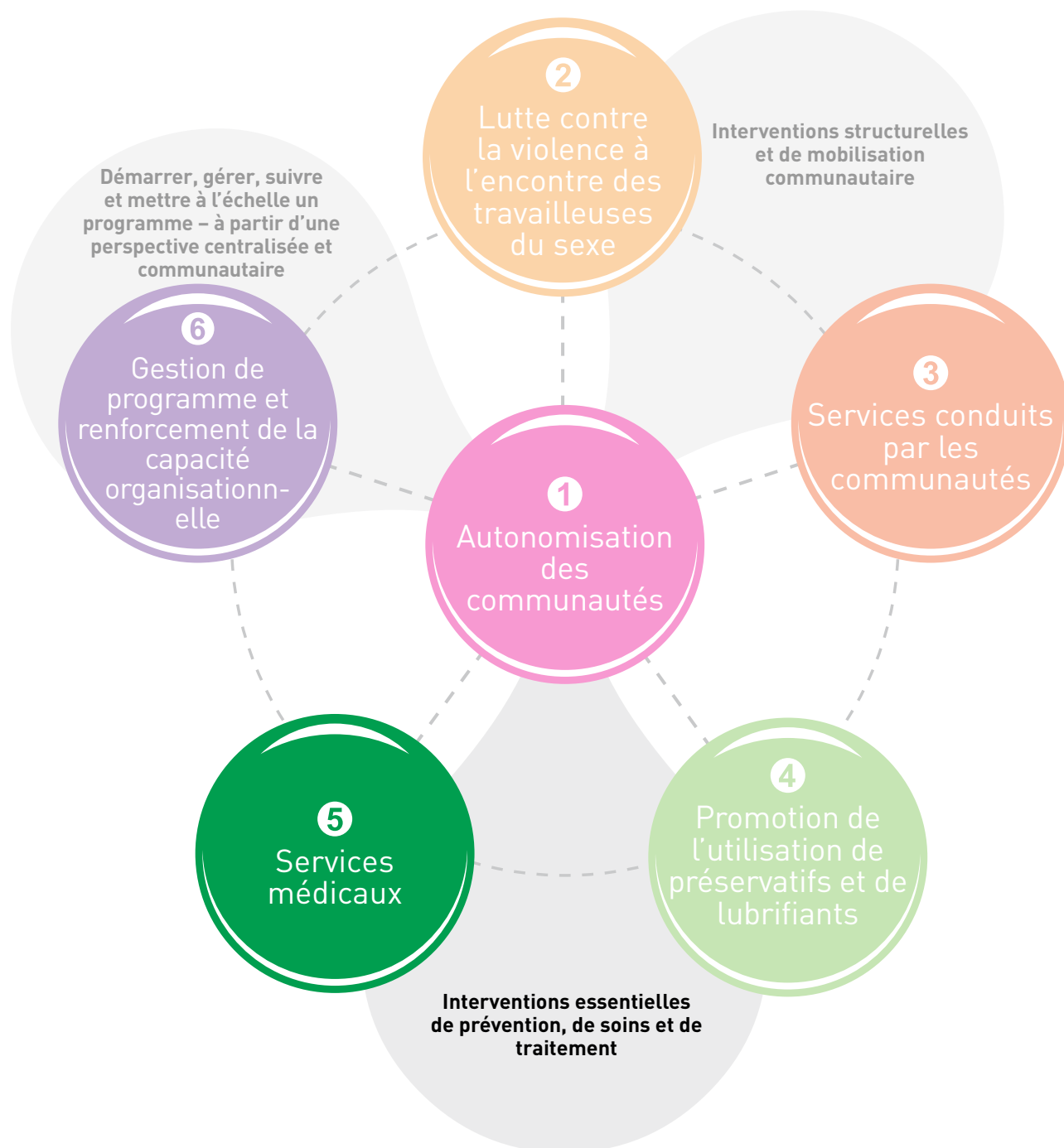
4.4 Ressources et lectures complémentaires

1. *Total Market Initiatives for Reproductive Health*. Bethesda, MD: « Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project », Abt Associates, 2012. http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/Total_Market_Initiatives_for_Reproductive_Health.pdf
2. *Market Segmentation Primer*. PSP-One Project, Abt Associates, 2009. http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDAWG_Market_Segmentation_Primer_FINAL_doc.pdf
3. *Contraceptive Forecasting Handbook for Family Planning and HIV/AIDS Prevention Programs*. Arlington, VA: « Family Planning Logistics Management » (FPLM)/John Snow, Inc., Agency for International Development, États-Unis, 2000. <http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/publication/display.cfm?txtGeoArea=INTL&id=10340&thisSection=Resources>
4. *Market Development Approaches Scoping Report*. Londres : HLSP, 2006. http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDA_Scoping_Report_2006_10.pdf
5. *A Forecasting Guide for New & Underused Methods of Family Planning: What to Do When There Is No Trend Data?* Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Université Georgetown, John Snow Inc. et Population Services International pour la Reproductive Health Supplies Coalition, 2012. http://www.k4health.org/sites/default/files/A%20Forecasting%20Guide%20for%20New%20and%20Underused%20Methods%201st%20Edition%202012_0.pdf
6. *Female, Male and Transgender Sex workers' Perspective on HIV and STI Prevention and Treatment Services: A Global Sex Worker Consultation*. Edinburgh, Royaume-Uni : Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, 2011. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-WHO%20Community%20Consultation%20Report%20archived.pdf>
7. *Making Sex Work Safe*. Edinburgh, Royaume-Uni : Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, 2011. http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Making%20Sex%20Work%20Safe_final%20v3.pdf
8. « Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. » Genève, OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
9. « Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres ». Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/
10. *Targeted Interventions under NACP III: Operational Guidelines. Volume I: Core High Risk Groups*. Nouvelle Delhi: National AIDS Control Organisation, Gouvernement de l'Inde, 2007. http://www.iapsmgc.org/userfiles/3TARGETED_INTERVENTION_FOR_HIGH_RISK_GROUP.pdf
11. *Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population et Family Health International, 2013. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/07_resources/malecondoms_specs_procurement_2010.pdf
12. *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: OMS/UNFPA/FHI360 advisory note*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf
13. *Female Condom: Generic Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2012*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population et FHI 360, 2012. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/08_QA/Female%20Condom%20Generic%20Specification%20EN.pdf
14. Fournisseurs préqualifiés de l'OMS en préservatifs masculins et féminins. Fonds de contrôle de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour la Population. <http://www.who.int/hiv/amds/UNFPACondomSuppliers.pdf>



5

Services cliniques
et de soutien



Que contient ce chapitre ?

Ce chapitre aborde la question de la prestation de **l'ensemble des services recommandés** auprès des travailleuses du sexe. Il décrit les principes clés de conception et de prestation de services appropriés à leurs besoins (Section 5.1).

Les services abordés dans ce chapitre sont les suivants :

- conseil dépistage volontaire (Section 5.2)
- thérapie antirétrovirale (Section 5.3)
- traitement de la tuberculose (Section 5.4)
- services additionnels aux travailleuses du sexe s'injectent des drogues (Section 5.5)
- services liés aux infections sexuellement transmissibles (Section 5.6)
- services de santé sexuelle et de la reproduction (Section 5.7)
- santé mentale (Section 5.8).

Le chapitre fournit également une liste de **ressources et de lectures complémentaires** (Section 5.9).

5.1 Principes de fonctionnement en matière de services médicaux et de soutien

La prestation de services médicaux et de soutien appropriés, accessibles et acceptables aux travailleuses du sexe représente un défi certain, notamment en raison de la stigmatisation et de la discrimination souvent présentes dans les contextes médicaux. Cependant, ces mêmes services peuvent être une source d'autonomisation de la communauté, particulièrement en matière de prise en charge des services, si les travailleuses du sexe sont impliquées dans leur conception, leur mise en œuvre et leur suivi¹.

Le lien de confiance entre prestataires de soins de santé et travailleuses du sexe bénéficiaires est essentiel et généralement soumis au respect des principes suivants :

1. **Consentement volontaire informé** : Les travailleuses du sexe ont le droit de décider d'accepter ou non le traitement proposé. Les prestataires de soins de santé sont tenus d'expliquer toutes les procédures et de respecter le choix d'une travailleuse du sexe qui refuse de se soumettre à un examen ou à un traitement.
2. **Confidentialité** : La confidentialité des informations sur les patients, incluant leur dossier médical et les résultats d'analyses en laboratoire, est indispensable à la protection de la vie privée des travailleuses du sexe. Ces dernières doivent pouvoir s'identifier comme elles le souhaitent et ne pas être tenues d'utiliser leur patronyme légal (les certificats d'identité et données biométriques ne doivent pas être exigés) alors que la continuité des soins peut être assurée à travers la simple remise d'un numéro d'enregistrement.
3. **Services appropriés** : Les services médicaux sont efficaces, de haute qualité, assurés au moment nécessaire et répondent aux besoins des travailleuses du sexe. Ils satisfont aux standards internationaux, aux pratiques optimales et aux directives en vigueur.
4. **Services accessibles** : Les services médicaux sont offerts au cours de périodes et dans des endroits qui conviennent aux travailleuses du sexe. Lorsque possible, ces services sont intégrés ou étroitement liés à une gamme plus large de services de santé accessibles au cours d'une seule visite (voir Section 5.1.2 ci-dessous).
5. **Services acceptables** : les prestataires de soins de santé sont discrets, exempts de jugement, non stigmatisants et formés à une réponse aux besoins des travailleuses du sexe.
6. **Services abordables** : Les services sont idéalement gratuits ou peu coûteux et prennent en considération le coût du transport et la perte d'opportunités de revenus qu'implique une consultation auprès d'un prestataire de services.

La Figure 5.1 illustre comment ces principes peuvent être appliqués, notamment pour la coordination d'activités menées à chaque niveau d'un programme de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).

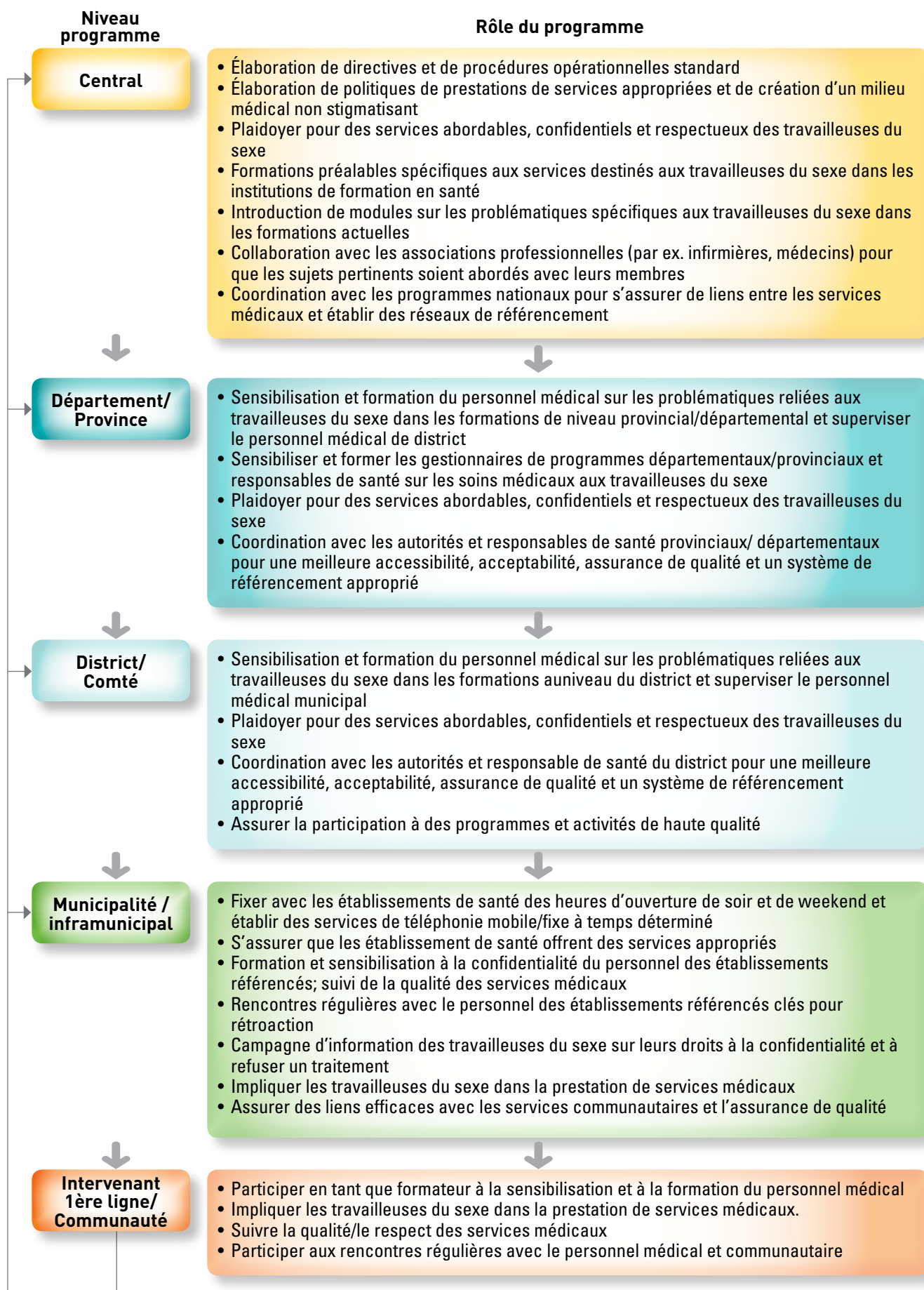
5.1.1 Prestation de services et intégration

Même si les différents services cliniques ont été répartis dans plusieurs sections de ce chapitre, toute planification programmatique efficace doit cibler les types de prestations qui sous-tendent le moins d'obstacles possible à l'accès aux services. Les services médicaux et non médicaux sont souvent complémentaires et leur coordination est essentielle. Les approches susceptibles de rendre les services plus accessibles incluent notamment :

- Une localisation des services et des formations conjointes.
- L'implication communautaire dans le développement, la promotion, la prestation et le suivi des services.
- La formation du personnel (non-travailleuse du sexe) sur les schèmes culturels et l'obligation de diligence envers les travailleuses du sexe.
- L'assurance que l'application de la loi n'empêche pas les travailleuses du sexe d'avoir accès aux services.

¹ Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont initiées par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

Figure 5.1 Représentation d'une approche multi-niveau à des services cliniques acceptables, accessibles et respectueux



5.2 Conseil et dépistage volontaire du VIH

5.2.1 Introduction

Recommandations 2012:² Recommandation étayée par des données probantes n° 5

Proposer des services de conseil et dépistage volontaire du VIH aux travailleuses du sexe.

Le conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV) est déterminant, non seulement pour la prévention, mais aussi pour la prestation de soins et de traitements qui permettent de maintenir en vie les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En associant le conseil personnalisé et la connaissance du statut sérologique, le CDV aide à prévenir les comportements à risque de transmission du VIH et assure aux PVVIH l'appui-conseil, le traitement des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale (TARV) nécessaires.

Les services de CDV sont donc de rigueur dans tout programme intégré de prévention, de traitement et prise en charge du VIH et les travailleuses du sexe, leurs partenaires et leurs familles doivent y avoir accès aussi souvent que nécessaire, au moment requis et dans des lieux qui leur conviennent. Les services de CDV devraient respecter les principes « 5 C » décrits ci-après et être assurés de façon respectueuse et sans coercition, jugement, stigmatisation ou discrimination.

Les répondants à l'Enquête sur les valeurs et préférences³ ont souligné que la disponibilité accrue de services de TARV destinés aux travailleuses du sexe était soumise à une meilleure connaissance du statut sérologique. Les répondants ont unanimement condamné la conduite obligatoire ou coercitive de tests de dépistage.

5.2.2 Conseil et dépistage du VIH et prestation de services

Les services de CDV peuvent être assurés dans de multiples endroits, incluant :

- Services mobiles dans la communauté.
- Établissement de santé.
- Espace sécurisé (centre communautaire).⁴
- Bars, clubs et bordels.
- Domicile du ménage.

L'échantillon sanguin obtenu par piqûre du doigt et l'écouvillon buccal restent les meilleures méthodes de collecte. Ces processus peuvent être assurés par une intervenante communautaire formée à cet effet; ils ont l'avantage d'être considérés acceptables par les utilisateurs de drogues injectables qui risquent de présenter un accès veineux difficile ou d'être sensibles à une divulgation potentielle d'informations sur leur consommation.

2 « Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique. » Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012.

3 Une consultation mondiale auprès des travailleuses du sexe menée par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des Recommandations 2012.

4 Endroit où les travailleuses du sexe peuvent se réunir pour relaxer, rencontrer d'autres membres de la communauté ou organiser des activités sociales, des réunions ou des formations. Consulter le chapitre 3, section 3.3 pour plus de détails.

Encadré
5.1**Cas d'exemple : Services complets en collaboration et pour les travailleuses du sexe du Kenya**

Au Kenya, une gamme complète de services assurés en collaboration et pour les travailleuses du sexe est disponible depuis plusieurs années. La prévention, l'éducation et la distribution de préservatifs sont assurées sur les « points chauds » par des intervenantes en sensibilisation qui sont en majorité des travailleuses du sexe formées à cet effet. Le CDV est disponible dans les établissements de santé et au moment de la sensibilisation. Toute personne positive au VIH est recommandée à un service de santé de proximité, ou ailleurs, selon la préférence du patient. Les centres de santé, qui sont ouverts le soir et le samedi, offrent une gamme complète de prestations incluant la pré-TARV, la prévention et le traitement des infections opportunistes, la participation à des groupes de soutien et la TARV à long terme. Ils offrent en outre des services de diagnostic et de traitement des autres IST et de dépistage du cancer du col utérin. Ces projets, présents dans les principales villes du Kenya, sont gérés par des comités-conseils composés de travailleuses du sexe et de leurs sympathisants; ils opèrent avec le soutien du Ministère de la Santé. En juin 2013, plus de 40 000 travailleuses du sexe et membres de leurs familles avaient bénéficié des services de ces programmes complets, ceci à travers tout le pays.

5.2.3 Activités essentielles à intégrer aux services de CDV qui s'adressent aux travailleuses du sexe**A. Préparation**

La préparation appropriée de l'implantation de services de CDV comprend le renforcement de la conscientisation et de la demande communautaire, la formation des prestataires, la sélection des points de service, la définition des horaires et l'acquisition des produits nécessaires.

Conscientisation et renforcement de la demande communautaire en CDV

- Les membres de la communauté doivent être informés des avantages liés à la connaissance de leur statut sérologique et sur les traitements disponibles en cas d'infection au VIH. Même lorsque des activités de conscientisation s'adressent déjà à la population en général ou à des groupes spécifiques, il est possible que les travailleuses du sexe soient mal renseignées sur la disponibilité de services respectueux ou assurés par des travailleuses du sexe formées et qualifiées.
- Lors de la conduite de campagnes de sensibilisation, les travailleuses du sexe doivent être informées sur leur droit à la confidentialité, au consentement et au refus d'un test de dépistage.

Formateurs et intervenantes en sensibilisation communautaire

- La formation sur le CDV doit être conforme aux standards nationaux et internationaux (voir Section 5.9).
- La formation des conseillers qui assureront le CDV auprès de travailleuses du sexe doit inclure des modules additionnels sur :
 - le devoir de respect et de non-jugement;
 - les besoins spécifiques des travailleuses du sexe ;
 - l'impératif absolu de confidentialité, non seulement sur les résultats des tests, mais aussi sur toute autre information transmise au cours de la rencontre de conseil, incluant la pratique du travail du sexe.

Points de services et horaires

- Les points de services et horaires de CDV doivent correspondre aux besoins et à la demande des travailleuses du sexe. Dans certains contextes, ceci pourrait signifier une prestation de services le soir et les week-ends, notamment sous forme de « CDV au clair de lune » comme dans certains pays.
- Les endroits situés dans la communauté pourraient être plus attractifs que les établissements de santé.

Acquisition des produits nécessaires

- L'acquisition des produits nécessaires aux tests de séropositivité est généralement effectuée par l'agence ou l'organisme qui assure le service.
- Lorsqu'un programme d'appui aux travailleuses du sexe souhaite fournir lui-même des services de CDV, il doit collaborer avec les autorités sanitaires locales afin d'obtenir les formations, les autorisations et les produits nécessaires.
- La distribution aux travailleuses du sexe de pamphlets ou autres feuillets d'information sur l'importance du dépistage du VIH peut s'avérer utile.

Gestion

Ces aspects sont traités au chapitre 6. Pour des informations spécifiques à la gestion de services de CDV, on peut consulter le *Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage* du VIH de l'OMS.⁵

B. Prestation de services de CDV

Information préalable au test de dépistage

- Les rencontres préalables au test de dépistage doivent renseigner sur le VIH et le processus de dépistage et s'assurer que le CDV est volontaire.
- L'évaluation des risques permet d'élaborer des plans d'atténuation spécifiques à la situation du client. Cependant, il n'est généralement pas nécessaire d'enquêter sur le comportement, le nombre de partenaires, l'utilisation ou non de drogues injectables et autres informations sur la travailleuse du sexe à moins que cette dernière ne communique volontairement ces renseignements.

Conseil à la suite du test de dépistage

L'appui-conseil est dispensé au moment où les résultats du test sont disponibles.

- Le contenu de l'appui-conseil dispensé à la suite du test de dépistage est décrit dans le document de l'OMS suivant : *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*.
- Une travailleuse du sexe séropositive doit se voir offrir un référencement immédiat vers des services de traitement et de soins à long terme dans un établissement de santé ou un centre hospitalier où les prestataires sont respectueux. Elle devrait également bénéficier de conseils sur les méthodes qui permettent d'éviter la transmission du VIH.
- Tous les individus, incluant les travailleuses du sexe, déclarés séronégatifs doivent néanmoins bénéficier d'informations sur la réduction du risque spécifique à leur situation, avoir accès à des préservatifs et des lubrifiants et recevoir des conseils sur les stratégies de négociation de rapports sexuels à moindre risque (voir également le Chapitre 4).
- Les problèmes de santé mentale qui surgissent, notamment l'anxiété et la dépression, doivent être évalués par un conseiller formé à cet effet. Le référencement à un médecin formé en santé mentale peut également constituer une solution adéquate (voir également Section 5.8.)

Conduite de tests de dépistage répétés

- Les travailleuses du sexe déclarées séronégatives doivent se soumettre à un nouveau test après quatre semaines, puis au moins une fois par an. On pourra consulter le document *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte* pour de plus amples informations sur la conduite de tests répétés chez les travailleuses du sexe et autres groupes ayant adopté des comportements à haut risque d'infection au VIH.
- Certains programmes d'appui aux travailleuses du sexe et autres groupes ayant des comportements à haut risque d'infection au VIH offrent un CDV à intervalles réguliers aux séronégatifs. La reprise des tests peut être effectuée chaque trimestre ou à la demande de la travailleuse du sexe, mais doit être offerte au moins annuellement, tel que recommandé par l'OMS pour une personne ayant un comportement à risque élevé. Les tests de dépistage répétés doivent également être offerts en présence d'un diagnostic d'IST.

⁵ On trouvera des détails sur cette publication et les autres documents de l'OMS mentionnés dans ce chapitre à la Section 5.9.

Auto dépistage

La documentation indique que les tests d'auto-dépistage rapide du VIH sont maintenant vendus et utilisés dans un nombre croissant de pays, notamment par les travailleuses du sexe et leurs clients. Les directives relatives à l'auto dépistage seront publiées par l'OMS en 2014. Les principaux éléments à considérer en matière d'auto-dépistage du VIH chez les travailleuses du sexe sont notamment :

- Les risques et les avantages potentiels de l'auto-dépistage. En effet, la méthode rend le dépistage plus facile chez les personnes qui évitent la consultation médicale. Il s'agit également d'un moyen pratique qui évite aux personnes sujettes à un dépistage régulier d'avoir à fréquenter régulièrement un établissement de santé. Cependant, la méthode est également porteuse de risques en matière d'erreur d'utilisation, de mauvaise interprétation des résultats, et de manque de confirmation du diagnostic. En outre, en cas de séropositivité, l'absence d'appui-conseil risque d'accentuer la dépression et de limiter l'accès aux traitements.
- Le fait qu'un employeur, propriétaire de bordel ou client oblige une travailleuse du sexe à se soumettre à une forme quelconque de dépistage du VIH – incluant l'auto-dépistage – constitue un abus.
- Toute personne déclarée séropositive à partir d'un test d'auto-dépistage doit savoir qu'il faut confirmer ce diagnostic par un nouveau test effectué dans un centre de CDV, un établissement de santé ou un laboratoire.
- Toute personne qui utilise l'auto-dépistage, travailleuse du sexe ou non, doit savoir qu'un test négatif ne signifie pas qu'elle peut abandonner l'utilisation du préservatif, puisqu'une personne récemment exposée au VIH risque d'être séropositive, même si elle présente un résultat négatif lors de l'auto-dépistage.

Dépistage du VIH chez les partenaires et membres de la famille

Le CDV volontaire des partenaires réguliers, des épouses et des membres de la famille est disponible dans plusieurs endroits. Lorsqu'une travailleuse du sexe est séropositive, il peut s'avérer utile d'offrir des services de CDV aux membres de sa famille ou du ménage. Les travailleuses du sexe VIH doivent être encouragées à partager leurs résultats avec les membres de leurs familles dans lesquels ils ont confiance et le CDV doit être accessible à leurs partenaires, à leurs enfants et aux autres membres du ménage.

C. Suivi

Services de prévention

- L'information relative aux services de prévention, incluant la distribution de préservatifs et lubrifiants, doit être disponible pour tous, incluant les travailleuses du sexe (voir Chapitre 4).
- Les travailleurs du sexe hommes qui ont des partenaires sexuels femmes doivent être informés des effets protecteurs de la circoncision et bénéficier de référencement vers des services médicaux de circoncision masculine volontaire. Les effets collatéraux et la durée de la période de retrait nécessaire avant la reprise de l'activité sexuelle doivent être clairement mentionnés. L'effet protecteur de la circoncision masculine chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes est encore indéterminé. (Voir les ressources à la Section 5.9.)

Mise en relation avec des services de soutien et de soins

Chaque personne déclarée séropositive doit se voir offrir des soins, un soutien et un traitement respectueux et acceptables. Les programmes d'appui aux travailleuses du sexe doivent donc s'assurer, particulièrement lorsqu'ils dispensent des services de CDV, que toute personne séropositive :

- Reçoit des soins dans un établissement de santé acceptable et respectueux.
- Peut participer à un groupe de soutien communautaire.
- Bénéficie de nouvelles consultations de suivi.

Les programmes d'appui aux travailleuses du sexe doivent également accorder une attention particulière à la mise en relation pour services de soutien, par exemple à travers l'identification d'un pair fiable (ou une intervenante en sensibilisation communautaire)⁶ qui peut accompagner une travailleuse du sexe séropositive

⁶ Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les individus concernés sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation.

lors de services de soins, de soutien ou de traitement. Cependant, le consentement de la travailleuse du sexe à cet effet reste nécessaire

5.2.4 Assurance de qualité des services

Il faut accorder, lors de la conception et de l'élaboration de services de CDV, une attention particulière à l'efficacité et à l'acceptabilité des services, à l'assurance de la qualité des tests et à la définition de stratégies adéquates de confirmation de la séropositivité, notamment en matière de conformité aux directives nationales. Voir la Section 5.9 sur l'assurance qualité des tests.

5.2.5 CDV effectué par les intervenantes en sensibilisation communautaire et les conseillers non professionnels

Les travailleuses du sexe risquent de considérer le CDV plus acceptable s'il est effectué par un pair fiable, c'est-à-dire par une autre travailleuse du sexe. Les agents de santé, les personnels d'un programme et les intervenantes en sensibilisation communautaire qui procèdent au dépistage du VIH au niveau communautaire doivent bénéficier de formations appropriées, d'un soutien continu à la performance et d'un suivi adéquat. Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont indispensables à toute équipe d'intervention en CDV et doivent donc avoir reçu une formation certifiée qui satisfait aux directives nationales de CDV. Il est important que les travailleuses du sexe aient la possibilité d'être promues à des postes de supervision, de gestion et de leadership.

Encadré 5.2

Cas d'exemple : Sensibilisation au conseil et dépistage volontaire au Ghana

L'ONG *Pro-Link* assure des services de prévention aux travailleuses du sexe de cinq régions du Ghana. L'un des sites du projet, qui se trouve dans une zone à faible revenu d'Accra, la capitale, dessert environ 90 000 résidents. Les activités de sensibilisation ont permis d'identifier au moins 50 lieux de travail du sexe et bordels dans la communauté et environ 5 000 travailleuses du sexe. *Pro Link* a renforcé les capacités de 54 intervenantes en sensibilisation communautaire, parrains de groupes de soutien communautaire et clubs d'épargne et maintenu ouvert depuis 2008 un espace sécurisé où des infirmières et intervenantes en sensibilisation procèdent au dépistage et au traitement des IST, au CDV et à un suivi des soins aux PVVIH.

Miriama, une travailleuse du sexe formée à la conduite de tests dépistage rapide du VIH, au conseil et au suivi médical dispense des services de CDV sur les lieux de travail des femmes, incluant le toit d'un bordel. Lorsqu'une travailleuse du sexe est déclarée séropositive, Miriama s'assure qu'elle se rendra dans un établissement de santé de proximité pour confirmation du résultat et inscription aux traitements et soins nécessaires. Miriama parvient à créer une zone privée même s'il n'y a aucun mur et s'assure de la confidentialité même lorsque le propriétaire du bordel se trouve à l'étage en dessous; elle adopte une approche d'acceptation et d'empathie envers les travailleuses du sexe qu'elle dessert, qui sont dans la plupart des cas extrêmement jeunes.

5.3 Thérapie antirétrovirale

5.3.1 Introduction

Recommandations 2012:⁷ Recommandation étayée par des données probantes n° 6

Appliquer les lignes directrices actuelles de l'OMS sur l'utilisation du traitement antirétroviral (ARV) contre l'infection à VIH chez les travailleuses du sexe.

La disponibilité et l'accessibilité accrues à une TARV ont permis de réduire sensiblement les maladies opportunistes et les décès entraînés par le VIH. Les progrès récents dans le traitement du VIH et le succès du plaidoyer communautaire pour une disponibilité accrue de médicaments abordables ont entraîné des améliorations substantielles dans la qualité de vie des PVVIH à travers le monde. Même si cet accès n'est pas aussi important dans les pays à faible revenu, des services de TARV gratuits ou subventionnés sont maintenant disponibles dans plusieurs pays à forte prévalence du VIH.

Les principes et recommandations de traitement des travailleuses du sexe à l'aide de médicaments antirétroviraux (ARV) sont les mêmes que ceux qui s'appliquent à toute personne infectée par le VIH. Les travailleuses du sexe séropositives et/ou atteintes de tuberculose (TB) doivent avoir accès à une TARV et aux médicaments et soins antituberculeux au même titre que les autres. En outre, en raison de ses retombées positives sur la santé des travailleuses du sexe séropositives, la TARV, qui réduit la charge virale, contribue efficacement à la prévention de la transmission du VIH.

Les travailleuses du sexe ont souvent des difficultés plus importantes d'accès aux services de soins et de traitement du VIH et, lorsque la TARV a démarré, de suivi du protocole de soins et de fidélité au traitement. Ce fait est en partie attribuable à la stigmatisation et à la discrimination qui prévalent dans les établissements de santé et à une prestation de services inflexible ou qui ne leur convient pas. Les autres obstacles à la prestation d'une TARV réussie auprès des travailleuses du sexe incluent la mobilité, la criminalisation du travail du sexe et une immigration ou un statut légal incertain. Ces situations risquent de nuire à l'accès à une TARV gratuite, particulièrement lorsque seuls les résidents du pays ont droit à des soins médicaux exempts de droits.

Cependant, il reste possible d'assurer la prestation d'une TARV auprès des travailleuses du sexe avec autant d'efficacité que dans la population en général. Les programmes de sensibilisation des travailleuses du sexe doivent s'assurer que ceux (celles)-ci connaissent les endroits où les traitements sont dispensés et ont accès à des médicaments antirétroviraux ou antituberculeux.

Les répondants de l'Enquête sur les valeurs et préférences⁸ ont déclaré appuyer l'application des mêmes protocoles de TARV que ceux qui s'adressent aux autres adultes séropositifs. Le besoin d'un traitement universel accessible a été souligné, incluant l'accès aux traitements par les migrants et autres individus sans statut légal.

⁷ Cette recommandation a été modifiée suite à la disponibilité du document de l'OMS : *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach* (2013).

⁸ Une consultation mondiale auprès des travailleuses du sexe menée par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des Recommandations 2012.

5.3.2 Définitions essentielles et préalables aux services de TARV

Le document *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach* publié par l'OMS en 2013 émet certaines recommandations sur le démarrage d'une TARV et les points de repère à considérer :

- Une TARV devrait être entreprise chez toutes les PVVIH présentant une numération des lymphocytes CD4 ≤ 500 cellules/mm³, et ceci, quel que soit le stade clinique (selon la gradation de l'OMS).
- La TARV devrait être prioritairement entreprise lorsque la maladie est sévère ou avancée (stade clinique 3 ou 4 de l'OMS) et chez les PVVIH présentant une numération des lymphocytes CD4 ≤ 350 cellules/mm³.
- La TARV devrait être offerte à toutes les PVVIH, quel que soit leur stade clinique OMS ou leur numération des lymphocytes CD4, en présence des situations suivantes :
 - individus co-infectés par le VIH et un bacille de la tuberculose actif;
 - individus co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite B, avec présence d'une maladie chronique sévère du foie ;
 - femmes VVIH enceintes ou qui allaitent ;
 - partenaires séropositifs de couples à statut sérologique différent, pour réduire le risque de transmission du VIH à un partenaire non infecté;
 - tous les enfants VVIH de moins de cinq ans.

Les directives recommandent également :

- L'utilisation de schémas thérapeutiques antirétroviraux simplifiés, moins toxiques et plus pratiques pour les traitements de première et de deuxième ligne, préférablement à travers une combinaison de doses fixes.
- L'intégration de la TARV dans les protocoles de traitement de la TB, dans les services de santé prénatale, maternelle et infantile et dans les Traitements de substitution aux opiacés(TSO).
- La décentralisation des services de TARV avec une disponibilité dans les établissements de santé périphériques, auprès des infirmières et avec le soutien continu des agents de santé communautaire ;
- L'application des directives relatives à la réduction de la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH/ SIDA mentionnées dans le document actuel de Politique de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH de l'OMS, soit : Intensifier le dépistage des cas de tuberculose, mettre en place un traitement préventif à l'isoniazide et maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

5.3.3 Considérations spécifiques à la mise sous TARV de travailleuses du sexe

Les principes d'application d'une TARV, incluant le moment d'initiation du traitement et ses composantes sont les mêmes pour toutes les PVVIH. Par conséquent, la gestion clinique des travailleuses du sexe séropositives ne devrait pas différer de celle qui s'applique aux autres segments de la population et ne demande aucune disposition spécifique.

Les travailleuses du sexe de plusieurs pays ont souvent rapporté avoir fait l'objet de stigmatisation, de discrimination et de manque de respect lors d'une consultation médicale dans un établissement de santé général. Par contre, l'expérience de certains pays à forte prévalence du VIH, notamment le Cambodge, la Côte d'Ivoire, le Kenya, la Thaïlande et la Zambie démontre qu'une TARV qui s'adresse directement aux travailleuses du sexe augmente l'adhésion au traitement.

Encadré
5.3**Comprendre et répondre aux préoccupations en matière de TARV**

Comme la majorité des individus, les travailleuses du sexe ont des craintes et des préoccupations sur l'amorce d'une TARV; les programmes de sensibilisation et de soutien doivent donc à la fois comprendre et estomper les craintes et idées préconçues sur les effets collatéraux potentiellement négatifs d'une TARV.

Lorsqu'une TARV est recommandée à un stade précoce d'infection, les personnes séropositives, mais asymptomatiques doivent bénéficier d'appui-conseil pour comprendre pourquoi la thérapie est bénéfique à ce stade et non seulement après l'apparition des symptômes de la maladie. Les avantages de l'adhésion au traitement prescrit, notamment le maintien de la charge virale à un niveau minimal dans une perspective de meilleure santé, la prévention de l'échec du traitement et la réduction du risque de transmission du VIH doivent être pleinement discutés avec la PVVIH. Plusieurs séances peuvent être nécessaires et il faut vérifier que la travailleuse du sexe comprend les enjeux et que toutes ses questions ont trouvé réponse.

La connaissance de la perception communautaire des questions de TARV est essentielle et permet aux programmes, personnels de santé, conseillers et intervenantes en sensibilisation de répondre aux préoccupations à l'aide d'informations exactes et appropriées.

TARV spécifique aux travailleuses du sexe

Plusieurs des dispositions entourant la prestation de soins spécifiques aux travailleuses du sexe peuvent faciliter l'accès, l'acceptabilité et l'efficacité d'une TARV comme aider à son adhésion et à la fidélité au traitement :

- Heures d'ouverture flexibles (week-end, soir).
- Services médicaux disponibles dans des endroits situés à proximité des lieux de travail.
- Services « sans rendez-vous » et de consultation d'urgence disponibles.
- Disponibilité de médicaments « en urgence » en cas de manque d'ARV.
- Services axés sur la famille pour les travailleuses du sexe avec enfants.
- Dossier médical confié au patient dans les cas où la travailleuse du sexe est susceptible de demander une TARV dans différents endroits.
- Attitude respectueuse et sans jugement du personnel de santé.

Autres points à considérer lors du traitement de travailleuses du sexe par TARV :

- Service de traitement médicamenteux disponible au même endroit ou à proximité.
- Causes potentielles de co-morbidité, notamment cancer du col utérin, autres IST, VHB et hépatite C (VHC).
- Prise en compte des facteurs de vulnérabilité sociale, incluant l'utilisation de drogues injectables ou autres substances et la violence, qui risquent d'affecter l'accès au traitement, l'adhésion et la fidélité au traitement (par ex. en raison d'une migration, d'un emprisonnement).
- Tous les programmes qui réfèrent des travailleuses du sexe à un établissement de santé qui offre une TARV doivent s'assurer que les prestations sont conformes aux standards internationaux mentionnés ici et sont complétées par des services sociaux de soutien et de prise en charge.
- Disponibilité de services de contraception et de soins prénataux (incluant la prévention de la transmission mère-enfant chez les femmes enceintes et séropositives) ou référencement si nécessaire.
- Afin de pouvoir répondre aux besoins des travailleuses du sexe mobiles, les prestataires de soins de santé doivent se montrer flexibles dans l'interprétation des directives nationales sur la quantité de médicaments à remettre lors d'une consultation.
- Les services de soutien médical qui s'adressent aux travailleuses du sexe doivent avoir été adaptés et pouvoir répondre aux besoins spécifiques des hommes, des femmes et des individus transgenres.
- Les travailleuses du sexe migrantes et sans-papiers risquent d'avoir des difficultés importantes d'accès à une TARV. Les programmes d'appui aux travailleuses du sexe doivent se montrer aussi flexibles que possible afin d'atteindre l'objectif d'accès universel aux soins et au traitement.

Les services intégrés ou à guichet unique peuvent s'avérer très efficaces pour une prestation complète de services liés au VIH et à la santé. Cette option peut être retenue lorsque plusieurs services sont offerts, notamment le CDV, la TARV et le traitement des infections opportunistes, la contraception, les services prénataux, le dépistage du cancer du col utérin, le conseil légal, la distribution de préservatifs, la vaccination, le dépistage d'IST et d'hépatite virale.

Soutien communautaire à la TARV

Certains services communautaires complètent les services cliniques formels et améliorent le traitement par TARV et les soins de santé accordés aux travailleuses du sexe, notamment la présence de :

- **Intervenantes en sensibilisation communautaire formées** qui peuvent accompagner sur demande les travailleuses du sexe lors d'une consultation médicale pour TARV. Les intervenantes en sensibilisation communautaire doivent être formées à la compréhension et au respect de la confidentialité des informations portant sur la travailleuse du sexe bénéficiaire du traitement.
- **Groupes communautaires de soutien et d'autonomisation** des travailleuses du sexe séropositif(ve)s.
- **Comités communautaires** responsables du suivi de la prestation de services et de la rétroaction afin d'assurer un traitement approprié, accessible et de haute qualité.
- **Espaces sécurisés (centres communautaires).**

Encadré 5.4

Cas d'exemple: Gestion des soins/traitement des travailleurs du sexe hommes au Kenya

L'organisme *Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs* (HOYMAS—www.hoymas.org) (Options de santé sur le VIH, le sida et les IST pour jeunes hommes) a démarré en 2009 à Nairobi, Kenya, sous forme de groupe d'appui aux travailleurs du sexe hommes. Il assure maintenant des services à plus de 1200 travailleurs du sexe hommes affectés à plus de 50 pour cent par le VIH. HOYMAS est maintenant possédé, dirigé et orienté par la communauté. L'organisme offre une gamme complète de services de santé et liés au VIH dans un espace sécurisé qui dispose d'une infirmière en appui aux questions quotidiennes de prévention, de soins et de traitement. Les services offerts sont notamment les suivants :

- **Un endroit de repos** pour les individus sous TARV.
- **Stockage de médicaments** – les hommes qui ne disposent pas d'un endroit sécuritaire de stockage de leurs ARV peuvent les conserver au centre et les récupérer au besoin.
- **Soutien nutritionnel** aux PVVIH, en particulier aux bénéficiaires d'une TARV.
- **Soutien par les pairs** (programme «*my brother's keeper* »).
- **Visite à domicile** des personnes malades.
- **Référencement à d'autres services**, par ex. juridiques ou de soutien à la suite de violences.
- **Points de distribution** de préservatifs et lubrifiants et de matériel d'information, éducation, communication (IEC).

HOYMAS maintient également la communication avec les services publics de santé afin de sensibiliser les agents de santé aux besoins médicaux des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des travailleurs du sexe hommes. Les intervenants en sensibilisation communautaire de l'organisme assurent la liaison entre le centre et les cinq hôpitaux de district et renforcent la capacité des agents santé sur le traitement des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les questions de VIH.

Éducation au traitement

Le traitement du sida et des autres maladies, notamment de l'hépatite, est en constante évolution et les travailleuses du sexe doivent se maintenir à jour sur les développements les plus récents afin d'être pleinement informées lorsqu'elles adhèrent au traitement proposé. Les programmes d'éducation sur les traitements

conduits par les travailleuses du sexe permettent de rester informé et de comprendre les différentes questions relatives à un traitement.

**Encadré
5.5**

Cas d'exemple: Éducation des travailleuses du sexe au traitement en Asie

Le *Asia Pacific Network of Sex Workers* (APNSW) (Réseau Asie Pacifique des travailleuses du sexe) intègre des problématiques spécifiques aux travailleuses du sexe dans les formations sur la TARV et le plaidoyer assuré par le *International Treatment Preparedness Coalition* (Coalition internationale de préparation au traitement) et *Asia Catalyst* (Calalyseur Asie). Les impacts concrets et effets secondaires d'une TARV sont examinés et les réticences des travailleuses du sexe à entreprendre une TARV sont discutées. Les sessions examinent les moyens qui permettent de concilier le traitement au contexte de travail de la travailleuse du sexe, notamment si cette dernière travaille dans un bar ou selon un horaire irrégulier.

Les ateliers destinés aux travailleuses du sexe aident à renforcer les relations entre les travailleuses du sexe et les autres groupes qui adoptent des comportements à risque. L'APNSW est également très active sur les questions d'accès aux traitements, particulièrement en matière d'élimination des obstacles à la disponibilité de médicaments génériques.

Prophylaxie pré-exposition

Les *Recommandations* 2012 n'incluent pas de directives sur l'application d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les travailleuses du sexe. Les directives distinctes publiées en 2012 par l'OMS «*Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV* » encouragent les pays qui souhaitent mettre en place des mesures de PrEP auprès de certains groupes particuliers à procéder tout d'abord à la mise en œuvre d'interventions pilotes qui permettent de s'assurer de l'accessibilité et de déterminer les prestations les plus sécuritaires et les plus efficaces. Il est largement admis que l'adhésion à une PrEP est essentielle à son efficacité en matière de prévention et qu'elle peut représenter un instrument additionnel de prévention du VIH chez les personnes qui l'utilisent.

5.4 Tuberculose et travailleuses du sexe

Les *Recommandations* 2012 n'incluent aucune directive spécifique à la TB. Le diagnostic, la prévention et le traitement de la TB chez les travailleuses du sexe doivent par conséquent être assurés dans le respect des directives nationales et internationales qui s'appliquent au traitement de la TB chez les adultes en général. Au moment de la publication, les directives et politiques mondiales relatives au traitement concomitant du VIH et de la TB sont les suivantes :

- «Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH», (2012)
- «Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées» (2011)

Les PVVIH ont environ 30 fois plus de chances d'être atteintes et de décéder des suites de la TB que les personnes séronégatives. Les utilisateurs de drogues injectables et anciens détenus sont également plus à risque de contracter la TB, quel que soit leur statut sérologique. Les données qui associent la TB au travail du sexe et aux PVVIH sont limitées, mais il est certain que les utilisateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe exposées à des conditions de vie et de travail difficiles, notamment dans un bordel ou une prison, sont plus à risque de contracter le bacille de la tuberculose, incluant l'une des souches résistantes au traitement médicamenteux polyvalent.

Les politiques de l'OMS VIH/TB de 2012 recommandent un ensemble d'interventions comprenant 12 «activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ». Cet ensemble cible: (i) la mise en place et le renforcement

des dispositifs de prestation de services intégrés tuberculose et VIH; (ii) la réduction de la charge de la tuberculose chez les PVVIH, incluant l'intensification du dépistage; et (iii) l'application d'une IPT et le contrôle de l'infection, soit les 3 « I » de la réduction de la charge due au VIH chez les personnes présumées tuberculeuses (*Intensification* du dépistage de la tuberculose, traitement préventif à l'*Isoniazide*, lutte contre l'*Infection* à la tuberculose). Les directives recommandent également que toutes les PVVIH, incluant les travailleuses du sexe, fassent l'objet d'un dépistage régulier des quatre symptômes suivants : présence de toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes. Si aucun de ces quatre symptômes n'est rapporté, la probabilité d'une TB active peut être exclue et le patient peut bénéficier d'une IPT pour les six prochains mois. Lorsque l'un ou plusieurs des cinq symptômes sont mentionnés, il est nécessaire de procéder à un dépistage de la TB et des autres infections possibles. S'il y a suspicion d'infection tuberculeuse, il faut procéder à la conduite de tests moléculaires approuvés par l'OMS, notamment le Xpert MTB/RIF (un test automatisé rapide de recherche de résistance à la Rifampicin (RIF) recommandé pour un diagnostic préliminaire de la TB chez une PVVIH ou à risque d'être infectée par un bacille de TB résistant aux médicaments).

Une TARV précoce réduit sensiblement le risque de mortalité par TB chez les PVVIH. Compte tenu du fait que la TB est étroitement associée à la présence du sida, l'OMS recommande que tous les patients tuberculeux, incluant les travailleuses du sexe, aient prioritairement accès au CDV si leur statut sérologique n'est pas déjà connu. Lorsqu'un individu est infecté à la fois par le VIH et la TB, l'OMS recommande la mise sous TARV le plus rapidement possible, quelle que soit la numération lymphocytaire CD4.

Les programmes et la sensibilisation communautaire qui s'adressent aux travailleuses du sexe sont idéalement en mesure de dépister la TB et de soutenir les travailleuses du sexe à travers le cycle de la maladie, soit de la prévention de la TB à son diagnostic et traitement. La sensibilisation joue également un rôle vital dans le renforcement de la capacité des travailleuses du sexe à identifier les symptômes et à comprendre les modes de transmission de la TB, ainsi que l'importance du contrôle de l'infection et des règles d'hygiène en cas de toux qui permettent de réduire sa transmission. En outre, les activités peuvent aider les travailleuses du sexe à identifier des établissements de santé de proximité où ils peuvent obtenir des services de diagnostic et de traitement d'une TB latente ou active si nécessaire.

Idéalement, le traitement concomitant de la TB et du VIH, ainsi que des autres causes de co-morbidité comme la dépendance aux drogues doit être disponible simultanément et au même endroit. Le personnel de santé responsable du traitement de la TB doit avoir été formé à l'adoption d'une approche respectueuse envers les travailleuses du sexe. Comme dans le cas d'une TARV, l'adhésion et la fidélité au traitement de la TB ainsi que l'application de mesures prophylactiques de transmission sont essentielles et les travailleuses du sexe, conseillers et membres de la communauté en appui aux travailleuses du sexe doivent encourager l'adhésion au traitement d'une TB active ou latente.

Encadré
5.6

Cas d'exemple : VIH et TB non diagnostiquée

Plusieurs PVVIH sont également atteintes de TB et ont besoin d'un diagnostic sérieux, incluant de la TB extra pulmonaire. Daisy, qui défend les travailleuses du sexe en Ouganda a bénéficié d'une TARV pendant plus de huit ans, mais souffre encore de douleurs importantes dans la colonne vertébrale. Selon ses propres mots, « j'avais perdu espoir et souhaitais me suicider tellement la douleur était importante ». Les médecins ont tout d'abord déclaré que ses maux de dos étaient attribuables à son travail de travailleuse du sexe; ensuite, que la douleur était psychosomatique, avec référencement à un psychiatre. Ni ce dernier, ni la physiothérapie n'ont pu l'aider.

Finalement, après avoir souffert de douleurs importantes pendant plus de deux ans, un diagnostic additionnel a permis de déterminer que Daisy était atteinte d'une TB logée dans sa colonne vertébrale. Puisque la maladie est restée longtemps sans traitement, la colonne vertébrale de Daisy est endommagée et pourrait se briser et entraîner une paralysie. Elle reçoit maintenant des médicaments antituberculeux et porte un corset pour prévenir une dégradation plus poussée de sa colonne vertébrale.

5.5 Services additionnels aux travailleuses du sexe qui consomment des drogues injectables

5.5.1 Introduction

Recommandations 2012 : Recommandations étayées par des données probantes n° 7

Suivre les recommandations actuelles de l'OMS sur la réduction des effets préjudiciables chez les travailleuses du sexe également consommatrices de drogues.

Dans certaines régions du monde, les communautés de travailleuses du sexe et de consommateurs de drogues injectables se chevauchent. La transmission du VIH par voie de drogues injectables représente 10 pour cent de toutes les nouvelles infections mondiales et constitue la source première de transmission dans certains pays. La prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe également consommatrices de drogues injectables est sensiblement plus élevée que chez celles qui n'en consomment pas. Cette vulnérabilité est plus importante chez les femmes, en raison des inégalités entre les genres et des pratiques d'injection. Par conséquent, les activités de prévention du VIH s'adressant aux travailleuses du sexe doivent s'assurer que celles qui sont également consommatrices de drogues injectables ont accès à des services de réduction du risque d'infection ou de transmission du VIH, de l'hépatite virale et des autres infections à diffusion hémotogène.

Les travailleuses du sexe consommatrices de drogues injectables, notamment les PVVIH doivent avoir accès à un ensemble complet de services intégrés de prévention, de soutien, de traitement et de soins associés au VIH ainsi qu'à un appui et à un traitement volontaire de la dépendance aux drogues si elles le souhaitent.

Le *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, revu en 2012 de l'OMS, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) et de l'UNAIDS identifie 9 interventions clés qui ont fait la preuve de leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. 7 de ces interventions sont déjà abordées dans d'autres sections de cet instrument pratique et seulement 2 d'entre elles concernent uniquement l'injection de drogues : le **traitement de substitution aux opiacés** (TSO) et les **programmes seringues et aiguilles** (PSA). Ces deux interventions réduisent spécifiquement la transmission chez les consommatrices de drogues injectables et doivent être inclus à tout ensemble complet de services de prévention du VIH qui s'adresse aux travailleuses du sexe consommatrices de drogues injectables. Seulement la moitié des pays qui rapportent l'utilisation de drogues injectables ont également mis en place des services de TSO et de PSA. Dans les pays où ces services n'existent pas, il faut appuyer le plaidoyer et mettre en place des services de sensibilisation communautaire.

5.5.2 Thérapie de substitution aux opiacés

Les données recueillies depuis plus de 30 ans démontrent qu'une thérapie de substitution par méthadone est très efficace, rentable et sécuritaire, outre ses effets collatéraux en termes de stabilisation et d'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes des opiacés. Certains pays utilisent maintenant la buprénorphine avec des résultats équivalents. Même si la TSO a été conçue pour le traitement de la dépendance aux opiacés, elle s'est révélée efficace dans la prévention de la transmission du VIH et des autres virus à diffusion hémotogène par le biais du matériel d'injection ainsi que dans l'adhésion au traitement du VIH et la résolution des autres problèmes de santé.

La TSO peut être assurée dans de multiples endroits et s'est montrée particulièrement efficace lorsque :

- Le dosage était adéquat et personnalisé en réponse aux besoins exprimés par l'utilisateur.
- L'accès au traitement était rapide, facile et local, sans surcharge bureaucratique.

- Des doses à emporter étaient disponibles afin que les utilisateurs n'aient pas à se déplacer quotidiennement.
- Le service était mobile et pouvait être transféré ailleurs à la demande de l'utilisateur.
- Le service était intégré à un ensemble de services de soins et de soutien, incluant les PSA.

Les PSA et TSO ne s'excluent pas mutuellement et l'accès à un PSA pendant la participation à une TSO ne doit pas être perçu comme preuve qu'une personne ne respecte pas ses engagements et doit être exclue du programme de TSO.

5.5.3 Programmes de seringues et d'aiguilles

Les PSA sont peu coûteux, faciles à mettre à place et ont fait la preuve de leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH chez les personnes consommatrices de drogues injectables, ceci sans augmentation des comportements d'injection. Les PSA sont plus efficaces au niveau communautaire et constituent un premier point de contact avec les utilisateurs de drogues injectables réticents à utiliser d'autres services par peur de discrimination ou d'abus. Les PSA les plus efficaces :

- Sont conduits par la communauté, c'est-à-dire que des membres de la communauté formés à cet effet assurent la prestation de services, incluant les premiers soins.
- Sont logés à proximité des lieux d'utilisation de drogues injectables.
- Sont mobiles et facilement adaptables aux changements de comportement chez les utilisateurs de drogues.
- Offrent différentes tailles d'aiguilles et de seringues (incluant celles à faible espace mort entre l'aiguille et la seringue) et autres matériels d'injection essentiels, sans restreindre le nombre d'aiguilles distribuées.
- Offrent une gamme d'autres services de soutien et de soins, notamment d'aide légale, de nutrition, de conseil familial et sur l'habitat, et de soutien à la santé, par exemple en matière de soins des veines, de prévention et de soin des abcès.
- Offrent des services de prévention d'une surdose, soit en s'assurant que le personnel est formé en technique de réanimation suite à une surdose ou en fournissant du naloxone aux consommateurs de drogues injectables, à leur famille et aux membres de la communauté.

5.5.4 Autres considérations

Dans certains pays, jusqu'à 90 pour cent des consommateurs de drogues injectables sont également porteurs de l'hépatite C. Les PSA doivent donc également distribuer les produits nécessaires à la prévention du VHC, notamment des réchauds, des tampons et des désinfectants. Certaines données démontrent que l'utilisation de seringues à faible espace mort (conçues pour réduire la quantité de sang résiduel dans la seringue après que le piston ait été complètement poussé) réduisait le risque de transmission du VIH et du VHC. Les PSA doivent donc inclure ce type de seringues aux autres produits disponibles au niveau local.

Puisque l'injection de drogues est criminalisée dans plusieurs pays et que les PSA sont généralement très visibles, il est essentiel que ce type de service bénéficie du soutien des forces policières et de la population en général.

Le matériel d'injection peut également servir à d'autres utilisateurs, notamment aux individus transgenres qui s'en servent pour augmenter la taille de leur poitrine ou entreprendre une thérapie hormonale. Il faut s'assurer que ces personnes ont accès aux différents services susceptibles d'assurer leur sécurité.

Il est également important que les personnels en contact avec des consommateurs de drogues soient vaccinés contre le VHB (voir Section 5.6.2, partie D).

5.6 Services en matière d'IST

5.6.1 Introduction

Recommandations 2012: Recommandation étayée par des données probantes n° 3

Proposer aux travailleuses du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques.

Le dépistage et le traitement des IST chez les travailleuses du sexe sont importants; ils préviennent l'acquisition et la transmission d'infections et réduisent les complications liées à la santé de la reproduction, notamment les maladies pelviennes inflammatoires, l'infertilité et les infections congénitales.

La prestation de services cliniques en VIH et IST doit faire partie de tout ensemble complet de services destinés aux travailleuses du sexe et devrait être prioritaire dans les interventions auprès des travailleuses du sexe. Ceux (celles)-ci doivent avoir accès à des services d'IST acceptables, efficaces et de haute qualité, qui respectent les droits humains, sont confidentiels, volontaires, absents de coercition et qui ne sont fournis qu'après le consentement informé du patient. Les prestataires de soins santé bien formés et absents de jugement peuvent obtenir la confiance des travailleuses du sexe et favoriser leur transformation de simples bénéficiaires en participants éclairés aux prestations de service.

L'ensemble complet des services d'IST inclut la gestion des cas symptomatiques et asymptomatiques, la promotion et la distribution de préservatifs, le soutien à l'adhésion aux traitements, le conseil sur la réduction des risques et la gestion des relations avec le partenaire. Une fois établis et mis à l'échelle, de nouveaux services peuvent être créés en réponse aux besoins généraux de santé des travailleuses du sexe.

Les répondants à l'Enquête sur les valeurs et préférences⁹ ont accordé un soutien unanime à la conduite de dépistage volontaire périodique des IST.

5.6.2 Services d'IST s'adressant aux travailleuses du sexe

Compte tenu de l'importance des taux d'IST, le dépistage régulier en laboratoire des infections asymptomatiques chez les travailleuses du sexe est rentable et peut réduire la prévalence à long terme. Il est par conséquent essentiel d'investir davantage dans le dépistage. Lorsque le diagnostic peut être effectué par un laboratoire, ce dernier doit disposer non seulement de personnels qualifiés formés à la conduite de procédures techniquement exigeantes, mais aussi de dispositifs d'assurance qualité adéquats.

L'absence de tests en laboratoire ne constitue pas un obstacle au dépistage des IST chez les travailleuses du sexe. Les consultations de dépistage régulières permettent en effet notamment de renforcer la prévention et de répondre aux autres préoccupations de santé. La consultation permet de rechercher des symptômes d'IST ou d'infections du col utérin ou de la région anorectale, notamment à travers l'examen au spéculum et proctoscopique.

La prestation de soins efficaces aux travailleuses du sexe présentant des symptômes d'IST doit être prioritaire et rapide. Les patients symptomatiques savent qu'ils sont infectés et sont plus à même de rechercher des soins. Ainsi, dans les contextes à faibles ressources où le dépistage fiable des IST n'est pas possible, l'OMS recommande l'adoption d'une approche syndromique (adaptée au contexte local) dans la gestion des IST symptomatiques.

⁹ Une consultation mondiale auprès des travailleuses du sexe menée par le NSWP dans le cadre de l'élaboration des Recommandations 2012.

Les interventions/services en matière d'IST doivent être élaborés, organisés et mis en œuvre à grande échelle. En outre, l'adoption d'une approche systématique et standardisée est essentielle à l'atteinte d'une forte couverture, à l'assurance qualité des services et à la liaison ou à l'intégration aux services de santé liés au VIH/sida, à la santé sexuelle et reproductive et autres. La Figure 5.2 illustre une approche par étapes à la mise à l'échelle des services, qui passe de la prestation de services externes à la prestation de services conduits par la communauté.

A. Conception de services d'IST

Évaluer les services d'IST disponibles

Il est nécessaire de recueillir des données sur la qualité, l'utilisation, l'accessibilité et l'acceptabilité des services d'IST disponibles, si possible au moment de la cartographie des communautés de travailleuses du sexe qui précède la mise en œuvre d'une intervention (voir Chapitre 6, Section 6.2.6, partie A). Ces informations aideront à déterminer la demande en services d'IST et à élaborer un plan d'amélioration des services existants ou de mise en place de nouveaux services.

Définir l'ensemble des services d'IST et autres services essentiels aux travailleuses du sexe

Les services d'IST qui s'adressent aux travailleuses du sexe doivent respecter certains standards minimums de qualité et de quantité. Le programme national doit donc voir à l'élaboration de directives et de standards opérationnels en matière d'IST, puis définir les services d'IST et autres services essentiels en collaboration avec des experts techniques, les partenaires à la mise en œuvre et les travailleuses du sexe. Les directives et standards serviront de référence lors de la prestation, de la formation, de la supervision et du suivi des services.

L'ensemble des services essentiels en matière d'IST comprend :

- La gestion des cas syndromiques lorsque le patient est symptomatique.
- Le dépistage et le traitement des IST asymptomatiques :
 - dépistage de la syphilis
 - dépistage de la gonorrhée et de l'infection à Chlamydia
 - vérification de routine d'une IST
 - référencement pour CDV.

Si faisable et approprié, il est important que les services d'IST soient liés ou intégrés aux services de dépistage et de traitement du VIH, de santé sexuelle et reproductive et de soins de santé primaire.

Puisque les travailleuses du sexe sont à plus haut risque de contracter une IST et que les facteurs de risque en cause diffèrent de ceux de la population en général, il est important que des dispositifs de gestion spécifiques aux travailleuses du sexe soient élaborés. Certains exemples de directives et de standards à cet effet ont été développés dans les *Clinic Operational Guidelines and Standards* de l'Initiative indienne sur le sida Avahan et dans les *National Guidelines for HIV/STI Programs for Sex Workers* du Gouvernement du Kenya.

Organiser des services d'IST

L'établissement d'une structure de gestion opérationnelle dans laquelle les rôles et responsabilités aux différents niveaux de prestation sont clairement établis est essentiel à une mise en œuvre et à une mise à l'échelle efficaces de services d'IST et de santé sexuelle et reproductive (voir Figure 5.3). Les modalités de communication et de coordination doivent être bien identifiées et les responsabilités de soutien technique et de supervision à chacun des niveaux de soins clairement articulées.

Figure 5.2 Mise à l'échelle de services d'IST pour /avec les travailleuses du sexe.

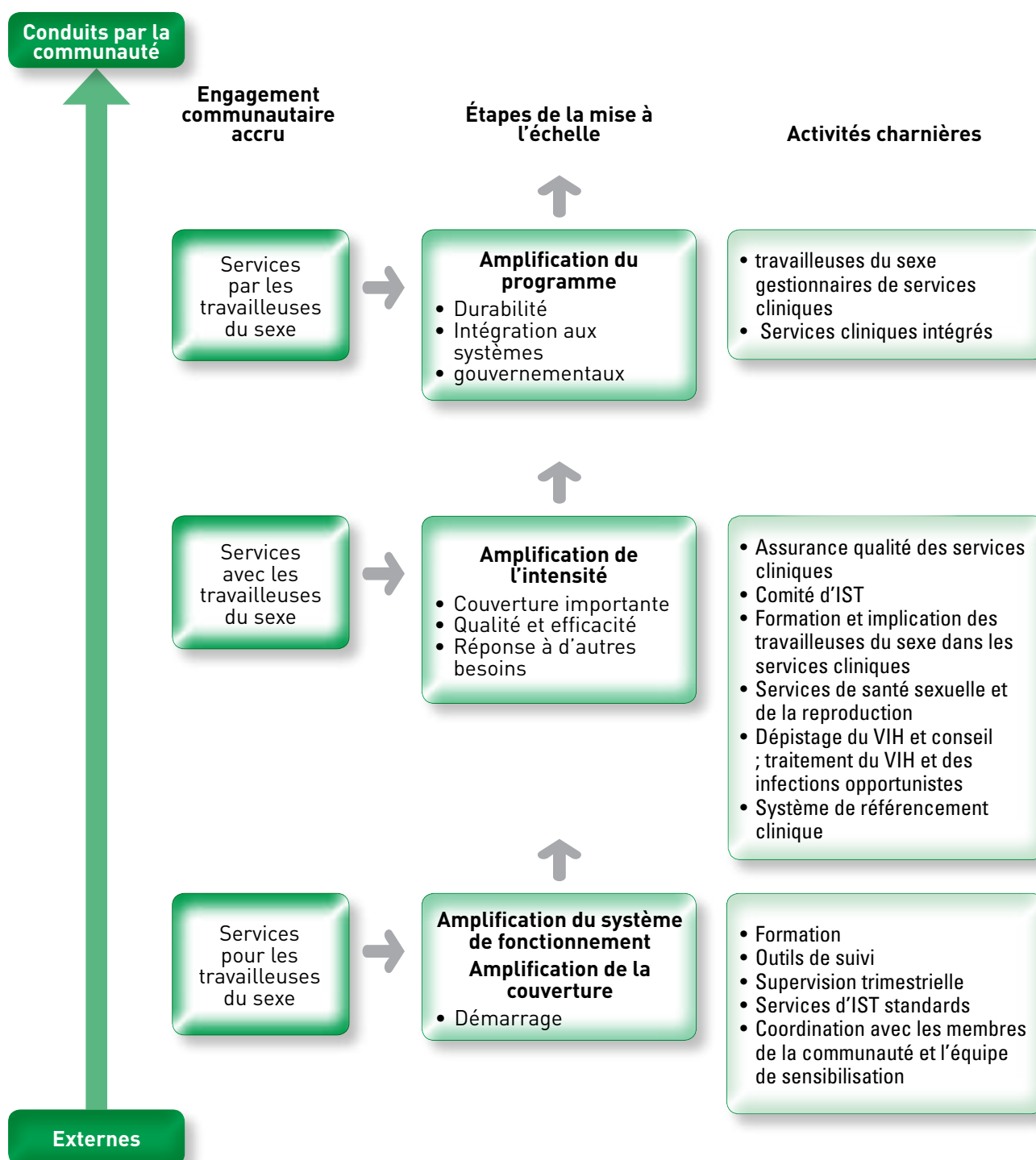
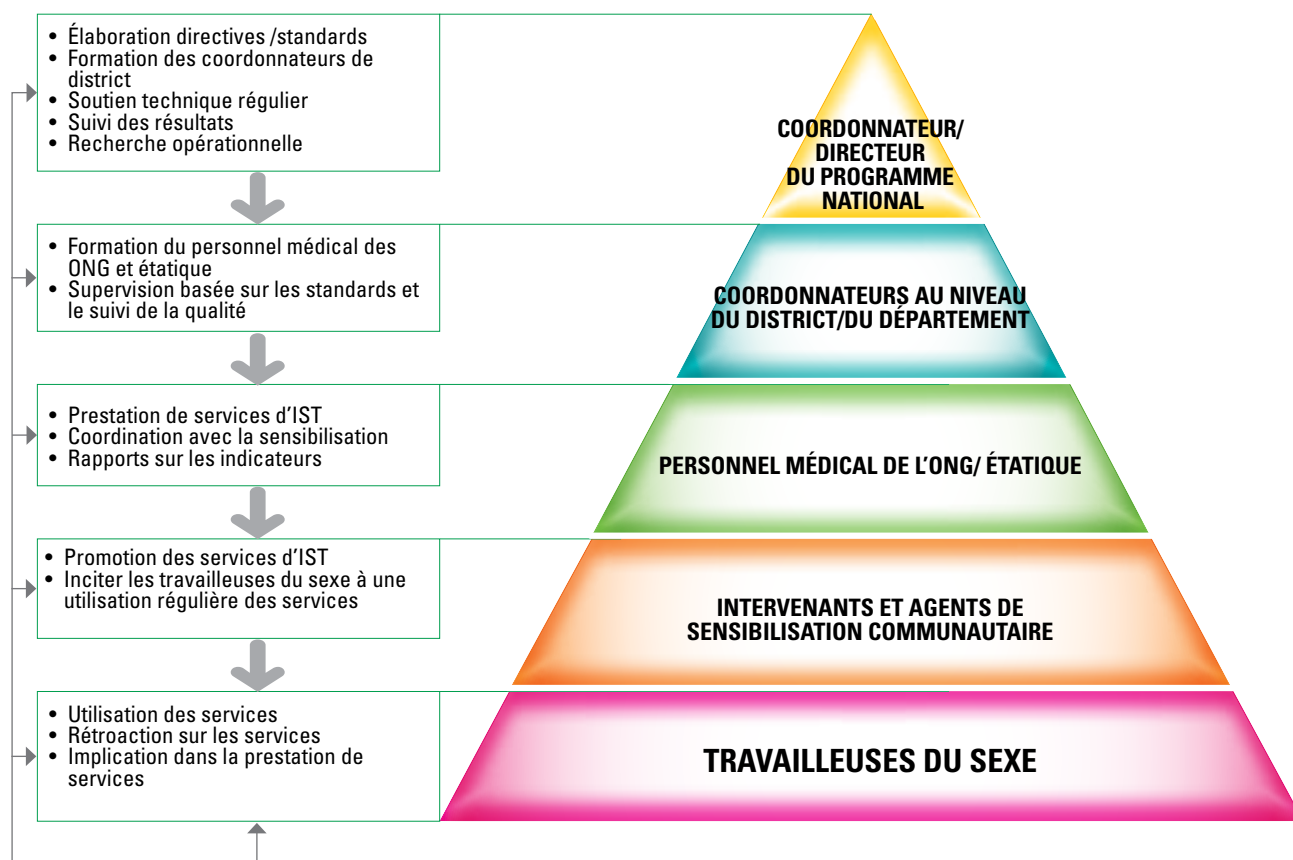


Figure 5.3 Rôles et responsabilités dans la prestation de services d'IST



B. Assurer la prestation et la gestion de services d'IST

Mettre en place des services d'IST

Les services d'IST offerts doivent être considérés accessibles et acceptables par les travailleuses du sexe et respecter les ressources et les capacités locales. Ils doivent être respectueux et fournis sans jugement en réponse aux besoins particuliers des travailleuses du sexe.

Lors de la mise en place des services médicaux, la prise en considération des facteurs énumérés au Tableau 5.1 permet d'équilibrer le rapport coût accessibilité.

Faire de l'obtention de soins de santé pour IST une norme communautaire

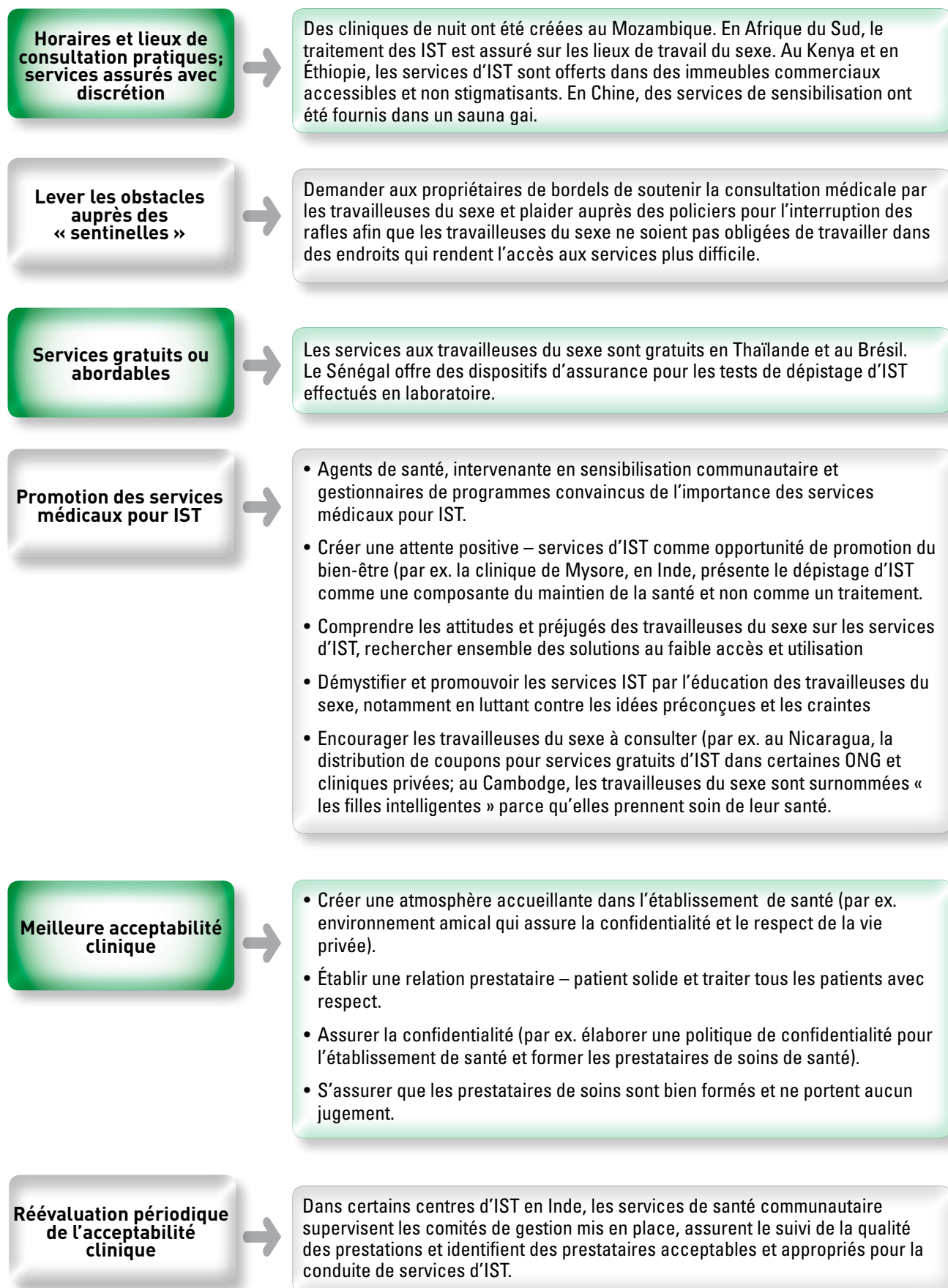
Il est essentiel que les travailleuses du sexe connaissent les symptômes des IST et soient encouragées à un dépistage régulier et à une recherche de traitement rapide. La création de liens entre les services d'IST et les services de sensibilisation et d'appui communautaires aident à atteindre cet objectif.

La promotion des services d'IST et de suivi médical et la sensibilisation menée par les travailleuses du sexe doivent être coordonnées, notamment en raison du fait qu'elles se renforcent mutuellement. En outre, l'amélioration de la communication et du référencement augmente l'effet préventif global.

Tableau 5.1 Modèle de services cliniques

Type de centre	Description	Avantages	Inconvénients
Centre indépendant (souvent dirigé par une ONG)	- Services à temps plein dans un local permanent, souvent dirigé par une ONG ; idéal en présence d'une forte concentration de travailleuses du sexe (> 500) et de la pratique du travail du sexe (par ex. quartier réservé). - Personnels spécialisés nécessaires	- Efficacité technique - Possibilité d'une offre complète de services ; combinaison d'interventions médicales et éducationnelles si possible. - Flexibilité dans la réponse aux besoins des travailleuses du sexe. - Potentiel de liaison avec les espaces sécurisés (centres communautaires). - Possibilité d'implication des travailleuses du sexe.	- Peut s'avérer coûteux si la fréquentation des travailleuses du sexe est faible. - Possibilité de stigmatisation . - Pérennité potentiellement difficile.
Centre de sensibilisation (souvent dirigé par une ONG)	- Centres satellites (permanents), fourgons mobiles, cars de santé, souvent dirigés par une ONG. - Services à temps partiel. - Heures d'ouverture fixes et local permanent. - Idéal pour contact avec travailleuses du sexe difficiles à rejoindre et prestation de services à un petit nombre de travailleuses du sexe. - Personnels spécialisés nécessaires	- Possibilité de contact avec les travailleuses du sexe difficiles à rejoindre. - Services acceptables et accessibles. - Rentable en cas d'accès aux travailleuses du sexe difficiles à rejoindre	- La prestation de services complets aux travailleuses du sexe pourrait ne pas être possible. - Qualité variable des services.
Prestataires de services (privés)	Prestataires de services privés formés et identifiés par les travailleuses du sexe. (Il est essentiel que ces praticiens privés soient formés à la prestation auprès des travailleuses du sexe de services d'IST efficaces et conformes aux directives nationales)	- Acceptables par les travailleuses du sexe - Rentables pour un petit nombre de travailleuses du sexe. - Durables	- Services complets potentiellement non disponibles (par ex. services d'éducation et de conseil). - Le suivi de la qualité et la production de rapports pourraient s'avérer impossibles.
Établissements publics de santé	Établissements publics de santé, soit sous forme de centre d'IST indépendant ou de services intégrés à une offre complète en matière de VIH, de SSR et de santé primaire.	- Durable - Prestation de services techniques efficaces si le personnel est adéquatement formé et les installations disponibles	Pourraient être inacceptables/ inaccessibles aux travailleuses du sexe; liens étroits avec les ONG et services de sensibilisation conduits par la communauté

Figure 5.4 Méthodes d'amélioration de l'accessibilité et de l'acceptabilité des services médicaux pour IST par les programmes.



Lever les obstacles structurels à l'accessibilité et à l'acceptabilité des services

Les activités nécessaires sont résumées à la Figure 5.4.

Impliquer les travailleuses du sexe et les intervenantes en sensibilisation communautaire dans la prestation de services médicaux

Les travailleuses du sexe peuvent collaborer à plusieurs services médicaux liés aux IST, notamment au niveau de la gestion. Leur implication augmente l'appropriation et rend les services plus acceptables et durables. La participation significative des travailleuses du sexe aux services d'IST doit par conséquent être encouragée et formalisée à travers leur implication dans le développement, la gestion et le suivi des services.

La formation de compétences professionnelles doit faire partie intégrante de l'autonomisation de la communauté et favoriser l'apprentissage et le mentorat des travailleuses du sexe dans la prestation de services médicaux. Les travailleuses du sexe impliquées doivent avoir été formées à la conduite des tâches qu'elles assument, assurer la confidentialité des services et être rémunérées pour leur travail.

Encadré 5.7

Cas d'exemple: Implication communautaire dans les services cliniques en Inde et en Ouganda.

En Ouganda, des travailleuses du sexe ont aidé les établissements publics de santé à rendre des services plus acceptables aux membres de leur communauté et se sont impliquées dans la prestation de services médicaux.

A Mysore, en Inde, des travailleuses du sexe ont reçu une formation formelle en soins infirmiers. 12 travailleuses du sexe diplômées sont maintenant employées comme infirmières dans les établissements de santé.

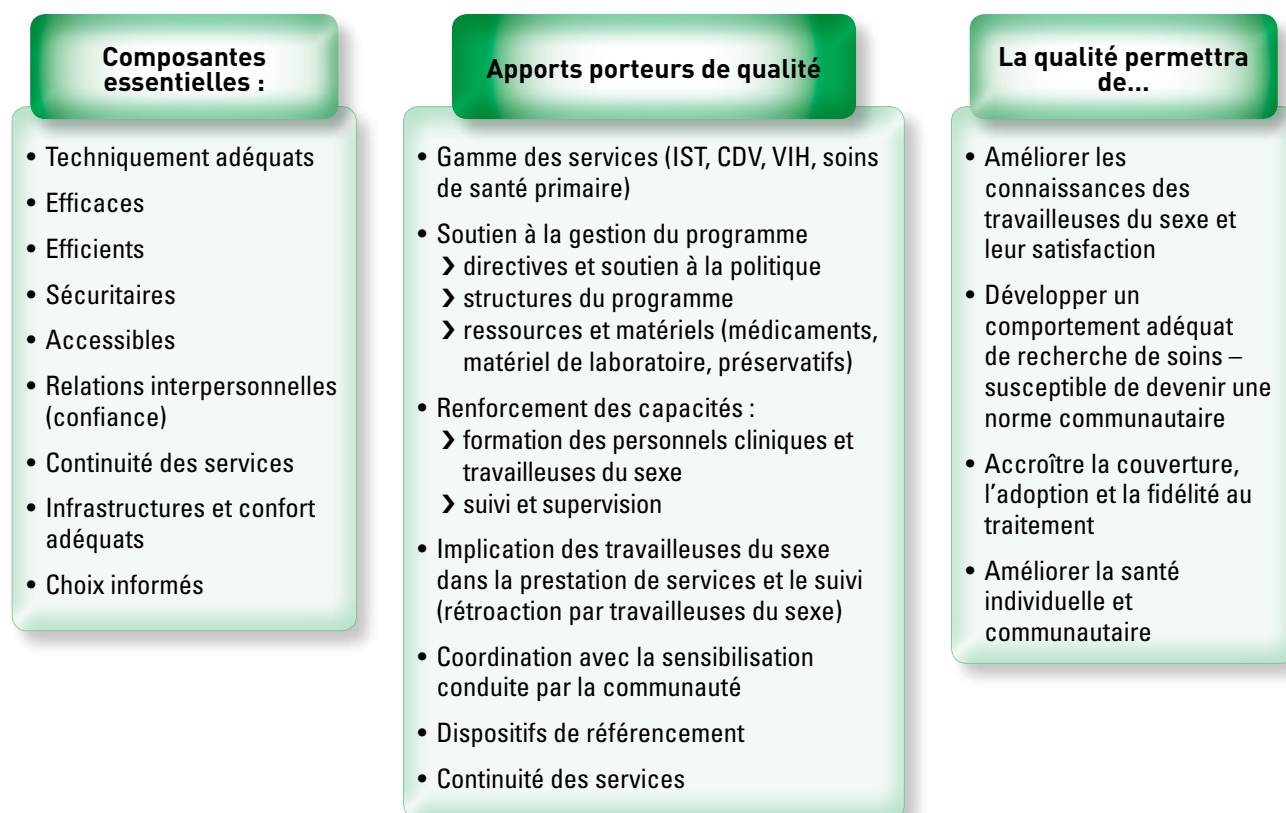
Offrir un ensemble de services d'IST approprié et de haute qualité

La prestation de services de haute qualité encourage les patients atteints d'une IST à demander des soins réguliers. La Figure 5.5 résume les facteurs qui permettent d'assurer la prestation de services d'IST de qualité.

Liaison et intégration des services

La majorité des programmes qui dispensent des services aux travailleuses du sexe sont axés sur le VIH et les IST. Cependant, les travailleuses du sexe et leurs familles ont les mêmes besoins en matière de santé primaire que la population en général. En outre, elles peuvent également présenter des problèmes associés à l'utilisation d'alcool et de drogues.

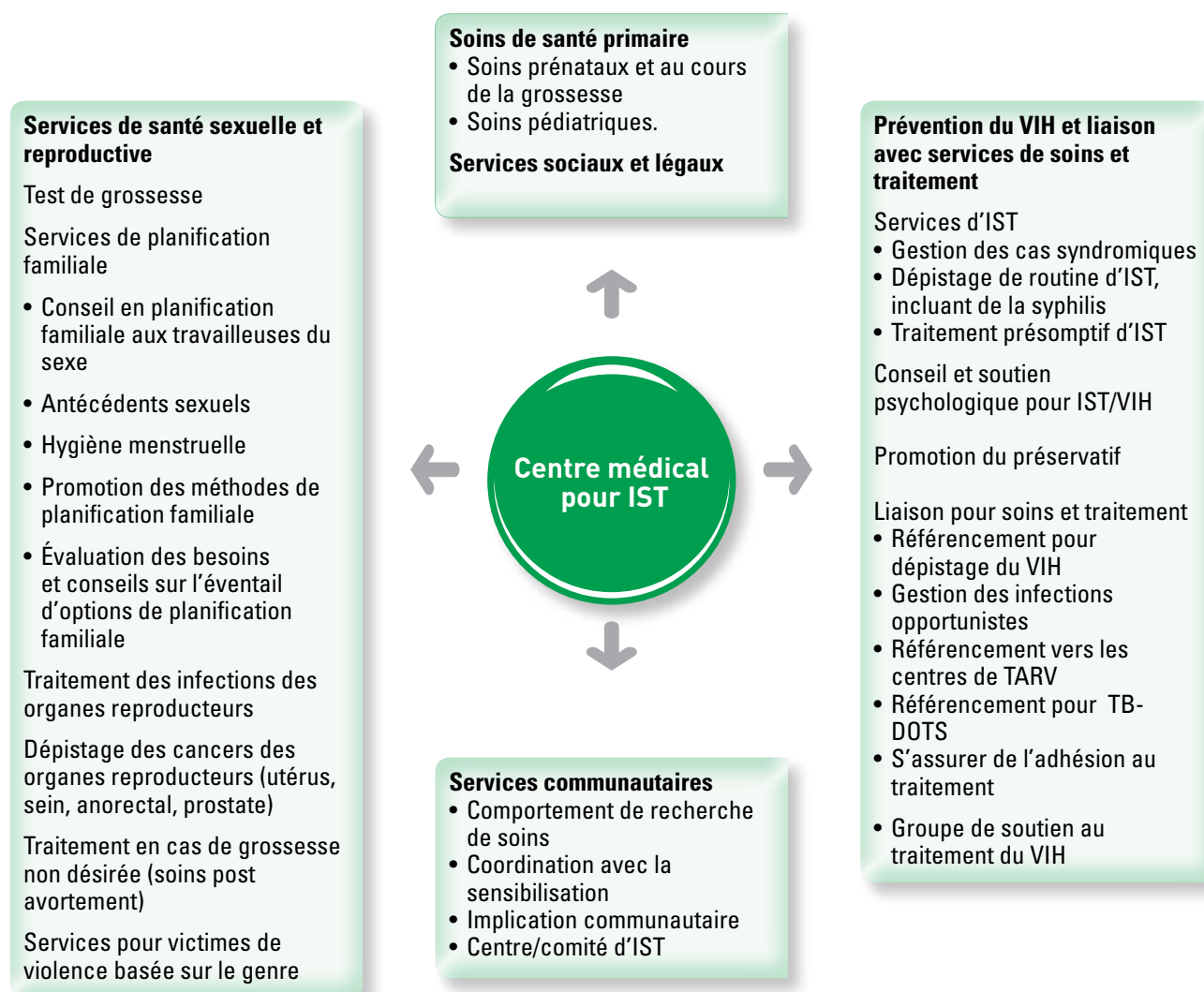
Figure 5.5 Assurer des services d'IST de haute qualité



Les programmes doivent s'assurer d'une offre complète de services de santé et sociaux. Ces derniers doivent être accessibles de façon directe ou par référencement, sans crainte de discrimination, ou encore progressivement, en fonction des priorités des travailleuses du sexe, de la faisabilité et de la disponibilité de solutions alternatives. La prestation de services liés au VIH, à la SSR, à l'immunisation contre l'hépatite B, à la tuberculose, et au traitement contre la dépendance aux drogues et à l'alcool est abordée dans d'autres sections de cet instrument pratique.

Les travailleuses du sexe qui présentent des problèmes de santé en général, de SSR ou de VIH qui ne peuvent pas être adéquatement gérés par les services du programme doivent souvent être référées à d'autres établissements de santé. Les réseaux de référencement établis doivent donc être basés sur les besoins anticipés (voir Figure 5.6) et les services de santé du programme doivent disposer d'une liste de prestataires recommandés, incluant les noms, les adresses, les numéros de téléphone et les heures d'ouverture. Lorsque nécessaire, (par ex. en raison d'obstacles potentiels à l'accès aux services) un référencement accompagné doit être considéré.

Figure 5.6 Réseaux de référencement pour IST



Encadré
5.8**Répondre aux besoins des travailleurs du sexe hommes et transgenre**

Les travailleurs du sexe hommes et transgenres ont besoin d'interventions et de services spécifiques. Certains d'entre eux sont hétérosexuels ou bisexuels alors que d'autres s'identifient comme gais (homosexuels). Les directives de l'OMS sur la *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres* (2011) recommandent les dispositions suivantes :

- Offre de services de gestion et de traitement syndromique aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et individus transgenres qui présentent des symptômes d'IST (selon les directives actuelles de l'OMS).
- Offre de dépistage périodique d'infections utérines et rectales (*N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*) asymptomatiques par test d'amplification d'acide nucléique (NAAT) plutôt que par culture.
- Offre de dépistage sérologique périodique d'inspection syphilitique asymptomatique.
- Inclure les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes et les individus transgenres dans les stratégies d'immunisation de rattrapage contre l'hépatite B, dans les situations où l'immunisation infantile n'était pas complète (conformément aux directives actuelles de l'OMS).

Il est essentiel que les travailleurs du sexe hommes et transgenres soient impliqués dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des services d'IST. Les standards cliniques doivent être adaptés au contexte afin de s'assurer de la prestation de services appropriés et spécifiques au genre. Le modèle de prestation dépend du contexte et des informations fournies par les travailleurs du sexe hommes et transgenres. Il est possible, dans certains cas, d'adapter les services qui s'adressent aux travailleuses du sexe afin qu'ils puissent correspondre aux besoins des travailleurs du sexe hommes et transgenres (par ex. offrir des plages horaires de service spécifiques afin que les travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres puissent consulter au même point de services). Ailleurs, les services qui s'adressent aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont également été dispensés aux travailleurs du sexe hommes et transgenres ; ou encore, des services s'adressant directement aux travailleurs du sexe ont été mis en place.

C. Traitement présomptif périodique**Recommandations 2012 : Recommandation étayée par des données probantes n° 4**

Dans les contextes de forte prévalence et d'accès limité aux services cliniques, offrir aux travailleuses du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques.

Les Recommandations 2012 affirment que :

1. Le TPP ne doit être adopté qu'en tant que mesure de courte durée et dans les contextes à forte prévalence d'IST, par exemple une prévalence des infections à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* supérieure à 15,2%.
2. Le TPP contre la gonorrhée et la chlamydiae doit toujours être gratuit, volontaire et confidentiel, s'accompagner de conseils et faire l'objet d'un consentement éclairé.
3. Le TPP contre la gonorrhée et la chlamydiae ne doit être proposé que dans le cadre de services complets de santé génésique (comprenant notamment l'autonomisation de la communauté, la promotion des préservatifs, le dépistage et le traitement des IST et les soins associés à ces infections) ou lorsque des services de lutte contre les IST et le VIH sont en cours de mise en place.
4. Il convient d'exercer une surveillance permanente des effets bénéfiques et négatifs que pourraient subir les travailleuses du sexe du fait de la prise du TPP.

Sur le plan opérationnel, cela suppose :

- L'utilisation d'antibiotiques sous forme d'associations médicamenteuses en dose unique pour obtenir des taux de guérison élevés.
- Le renforcement de la promotion des préservatifs, avec notamment des mesures pour garantir leur qualité et leur disponibilité dans l'objectif de réduire les taux de réinfection.
- Le renforcement de la sensibilisation communautaire auprès des travailleuses du sexe pour améliorer la connaissance et l'utilisation des services, ainsi que le taux de couverture correspondant.
- Le renforcement du soutien pour améliorer la sécurité des conditions de travail et augmenter les possibilités d'imposer l'utilisation d'un préservatif.
- Le recours au TPP seulement s'il est accompagné des autres composantes ci-dessus visant à renforcer la lutte contre les IST et la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe et leurs clients.
- Le retrait du TPP aussi rapidement que possible, par ex. après six mois si la prévalence n'a pas diminué pour faire place à d'autres mesures de contrôle.

L'Enquête sur les valeurs et préférences a conclu que les risques encourus suite à l'administration d'un TPP chez les travailleuses du sexe l'emportaient sur les avantages potentiels. Les travailleuses du sexe ont en effet rapporté l'apparition d'effets secondaires néfastes et demandé un suivi continu des conséquences potentielles. Les répondants à l'Enquête sur les valeurs et préférences et les participants à la rencontre de validation subséquente ont unanimement conclu qu'un TPP ne devrait être proposé à une travailleuse du sexe que si cette dernière disposait de l'information pertinente, notamment sur les effets secondaires et acceptait le traitement sans coercition ou obligation par un service public de santé.

D. Hépatite virale

Recommandations 2012 : Recommandation étayée par des données probantes n° 8

Inclure les travailleuses du sexe dans la population ciblée par les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB dans les contextes où la couverture par la vaccination des nourrissons n'est pas totale.

L'hépatite B se transmet par contact sanguin ou avec les autres fluides corporels d'une personne infectée. Le virus se transmet également lors de rapports sexuels et de l'injection de drogues. Heureusement, le vaccin est très efficace. L'OMS recommande l'administration de trois doses pour une immunisation complète et a publié à cet effet des directives spécifiques disponibles dans : *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*.

Comme le virus de l'hépatite B, l'hépatite C se transmet par contact sanguin avec les autres fluides corporels d'une personne infectée. La plupart des infections à l'HVC se produisent suite à l'utilisation de matériel contaminé d'injection de drogues ou lors de soins médicaux. L'HVC peut également être transmise par contact sexuel et les hommes VVIH qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont les plus à risque d'infection. Il n'existe aucun vaccin contre l'HVC, mais elle peut être soignée avec un traitement approprié. L'OMS a d'ailleurs élaboré des directives pour le traitement de l'HVC qui se trouve dans le document mentionné plus haut (*Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*).

5.7 Satisfaire les besoins en santé sexuelle et reproductive des travailleuses du sexe

5.7.1 Introduction

Les travailleuses du sexe ont les mêmes besoins et droits à la SSR que la population dans son ensemble. Ces besoins sont souvent ignorés et il est important que les services médicaux offerts prennent en considération la SSR au même titre que le VIH et les IST. La disponibilité de services de SSR sur les lieux ou par référencement favorise non seulement la réponse aux besoins généraux de santé des travailleuses du sexe, mais augmente également leur confiance et leur participation au programme. La prestation d'un ensemble de services de SSR comprend:

- La planification familiale et le conseil sur la contraception.
- La grossesse à moindre risque.
- L'avortement et le soin post avortement.
- Le dépistage du cancer de l'appareil reproducteur (par ex. du col utérin, anorectal, de la prostate).
- Le conseil sur les traitements hormonaux et le référencement pour d'autres pratiques de transformation chez les travailleurs du sexe transgenre.

Encadré 5.9

Cas d'exemple : Prestation de services publics de SSR aux travailleuses du sexe

Le programme *Fast Forward Enhanced Reproductive Health* (DIFFER) (Santé reproductive améliorée rapidement) mis en œuvre par l'Union Européenne en Inde, au Kenya, au Mozambique et en Afrique du Sud a adopté, pour la définition des services d'IST et de SSR en général, une stratégie d'intervention « diagonale » qui procède à la fois au renforcement des systèmes de santé (approche horizontale) et à une sensibilisation plus ciblée des travailleuses du sexe (approche verticale). Les modèles de prestation de services qui répondent aux besoins des travailleuses du sexe et des femmes incluent :

- Services publics de SSR offerts aux travailleuses du sexe dans des endroits et selon des horaires particuliers.
- Offre de services publics de SSR combinée à la sensibilisation et des services mobiles ou satellites aux travailleuses du sexe.
- Meilleure coordination et référencement dans les deux sens entre les services aux travailleuses du sexe assurés par des organisations à base communautaire ou ONG et les services publics de SSR.

Encadré 5.10

Thérapie hormonale pour travailleurs du sexe transgenre

En matière de transition de genre, il n'y a actuellement aucun consensus sur les schémas de thérapie hormonale les plus sécuritaires et les plus efficaces. Les individus transgenres utilisent la thérapie hormonale pour ses effets de féminisation (œstrogènes) ou de masculinisation (testostérone). Le traitement est généralement administré sur la base de conseils fournis par des amis ou d'informations disponibles sur Internet. Les doses sont généralement élevées, ce qui risque d'entraîner des effets secondaires importants. Les fortes doses d'œstrogènes augmentent par exemple le risque de thrombo-embolie ou de dysfonctionnement du foie, de cancer du sein, de maladies coronariennes, de troubles cérébraux vasculaires et de céphalées.

Un prestataire qualifié doit donc être consulté lorsqu'une thérapie hormonale est envisagée et les personnes sous thérapie hormonale doivent avoir accès à un suivi médical approprié.

5.7.2 Planification familiale et conseil sur la contraception

Les étapes essentielles à une planification familiale efficace et au conseil sur la contraception auprès des travailleuses du sexe sont les suivantes :

- Fournir un appui-conseil qui permet de connaître les intentions d'une travailleuse du sexe enceinte.
- Discuter des méthodes de contraception disponibles, incluant les méthodes de double protection.
- Déterminer l'éligibilité médicale de la méthode de planification familiale retenue.
- Fournir ou prescrire une méthode de planification familiale.
- Promouvoir et distribuer des préservatifs.

Les travailleuses du sexe utilisent souvent le préservatif de façon moins constante avec leurs partenaires réguliers qu'avec leurs clients. Plusieurs d'entre elles ont par conséquent besoin d'une méthode de double protection contre la grossesse, mais aussi contre les IST et le VIH. Il pourra par exemple s'agir de la combinaison d'une méthode contraceptive très efficace contre la grossesse et de l'utilisation du préservatif masculin ou féminin pour la prévention des IST et du VIH.

Les informations suivantes doivent être fournies afin que les travailleuses du sexe puissent adopter une méthode contraceptive de façon volontaire et en toute connaissance de cause :

- L'efficacité relative de chaque méthode.
- L'utilisation correcte de la méthode.
- Son mode de fonctionnement.
- Les effets secondaires potentiels.
- Les risques à la santé et les avantages.
- Les signes et symptômes qui demandent une nouvelle consultation médicale.
- Le retour à la fertilité après l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Contraception d'urgence

Une contraception d'urgence peut-être fournie à une femme qui a eu un rapport sexuel vaginal non protégé, n'utilise aucune méthode de contraception et n'est pas enceinte. Elle doit être administrée aussitôt que possible après le rapport sexuel, idéalement dans les 72 heures suivantes, mais pas au-delà de 120 heures. (L'efficacité est réduite après 72 heures). Les travailleuses du sexe doivent avoir accès à une contraception d'urgence et la fréquence de son utilisation doit faire l'objet de suivi.

Note: Puisque la contraception d'urgence n'est pas complètement efficace dans la prévention de la grossesse et risque d'être moins efficace si utilisé fréquemment, il est important que les travailleuses du sexe soient incitées à adopter une méthode de planification familiale à long terme.

Grossesse à moindre risque

Lorsqu'une travailleuse du sexe planifie une grossesse, elle devrait recevoir des informations sur la grossesse à moindre risque, notamment sur l'importance des soins prénataux réguliers, du dépistage et de la prévention du VIH et des IST, d'une nutrition appropriée et d'un accouchement sécuritaire.

Avortement et soins post avortement

Si l'avortement est légal, il faut établir la liaison avec des services sécuritaires d'avortement. S'il est illégal, il faut informer les travailleuses du sexe sur les risques des méthodes d'avortement informel. Elles devraient avoir accès à des soins post-avortement appropriés afin de réduire la morbidité et la mortalité; les complications suite à un avortement doivent pouvoir faire l'objet de soins. Les travailleuses du sexe doivent également bénéficier de conseils en planification familiale afin d'éviter une grossesse non désirée à l'avenir.

5.7.3 Dépistage du cancer du col utérin

Le virus du papillome humain (VPH) est une forme d'IST et l'une des causes du cancer du col utérin. Le dépistage permet la détection précoce de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin et par conséquent la diminution de la morbidité et de la mortalité importantes qui en découlent. Les travailleuses du sexe doivent avoir accès aux informations, aux services de dépistage du cancer du col utérin et aux traitements nécessaires.

Le dépistage est recommandé chez toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans au moins une fois au cours de leur vie. Il peut prendre la forme d'un examen visuel à l'aide d'acide acétique (vinaigre), d'un test PAP conventionnel ou encore d'un test de dépistage du VPH. Les lésions précancéreuses et cancéreuses doivent être traitées immédiatement.

Les femmes séropositives doivent faire l'objet de dépistage du cancer du col utérin, quel que soit leur âge. La priorité doit être accordée à la maximisation de la couverture du groupe d'âge le plus à risque et au suivi des femmes ayant présenté des résultats anormaux.

5.7.4 Dépistage des autres cancers

Le dépistage du cancer du sein, anorectal et de la prostate doit faire partie des examens de routine et être complété par un référencement aux services de traitement appropriés.

5.7.5 Soins médicaux aux victimes d'agression sexuelle

Lorsque possible, la prestation de soins médicaux aux victimes d'agression sexuelle doit être reliée aux dispositifs de riposte de la communauté à la violence (voir Chapitre 2, Section 2.2.6).

- Offrir un soutien de première ligne aux victimes d'agression sexuelle, quel qu'en soit l'auteur.
- Retracer l'événement de façon détaillée, afin d'identifier l'intervention appropriée et procéder à un examen physique complet (de la tête aux pieds, incluant les organes génitaux).
- Offrir une contraception d'urgence aux femmes qui se présentent dans les cinq jours après l'agression et idéalement aussitôt que possible après l'événement afin d'obtenir un effet protecteur maximum.
- Offrir une prophylaxie post-exposition au VIH (PPE) aux femmes qui se présentent dans les 72 heures suivant une agression sexuelle. Décider avec la victime si l'administration ou non d'une PPE au VIH est nécessaire.
- Les victimes d'agression sexuelle doivent avoir accès à une prophylaxie pour :
 - L'infection à Chlamydia.
 - La gonorrhée.
 - L'infection à trichomonas.
 - La syphilis, selon la prévalence.

Les médicaments et schémas d'administration doivent être conformes aux directives nationales.

- Offrir un vaccin contre l'hépatite B sans immunoglobuline anti-hépatite B selon les directives nationales.
- Offrir des soins et un soutien psychologique, y compris en matière de stratégie de gestion d'un stress intense.

Interventions de soutien dans les trois mois post trauma

- Continuer à offrir un soutien et des soins.
- Si la victime présente des problèmes de santé mentale, référer vers des services de santé mentale éprouvés, accessibles, disponibles et conformes au *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées de l'OMS*

Interventions de soutien après les trois premiers mois post trauma

- Évaluer les problèmes de santé mentale et prendre les dispositions nécessaires en fonction du *Guide d'intervention mhGAP*.
- Si la victime présente des troubles de stress post-traumatique, voir à lui procurer une thérapie appropriée.

5.8 Santé mentale

La santé mentale permet à tout individu de mener une vie épanouissante. Elle est influencée, comme le bien-être général, non seulement par les caractéristiques individuelles, mais aussi par les conditions sociales et le contexte de vie de chaque individu. Les travailleuses du sexe peuvent s'avérer particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale en raison de la pauvreté, de la criminalisation, de la marginalisation, de la discrimination ou de la violence dont il(elle)s font l'objet.

Une santé mentale chancelante peut être un obstacle au dépistage, aux soins et à la fidélité au traitement du VIH chez les personnes séropositives. Les programmes doivent donc suivre et lever les obstacles à la santé mentale, parfois aggravés par des prestataires de services non qualifiés dans la reconnaissance de ce type de problématique ou qui stigmatisent ouvertement les travailleuses du sexe qui présentent des problèmes de santé mentale.

Le *Guide d'intervention mhGAP* de l'OMS fournit des directives en matière d'interventions éprouvées d'identification et de gestion de certaines conditions prioritaires, incluant la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, l'automutilation, les idées suicidaires et autres conditions médicales ou émotionnelles non expliquées.

5.9 Ressources et lectures complémentaires

Guides de l'OMS traitant du conseil et dépistage volontaire du VIH

L'OMS publie des directives sur les services de dépistage du VIH depuis 1988, soit peu après que les premiers tests aient été développés. Les documents les plus récents sont les suivants :

1. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
2. *Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage du VIH*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>
3. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic policy framework*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/
4. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
5. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/
6. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>
7. *Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage du VIH : version pour expérimentation sur le terrain*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/>
8. *HIV Rapid Test Training Package*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé [non daté]. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/documents/guidance/hivrttraining_overview/en/index.html

9. *Système de Gestion de la qualité au Laboratoire - Outil de formation*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/ihr/training/laboratory_quality/en/index.html

Guides de l'OMS traitant de la prophylaxie pré exposition

1. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/

Guides de l'OMS traitant de la tuberculose

1. *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/index.html
2. *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/>
3. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational "How-to"; practical considerations*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf
4. *Rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2013*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. Sous presse.

Guides de l'OMS traitant de l'utilisation des drogues injectables

1. *WHO/UNODC/UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html
2. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
3. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
4. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
5. *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf

Guides traitant de la circoncision masculine médicale

1. *UN resources on male circumcision for HIV prevention*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé et Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/mc_un_inventory/en/index.html

Guides traitant des infections sexuellement transmissibles

1. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2003. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241546263/en/index.html>
2. *Expert consultation and review of the latest evidence to update guidance for the management of sexually transmitted infections: meeting report*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr_11_37/en/index.html
3. *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2005. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/en/index.html>
4. *The use of rapid syphilis tests*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé /Programme spécialisés de recherche et de formation sur les maladies tropicales, 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/TDR_SDI_06_1/en/index.html

1. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres 2011*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/index.html
2. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
3. *A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2009. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/index.html>
4. *Clinic Operational Guidelines & Standards: Comprehensive STI Services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nouvelle Delhi: Family Health International [non daté]. <https://www.indiahiv.org/Documents/Avahan%20COGS.pdf>
5. *National Guidelines for HIV/STI Programs for Sex Workers*. Gouvernement du Kenya, Ministère de la Santé Publique et de l'Assainissement, 2010. <http://nascop.or.ke/library/Marps/Sex%20Worker%20Guidelines.pdf>
6. « *Position paper on hepatitis B* ». Organisation Mondiale de la Santé, Weekly Epidemiological Record, 2009, 84:405–420. <http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf>
7. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>

Guides traitant de la santé sexuelle et reproductive

1. *Family Planning: A Global Handbook for Providers (mise à jour 2011)*. Baltimore, MD et Genève : École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg /Center for Communication Programs et Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html
2. *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html
3. *Note d'orientation de l'OMS : approche globale pour la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/index.html>
4. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

Guides traitant de la santé mentale

1. *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
2. *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/

Instruments opérationnels

1. *Clinic Operational Guidelines and Standards: Comprehensive STI Services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Family Health International, 2006. <https://www.indiahiv.org/SitePages/PublicationType.aspx/2>
2. *Avahan Common Minimum Programme for HIV Prevention in India*. Nouvelle Delhi: Fondation Bill & Melinda Gates, 2010. <http://www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/cmp-monograph.pdf>
3. *STI Clinic Supervisory Handbook: Comprehensive STI services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nouvelle Delhi: Family Health International (FHI360), 2007. http://aidsdatahub.org/dmdocuments/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf.pdf

Autres ressources

1. *Building Partnerships on HIV and Sex Work: Report and Recommendations from the First Asia and the Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. Bangkok: Asia Pacific Network of Sex Workers, Fonds des Nations Unies pour la Population, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011. <http://asiapacific.unfpa.org/public/pid/7491>
2. *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services: A Global Sex Worker Consultation*. Edinburgh, Royaume-Uni : Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe, 2011. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-WHO%20Community%20Consultation%20Report%20archived.pdf>

Lectures complémentaires

1. Mogasale V, Wi T, Das A, et.al. « Quality assurance and quality improvement using supportive supervision in a large-scale STI intervention with sex workers, men who have sex with men/transgenders and injecting-drug users in India ». *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i83–i88.
2. Chersich M, Luchters S, Ntaganira I, et al. « Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services ». *Journal of the International AIDS Society*, 2013; 16:17980.
3. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, et al. « HIV voluntary counselling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis », 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 2008; 12(3):363–373.
4. Getahun H, Baddeley A, Raviglione M. « Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs ». *Bulletin de l'organisation Mondiale de la Santé*, 2013; 91:154–156. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/13-117267/en/index.html>



6

Gestion de
programme et
renforcement
de la capacité
organisationn
-elle



Que contient ce chapitre ?

Ce chapitre comprend deux parties distinctes :

Partie 1 : Systèmes de gestion d'un programme qui s'adresse à plusieurs lieux de travail du sexe, dans l'ensemble d'un pays ou d'une zone urbaine. Cette partie explique :

- **de quelle façon les systèmes de gestion appuient** la conduite des programmes de prévention du VIH et des IST auprès des travailleuses du sexe (Section 6.1);
- **comment élaborer, structurer et mettre en œuvre un programme à l'échelle incluant :**
 - la définition des standards du programme, la mise en place d'un système de suivi des données et d'un plan d'évaluation (Sections 6.2.1–6.2.3)
 - l'articulation des structures de gestion (Section 6.2.4)
 - la mise en œuvre par étapes du programme (Sections 6.2.5–6.2.7)
 - la participation des travailleuses du sexe à la mise en œuvre du programme (Section 6.2.8)
 - le renforcement de la capacité des personnels (Sections 6.3–6.4).

Partie II: Renforcement de la capacité organisationnelle des organisations locales de travailleuses du sexe dans une perspective d'expansion des services ou des zones desservies. Cette partie explique :

- **comment renforcer la capacité des organisations de travailleuses du sexe** (Sections 6.5–6.7)

Le chapitre fournit également une liste de ressources et de **lectures complémentaires** (Section 6.8).

Partie I : Gestion du programme

6.1 Introduction

Ce chapitre est consacré à l'introduction d'un système de gestion dans un programme de prévention et de traitement du VIH et des IST qui dessert de multiples lieux de pratique du travail du sexe dans un pays ou dans une zone urbaine, avec l'objectif d'assurer la prestation d'un minimum de services à une forte proportion de travailleuses du sexe. Un tel programme dispose d'une structure de gestion centrale et, selon la taille du pays, de structures intermédiaires qui soutiennent les organisations locales de mise en œuvre¹.

La conduite d'interventions complètes de prévention et de traitement du VIH et des IST auprès des communautés² de travailleuses du sexe est complexe et plusieurs problématiques doivent être abordées simultanément. Par exemple, il faut procéder à une sensibilisation régulière des travailleuses du sexe et de leurs clients, le plus souvent dans des contextes où subsistent des obstacles légaux, sociaux, culturels et religieux importants. En outre, les besoins des travailleurs du sexe varient selon le genre (féminin, masculin ou transgenre), et selon le contexte de travail (en établissement³, dans la rue, via Internet ou la téléphonie mobile).

En outre, plusieurs organismes ont peu d'expérience dans le travail auprès des travailleuses du sexe et les organisations de travailleuses du sexe ont une capacité organisationnelle limitée de mise en œuvre et de mise à l'échelle d'un programme. La liaison avec les services médicaux existants demande souvent le renforcement des capacités des prestataires de santé, notamment afin que ces derniers assurent aux travailleuses du sexe des services non stigmatisants. La mise en place de services non étatiques ou privés demande l'élaboration de structures de gestion et de processus spécifiques. Finalement, le financement est souvent assuré par divers partenaires, qui ont des exigences de rapports spécifiques.

Les systèmes de gestion permettent de prendre en compte tous ces aspects à travers :

- Une définition claire des rôles et responsabilités et la supervision, la gestion des relations avec les partenaires externes, le plaidoyer et la coordination avec les autres programmes.
- La planification et la gestion opérationnelle des activités mises en œuvre par chaque composante aux différents niveaux opérationnels du programme.
- Le soutien aux activités mises en œuvre, notamment à travers la gestion des données recueillies, la passation de marchés, le suivi de la qualité et son amélioration, le soutien et la supervision, la formation, etc.
- L'application des procédures et contrôles financiers.

Ce chapitre ne constitue pas un guide complet de planification stratégique ou de gestion de programme en général et les ressources qui abordent ces questions sont mentionnées à la Section 6.8. Le chapitre se concentre plutôt sur les approches et dispositifs de gestion mis en place en réponse aux besoins particuliers des programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe et qui ont été utilisés avec succès dans des programmes de grande ampleur. Il s'agit notamment des aspects suivants :

Couverture : Il faut une forte couverture des communautés de travailleuses du sexe pour avoir un impact populationnel significatif et cet aspect doit faire l'objet d'un suivi à tous les niveaux – municipalité, district, département et niveau central. La planification de l'ampleur de la couverture est soumise à une estimation préalable du nombre total de travailleuses du sexe ciblées (le dénominateur). Les programmes nationaux de riposte au sida et les agences centrales de gestion possèdent ou coordonnent ce type d'information,

1 Il s'agit de l'organisme qui procède à une intervention de prévention auprès des travailleuses du sexe. Ce dernier peut être gouvernemental, non gouvernemental, à base communautaire ou conduit par la communauté et être actif au niveau d'un État, d'un district ou local. Parfois, une organisation non gouvernementale fournit ses services à travers de petites unités logées à divers endroits d'une zone urbaine et, dans ce cas, chacune de ces unités peut être considérée comme un organisme de mise en œuvre.

2 Dans la plupart des contextes auxquels il est fait référence, le terme « communauté » désigne la collectivité des travailleuses du sexe et non le regroupement géographique, social ou culturel d'individus. Par conséquent, la « sensibilisation communautaire » fait référence à la sensibilisation des travailleuses du sexe, les « interventions conduites par la communauté » sont initiées par des travailleuses du sexe et les « membres de la communauté » sont des travailleuses du sexe.

3 Les travailleuses du sexe « d'établissement » travaillent dans des lieux fermés, notamment à domicile ou dans tout autre établissement où s'exerce le travail sexuel : bordels, chambres d'hôte, bars, clubs, etc.

généralement en partenariat avec tous les organismes de mise en œuvre (voir Section 6.2.6, Encadré 6.4). En effet, la mise en œuvre de programmes à forte couverture des travailleuses du sexe et d'une ampleur géographique importante (« programme mis à l'échelle ») demande l'établissement de partenariats étroits avec le gouvernement, les partenaires au développement, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations à base communautaire (OBC).

Mobilité et migration : Les travailleuses du sexe sont souvent très mobiles, dans une ville, dans le pays ou encore au-delà des frontières d'un État et suivent les fluctuations de la demande (par ex. festivals, chantiers de construction temporaire ou travaux agricoles). Par conséquent, si elles veulent répondre à une demande variée de sensibilisation et de produits, les interventions doivent rester flexibles et pouvoir desservir des travailleuses du sexe de langue étrangère.

Leadership des travailleuses du sexe : Les travailleuses du sexe sont le plus à même de localiser leurs pairs, de communiquer avec eux et d'identifier les problèmes de leur communauté. Tout programme doit avoir comme objectif général le renforcement de la capacité des travailleuses du sexe à assumer ces rôles. Au moment de la conception, il faut donc prévoir dans une perspective d'amélioration de l'efficacité et de la pérennité du programme que des postes importants de gestion et de suivi du programme seront éventuellement confiés aux travailleuses du sexe (voir Section 6.2.8 et Chapitre 1, Section 1.2.6 et Chapitre 3, Section 3.2).

Lever les contraintes structurelles : Afin d'atteindre une efficacité optimale, les interventions liées au VIH ne doivent pas se concentrer uniquement sur le changement de comportement individuel, mais lutter également contre les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des travailleuses du sexe, notamment la criminalisation et les autres problèmes légaux, la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté, l'habitat instable, la violence, le harcèlement, l'accès limité à la santé, et l'absence de services sociaux et financiers. Les interventions mises en œuvre à différents niveaux en réponse à ces contraintes structurelles sont présentées aux chapitres 1, 3 et 5.

Respect de la confidentialité et protection des données : La gestion d'un programme d'intervention auprès des travailleuses du sexe demande une connaissance des lieux de pratique du travail sexuel, de l'ampleur de la communauté et, idéalement la disponibilité d'un indicateur d'identification unique à l'ensemble du programme qui permet d'évaluer la couverture et d'éviter un double comptage, particulièrement lorsque de multiples organismes de mise en œuvre sont impliqués. Les données d'identification et de localisation des individus doivent être traitées de façon confidentielle et leur accès doit être protégé afin qu'elles ne puissent pas nuire aux individus concernés.

Flexibilité et apprentissage continu du programme : Les conditions de pratique du travail du sexe changent rapidement en raison des fluctuations économiques, des facteurs sociaux et légaux et de la présence de nouvelles technologies telles que la téléphonie mobile et l'Internet. Compte tenu de ce contexte évolutif et de l'inexpérience relative de la plupart des organisations dans la programmation d'interventions auprès des travailleuses du sexe, il est important que le système de gestion permette d'ajuster rapidement le programme lorsque nécessaire et de diffuser ses enseignements et innovations à tous les partenaires.

6.2 Planifier et mettre en œuvre un programme VIH/IST auprès des travailleuses du sexe

La création d'un programme mis à l'échelle demande la collaboration de plusieurs partenaires, et ceci à différents niveaux opérationnels :

- Au niveau central (par ex., le programme national de riposte au sida ou l'institution centrale, si le programme est national ; une organisation/institution étatique régionale, si le programme est infranational).
- Au niveau intermédiaire (par ex., une ONG ou un autre partenaire au niveau du département, du district ou de la municipalité).
- Au niveau local (organisme de mise en œuvre).

Les différentes étapes de structuration d'un programme mis à l'échelle sont résumées au Tableau 6.1 et décrites en détail ci-dessous. Dans chaque cas, l'agence ou l'institution qui intervient au niveau le plus élevé dirige la planification de ces différentes étapes, en collaboration avec les agences ou organisations actives aux autres niveaux. Le chapitre a surtout été axé sur la planification au niveau central, mais les responsabilités de gestion, de supervision et de suivi par les différents niveaux sont multiples, comme le démontrent la Figure 6.3 (Section 6.2.4) et la Figure 6.6 (Section 6.2.7). Plusieurs des étapes de structuration propres à un programme mis à l'échelle s'appliquent également à un programme de moindre ampleur.

Tableau 6.1 Étapes de structuration d'un programme VIH/IST mis en œuvre auprès des travailleuses du sexe

Concevoir un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe	• Définir le programme et les standards (Section 6.2.1) • Établir un système de gestion et de suivi des données (Section 6.2.2) • Planifier l'évaluation du programme (Section 6.2.3)
Structurer un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe	• Définir la structure de gestion (Section 6.2.4)
Mettre en œuvre un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe	• Établir des priorités (Section 6.2.5) • Mettre en œuvre par étapes (Section 6.2.6) • Établir un système de supervision (Section 6.2.7) • S'assurer d'une pleine participation progressive des travailleuses du sexe (Section 6.2.8)

Définir un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe

6.2.1 Définir le programme et les standards

Il est important que le cadre logique du programme, les interventions spécifiques et les standards de mise en œuvre soient clairement articulés et compris. Leur formulation et compréhension permettra :

- De clarifier la nature et les différents paquets d'intervention du programme.
- De jeter les bases nécessaires à la conception du système de suivi (par ex. définition des indicateurs de processus, d'entrées des données, de produit, de résultat et d'impact).
- D'évaluer la qualité du programme.

Le cadre logique résume les interventions du programme et leur contribution attendue aux impacts ciblés. Il identifie les compétences techniques et ressources humaines requises ainsi que les matériels et fournitures, la formation et le budget nécessaires à la conduite d'une intervention à large échelle. Ces différents éléments seront ajustés périodiquement en fonction des nouvelles données, des enseignements et du succès des activités innovantes locales.

Plusieurs pays disposent de plans stratégiques et de guides de mise en œuvre dont le cadre logique est implicite. Cependant, la présence d'un cadre logique explicite aide à clarifier les besoins en suivi et évaluation. (Des exemples de directives nationales, de plans stratégiques et de procédures de mise en œuvre standards sont mentionnés à la Section 6.8.).

La Figure 6.1 présente le cadre logique d'une intervention auprès des travailleuses du sexe à multiples composantes. Le séquençage des changements attendus est important pour la conduite de l'évaluation du programme, qui sera abordée à la Section 6.2.3.

Cependant, ce cadre logique n'identifie pas les normes à respecter au cours de la mise en œuvre, particulièrement en matière technique et gestionnaire. Celles-ci sont généralement définies par le programme, idéalement en collaboration avec l'organisme de mise en œuvre et en conformité avec les valeurs et préférences de la communauté. Par exemple :

- **Aspects techniques**

- Quel est le ratio cible d'intervenantes⁴ en sensibilisation communautaire par rapport aux membres d'une communauté ?
- À quelle fréquence une intervenante en sensibilisation communautaire doit-elle rencontrer les travailleuses du sexe ?
- Quel devrait être le contenu d'une séance de sensibilisation ?
- À quelle fréquence le CDV devrait-il être offert ?
- Quels médicaments seront utilisés pour le traitement des IST ?
- Combien de paquets préservatifs/lubrifiants devraient être distribués ?

- **Aspects gestionnaires**

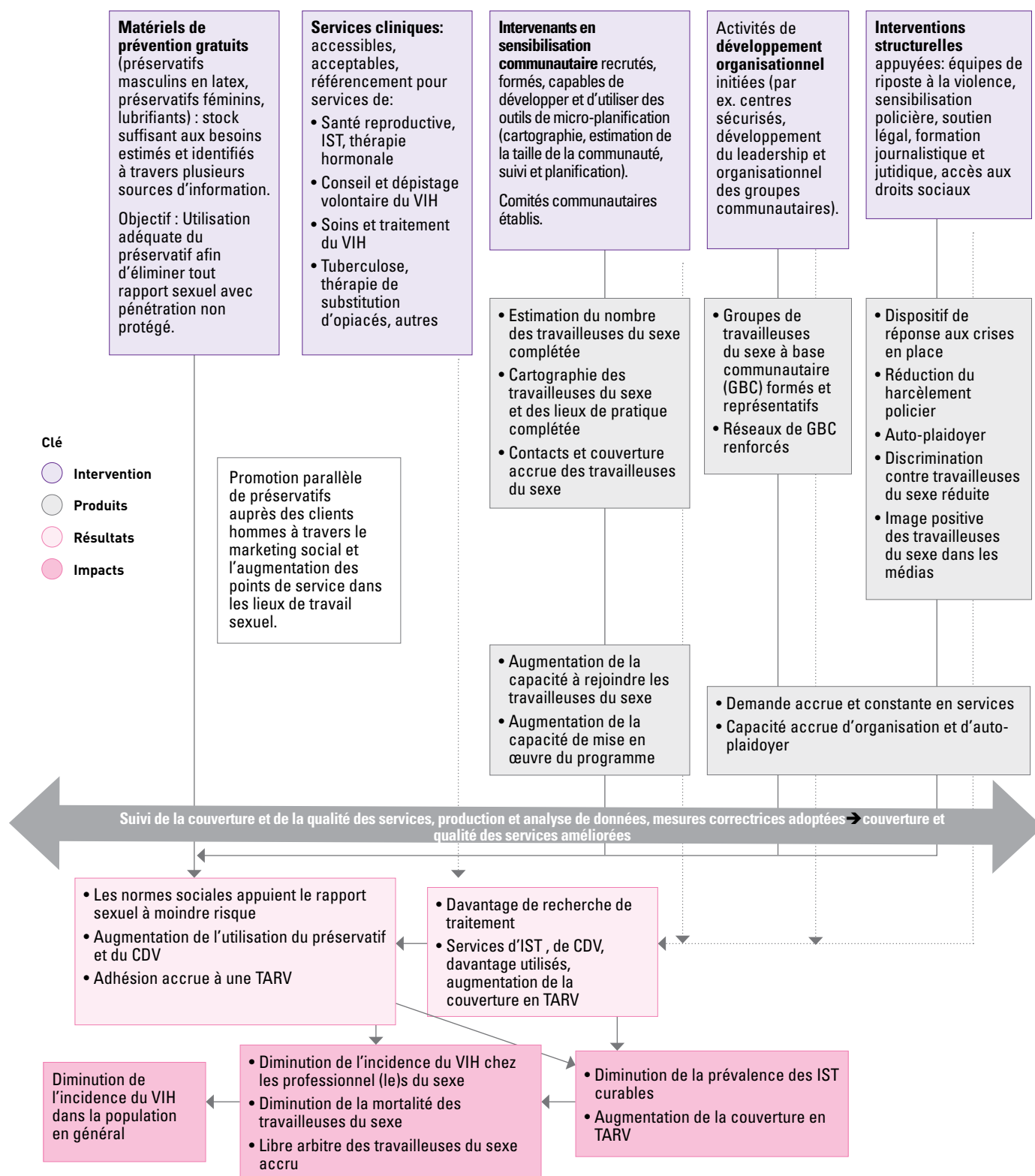
- Fréquence de la supervision à chaque niveau du programme et pour chaque type d'intervention, incluant la fréquence des rencontres entre les intervenantes en sensibilisation communautaire et leurs superviseurs/responsables.
- Définition des indicateurs à collecter.
- Fréquence des rapports sur les données de suivi.

Les autres chapitres de cet Instrument pratique émettent des recommandations sur les normes et standards spécifiques aux interventions auprès des travailleuses du sexe (voir par exemple le Chapitre 3, Section 3.4). Les standards relatifs aux services médicaux sont définis dans directives nationales ou, si ces dernières ne sont pas disponibles, dans les directives mondiales et régionales de l'OMS. Par contre, les directives en matière d'IST doivent souvent être élaborées ou adaptées en réponse aux besoins des communautés de travailleuses du sexe, où la prévalence est souvent plus élevée, notamment afin de prendre en considération les questions de diagnostic et de traitement des IST rectales qui ne sont généralement pas abordées par les directives nationales. En outre, les directives de sensibilisation, de développement organisationnel et de structuration des interventions sont généralement inexistantes et doivent être élaborées ou adaptées au contexte spécifique du programme.

⁴ Ici, l'expression « intervenante en sensibilisation communautaire » désigne une travailleuse du sexe qui sensibilise ses pairs; elle ne fait généralement pas partie du personnel à temps plein d'une intervention de riposte au VIH (ce personnel à temps plein sera désigné comme « travailleur/agent de sensibilisation » ou simplement « agent de sensibilisation »). Les intervenantes en sensibilisation communautaire sont également désignées sous les termes « pairs éducateurs », intervenantes en sensibilisation par les pairs » ou tout simplement « intervenantes en sensibilisation ». Les termes « communauté » ou « pairs » ne devraient pas être compris ou utilisés de façon à impliquer que les individus concernés sont moins qualifiés ou moins compétents que les agents de sensibilisation.

Figure 6.1 Cadre logique d'une intervention à multiples composantes auprès des travailleuses du sexe

Services ciblés: Sur la base d'une cartographie et estimation du nombre de travailleuses du sexe dans chaque district, avec une concentration sur les risques et densités les plus élevés, par ordre décroissant. Mettre en œuvre simultanément plusieurs composantes d'intervention auprès des travailleuses du sexe.



Source: Initiative sida Avahan, Inde

Encadré
6.1**Cas d'exemple : Établir des standards de qualité nationaux pour les interventions auprès des travailleuses du sexe en Côte d'Ivoire**

En Côte d'Ivoire, les activités à base communautaire de prévention et de traitement du VIH chez les travailleuses du sexe ont démarré en 1991 avec l'établissement d'une clinique spécialisée dans la capitale. Suite au succès de ce programme, plusieurs partenaires nationaux et internationaux ont apporté dès 1996 leur soutien à une mise à l'échelle du modèle. Afin de standardiser et d'assurer une qualité élevée de services aux travailleuses du sexe, le Programme National de Prévention du VIH chez les Populations Hautement Vulnérables et leurs partenaires a élaboré en 2007 un « paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH ». Les standards de qualité de chacun de ces services ont été élaborés au cours d'un processus de deux ans qui a rassemblé tous les partenaires. Le groupe de travail a défini un ensemble de standards classés en trois catégories :

1. Apports (établissement de santé, personnels, etc.)
2. Processus (directives médicales, procédures, algorithme)
3. Résultats (satisfaction du patient, couverture de la population cible).

Le mode de présentation de chaque standard, les critères de description des éléments requis pour la conformation aux standards et les indicateurs de mesure des critères ont été normalisés. L'atelier de validation, qui comprenait 50 participants, a permis la publication en 2009 d'un guide national finalisé et approuvé sur les standards de qualité. Ces directives ont été appliquées partout au pays, notamment à travers la formation sur le terrain des organismes de mise en œuvre, l'encadrement continu, la diffusion d'outils de mesure des standards et la conduite d'audits de la qualité.

6.2.2 Établir un système de gestion et de suivi des données

Les systèmes de gestion des données doivent pouvoir agréger et consolider les informations nécessaires non seulement au suivi des indicateurs du tableau de bord⁵, mais aussi à l'examen des rapports détaillés des niveaux d'exécution inférieurs. Par exemple, l'unité centrale (nationale) examine les données recueillies par les départements/provinces et districts; l'unité départementale/provinciale les données de l'organisme de mise en œuvre alors que ce dernier analyse les données des intervenantes de première ligne. Ce dispositif par paliers permet aux différents gestionnaires d'identifier les zones bénéficiaires qui présentent une performance atypique (par ex. faible distribution de préservatifs et lubrifiants, ou encore faible couverture par rapport à la population de travailleuses du sexe estimée) et qui demandent la prise de mesures susceptibles d'améliorer les résultats.

Un système de suivi bien conçu :

- Permet de transformer les données régulièrement collectées en indicateurs utiles pour le programme et favorise une prise de décision au niveau où les données ont été recueillies. Les données inutilisables au niveau de collecte sont souvent non priorisées et de faible qualité. Ainsi, il faut noter qu'à chaque niveau de gestion et de mise en œuvre, outre les données qui sont transmises au niveau supérieur, certaines des informations collectées desservent directement l'amélioration des services au niveau concerné.
- Saisit les interactions entre les travailleuses du sexe et les intervenantes en sensibilisation communautaire ou services médicaux (par ex. contact formel avec une intervenante en sensibilisation communautaire, consultation médicale, référencement à un service, etc.), et ceci avec le minimum d'erreurs possible (transferts limités et duplication des données).
- Définit clairement les indicateurs et les dispositifs permanents de contrôle de la qualité des données.
- Agrège les données au niveau supérieur, mais conserve la capacité d'analyse descendante des données.

⁵ Les indicateurs du tableau de bord sont les plus importants dans le suivi d'un programme et sont agrégés au niveau national. Ils donnent un aperçu du fonctionnement du programme (un peu comme les jauges du tableau de bord d'une voiture indiquent au conducteur l'état de fonctionnement du moteur).

Encadré
6.2**Cas d'exemple : Utiliser les données de suivi régulier
et les entretiens qualitatifs pour améliorer les services en Inde**

En Inde, l'une des composantes essentielles de l'Initiative sida *Avahan* prévoyait la distribution gratuite de préservatifs aux travailleuses du sexe lors de la conduite d'activités de sensibilisation de routine. Un examen des données de suivi mené au début 2005, soit environ un an après le démarrage du programme, a révélé que la distribution de près des 50 pour cent des 700 000 préservatifs gratuits donnés chaque mois avait été assurée par les agents de sensibilisation des 120 ONG participantes et non par des travailleuses du sexe.

Cette observation a soulevé des questions, non seulement sur le fait que les préservatifs n'étaient peut-être pas distribués à ceux qui en avaient le plus besoin, mais aussi sur les raisons pour lesquelles les individus le plus fréquemment en contact avec les membres de la communauté n'avaient pas été chargés de la responsabilité première de la distribution. Les discussions avec les ONG de mise en œuvre, leurs agents de sensibilisation communautaire et les intervenantes en sensibilisation communautaire ont révélé que certains personnels des ONG doutaient que les intervenantes en sensibilisation communautaire soient capables d'ajuster les stocks aux besoins individuels des travailleuses du sexe, de tenir des registres ou même de distribuer les préservatifs avec efficience.

Pour résoudre ce problème, les ONG responsables de la mise en œuvre aux niveaux étatique et local ont procédé au renforcement des capacités des intervenantes en sensibilisation communautaire à mener ces différentes tâches. Elles ont également développé des outils d'enregistrement et de suivi de la distribution des préservatifs et ont formé leurs agents au mentorat des intervenantes en sensibilisation communautaire plutôt qu'à leur gestion étroite. Après l'introduction de ces changements, la participation des travailleuses du sexe à la prestation de services, incluant la distribution de préservatifs, a augmenté de façon marquée : un an plus tard, 2,5 millions de préservatifs gratuits étaient distribués chaque mois.

Les programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe disposent de huit sources principales d'information lors de la conception, du suivi et de la gestion de leurs activités (A–H au Tableau 6.2). Ces aspects seront abordés dans les pages suivantes. On trouvera au Tableau 6.3, qui suit cette section, un exemple de structuration des indicateurs pouvant être utilisés par la haute direction dans le suivi des progrès vers l'atteinte des objectifs d'un programme mis à l'échelle.

Tableau 6.2 Principales sources de données pour la conception, le suivi et la gestion de programmes de VIH/IST qui s'adressent aux travailleuses du sexe.

A	Activités spécifiques de collecte des données.
B	Données programme non collectées au moment du contact entre travailleuses du sexe et services du programme.
C	Données programme tirées du contact direct entre travailleuses du sexe et services du programme.
D	Données administratives liées aux services incluant médicaments, produits et référencement.
E	Évaluations qualitatives.
F	Suivi de la qualité.
G	Données sur les dépenses.
H	Autres données externes.

Sources de données pour la conception, le suivi et la gestion d'un programme

A. Activités spécifiques de collecte des données

La cartographie des travailleuses du sexe et les estimations de la taille d'une communauté permettent par exemple de recueillir les données spécifiques nécessaires au démarrage d'un programme, à la planification des activités, à l'identification des besoins budgétaires et à la définition de l'ampleur des services à instaurer et de leur localisation (voir Section 6.2.6, partie A). L'estimation de la taille d'une communauté permet de déterminer le taux de couverture, notamment à partir des données sur les contacts directs ou par le biais des activités de sensibilisation entre le programme et les travailleuses du sexe. Les estimations basées sur des données terrain, plutôt que sur des données nationales ou provinciales, sont essentielles au développement d'un programme, particulièrement en raison du fait qu'elles favorisent l'élaboration de plans d'intervention directement adaptés aux besoins concrets à la base. Les exercices mathématiques d'estimation de l'ampleur des communautés ciblées peuvent être utilisés pour valider les données recueillies. Cependant, l'estimation du nombre d'individus ciblés doit être régulièrement actualisée et il faut procéder à une nouvelle cartographie si la situation sociale, politique ou économique entraîne des changements importants dans les communautés de travailleuses du sexe.

Note: Les cartes et autres données sur les travailleuses du sexe (par ex. localisation, type de pratiques) doivent demeurer confidentielles et être stockées de façon sécuritaire au niveau central, par exemple dans un espace sécurisé (centre communautaire). Les planificateurs et organismes de mise en œuvre doivent s'assurer que les cartes ne peuvent pas tomber entre les mains des forces policières ou d'autres groupes susceptibles de les utiliser pour localiser et fermer des établissements ou encore pour nuire aux travailleuses du sexe. Si ces données confidentielles étaient diffusées, le programme perdrait certainement la confiance de la communauté.

Les sondages randomisés, qui sont également une excellente source de données, évaluent l'utilisation rapportée de préservatifs avec les clients et les partenaires réguliers, le partage de matériel d'injection, où l'accès aux services de VIH, essentiellement dans une perspective de suivi de l'avancement du programme.

B. Données non collectées au moment du contact entre travailleuses du sexe et services du programme

Suivi des infrastructures (par ex. nombre d'espaces sécurisés, nombre de points de services de santé) et **des personnels** (par ex. nombre d'individus recrutés, formés et fidélisés par emploi, qualité de la formation). Ces données permettent de suivre les ressources humaines et la prestation de services dans une zone géographique déterminée. Le suivi du roulement attendu et imprévu en intervenantes en sensibilisation communautaire est nécessaire à la planification de la formation des nouveaux participants et au renforcement progressif de leurs capacités.

Données sur l'implication graduelle des travailleuses du sexe dans le programme : au moment de son inscription, la travailleuse du sexe reçoit un code d'identification unique (qui protège son anonymat). Les données utiles collectées au moment de cette inscription sont notamment les suivantes :

- Variables démographiques sur la travailleuse du sexe : âge, genre, type de travail sexuel pratiqué (dans la rue, en établissement, etc.), nombre d'années de pratique.
- Variables qui saisissent le comportement avant la participation au programme : utilisation rapportée du préservatif au cours du dernier rapport sexuel complet avec un client ; estimation du nombre de partenaires par semaine ; test de dépistage volontaire du VIH au cours de la dernière année, etc.

Ces données permettent ensuite d'estimer les besoins en préservatifs/lubrifiants (à partir du type de travail du sexe et du nombre moyen de partenaires avec rapport sexuel complet) et d'évaluer les risques les plus importants qui devront être atténués à travers des services prioritaires. Lors de l'évaluation du programme, ces données pourront être triangulées avec d'autres informations.

C. Données tirées du contact direct entre travailleuses du sexe et services du programme

Les données sur les contacts des travailleuses du sexe avec les intervenantes en sensibilisation, les services de sensibilisation et les services médicaux sont essentielles au suivi de la couverture du programme. Idéalement, elles sont collectées au moment du contact, puis agrégées aux niveaux de l'ONG, du district, du département et au niveau national avec le minimum d'erreurs de saisie possibles. Si l'alphabétisation de l'intervenante en sensibilisation communautaire n'est pas suffisante, des outils graphiques peuvent être utilisés. Dans ce cas, le superviseur/directeur de l'intervenante en sensibilisation communautaire traduira ces informations anonymes sous une forme qui peut être saisie par le logiciel (par ex. nombre de nouveaux contacts et de rencontres répétées, nombre de préservatifs distribués, nombre de référencement, etc.).

Outre les données tirées des activités de sensibilisation régulières, le programme pourrait souhaiter recueillir des données sur des événements ponctuels, par exemple en matière d'incidents de violence ou de déni des droits de l'homme. Ces événements sont plus difficiles à suivre, notamment en raison de leur caractère irrégulier et du fait qu'ils demandent l'utilisation de formulaires additionnels. Il est par conséquent recommandé que chaque lieu d'intervention soumette un rapport de routine complet, même s'il n'y a aucun événement à signaler, ce qui permettra au programme d'évaluer si la faiblesse des occurrences reflète bien la réalité ou un manque antérieur de transmission des informations.

Outils de suivi. Les travailleuses du sexe peuvent être très mobiles et se déplacer d'une ville ou d'une région à l'autre ou encore au-delà des frontières. Les programmes mis à l'échelle pourraient donc avoir certaines difficultés à suivre le nombre total de travailleuses du sexe bénéficiaires, puisque ces derniers peuvent disparaître soudainement et réapparaître ensuite dans une zone desservie par une autre équipe ou organisation où elles seront répertoriées comme « nouvelle » participante. Il est possible de contourner ce problème en demandant à la travailleuse du sexe si elle a déjà reçu des services auparavant et auprès de quel organisme; ou encore en allouant une carte d'identité anonyme non stigmatisante qui indique que la personne a été bénéficiaire du programme. L'ONG ou l'unité de mise en œuvre locale peut également enregistrer de façon distincte les nouveaux arrivants, les participants provenant de l'extérieur et les bénéficiaires précédents, ce qui permet de distinguer la clientèle et de saisir l'importance de la mobilité.

Les marqueurs biométriques, par exemple les empreintes digitales informatisées, ont quelquefois été proposés pour identifier les participants à un programme. Cependant, les coûts associés à l'installation de dispositifs de collecte de données électroniques dans tous les points de services ainsi que de mise en place et d'utilisation d'une base de données centralisée rendent cette option inapplicable pour la plupart des programmes. Cependant, même lorsque les coûts ne sont pas un problème, les données biométriques sont considérées comme une violation des droits des travailleuses du sexe, notamment en raison des risques d'utilisation abusive par les forces policières ou d'autres groupes. Par conséquent, l'utilisation de données biométriques par les programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe n'est pas recommandée.

D. Données administratives liées aux services incluant médicaments, produits et référencement

Les stocks de médicaments et produits doivent être gérés à partir de politiques et procédures appropriées. Les données y afférentes sont déterminantes pour un approvisionnement suffisant et ininterrompu en médicaments, consommables et produits ; pour le suivi de la consommation/distribution et de la couverture en services (par ex. préservatifs distribués par rapport à la consommation estimée) ; pour la corroboration des rapports médicaux (par ex. quantité utilisée de médicaments pour IST et syndromes).

Les résultats du référencement (c.-à-d. si une travailleuse du sexe référée à un service s'est présentée pour consultation, et non le résultat clinique) doivent être évalués à travers un échange de données avec le service référencé. (Les résultats médicaux, par exemple en matière de séropositivité ou de charge virale indétectable doivent également faire l'objet d'un suivi, mais ce dernier n'incombe pas à l'intervention auprès des travailleuses du sexe.

E. Évaluation de la qualité

Les évaluations qualitatives régulières assurées en collaboration avec les membres de la communauté permettent de savoir si les messages sont bien compris et de connaître les besoins non satisfaits que le programme pourra combler. Elles favorisent et complètent également l'analyse et la compréhension des réponses aux enquêtes quantitatives.

Encadré 6.3

Cas d'exemple: Utiliser des informations qualitatives et autres sources de données au Ghana

Au Ghana, les évaluations qualitatives récemment menées ont identifié une tendance voulant que les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes pratiquent également le travail du sexe avec des hommes plus âgés susceptibles de leur apporter un soutien matériel, notamment en matière vestimentaire, alimentaire et de logement. En 2012, le FHI 360/SHARPER (le projet *Strengthening HIV and AIDS Response Partnership with Evidence-based Results* (Renforcer les partenariats de réponse au VIH/sida à partir de résultats probants) financé par USAID au Ghana) a identifié une sous catégorie jusqu'alors invisible d'hommes travailleurs du sexe actifs dans les bordels ou via un réseau spécialisé sur Internet. Les discussions avec ces travailleurs du sexe ont révélé qu'une faible part d'entre eux avaient été rejoints par les interventions d'éducation à base communautaire types qui s'adressent aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. SHARPER a donc développé des relations avec trois des sept réseaux de travail sexuel identifiés et a initié au début 2013 des activités de sensibilisation à la prévention et au CDV. Actuellement, un peu moins 50 pour cent des individus rejoints connaissent leur statut sérologique et les hommes travailleurs du sexe séropositifs ont été référés à des services de soins et de traitement du VIH.

F. Suivi de la qualité

Les normes et standards établis à travers les processus décrits à la Section 6.2.1 (assurance de qualité) sont essentiels et servent de base au suivi de la qualité en général et de la prestation de services en particulier. L'évaluation peut être menée à l'externe, à travers un audit de la qualité par exemple, ou encore à travers une approche participative. Une prise d'actions immédiates à la suite de tout manquement identifié (amélioration de la qualité) est déterminante pour une qualité de services optimale.

G. Données sur les dépenses

Ces données permettent de suivre l'administration financière générale et de s'assurer que les paiements aux organismes de mise en œuvre sont effectués dans les délais requis afin d'éviter toute interruption des activités. En outre, si les données ont fait l'objet d'une codification standardisée à travers tous les organismes de mise en œuvre, le programme peut estimer le coût par bénéficiaire des activités de chacun des organismes et identifier ceux auxquels il faudrait appliquer des contrôles de gestion supplémentaires.

H. Autres données externes

Les données provenant de sources externes au programme, par exemple d'une surveillance étatique, de recherches académiques ou d'enquêtes effectuées par d'autres institutions sont utiles lors d'une évaluation programmatique ou pour l'identification des ajustements au programme nécessaires.

Tableau 6.3 Indicateurs de suivi d'une intervention à multiples composantes auprès des travailleuses du sexe

Il s'agit ici d'exemples d'indicateurs, qui peuvent être complétés par des indicateurs appropriés à chaque zone d'intervention. Les planificateurs de programmes devraient consulter le «Technical guide for countries to programme, monitor and set targets for HIV prevention, treatment and care for sex workers and men who have sex with men and transgender people» de l'OMS (en élaboration en septembre 2013) et les autres directives nationales. Il faut considérer en priorité : l'utilité de l'indicateur pour la mise en œuvre et son potentiel d'agrégation à un niveau supérieur ; et, la cohérence entre les définitions des différents partenaires de mise en œuvre dans le pays afin d'obtenir une vue d'ensemble des progrès.

Composante	Indicateur	Sources des données
Établissement et pérennité des structures du programme		
Présence dans la zone géographique	% de district/comtés ayant signé des contrats de service	Données/rapports du programme Planification basée sur la cartographie et l'estimation de la taille du groupe cible
	% de municipalités /lieux où des services complets ont été établis	Données/rapports du programme Planification basée sur la cartographie et l'estimation de la taille du groupe cible
Services dans la zone géographique	% de points de services mis en place	Données/rapports du programme Planification basée sur la cartographie et l'estimation de la taille du groupe cible
	% d'espaces sécurisés/centres communautaires établis/ouverts	Données/rapports du programme Planification basée sur la cartographie et l'estimation de la taille du groupe cible
	% d'interventions ayant établi la liaison avec les services de santé reproductive	Données/rapports du programme Rapports d'évaluation des lieux d'intervention
	% d'interventions ayant établi la liaison avec les services de CDV	Données/rapports du programme Rapports d'évaluation des lieux d'intervention
	% d'interventions ayant établi la liaison avec les services de soins et traitement du VIH	Données/rapports du programme Rapports d'évaluation des lieux d'intervention
Personnels du projet recrutés et formés	% de coordonnateurs/directeurs de district/comté	Rapports du programme Documents de planification
	% de superviseurs/responsables de la sensibilisation (la cible est fixée à 1 pour 5-7 intervenantes en sensibilisation communautaire)	Rapports du programme Estimation de la taille du groupe cible
	% de personnels techniques au niveau du district/comté (le nombre doit permettre une visite au moins mensuelle de tous les lieux d'intervention pour supervision/soutien/ revue des données – cible de 1 pour 3-5 sites). Exemple de domaines techniques : suivi de la gestion, services médicaux (santé reproductive, CDV, TARV), interventions structurelles/plaidoyer, sensibilisation, gestion/ administration financière.	Rapports du programme Documents de planification

Composante	Indicateur	Sources des données
	% de personnels administratifs et financiers	Rapports du programme Documents de planification
	% d'intervenantes en sensibilisation communautaire (la cible est de ~1 pour 50 travailleuses du sexe actives sur un lieu donné)	Rapports du programme Estimation de la taille du groupe cible
Roulement de personnel	Nombre d'intervenantes en sensibilisation communautaire qui ont cessé leurs interventions au cours du dernier mois	Rapports du programme
Formation du personnel	Nombre d'intervenantes en sensibilisation communautaire formées au cours du dernier mois	Rapports du programme
	Nombre de superviseurs/responsables de la sensibilisation formés au cours du dernier mois	Rapports du programme
	Nombre de personnels techniques formés au cours du dernier mois	Rapports du programme
Interventions comportementales		
Fréquence des rapports avec les travailleuses du sexe	% de travailleuses du sexe individuelles rejointes par mois et ayant reçu le paquet préventif (tel que défini par le programme, voir la Section 6.2.1) (calculé en divisant le nombre total d'individus contactés au cours du mois par les intervenantes en sensibilisation communautaire par le nombre total de travailleuses du sexe ciblées)	Outils de micro-planification Estimation périodique des dénominateurs
Préservatifs et lubrifiants		
Distribution et approvisionnement en préservatif adéquats	Ratio entre le nombre de préservatifs distribués et l'estimation du nombre nécessaire par mois	Outils de micro-planification Registre des stocks de préservatifs Réponses aux questions à l'inscription sur la nature du travail sexuel et le nombre moyen de partenaires Autres évaluations de l'écart entre les besoins et la disponibilité en préservatifs
	Nombre d'ONG/d'institutions gouvernementales ou d'OBC ayant rapporté une rupture de stock de préservatifs destinés à une distribution gratuite au cours du dernier mois	Registres de stocks de préservatifs des ONG, institutions gouvernementales / OBC
	Nombre d'ONG/d'institutions gouvernementales ou d'OBC ayant rapporté une rupture de stock de lubrifiants destinés à une distribution gratuite au cours du dernier mois	Registres de stocks des ONG, institutions gouvernementales / OBC

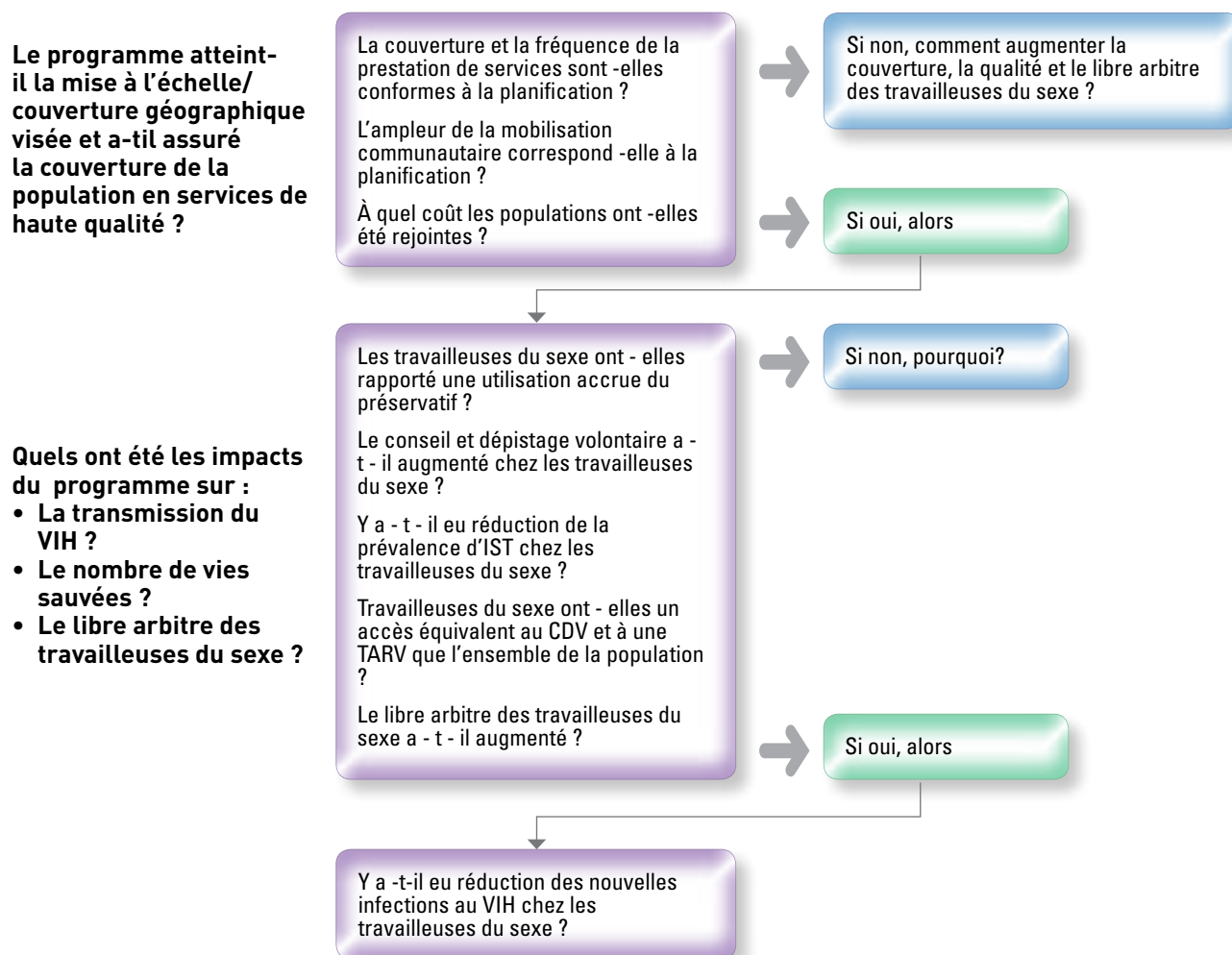
6 Gestion de programme et renforcement de la capacité organisationnelle

Composante	Indicateur	Sources des données
Changement de comportement	% de travailleuses du sexe rapportant avoir utilisé un préservatif au cours de la dernière relation sexuelle commerciale	Questions à l'inscription (quasi ex ante) questions de routine lors d'une consultation médicale Enquêtes randomisées
	% de travailleuses du sexe rapportant avoir utilisé un préservatif au cours de la dernière relation sexuelle avec un partenaire régulier	Réponses aux questions à l'inscription (quasi ex ante) Réponses aux questions de routine lors d'une consultation médicale Enquêtes randomisées menées par le programme
Services médicaux		
Utilisation des services de santé reproductive /IST	% de travailleuses du sexe référées à des services d'IST par mois	Formulaires de référencement Estimation périodique des dénominateurs
	% de travailleuses du sexe ayant eu accès à des services d'IST par mois	Formulaires médicaux Estimation périodique des dénominateurs
Syndromes d'IST	% de travailleuses du sexe affectées par une IST qui se présentent trimestriellement pour consultation	Formulaires médicaux
CDV	% de travailleuses du sexe référées à des services de CDV par mois	Formulaires de référencement Estimation périodique des dénominateurs
Soins et traitement du VIH	% de travailleuses du sexe nouvellement diagnostiquées séropositives référées à des services de soins par mois	Formulaires du programme
	% de travailleuses du sexe éligibles à une TARV qui ont démarré leur traitement, par mois	Formulaires du programme
	% de travailleuses du sexe bénéficiaires d'une TARV qui adhèrent et sont fidèles au traitement au cours d'une année.	Formulaires médicaux
Interventions structurelles/mobilisation communautaire		
Violations des droits	Nombre d'incidents de violence à l'encontre des travailleuses du sexe rapportés	Formulaires de rapport pour violences
	% de rapports sur la violence ayant fait l'objet de suivi (dans les délais requis) par le système de réponse aux situations de crise	Formulaires de réponse à une crise
Stigmatisation	Nombre d'incidents de stigmatisation lors de la prestation de services cliniques rapportés	Formulaires de signalement de stigmatisation
Droits sociaux	Nombre de travailleuses du sexe ayant accès à des cartes de ration/ de vote/d'identité, à un compte de banque, etc.	Formulaires de rapport
Mobilisation communautaire	% des membres de la communauté qui sont des travailleuses du sexe mais n'agissent pas comme intervenantes en sensibilisation communautaire	Formulaire de rapport

6.2.3 Planifier l'évaluation du programme

Le plan d'évaluation doit être axé sur la fidélité du programme à ses objectifs initiaux (c.-à-d. a-t-il été mis à l'échelle et mis en œuvre avec les composantes identifiées au cadre logique du programme ?) et l'atteinte des impacts visés. La Figure 6.2 présente un cadre d'évaluation détaillé et on trouvera à la Section 6.8 une liste de documents de soutien à la préparation de l'évaluation d'un programme qui s'adresse aux travailleuses du sexe.

Figure 6.2 Cadre d'évaluation d'un programme VIH/sida multi-composantes qui s'adresse aux travailleuses du sexe



Les questions clés à considérer lors de la conception d'une évaluation sont notamment les suivantes :

- **Clarté des objectifs de l'évaluation** : Puisque l'analyse des données et leur diffusion sont généralement sous budgétisées, il est généralement conseillé de définir et de budgétiser les activités de suivi et l'évaluation dès le démarrage du programme. On recommande généralement que 5 à 10 pour cent de l'ensemble du budget soient alloués au suivi et à l'évaluation.

Il faut identifier clairement ce qui est mesuré, pour qui et la part de « certitude » dans l'inférence. Les niveaux de certitude sont définis en termes d'adéquation, de plausibilité et de probabilité :

- **L'évaluation de l'adéquation** examine le niveau de conformité au cadre logique du programme et d'atteinte des changements attendus.

- **L'évaluation de la plausibilité** est basée sur la collecte de données permettant d'accroître la certitude que les changements observés sont attribuables au programme, généralement à travers la présence d'un groupe contrôle. Dans le cas des programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe, il s'agira probablement de l'utilisation de données collectées ex ante auprès du groupe cible.
- **L'évaluation de la probabilité** implique une randomisation et n'est pas nécessaire ou réalisable au cours de la plupart des évaluations de programmes.

La majorité des évaluations de programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe considèrent à la fois l'adéquation et la plausibilité. Il faut noter que la présence de données solides de suivi est essentielle, tout d'abord afin de démontrer que le programme a été mis en œuvre tel que planifié et ensuite afin d'indiquer aux gestionnaires et partenaires financiers que le programme est en bonne voie.

- **Triangulation des données** : Les véritables enquêtes de référence (ex ante, soit avant le démarrage d'une intervention) dans les communautés de travailleuses du sexe sont difficilement réalisables. Le programme doit en effet s'assurer de la confiance de la communauté avant de poser des questions intimes ou de procéder à la collecte de spécimens biologiques. Or le renforcement de la confiance passe par la prestation de services et un comportement ex ante, en matière d'utilisation du préservatif par exemple, peut se modifier très rapidement en raison de divers facteurs. Il est par conséquent important de tenter d'obtenir des informations sur le comportement antérieur à travers l'administration de questionnaires d'inscription au programme ou la triangulation des données de distribution de préservatifs avec les résultats des enquêtes (voir Section 6.2.2).
- **Validation des données programme** : Les enquêtes menées dans le cadre d'une évaluation permettent idéalement de valider plusieurs types de données programme, par exemple de :
 - Estimer la couverture du programme et/ou de valider les estimations du suivi.
 - Établir la taille du groupe cible à partir d'une approche plus mathématique.
 - Évaluer le niveau de violence rapportée.
 - Mesurer le niveau de libre arbitre individuel et communautaire.⁶
- **Plan de diffusion** : Le partage des informations doit s'effectuer à tous les niveaux de mise en œuvre – du niveau central au niveau local – et inclure les travailleuses du sexe. La diffusion génère l'appropriation des résultats et aide à améliorer un programme.

Structurer un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe

6.2.4 Définir la structure de gestion

La présence d'une structure de gestion claire dans laquelle les rôles et responsabilités sont bien définis est essentielle à une bonne gestion du programme. Ceci comprend la définition des rôles et responsabilités à chaque niveau de mise en œuvre, à la fois par le programme et par les autres parties prenantes (gouvernement, médias, services médicaux, etc.).

Au niveau national, le gouvernement ou l'unité de gestion centrale :

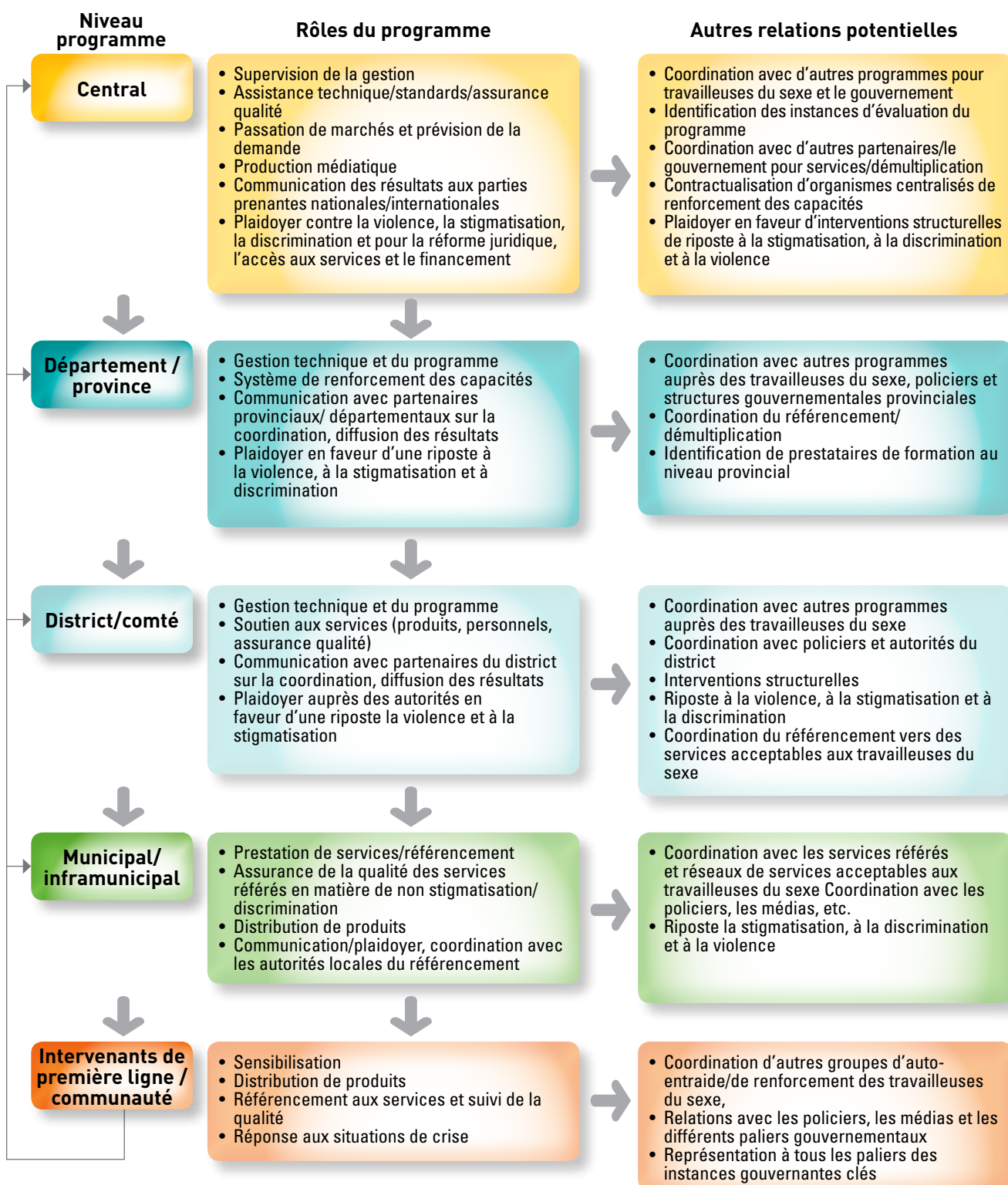
- Fixe les standards.
- Suit les indicateurs du tableau de bord⁷ à partir des données provenant de tous les organismes de mise en œuvre à travers le pays.
- S'assure que le programme est mis en œuvre dans des zones et auprès de toutes les catégories de travailleuses du sexe prioritaires.
- Adopte une perspective globale et centralisée des données de suivi.
- S'assure de la planification d'évaluations nationales exhaustives.

⁶ Le choix, contrôle et pouvoir qu'une travailleuse du sexe exerce sur elle-même ou encore la liberté, l'indépendance matérielle, intellectuelle ou morale d'un individu, d'une communauté ou d'un organisme de travailleuses du sexe.

⁷ Les indicateurs du tableau de bord sont les plus importants des indicateurs de suivi d'un programme et sont agrégés au niveau national. Ils donnent un aperçu du fonctionnement du programme (un peu comme les jauges du tableau de bord d'une voiture indiquent au conducteur l'état de fonctionnement du moteur).

Si le gouvernement ou l'unité de gestion centrale identifiée ne fixe pas de standards et ne demande pas la transmission de rapports afin d'agrégier et de centraliser les données sur les indicateurs, les différents organismes de mise en œuvre devront, en consultation avec le gouvernement, collaborer à une standardisation du paquet minimum de services et centraliser la collecte des indicateurs.

Figure 6.3 Représentation de la structure de gestion d'un programme national de prévention et de soins du VIH auprès des travailleuses du sexe (les rôles du programme ne sont pas exhaustifs)



La Figure 6.3 donne un exemple de structure de gestion d'un programme national et de définition des relations de supervision et de redevabilité entre les structures et des relations externes gérées aux différents niveaux. Les rôles clés de gestion sont les suivants :

- **Fixer des résultats intermédiaires** pour la supervision terrain de la qualité et des progrès ; revoir régulièrement l'avancement en fonction des résultats ciblés et ajuster la stratégie et les stratégies d'intervention ; utiliser l'expérience du programme et les données pour procéder à des remaniements à mi-parcours ;
- **Établir une culture organisationnelle** qui favorise :
 - le renforcement de la capacité des travailleuses du sexe à gérer le programme ;
 - le renforcement de la capacité des personnels à utiliser les données de suivi local pour améliorer la conduite du programme à leur niveau.

Mettre en œuvre un programme d'intervention à large échelle auprès des travailleuses du sexe

6.2.5 Prioriser

L'ampleur des ressources financières ne suffit généralement pas à fournir à tous les travailleuses du sexe du pays le même «paquet» de services minimums ; par conséquent, chaque programme doit prioriser à la fois les services accordés et les lieux d'intervention desservis. On peut par exemple varier le mode de mise en œuvre des composantes techniques ou prioriser les zones à forte densité de travailleuses du sexe et où les individus les plus à risque peuvent être rejoints. Les aspects suivants peuvent être pris en considération lors d'un exercice de priorisation :

Dans quels endroits les services doivent-ils être établis ?

- **Lieux où l'on trouve le plus grand nombre de travailleuses du sexe dans une zone géographique déterminée** : Ceci permet aux organismes de mise en œuvre locaux de rejoindre, à travers des coûts de gestion limités, une large proportion de travailleuses du sexe. Il s'agit généralement de quartiers urbains spécifiques ou encore d'endroits où un grand nombre d'hommes passent/séjournent sans leur famille (industries extractives, chantiers de construction, haltes routières, travailleurs agricoles migrants, etc.).
- **Endroits où les travailleuses du sexe présentent un risque d'infection élevé** : L'ampleur du risque est déterminée par plusieurs facteurs, notamment le nombre de clients, le type de rapport sexuel pratiqué (le sexe anal est à risque plus élevé), le libre arbitre et l'expérience des travailleuses du sexe (par ex. les travailleuses du sexe attachées à un bordel peuvent être plus à risque que celles qui travaillent dans la rue en raison d'un moindre libre arbitre et de la multiplicité des clients ; les travailleuses du sexe débutantes sont également plus à risque en raison de leur manque d'expérience dans la négociation du port du préservatif et de leur capacité réduite à éviter ou à atténuer une situation de violence.

Quels services faut-il offrir ? : Au minimum, les services suivants :

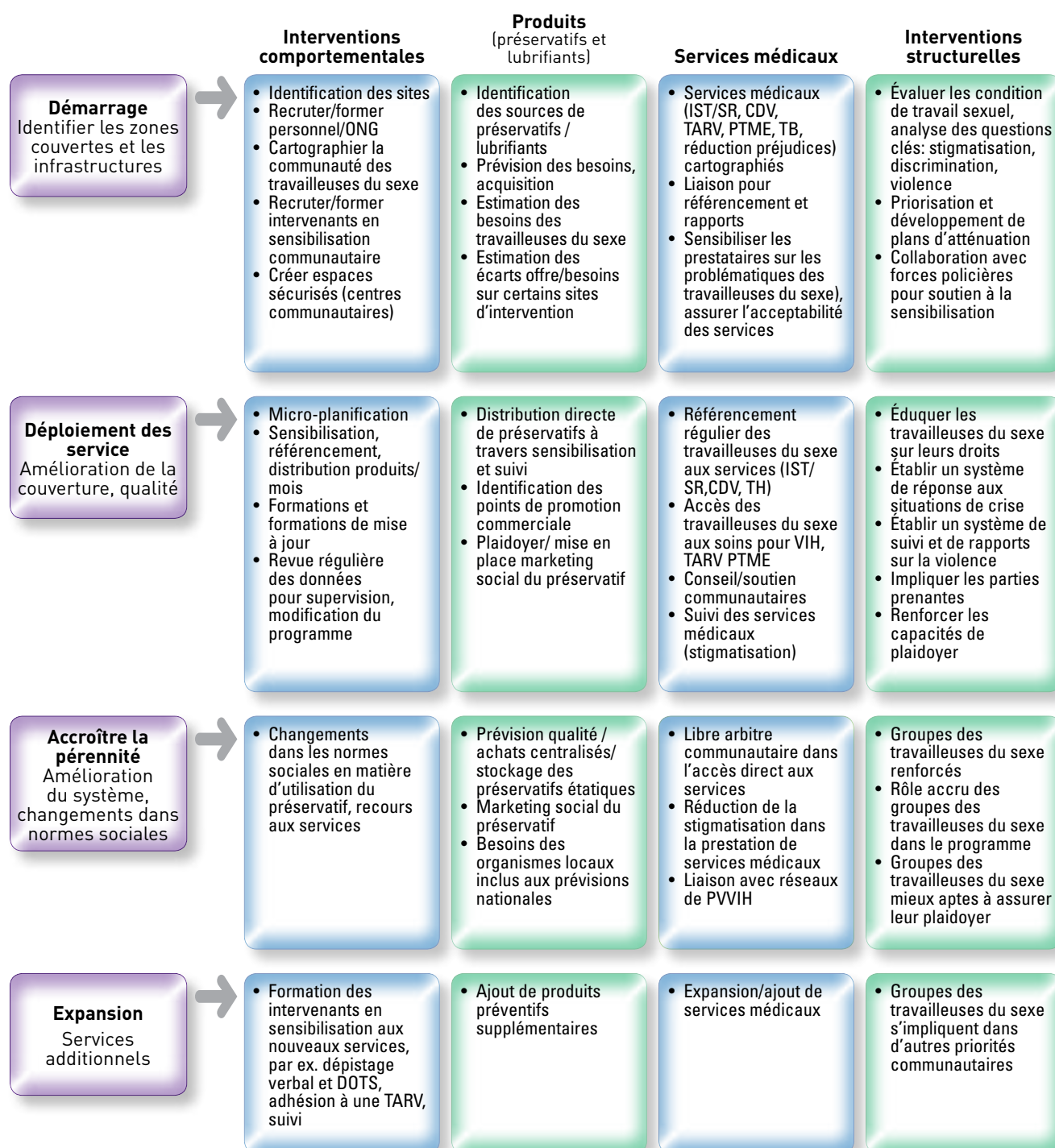
- **Distribution de produits d'atténuation des risques**, incluant les préservatifs, lubrifiants, aiguilles et seringues. Ces produits sont essentiels à la protection des travailleuses du sexe. Dans plusieurs contextes, leur disponibilité est tout à fait insuffisante pour répondre aux besoins voir le Chapitre 4 et le Chapitre 5, Section 5.5 pour de plus amples informations.

- **Activités d'autonomisation de la communauté** qui augmentent l'accès et l'efficacité des services ainsi que le libre arbitre des travailleuses du sexe. Comme expliqué de façon détaillée au Chapitre 3, il est de plus en plus évident que les activités de mobilisation communautaire font davantage qu'une « bonne impression » : elles sont rentables et doivent être incluses à tout paquet de services essentiels.
- Le référencement à des services médicaux accessibles et acceptables de santé reproductive, d'IST, de thérapie hormonale, de conseil et dépistage volontaire (CDV), de thérapie antirétrovirale (TARV), de tuberculose (TB), de vaccination et gestion de l'hépatite B, de thérapie de substitution aux opiacés (voir Chapitre 5 pour plus de détails). Le référencement implique souvent un changement de comportement (i) chez les prestataires qui doivent s'abstenir de toute discrimination ou stigmatisation et respecter la confidentialité des informations et, (ii) chez les travailleuses du sexe, qui ont probablement fait antérieurement l'objet de comportements abusifs ou discriminatoires par des prestataires de services et doivent dépasser ces expériences. Parfois, il peut s'avérer nécessaire de collaborer avec les instances administratives à une modification des heures de prestation des services de santé afin d'augmenter l'accessibilité des travailleuses du sexe. En outre, la formation des personnels sur les protocoles cliniques propres aux travailleuses du sexe est souvent nécessaire. Certains programmes utilisent des coupons de consultation qui favorisent l'accès aux services médicaux dispensés par des prestataires privés. À long terme cependant, et si le niveau d'utilisation par la communauté est élevé, le référencement efficace à des services publics respectueux et accessibles sera probablement plus durable qu'une prestation de services par le programme lui-même.
- **Lever les obstacles structurels clés**, par exemple la violence et l'interférence policière dans la prestation de services. Ces obstacles sont essentiellement propres au contexte local (voir Chapitre 2 pour plus de détails).

6.2.6 Mettre en œuvre par étapes

La mise en œuvre d'un programme en fonction d'étapes clairement définies aide à atteindre une large couverture géographique. Le modèle propose un démarrage simultané du programme dans toutes les zones géographiques ciblées (contrairement à une approche pilote reproductible à large échelle) à travers la mise en place des infrastructures matérielles. Cette étape est suivie par une concentration sur la mise en œuvre de certains services et une amélioration constante de leur qualité. Finalement, avec la progression de l'intervention, l'accent se déplace vers la pérennisation des services et interventions. Des services additionnels peuvent s'ajouter graduellement. La Figure 6.4 résume la mise en œuvre par étapes d'un programme.

Figure 6.4 Étapes de mise en œuvre d'un programme d'intervention à multiples composantes auprès des travailleuses du sexe

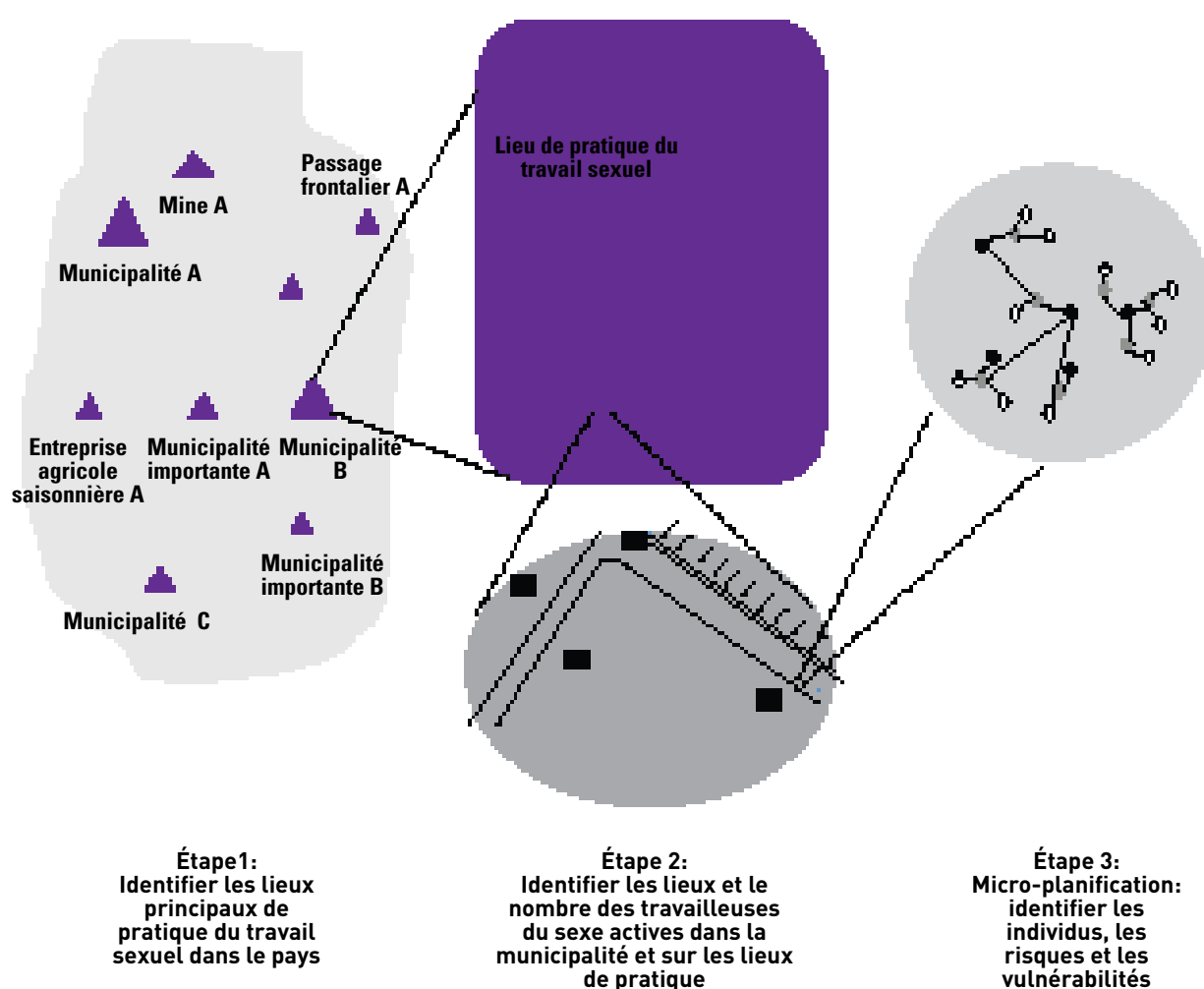


A. Du démarrage à la mise en place d'infrastructures dans toute la zone géographique ciblée

Cartographie et estimation de l'ampleur de la communauté : pour démarrer un programme, il faut savoir où les services doivent être établis et contractualiser les organismes de mise en œuvre.

- Au niveau central de planification, la localisation des services dépend essentiellement d'informations fiables sur l'ampleur d'une communauté de travailleuses du sexe dans une zone géographique donnée, du financement, de l'établissement de cibles en matière de performance, de l'allocation des ressources du programme et d'une évaluation de la couverture.
- Au niveau de mise en œuvre, les responsables de programmes procèdent à une cartographie et à une estimation de l'ampleur de la communauté à desservir, notamment :
 - pour identifier les besoins personnels ;
 - pour localiser les travailleuses du sexe et par conséquent les lieux d'intervention ;
 - pour obtenir des informations sur les comportements à risque, la perception du risque et les obstacles éventuels qui peuvent alimenter la conception initiale de l'intervention. Voir la Figure 6.5 et l'Encadré 6.4 pour plus de détails sur les approches et l'identification des points de services initiaux.

Figure 6.5 Étapes d'identification des points de services aux travailleuses du sexe



Source: Adapté de A Systematic Approach to the Design and Scale-up of Targeted Interventions for HIV Prevention among Urban Sex Workers (Karnataka Health Promotion Trust (Fonds fiduciaire de promotion de la santé), Karnataka, Inde, 2012).

Encadré
6.4**Cartographie, estimation de la taille d'une communauté et micro-planification**

La cartographie et l'estimation de la taille d'une communauté demandent la conduite de plusieurs étapes, qui précisent et raffinent graduellement l'information locale (voir également Figure 6.5.). La cartographie doit toujours être discrète afin de ne pas attirer une attention indue.

Première étape : « Quels sont les lieux les plus importants de pratique du sexe dans le pays ? » Il faut tout d'abord savoir où sont les travailleuses du sexe si l'on veut leur fournir des services. Cette information peut être obtenue à travers l'interview des forces policières des zones urbaines, les prestataires de services de santé et les représentants des industries extractives qui attirent un grand nombre de travailleurs hommes (extraction, construction, agriculture saisonnière, etc.). Un nombre approximatif de travailleuses du sexe doit être établi pour chaque zone identifiée si l'on veut d'abord concentrer les interventions sur les lieux à plus forte densité.

Deuxième étape : « Combien y a-t-il de travailleuses du sexe dans cette municipalité/zone et où sont-elles situées ? » Une fois que la zone géographique générale a été identifiée, il faut procéder à une cartographie et à une estimation plus détaillées de la taille de la communauté. Cet exercice peut être réalisé à travers une adaptation de la méthode PLACE (*Priorities for Local AIDS Control Efforts* (priorités pour le contrôle local du sida) — voir Section 6.8) ou encore la conduite d'évaluations participatives des lieux de pratique; le choix et l'application de la méthode tiendront compte du niveau d'implication des travailleuses du sexe dans la cartographie et l'estimation de la taille de la communauté.

Première phase : Les informateurs locaux clés (policiers, chauffeurs de taxi, personnels d'ONG, camionneurs, etc.) sont interviewés pour identifier les lieux de rencontre entre clients et travailleuses du sexe. Lorsque ces derniers(ères) souhaitent participer, elles peuvent être recrutés pour aider à identifier les lieux de sollicitation.

Deuxième phase : Les lieux identifiés par les divers informateurs ou encore connus comme lieux de travail du sexe font l'objet d'une enquête plus poussée. La collaboration avec les travailleuses du sexe permet d'obtenir des informations sur le nombre d'individus actifs aux divers moments de la journée, sur les endroits où elles se réunissent et sur les divers autres emplacements à proximité du lieu visé où l'on peut les trouver. (Ces questions sur les emplacements additionnels permettent d'identifier des endroits méconnus des informateurs clés interrogés au cours de la première phase).

- Si la relation avec la communauté des travailleuses du sexe de la zone élargie le permet, les résultats peuvent être validés à travers leur discussion avec la communauté.
- Les cartes indiquant les points de repère locaux et les lieux de pratique du travail du sexe sont élaborées, soit sur papier ou support électronique, notamment par système de positionnement global (GPS) ou système d'information géographique (GIS). (Cette information doit demeurer confidentielle en raison des préjudices sérieux qui pourraient résulter de leur diffusion aux autorités policières ou de leur utilisation abusive).

Le programme utilise ensuite cette information en étroite collaboration avec la communauté pour identifier les points de services, par exemple les espaces sécurisés (centres communautaires) et centres médicaux. Les autres établissements de santé listés et cartographiés serviront au référencement. L'élaboration des activités du programme est ensuite raffinée et complétée par les travailleuses du sexe, qui fournissent des informations sur les lieux et les heures de pratique, les habitudes et autres renseignements qui permettent de déterminer quand, où et comment les services doivent être fournis.

Troisième étape : « Qui sont les travailleuses du sexe et quels sont leurs risques et vulnérabilités ? » À cette étape, les cartes de réseaux sociaux sont utilisées dans l'identification précise des bénéficiaires d'une sensibilisation communautaire individuelle et dans la planification locale, notamment de services qui répondent aux valeurs et préférences des travailleuses du sexe. On trouvera plus de détails sur ces aspects au Chapitre 3, Section 3.2.2 partie A.

Encadré
6.5**Cas d'exemple : Cartographie programmatique et estimation de la taille de la population cible au Kenya**

Depuis 2006, plusieurs études d'estimation à petite échelle ont été menées pour saisir l'ampleur et la répartition des travailleuses du sexe au Kenya. En 2012, un exercice de cartographie géographique à large échelle a été entrepris par le *National AIDS & STI Control Programme* (Programme national de contrôle du VIH et des IST) (NASCOP) du Kenya avec le soutien de la Banque mondiale, ce qui a permis d'obtenir une information précise sur l'ampleur, la localisation et les caractéristiques des travailleuses du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des personnes qui utilisent des drogues injectables dans les zones urbaines et semi-urbaines clés. L'objectif était d'améliorer l'ampleur, la qualité et l'impact des programmes de prévention du VIH sur ces populations.

51 centres urbains ont été cartographiés, soit 70 pour cent des municipalités présentant une population de 5 000 habitants ou plus de chaque province. Les données obtenues ont été combinées avec celles des autres études menées depuis 2006 afin d'établir, en 2013, une estimation nationale des populations de travailleuses du sexe, d'hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des personnes qui utilisent les drogues injectables. Les estimations du NASCOP établissent à 133 700 le nombre de travailleuses du sexe au Kenya. C'est la première fois que le gouvernement procède à une estimation nationale, provinciale et par municipalité et le NASCOP utilise maintenant cette base de données de référence dans l'analyse des écarts programmatiques et financiers et dans le développement d'un plan de mise à l'échelle pour une meilleure intégration de la prestation de services aux travailleuses du sexe (ainsi que des autres groupes à risque) dans le plan stratégique national en préparation.

Confier des responsabilités aux unités de mise en œuvre/ONG : Lorsque l'on confie à des unités de mise en œuvre ou à des ONG le démarrage de services, il est important de circonscrire des zones respectives d'intervention afin que la responsabilité en matière de couverture soit transparente. Il faut éviter si possible le chevauchement de zones géographiques, notamment à travers un équilibre entre la taille des différentes communautés de travailleuses du sexe assignées à chaque organisme de mise en œuvre. Si la population cible est trop petite, l'intervention est trop coûteuse par rapport aux travailleuses du sexe desservies ; si elle est trop importante, la capacité de gestion de l'organisme peut s'avérer insuffisante.

Recruter et former le personnel : Les personnels d'une intervention à multiples composantes de riposte au VIH qui s'adresse aux travailleuses du sexe doivent posséder plusieurs compétences. La composition d'une équipe dépend des services fournis, du type de prestation, de la taille de la communauté de travailleuses du sexe et de l'ampleur de la zone géographique couverte. Le Tableau 6.4 fournit un exemple d'équipe de mise en œuvre au niveau municipal/inframunicipal.

L'équipe inclut à la fois des membres de la communauté et des personnels qui ne sont pas des travailleuses du sexe. Ces derniers doivent être sensibles à la discrimination, à la violence, au contexte de pratique du travail du sexe et aux autres problèmes auxquels sont confrontés les travailleuses du sexe. Ils doivent pouvoir discuter hors de tout jugement de sujets sexuels et des besoins en services de leurs interlocuteur(trice)s. Même si ces agents sont recrutés pour la conduite de mandats spécifiques, ils doivent demeurer flexibles face à de nouvelles situations sur le terrain et être prêts à adopter de nouvelles approches. Compte tenu de l'objectif global de progression des travailleuses du sexe et d'autonomisation de la communauté, le personnel doit être disposé à apprendre des travailleuses du sexe au même titre que d'assurer le mentorat des processus. Le Chapitre 3, Encadré 3.3 résume les attributs d'une intervenante/agent de sensibilisation communautaire efficace.

Le renforcement des capacités des ressources humaines est important dans tout programme, mais particulièrement crucial à la conduite d'interventions auprès de travailleuses du sexe qui entendent accroître progressivement leur implication dans le programme. Le renforcement de la capacité organisationnelle est abordé en profondeur dans la seconde Partie du Chapitre.

Tableau 6.4 Exemple de composition d'une équipe de mise en œuvre au niveau municipal/inframunicipal qui dessert ~1,000 travailleuses du sexe

Poste (nombre de personnels)	Responsabilité générale	Commentaires
Coordination et personnel administrative		
Coordonnateur du programme (1)	Responsable de la mise en œuvre générale du projet.	
Spécialiste des données (1)	Agrège les données, génère les rapports et assure le suivi de la qualité des données.	
Comptable (1)	Tient la comptabilité et paye les dépenses locales du programme.	
Personnel médical		
<i>Le nombre et la nature du personnel médical nécessaire dépend des composantes biomédicales du programme.</i>		
Médecin (1)	Assure les services médicaux offerts par le programme.	Si les services médicaux à la communauté sont fournis uniquement par référencement, ce poste n'est pas nécessaire.
Infirmière (1)	Assurer/appuyer la prestation des services médicaux offerts par le programme.	Si les services médicaux à la communauté sont fournis uniquement par référencement, ce poste n'est pas nécessaire
Personnel de soutien médical (1)	Accueil des patients, réceptionniste.	
Personnels de sensibilisation		
Conseiller (1)	Identifier et gérer les questions de santé mentale comme la dépression et l'anxiété. Assurer un soutien additionnel au processus de changement de comportement.	Même si les services médicaux ne sont pas offerts par le programme, le conseiller peut aider les travailleuses du sexe sur des questions liées aux services médicaux référés.
Superviseurs/responsables de la sensibilisation (~5)	Superviser chaque semaine les intervenantes en sensibilisation communautaire. S'assurer que les données de sensibilisation sont enregistrées et saisies dans le système de suivi régulier.	
Intervenantes en sensibilisation communautaire (~20)	Sensibilisation régulière des travailleuses du sexe, distribution de produits, référencement, suivi et interventions structurelles. Soutien au processus de changement de comportement. Appui aux travailleuses du sexe dans la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence.	Basé sur la présomption qu'une intervenante travaille 5 jours semaine, 4 heures par jour et rencontre de 2 à 3 travailleuses du sexe par jour. Le temps nécessaire aux rencontres de routine avec le superviseur/ responsable et mensuelles avec l'organisme doit être pris en compte. Le nombre peut être ajusté si les travailleuses du sexe sont regroupées (par ex. bordel) ou dispersés.
Personnel de soutien (1)	Tâches administratives.	

B. Du déploiement des services à l'amélioration de la couverture et de la qualité

Au cours de cette étape de mise en œuvre, l'accent est mis sur la couverture en services de la communauté et l'amélioration de leur qualité. Le déploiement est en fait un processus continu au cours duquel les gestionnaires de tous les niveaux examinent les progrès en fonction des résultats ciblés et ajustent les stratégies et approches si nécessaire. Les remaniements à mi-parcours sont effectués en fonction des nouvelles données, des nouvelles approches ou des changements contextuels et structurels qui affectent la conduite des activités. L'ampleur et la qualité de la couverture augmentent avec l'amélioration des compétences du personnel et c'est au cours de cette phase que la flexibilité et l'apprentissage continu sont déterminants. La présence d'un système de suivi solide associé à des revues régulières est essentielle au succès du déploiement des services. En outre, ce suivi permet de renseigner les partenaires financiers et le gouvernement sur la réussite de la mise en œuvre.

C. Amélioration du système, changements dans les normes sociales et pérennité accrue

La mise en œuvre du programme a pour objectif global de fournir des services susceptibles de réduire la transmission du VIH et des IST et d'assurer le traitement du VIH et des autres infections opportunistes. Cependant, l'atteinte de cet objectif est soumise au renforcement de la capacité des travailleuses du sexe à participer, à assurer progressivement la mise en œuvre du programme et à lever les obstacles structurels à travers le plaidoyer et le changement des politiques. Cette approche rend le programme plus efficace et potentiellement plus durable. Les caractéristiques optimales qui permettront l'atteinte des objectifs ciblés sont notamment les suivantes :

- Leadership des travailleuses du sexe dans les activités de sensibilisation, de distribution de préservatifs et lubrifiants et de facilitation d'un référencement médical efficace.
- Le libre arbitre individuel et collectif des travailleuses du sexe, qui leur permet de résoudre les problèmes avec les forces policières, le système de santé, le gouvernement et les autres travailleuses du sexe.
- La participation des travailleuses du sexe aux organes locaux, du district et nationaux de planification de prestations de services et de riposte à la violence.
- L'évolution des normes sociales dans les communautés de travailleuses du sexe et l'utilisation constante du préservatif avec les clients.
- Les travailleuses du sexe ont accès à des services de santé non stigmatisants et non discriminatoires, et ceci, à la même fréquence que la population en général.
- La disponibilité en produits préventifs est adéquate, à la fois à travers le marketing social et des dispositifs nationaux renforcés d'acquisition et de distribution ; les programmes auprès des travailleuses du sexe sont inclus au système de suivi des produits distribués.

À cette étape, la mise en œuvre du programme est essentiellement axée sur le renforcement des systèmes, la levée des obstacles structurels, l'autonomisation des communautés et la mesure/prestation simultanée de services. Certaines des activités antérieures du programme peuvent maintenant être réduites, notamment en matière d'incitation au changement des normes sociales relatives à l'utilisation du préservatif et de services médicaux.

D. Expansion de l'ampleur et ajout de services

Une fois que l'infrastructure, l'engagement communautaire et la couverture sont assurés et que le programme fonctionne bien, il devient relativement facile d'ajouter des services.

6.2.7 Mettre en place un système de supervision

La tenue de réunions de supervision régulières aide à créer une « culture d'utilisation des données » ; favorise tout particulièrement la prise d'actions correctrices, l'amélioration continue à tous les niveaux, et la résolution indépendante des problèmes. Ces réunions périodiques doivent inclure une revue des données produites à chaque niveau, des intervenantes en sensibilisation communautaire aux personnels des ONG, puis au niveau départemental/provincial et enfin au niveau de gestion centrale. Les visites terrain effectuées par le personnel de supervision permettent également la collecte d'informations qualitatives sur la mise en œuvre, l'interprétation des données et l'identification de solutions.

Encadré 6.6

Cas d'exemple : Amplification et intégration des services en Inde

La prévalence de la TB en Inde est forte et il s'agit d'une infection opportuniste courante chez les PVVIH. En 2007, après que des services complets de prévention du VIH aient été mis à l'échelle au cours d'une période de trois ans, l'initiative sida indienne Avahan a procédé, en partenariat avec le programme national de TB, à un dépistage verbal plus important des symptômes de TB lors de la sensibilisation et des consultations médicales de routine des travailleuses du sexe. Celles qui présentaient des symptômes associés à la TB étaient accompagnées au centre de diagnostic et si nécessaire, soumises à un traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS). Afin de renforcer la capacité des travailleuses du sexe à assurer ce dépistage, des outils demandant une faible alphabétisation ont été développés, notamment des supports visuels, des cartes imagées, des affiches et une vidéo. Le dépistage verbal de la TB a été facilement introduit aux outils de suivi de l'intervenante en sensibilisation communautaire ce qui a permis d'assurer sa conduite au cours des activités de sensibilisation.

Pendant trois ans, soit d'avril 2008 à mars 2011, plus de 18 000 personnes sur un dénominateur de 300 000 ont été suspectées de TB et référées à un centre de diagnostic de la tuberculose. Parmi celles-ci, 17 pour cent ont reçu un diagnostic positif.

On trouvera par exemple à la Figure 6.6 une représentation du système de supervision et de revue de programme pour un projet de grande ampleur mis en œuvre en Inde, ainsi que l'énumération des données relatives à chaque niveau de mise en œuvre. Il faut noter que les réunions des comités communautaires et de supervision régulière entre intervenantes en sensibilisation communautaire et superviseurs/responsables sont toutes deux des occasions de collecte et transmission de données quantitatives et qualitatives. Il s'agit d'un aspect important du processus d'autonomisation de la communauté décrit au Chapitre 1.

Le soutien à la supervision peut également être assuré à travers :

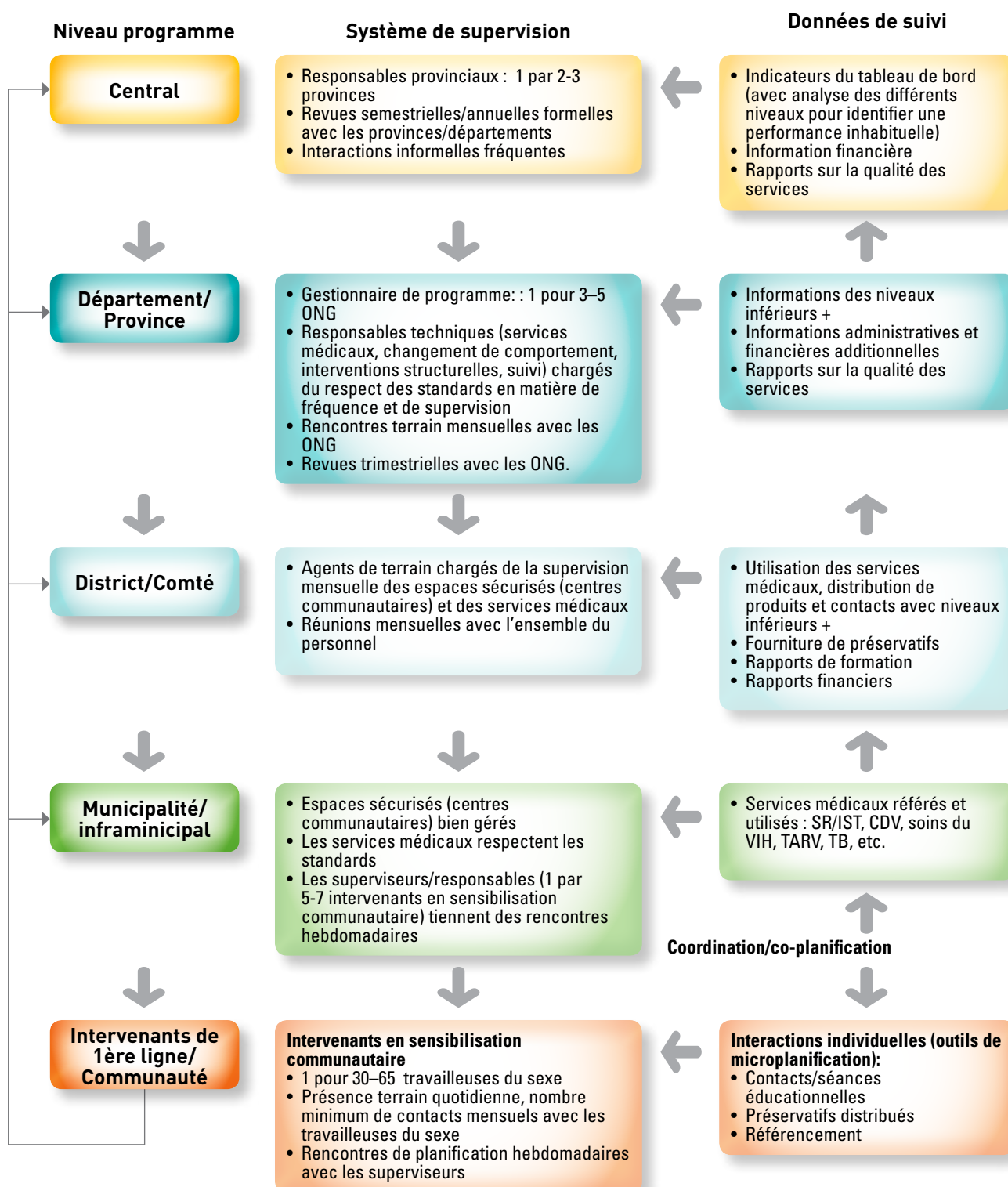
- La motivation et la formation du personnel.
- Le partage des directives.
- Le suivi et l'évaluation de la performance individuelle.
- La gestion quotidienne des difficultés.
- La facilitation du soutien organisationnel.

6.2.8 Assurer progressivement la pleine participation des travailleuses du sexe

Les programmes qui s'adressent aux travailleuses du sexe doivent pouvoir transiter d'une optique de mise en œuvre pour les travailleurs du sexe à une optique d'exécution *avec* ces derniers et ultimement *par* les travailleuses du sexe. Dans cette perspective :

- Le leadership assuré à tous les niveaux doit être axé tout autant sur une autonomisation de la communauté que sur les composantes plus techniques. Cette priorité doit être réitérée à plusieurs reprises et faire l'objet d'un soutien constant.

Figure 6.6 Système de supervision et de suivi d'un programme national de prévention et de soins du VIH qui s'adresse aux travailleuses du sexe



- Le renforcement des capacités et le mentorat fournissent aux travailleuses du sexe les outils, le soutien et une capacité croissante à fournir des services, ce qui assure une meilleure qualité de prestations et augmente la pérennité potentielle du programme (voir Section 6.7 ci-dessous, ainsi que le Chapitre 1, Section 1.2.2 et le Chapitre 3, Section 3.2).
- Il est essentiel que les politiques de ressources humaines prévoient l'allocation aux travailleuses du sexe de postes dotés de termes de référence et de critères de promotion clairs (voir également le Chapitre 3, Section 3.2.2, partie D).
- Les dispositions administratives doivent répondre explicitement aux attentes du personnel et inclure un processus de transfert des responsabilités des personnels (non travailleuses du sexe) de l'ONG vers les travailleuses du sexe (voir Chapitre 1, Section 1.2.1).

6.3 Renforcement des capacités/enseignements tirés du programme

Dans la plupart des cas, l'expérience en matière d'interventions auprès des travailleuses du sexe est limitée. Par conséquent, le système de renforcement des capacités doit prendre en compte le fait que tous les organismes de mise en œuvre n'ont pas la même expérience antérieure dans ce domaine. Toutefois, le manque d'expérience des personnels réguliers et des travailleuses du sexe ne dénote pas une absence de capacité, puisque celle-ci peut être renforcée à travers une formation en classe, une exposition terrain, la supervision/mentorat et la conduite de séances interactives de résolution de problèmes. Idéalement, le matériel de formation doit être adapté ou élaboré au niveau central afin de garantir la qualité des formations, leur cohérence avec les standards minimums du programme et une réponse directe à l'évaluation des besoins en renforcement des capacités. Les évaluations ex ante et a posteriori permettent de suivre la qualité des formations.

Encadré 6.7

Cas d'exemple : Évaluation organisationnelle et technique de la capacité d'agences étatiques et d'organisations de la société civile à assurer la prestation de services de prévention du VIH au Nigéria

Entre octobre 2012 et avril 2013, le projet *Strengthening HIV Prevention Services* (SHiPS) (Renforcement des services de prévention du VIH), qui s'adresse aux populations les plus à risque, a procédé à une évaluation organisationnelle et technique des *State Agencies for the Control of HIV/AIDS* (SACAs) (Agences étatiques pour le contrôle du VIH/sida) et des organisations de la société civile (OSC) de certaines provinces afin d'identifier les capacités à renforcer avant la mise à l'échelle des services de prévention du VIH.

Deux outils d'évaluation ont été utilisés afin d'obtenir une évaluation uniforme et objective : le *National Harmonized Organizational and Capacity Assessment Tool* (NHOCAT) (Outil d'évaluation national harmonisé d'évaluation organisationnelle et de la capacité) pour les SACA et le *Partnership Assessment and Development Framework tool* (PADEF) (Outil d'évaluation du partenariat et du cadre de développement) pour les OSC. 11 SACA et 62 OSC ont été examinés. Les paramètres empiriques du PADEF ont été utilisés pour établir une liste courte de 37 OSC susceptibles de participer à la mise à l'échelle ; parmi celles-ci, 20 ont été recrutées comme partenaires à la mise en œuvre. Les lacunes de capacité identifiées par le NHOCAT et le PADEF ont servi de fondement à l'élaboration d'un programme de renforcement structuré des SACA et des OSC impliquées dans le projet SHiPS, qui était également assorti de résultats attendus clairs et un calendrier précis d'exécution.

L'engagement constant envers la formation et le mentorat des SACA et une supervision efficace et supportrice des parties prenantes ont permis d'améliorer graduellement la capacité des OSC à mettre en œuvre des programmes de VIH et la capacité des SACA à les coordonner.

Personnels réguliers (non travailleuses du sexe) : Les objectifs de formation sont notamment les suivants:

- Renseigner les personnels sur les spécificités du projet (par ex. interventions, formulaires de rapports).
- Renforcer les capacités techniques dans de nouveaux domaines (par ex. examen anal et oral pour IST, problématiques de conseil lié au travail du sexe).
- Orientation du personnel sur les questions de travail du sexe et l'objectif général de transfert de compétences et de responsabilité à la communauté des travailleuses du sexe. Ceci pourrait demander des changements dans les attitudes du personnel envers les travailleuses du sexe (sexualité, moralité du travail du sexe, etc.).

Les approches suivantes permettent de tirer des enseignements du programme :

- Conduite de visites régulières par les gestionnaires du programme afin d'identifier les innovations locales et de transférer les enseignements tirés aux autres lieux d'intervention.
- Revues régulières du programme réunissant plusieurs organismes de mise en œuvre ; ces réunions peuvent également servir à l'échange d'information.
- Rencontres de partage des approches réunissant les responsables techniques de plusieurs lieux d'intervention.
- Revue formelle des approches, standards minimums, procédures opérationnelles normalisées et formulaires de rapports du programme.

Personnels travailleuses du sexe : Le programme doit chercher à impliquer de façon croissante les travailleuses du sexe dans la gestion et renforcer leurs capacités à lever les contraintes contextuelles et structurelles qui entravent l'adoption de comportements préventifs adéquats. La formation doit viser le renforcement de la capacité des travailleuses du sexe à procéder à la sensibilisation et à en gérer progressivement tous les aspects, puis à occuper d'autres postes au sein du programme, y compris au niveau de la gestion. Ce renforcement peut s'effectuer à travers des étapes de formation de base, puis de formation avancée. On trouvera plus de détails sur cet aspect au Chapitre 3, Section 3.2.2 Partie B.

Même si les personnels réguliers (non travailleuses du sexe) et travailleuses du sexe présentent des types et des niveaux d'expérience très différents, la formation devrait idéalement être menée de façon conjointe afin que tous les participants puissent apprendre l'un de l'autre et combler les lacunes de connaissances et de compétences de manière collaborative.

6.4 Perfectionnement du personnel

Plusieurs pratiques éprouvées permettent de s'assurer que la dotation en personnel est optimale et que le personnel est motivé et satisfait de son travail. Il s'agit notamment des pratiques suivantes :

- Une description sans ambiguïté des rôles et responsabilités respectives, incluant des postes occupés par des travailleuses du sexe.
- Des modalités de rapports précises qui mentionnent l'imputabilité respective.
- Le renforcement de l'esprit d'équipe et la culture du mentorat.
- Des critères explicites de revue de la performance.
- Des politiques claires de congé, de remboursement des frais de voyage et de rémunération du travail, incluant des politiques équitables envers les travailleuses du sexe. Idéalement ces politiques sont les mêmes partout dans le pays.
- Présence d'opportunités de formation pour chacun des postes de l'organisme, notamment en tant que superviseur de la sensibilisation, assistant médical, infirmière, conseiller, travailleur social, chef de bureau.

Partie II: Renforcement des capacités des organisations de travailleuses du sexe

6.5 Introduction

Le renforcement de la capacité organisationnelle permet d'améliorer la capacité d'une organisation à planifier, gérer et autofinancer des activités qui correspondent à ses propres stratégies et visions, plutôt qu'à celles des partenaires au développement. De façon générale, mais dans le contexte de la prévention du VIH en particulier, cette approche est particulièrement pertinente aux organisations conduites par des travailleuses du sexe déjà établies ou créées dans le cadre d'un programme de prévention du VIH.

Les partenaires au développement procèdent au renforcement des capacités depuis longtemps. Les efforts initiaux visaient généralement l'amélioration de la capacité des organisations à gérer les fonds accordés par un partenaire ou à mettre en œuvre son programme technique. Aujourd'hui, le renforcement de la capacité organisationnelle concerne essentiellement l'organisme bénéficiaire dans son ensemble, même si un certain accent est encore porté à l'amélioration de la capacité à mettre en œuvre un projet particulier. (En fait, le renforcement des capacités lié à la mise en œuvre d'un projet est généralement plus efficace que le renforcement de la capacité organisationnelle dispensée isolément, puisqu'il permet une application pratique de l'apprentissage théorique.)

Au même titre que les autres, les organisations de travailleuses du sexe font face à différents défis de croissance et de pérennisation et peuvent tirer profit de différentes approches à la formation. Ainsi, une organisation établie pourra par exemple mieux comprendre les besoins de sa communauté et être plus apte à mener un processus de renforcement, alors qu'une organisation récente aura besoin de plus de soutien. Toutefois, certains principes de base s'appliquent au renforcement des capacités en général. Le soutien doit être :

- **Complet** : Une réponse à l'ensemble des besoins de renforcement d'une organisation demande l'adoption d'une approche plus systématique, mais elle permet de combler tous les besoins essentiels.
- **Contextualisé et personnalisé** : Le soutien accordé doit être adapté aux contextes culturel, politique et social et répondre aux besoins spécifiques des organisations renforcées.
- **Faire l'objet d'appropriation locale** : Lorsque les parties prenantes comprennent les processus, elles peuvent contribuer à l'identification des besoins et au soutien du renforcement. Cependant, si l'organisation n'est pas en mesure de prendre ses propres décisions, le renforcement des capacités sera un échec.
- **Accordé en temps voulu** : le type, le niveau et l'importance du renforcement des capacités doivent être fondés sur la capacité de l'organisation à absorber les informations et à les utiliser.
- **Orienté à l'interne/externe** : même s'il est essentiel qu'une organisation s'assure de l'adéquation de son personnel et de ses structures internes, il faut également considérer que toute organisation fait partie d'une communauté et doit comprendre les opportunités de partenariat et les avantages pouvant être tirés des liens avec les autres instances concernées.
- **Axé sur la durabilité** : le renforcement doit soutenir la capacité d'une organisation à conserver un minimum de ressources essentielles à son bon fonctionnement.
- **Axé sur l'apprentissage** : une organisation qui ne procède pas à un apprentissage continu sur ses fonctions, ses bénéficiaires, la communauté, les domaines techniques qui la concernent, etc. deviendra stagnante et cessera d'être pertinente.

Encadré
6.8**Le rôle de l'autonomisation de la communauté
dans le renforcement des capacités**

Le rôle du renforcement des capacités est essentiellement d'institutionnaliser le soutien aux travailleuses du sexe et de favoriser l'autonomisation de leurs organisations afin que celles-ci puissent répondre elles-mêmes à leurs besoins. Cette approche est importante pour deux raisons :

- Plusieurs populations de travailleuses du sexe sont migrantes et les responsables communautaires des interventions pourraient ne pas être présents à long terme ; la création d'une structure organisationnelle assure la pérennisation et la cohérence des processus grâce au remplacement des personnes clés après leur départ.
- Même si une autonomisation de la communauté appuyée à l'externe implique que les communautés prennent leurs propres décisions, ces organisations restent dirigées par des instances extérieures. Les organisations conduites par les travailleuses du sexe ne sont pas soumises à des forces externes et seront, par conséquent, plus autonomes.

Il convient de noter que les groupements de travailleuses du sexe ne deviendront pas tous (ou ne devraient pas tous devenir) des organisations indépendantes. Chaque communauté de travailleuses du sexe doit définir ses propres orientations en la matière. Celles-ci pourraient privilégier le développement d'une OBC ou d'une ONG, mais certaines communautés pourraient trouver plus facile et plus approprié de poursuivre leur collaboration avec d'autres organisations.

6.6 Créer un organisme enregistré

Le Chapitre 1 décrit à la Section 1.2.3 certains des processus de création d'organisations ou de collectifs de travailleuses du sexe. Il s'agira probablement initialement de groupes informels qui mettront ensuite en place des structures et des processus susceptibles de faciliter une réalisation efficace du programme défini par la communauté.

Selon le type, la taille, les objectifs et le contexte national, l'organisation pourrait décider de devenir une personne morale. Les processus liés à cette formalisation varient d'un pays à l'autre.

Il est important que l'organisation ait identifié clairement ses attentes en matière de taille, de portée géographique, de type d'activités, etc., notamment à travers la définition de sa vision et de sa mission, puis la formulation d'une stratégie ou d'un plan stratégique.

Il y a, dans la plupart des pays, des organes de coordination des ONG qui offrent des services d'appui-conseil à la formalisation d'une organisation. Les réseaux d'organisations qui dispensent des services en matière de sida, notamment le *Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations* (APCASO) (Conseil d'Asie-Pacifique des organisations de services d'aide au sida) et le *African Council of AIDS Service Organizations* (AfriCASO) (Conseil africain des organisations de services d'aide au sida) peuvent accorder ce type d'appui. Dans certains pays, les réseaux d'appui qui couvrent l'ensemble des secteurs, par exemple le Botswana Council of Non-Governmental Organizations (BOCONGO) (Conseil des ONG du Botswana) et le *Namibia NGO Forum* (NANGOF) (Forum des ONG de Namibie), peuvent également fournir des informations pertinentes.⁸ Les organisations conduites par les travailleuses du sexe des pays limitrophes et les réseaux régionaux d'organisations conduites par les travailleuses du sexe peuvent souvent fournir un appui-conseil sur l'enregistrement et la levée des obstacles auxquels font face les travailleuses du sexe qui enregistrent leur propre organisation.

Les documents d'enregistrement doivent être obtenus de l'instance gouvernementale concernée. Les exigences précises en matière d'information sont définies par le gouvernement et concernent par exemple :

- L'un des documents suivants : memorandum d'association, statuts, constitution, chartre, etc.

⁸ APCASO: www.apcaso.org AfriCASO: www.africaso.net BOCONGO: www.bocongo.org.bw NANGOF: www.nangoftrust.org.na/

- Rapports annuels d'activité.
- Rapports financiers et d'audit.
- Ressources organisationnelles.
- Organigramme organisationnel/ plan d'affectation des ressources humaines (et manuel des procédures administratives, si disponible).
- Conseil d'administration, règles et règlements de gouvernance du conseil (l'approbation du conseil est nécessaire à l'enregistrement de l'organisation).
- Lettres d'appui de partenaires clés.

Certains de ces documents/dispositifs pourraient ne pas être disponibles si l'organisation est en démarrage et devront donc être développés. Si l'organisation considère que les exigences sont trop complexes ou difficiles à rencontrer, elle pourra adhérer à un réseau. Il pourra s'agir d'une étape intermédiaire appropriée pour une organisation naissante qui s'oriente graduellement vers l'enregistrement, puisque cette adhésion lui accorde la protection et le soutien du réseau au cours de sa croissance et du développement des différents dispositifs/ documents nécessaires à son enregistrement individuel. Le Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe (NSWP) n'exige pas que les groupements conduits par les travailleuses du sexe qui souhaitent être membres soient légalement enregistrés et est en mesure d'assurer la liaison avec d'autres membres susceptibles d'accorder le soutien nécessaire au renforcement de la capacité organisationnelle.⁹

6.7 Renforcement de la capacité organisationnelle

Le renforcement de la capacité des organisations de travailleuses du sexe présente des défis particuliers :

- La stigmatisation et la légalité/illégalité du travail du sexe.
- Les organisations de travailleuses du sexe, si elles sont uniquement composées de personnels issus de la communauté, pourraient ne pas disposer de l'ensemble des compétences techniques nécessaires à un fonctionnement optimal.
- Les personnels qui poursuivent simultanément leurs activités de travail du sexe pour des raisons économiques ou autres pourraient ne pas disposer du temps nécessaire à la priorisation de leur travail pour l'organisation.
- La mobilité des travailleuses du sexe peut rendre difficiles la rétention du personnel et le maintien de la cohérence de l'organisation.

Afin de compenser le manque de compétences, certaines organisations sous-traitent certaines fonctions, par exemple de gestion financière, à des entreprises qui fournissent ce type de services. La perte de personnels peut être mitigée par une implication plus importante des individus dans les activités organisationnelles, qui favorise le maintien d'une mémoire institutionnelle partagée. Cet aspect est particulièrement important pour le mentorat et une transition aisée des fonctions.

Les organisations peuvent également renforcer leurs capacités seulement dans certains domaines. L'évaluation des capacités d'une organisation est à cet égard une pratique optimale. Il pourra s'agir par exemple d'une autoévaluation, bien qu'une évaluation externe facilitante bien conduite aidera l'organisation à mettre de l'avant des questions qu'elle n'aurait peut-être pas identifiées elle-même. L'évaluation permet de dresser un plan de renforcement des capacités de l'organisation dans les domaines où des faiblesses ont été identifiées. La Section 1.2.6 du Chapitre 1 aborde les questions de leadership et de gestion financière, alors que les Sections 6.2.2. et 6.2.3 décrivent les besoins en matière de suivi des données et d'évaluation de programme. Les autres aspects généralement abordés au cours d'une évaluation et qui sont essentiels au renforcement des capacités organisationnelles sont abordés ci-après.

⁹ www.nswp.org

6.7.1 Gouvernance

La bonne gouvernance est associée à une gestion responsable de la vision stratégique d'une organisation et de ses ressources. La transparence, la redevabilité, la gestion efficace et la règle de droit sont essentielles à une bonne gouvernance et à la capacité d'une organisation à remplir ses mandats. Les évaluations organisationnelles aident les organismes à renforcer leurs capacités à appliquer les meilleures pratiques de gouvernance suivantes :

- L'organisation s'est dotée d'une vision claire et d'une mission.
- La structure organisationnelle correspond à la mission.
- L'instance de gouvernance (conseil d'administration) est solide et active; elle guide les processus et assure le plaidoyer.
- Les processus de sélection des instances de gouvernance et de leadership sont participatifs.
- Les processus décisionnels sont bien définis; ils impliquent et renseignent les membres.
- Les membres de la communauté sont impliqués dans les comités de supervision des programmes.

Il est important que l'organisation se soit dotée d'une vision claire. Elle risque en effet de subir des pressions internes ou externes pour une implication dans des problématiques qui ne sont pas vraiment de son ressort et la vision lui permet de rester concentrée sur sa mission essentielle.

Un conseil d'administration assure la direction stratégique, le soutien sur les questions juridiques et la comptabilité, etc., et veille à la protection de l'organisation. Dans le cas d'une organisation de travailleuses du sexe, le conseil peut par exemple inclure des membres qui ont des contacts ou peuvent influencer le plaidoyer en faveur de la réduction de la stigmatisation à laquelle font face les travailleuses du sexe. Le conseil peut également contribuer aux levées de fonds. L'ampleur d'un conseil d'administration est moins importante que l'engagement de ses membres ; ces derniers devraient être retenus sur la base de leur engagement continu envers la cause défendue par l'organisation et contribuer à son établissement puis à sa croissance.

6.7.2 Gestion de projet

L'agenda d'une organisation se traduit en actions concrètes, souvent sous forme de projets et programmes. Une organisation est dans la bonne voie si elle:

- Élabore et met en œuvre des plans de travail et budgets réalistes qui correspondent à sa vision et à sa mission.
- Définit des interventions techniques correspondant aux meilleures pratiques locales et internationales.
- S'assure que ses programmes et projets répondent aux besoins de ses membres.

Les projets et programmes bien gérés et techniquement solides permettent non seulement d'atteindre les objectifs organisationnels ciblés, mais aussi d'augmenter la confiance des partenaires au développement et des parties prenantes clés dans la compétence de l'organisation.

6.7.3 Mobilisations des ressources

Les organisations doivent mener des activités constantes de mobilisation des ressources nécessaires au financement à long terme des activités. Il est important que l'organisation agisse de façon stratégique et considère la pérennisation financière au-delà du court terme, particulièrement si elle bénéficie d'une subvention qui s'éteindra après quelques années. Même s'il n'y a aucune garantie qu'une organisation parvienne à mobiliser des fonds, certaines pratiques éprouvées pourraient s'avérer utiles en la matière. Les questions importantes à considérer lorsqu'il s'agit de procéder à une mobilisation des ressources sont notamment les suivantes :

- La stratégie de mobilisation des ressources respecte-t-elle la vision et la mission de l'organisation ?
- Les ressources peuvent-elles provenir en partie des membres de l'organisation ; par exemple à travers la collecte de frais d'adhésion mensuels ou annuels ? Une telle pratique augmente l'appropriation, mais la somme doit rester minime afin de ne pas exclure certaines travailleuses du sexe.

- Existe-t-il des sources de financement gouvernementales pour certains programmes ou activités assurés par l'organisation?

6.7.4 Réseautage

Le développement d'une organisation de travailleuses du sexe solide et fructueuse dépend tout autant de ses relations que de ses dispositifs. Le réseautage implique des liens avec les partenaires au développement, les communautés, les instances gouvernementales nationales et locales, les prestataires de services et les réseaux d'ONG. Le réseautage permet d'assurer le respect des droits humains, la prestation de services complets aux bénéficiaires et le développement de relations avec les partenaires au développement (voir Encadré 6.9 et également le Chapitre 1, Section 1.2.8).

Des types de réseaux sont particulièrement importants pour les organisations de travailleuses du sexe, soit les réseaux qui contribuent au renforcement des relations avec l'État, par ex. les politiciens, les forces policières, les programmes de santé et sociaux ; et les réseaux avec les organisations et institutions non gouvernementales.

Réseautage avec l'État

- Ces réseaux sont particulièrement importants puisqu'ils permettent aux programmes conduits par des travailleuses du sexe de plaider pour un meilleur accès aux services de santé, pour l'élimination de la discrimination et du harcèlement, pour la protection contre et la réparation en cas de violence, et pour la sécurisation de leurs droits en tant que citoyens.
- Les organismes partenaires qui collaborent au renforcement des capacités des organisations de travailleuses du sexe pourraient disposer des contacts nécessaires à la participation des membres de l'organisation communautaire à des comités de supervision des programmes de santé ou encore leur donner accès aux politiciens et autres fonctionnaires.
- Le renforcement des capacités peut appuyer les travailleuses du sexe peu familières avec le déroulement des rencontres formelles ou les protocoles de rencontre avec des fonctionnaires et les aider à participer et à s'impliquer de façon efficace.

Encadré 6.9

Cas d'exemple : Relation directe entre la communauté et le gouvernement en Inde

En 2010, des représentants indiens des collectifs de travailleuses du sexe et des groupes communautaires transgenres, d'hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et d'individus qui utilisent des drogues injectables ont été invités à faire un exposé devant le comité consultatif de la Commission de planification nationale, qui formule les plans quinquennaux du gouvernement indien. Leur accès à la « fenêtre société civile » de cette instance gouvernementale de haut niveau a été facilité par le *Centre for Advocacy Research* (Centre de recherche sur le plaidoyer), une organisation non gouvernementale qui travaille avec les groupes communautaires sur les questions de plaidoyer.

Les représentants, issus de sept états indiens, ont évoqué les défis auxquels ils font face en matière d'accès aux services gouvernementaux et de respect des droits sociaux et ont présenté des recommandations pour un meilleur accès aux services notamment de santé, de pension, d'éducation et d'appui aux moyens de subsistance. L'année suivante, ces recommandations ont été incluses au document d'approche du 12e plan quinquennal de la Commission de planification. Le document a recommandé la mise en place de programmes ciblés dans les communautés qui souffrent de discrimination en raison de leur identité sociale et culturelle, incluant les travailleuses du sexe, les lesbiennes, les gais et les individus bisexuels ou transgenres.

Le témoignage des groupes communautaires devant la Commission de planification a contribué à renforcer leur crédibilité auprès du gouvernement et leur a ouvert les portes d'un dialogue politique avec les agences gouvernementales responsables du développement de la femme et de l'enfant, des moyens de subsistance ruraux et des services juridiques. Suite aux consultations étatiques, les différents départements gouvernementaux étaient prêts, en septembre 2013, à émettre de nouvelles réglementations destinées à faciliter l'accès des travailleuses du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et des personnes transgenres aux services sociaux.

Réseautage avec les institutions et organisations non gouvernementales

Il s'agit ici :

- Des autres OBC/ONG ou organisations communautaires conduites par des travailleuses du sexe.
- D'institutions religieuses ou d'autres groupes communautaires.
- Des médias.
- D'autres OBC/ONG qui œuvrent dans des secteurs connexes (droits sociaux, droits de l'homme, violence, santé, etc.).

Le renforcement des capacités aide les organisations de travailleuses du sexe à analyser la pertinence d'institutions ou de groupes socialement puissants, notamment les institutions religieuses et les médias, à maintenir un dialogue avec elles ou à les influencer. Il pourrait par exemple s'agir de transformer l'attitude religieuse de condamnation du travail du sexe en attitude de respect pour les PVVIH ou encore d'encourager les journaux à mentionner de façon positive et exacte les efforts des travailleuses du sexe en matière de réduction de l'infection à VIH.

Encadré 6.10

Cas d'exemple : réseau de travailleuses du sexe

Une fois le collectif de travailleuses du sexe établi, il peut s'intégrer aux réseaux régionaux, nationaux et mondiaux de travailleuses du sexe. Par exemple, le *Karnataka Health Promotion Trust* (Fonds fiduciaire de promotion de la santé) Indien utilise un modèle de gouvernance « fédérale » selon lequel les collectifs de travailleuses du sexe établissent des comités de sous-district, de district et étatiques qui permettent d'augmenter le pouvoir de négociation des collectifs de travailleuses du sexe à différents niveaux. Le *Asia Pacific Network of Sex Workers* (Réseau Asie-Pacifique de travailleuses du sexe) met en relation les projets de travailleuses du sexe de tout le continent. Le Réseau Mondial des Projets sur le Travail du Sexe inclut des représentants d'organisations de travailleuses du sexe provenant de toutes les régions du monde.

6.8 Ressources et lectures complémentaires

Planification stratégique et gestion de programmes

1. *Planning guide for the health sector response to HIV/AIDS*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502535_eng.pdf
2. *Planning and Managing for HIV/AIDS Results: A Handbook*. Washington, DC: Global AIDS Monitoring and Evaluation Team (GAMET), Programme mondial VIH/sida de la Banque mondiale, 2007. http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/Results_Handbook_31Oct2007.pdf
3. *Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 1998. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub05/jc441-stratplan-intro_en.pdf
4. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé et ExpandNet, 2009. http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf
5. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé et ExpandNet, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500319_eng.pdf
6. *A Commodity Management Planning Guide for the Scale-Up of HIV Counseling and Testing Services*. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2008. http://www.msh.org/sites/msh.org/files/HIV-Testing-Commodity-Guide-VCT_final.pdf
7. *Management and Organizational Sustainability Tool (MOST): A Guide for Users and Facilitators, Second edition*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2004. <http://www.msh.org/resources/management-and-organizational-sustainability-tool-most>

6 Gestion de programme et renforcement de la capacité organisationnelle

8. *National Guidelines for Implementation of HIV Prevention Programs for Female Sex Workers in Nigeria*. National AIDS Control Agency, Gouvernement du Nigéria, 2013. http://naca.gov.ng/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=152&Itemid=268

Définition du cadre logique d'un programme, mise en œuvre des composantes et application des standards

1. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Genève : OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
2. *A Systematic Approach to the Design and Scale-up of Targeted Interventions for HIV Prevention among Urban Female Sex Workers*. Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust, Université du Manitoba, Banque mondiale, 2012. <http://www.khpt.org/reports%20pdf/A%20Systematic%20Approach%20to%20the%20Design%20and%20Scale-Up%20of%20Targeted%20Interventions%20for%20HIV%20Prevention,%20full%20version.pdf>
3. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
4. *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV*. Genève : Groupe de travail mondial de l'OMS/UNAIDS sur le VIH/sida et la surveillance des IST, 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_estimating_populations_en.pdf
5. *PLACE—Priorities for Local AIDS Control Efforts: A Manual for Implementing the PLACE Method*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2005. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
6. *Clinic Operational Guidelines & Standards: Comprehensive STI Services for Sex workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nouvelle Delhi: Family Health international [no date]. <https://www.indiahiv.org/Documents/Avahan%20COGS.pdf>
7. *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide*. Battle Creek, MI: Fondation W.K. Kellogg, 2004. <http://www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx>

Systèmes de suivi régulier d'un programme

1. *Technical Guide for Countries to Programme, Monitor and Set Targets for HIV Prevention, Treatment and Care for Sex Workers, Men who Have Sex with Men and Transgender People*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013. Sous presse. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/targets_key_populations/
2. *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. Volume 1: National and Sub-National Levels*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2013. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
3. *Toolkit for monitoring and evaluation of interventions for sex workers*. Organisation mondiale de la santé, Régions Asie du Sud-Est et Pacifique occidentale, 2009. http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/ToolKit_M_E_SW.pdf
4. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. Genève : Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000. https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/jc427-mon_ev-full_en.pdf
5. *A Guide to Monitoring and Evaluation of Capacity-Building Interventions in the Health Sector in Developing Countries. MEASURE Evaluation Manual Series, No.7*. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, Université de Caroline du Nord Chapel Hill, 2003. http://www.aidstar-two.org/Tools-Database.cfm?action=detail&id=86&language_id=
6. *Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool*. Développé par le Fonds mondial, PEPFAR, USAID, et autres. Publié à travers l'évaluation du projet Measare de l'USAID, 2007. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-07-18>

Dispositifs de supervision

1. *STI Clinic Supervisory Handbook, Comprehensive STI services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nouvelle Delhi: Family Health International [no date]. http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf.pdf

2. *Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative, 2002. <http://www.k4health.org/sites/default/files/maqpaperonsupervision.pdf>
3. *Supportive Supervision to Improve Integrated Primary Health Care*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2006. <http://www1.msh.org/Documents/OccasionalPapers/upload/Supportive-Supervision-to-Improve-Primary-Health-Care.pdf>
4. *Supportive Supervision to Improve Integrated Primary Health Care*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. <http://www1.msh.org/Documents/OccasionalPapers/upload/Supportive-Supervision-to-Improve-Primary-Health-Care.pdf>

Évaluation

1. *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People*. Évaluation du projet Measure, Caroline du Nord, 2013.
 - a. *Volume I: National and Sub-National Levels*. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
 - b. *Volume II: Service Delivery Providers*. Sous presse.
2. *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington, VA: Family Health International, 2000. http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi2000.pdf
3. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Genève : Groupe de travail mondial de l'OMS/UNAIDS sur le VIH/sida et la surveillance des IST, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

Renforcement de la capacité organisationnelle

1. *Community Mobilization of Female Sex Workers. Module 2: A Strategic Approach to Empower Female Sex Workers in Karnataka*. Bangalore, Inde: Karnataka Health Promotion Trust, 2008. http://www.khpt.org/Community_Mobilization.pdf
2. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. <http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mwl-2008-edition.pdf>
3. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. <http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ebook-for-leaders-and-managers>
4. *Systematic Organizational Capacity Building: Tackling Planning and Implementation Challenges*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2011. www.aidstar-two.org/upload/AS2_Tech-Brief3.pdf
5. *Organizational Capacity Building Framework: A Foundation for Stronger, More Sustainable HIV/AIDS Programs, Organizations & Networks*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2011. www.aidstar-two.org/upload/AS2_TechnicalBrief-2_4-Jan-2011.pdf
6. *Challenges Encountered in Capacity Building: A Review of Literature and Selected Tools*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. www.aidstar-two.org/Focus-Areas/upload/AS2_TechnicalBrief_1.pdf

Lectures complémentaires

1. Blanchard JF, Bhattacharjee P, Kumaran S, et al. « *Concepts and strategies for scaling up focused prevention for sex workers in India* ». *Sexually Transmitted Infections*, 2008; 84:ii9–ii23. http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/84/Suppl_2/ii19
2. Chandrashekar S, Guinness L, Kumaranayake L, et al. « *The effects of scale on the costs of targeted HIV prevention interventions among female and male sex workers, men who have sex with men, and transgenders in India* ». *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i89–i94. http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_1/i89.full.pdf
3. Chandrashekar S, Vassall A, Reddy B, et al. « *The costs of HIV prevention for different target populations in Mumbai, Thane and Bangalore*. » *BMC Public Health*, 2011; 11(Suppl 6):S7. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S6-S7.pdf>
4. Chandrasekaran P, Dallabetta G, Loo V, et al. « *Evaluation design for large-scale HIV prevention programs: the case of Avahan, the India AIDS Initiative*. » *AIDS*, 2008; 22(Suppl 5):S1–S15. <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-200812005-00001.htm>

5. Kerrigan D, Wirtz A, Baral S, et al. *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*. Washington, DC: Banque mondiale, 2013. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>
6. Schwartländer B, Stover J, Hallett T, et al. « *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*. » *The Lancet*, 2011; 377:2031–2041. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611607022>
7. Semini I, Batona G, Lafrance C, et al. « *Implementing for results: program analysis of the HIV/STI interventions for sex workers in Benin*. » *AIDS Care*, 2013; 25(Suppl 1):S30–S39. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2013.784392>
8. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, et al. « *Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review*. » *Tropical Medicine and International Health*, 2008; 13:659–679. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2008.02040.x/pdf>
9. Verma R, Shekhar A, Khobragade S, et al. « *Scale-up and coverage of Avahan: a large-scale HIV-prevention program among female sex workers and men who have sex with men in four Indian states*. » *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i76–i82. http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_1/i76.full.pdf



Pour plus d'information contacter :

Organisation Mondiale de la Santé
Département du VIH/SIDA
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

ISBN 978 92 4 250618 1

