

GUIDE OPÉRATIONNEL

Répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels en situations de crise humanitaire



Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le Fonds des Nations Unies pour la Population

GUIDE OPÉRATIONNEL

Répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels en situations de crise humanitaire

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le Fonds
des Nations Unies pour la Population

2021

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration de ce guide, y compris à la recherche formative, la rédaction, la révision et la finalisation. La préparation a été dirigée par le HCR et le UNFPA, avec la contribution de réseaux de travailleur(se)s du sexe, d'acteurs humanitaires et de partenaires de développement. Un éventail de ressources existantes a été intégré dans l'ensemble du document.

Des directives antérieures ont été rédigées avec les contributions de Jennifer Butler (UNFPA), Michelle Decker et Andrea Wirtz (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) et d'autres. Jennifer (Rosenberg) Kupferman a entrepris une analyse contextuelle plus poussée et une nouvelle rédaction. Le guide final s'est appuyé sur ces contributions et a été révisé et mis à jour.

Le temps et l'expertise de tous les contributeurs énumérés ci-dessous, ainsi que les exemples de cas, les outils et autres ressources fournis par les organisations qui ont contribué, sont grandement appréciés :

Ann Burton, HCR
 Jennifer Butler, UNFPA
 Sarah Chynoweth, WRC
 Nadine Cornier, UNFPA
 Anna-Louise Crago, Consultante
 Charles Dago, UNICEF
 Henia Dakkak, UNFPA
 Robyn Dayton, FHI360
 Sandra Harlass, HCR
 Joanina Karugaba, HCR
 Danielle Bishop, HCR
 Eszter Kismödi, Consultante
 Anneka Knutsson, UNFPA
 Jules Kim, Scarlet Alliance
 Jennifer (Rosenberg) Kupferman, Open Coast
 Désirée Lichtenstein, UNFPA
 Virginia MacDonald, OMS
 Evgenia Maron, Consultante
 Neil McCulloch, NSWP
 Ruth Morgan Thomas, NSWP
 Laxmi Murthy, SANGRAM
 Elani Nassif, ONUSIDA
 Megan Obermeyer, HCR
 Andrey Poshtaruk, UNFPA
 Vivek Rai, ONU Femmes
 Meena Saraswathi Seshu, SANGRAM
 Catrin Schulte-Hillen, HCR
 Sally Shackleton, Frontline AIDS
 Kate Shannon, University of British Columbia
 Sangita Singh, Consultante
 Tim Sladden, UNFPA
 Rachel Thomas, OSF
 Annette Verster, OMS
 Tisha Wheeler, USAID

Abréviations

5C	Consentement, confidentialité, conseil, correction (résultats), connexion aux services
AGD	Politique du HCR sur l'âge, le genre et la diversité
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
CU	Contraception d'urgence
CVTA	Claification des valeurs et transformation des attitudes
DIC	Centre d'accueil (de l'anglais Drop-in center)
DIU	Dispositif intra utérin
DMU	Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la sante sexuelle et reproductive en situation de crise
HCR	Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HIVST	Autotest du VIH
HSF	Hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes
IAFM	Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
IASC	Comité permanent interorganisations (sur la santé reproductive dans les situations humanitaires)
IST	Infection sexuellement transmissible
KESWA	Kenya Sex Worker Association (Association keyniane des travailleur(se)s du sexe)
LARC	Contraception réversible de longue durée
LGBTIQ+	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexués et queers
MdS	Ministère de la Santé
mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
NSWP	Global Network of Sex Work Projects (Réseau mondial de projets sur le travail du sexe)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDD	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSIG	Orientation sexuelle, identité et expression de genre
PCO	Pilule contraceptive orale
PDI	Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays
PF	Planification Familiale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPE	Prophylaxie post-exposition
PPE	Prophylaxie pré-exposition
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH, de la syphilis et du VHB)
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SDV	Services de dépistage du VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPS	Soutien psychosocial
SPSSM	Soutien psychosocial et santé mentale
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SWIT	Outil de mise en œuvre de programmes complets du VIH/IST pour les travailleur(se)s du sexe (pour les programmes VIH/IST complets avec les professionnel(le)s du sexe)
TARV	Thérapie antirétrovirale
UI	Unité internationale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
VBG	Violence basée sur le genre
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations	3
Glossaire : Définition des termes	6
Notes sur la terminologie	9
Terminologie concernant les enfants	9
Terminologie basée sur les droits	9
Terminologie concernant la traite des personnes.....	10
Terminologie relative à la diversité d'orientation, d'identité et d'expression sexuelles (OSIG).....	10
1. INTRODUCTION	12
1.1. Objet	14
1.2. Limites de ce guide.....	15
1.3. Principes directeurs pour travailler avec des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels	16
2. ACTIONS ET RÉPONSES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROTECTION	18
2.1. Aperçu.....	19
2.2. Préparation	21
2.3. Réponse générale	25
2.3.1. Sensibiliser aux risques et améliorer leur compréhension	25
2.3.2. Améliorer les attitudes et réduire la stigmatisation	28
2.4. Réponse sanitaire	29
2.4.1. Services de santé initiaux minimaux	29
Préservatifs et lubrifiants à base d'eau	29
Prophylaxie pré-exposition au VIH	30
Prophylaxie post-exposition (HIV).....	31
Contraception	31
Prise en charge des complications de l'avortement	32
Prise en charge clinique du viol	33
Soins de santé maternelle (soins prénatals et postnatals et soins obstétricaux et néonataux d'urgence)	34
Gestion des infections sexuellement transmissibles	34
Traitement présomptif périodique des infections sexuellement transmissibles	35
2.4.2. Réponse sanitaire complète.....	36
Dossier d'admission comportant des questions de dépistages spécifiques au contexte	36
Programmes supplémentaires sur les préservatifs et les lubrifiants, et services de contraception	37
Prophylaxie pré-exposition au VIH	38
Services de dépistage du VIH et traitement	38
Grossesse non désirée.....	40
Dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus.....	40
Soins pour les personnes vivant avec le VIH.....	41
Santé mentale.....	41
2.5. Protection.....	43
2.5.1. Mesures et actions de protection initiales minimales	44
Informations sur les dispositions légales, les droits et la protection.....	44
Cartographie des vulnérabilités	44
Plaidoyer pour la réduction des risques	45
2.5.2. Mesures et actions de protection complètes.....	45
Autonomisation de la communauté.....	46

Sensibilisation communautaire et éducation par les pairs.....	46
Espaces sécurisés et centres d'accueil.....	47
Accès à distance aux services de soutien psychosociaux, juridiques et autres..	48
Renforcement du plaidoyer pour les droits et la réduction des risques dans les situations de crise humanitaire.....	48
Formation, information et renforcement des compétences en matière de sécurité.....	49
Documenter la violence dont les personnes qui vendent des services sexuels dans les crises humanitaires font l'objet.....	49
Autonomisation économique des personnes qui vendent des services sexuels.....	50
3. EXAMEN INITIAL, SUIVI ET ÉVALUATION.....	52
3.1. Évaluations périodiques.....	53
3.2. Suivi.....	54
3.3. Évaluation.....	55
ANNEXES.....	56
Annexe 1 Protocoles de thérapie antirétrovirale recommandés par l'OMS pour la prophylaxie post-exposition.....	57
Annexe 2 Aperçu de l'efficacité des méthodes contraceptives.....	58
Annexe 3.1 Exemple de dossier d'admission de patient (UNFPA).....	59
Annexe 3.2 Exemples de formulaires d'inscription et de contact de cliniques (Ministère de la Santé, Kenya).....	61
Annexe 3.3. Exemples de dossiers d'inscription et de contact de cliniques (FHI360 Liens à travers le continuum des services liés au VIH pour les populations clés affectées par le VIH (LINKAGES)).....	63
Annexe 4 Protocoles de traitement de l'OMS pour les infections sexuellement transmissibles chez l'adulte.....	66
Annexe 5 Conseils pour les services de dépistage du VIH.....	69
Annexe 6 À faire et à ne pas faire pour fournir des services de santé et de protection aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.....	70
Annexe 7 Éléments clés de l'autonomisation des communautés et valeurs fondamentales pour l'autonomisation des communautés.....	72
Annexe 8 Sensibilisation communautaire et éducation par les pairs – informations supplémentaires	73
Annexe 9 Liste de contrôle du dispositif minimum d'urgence.....	77
Annexe 10 Indicateurs clés des services de contraception.....	79
Annexe 11 Exemple de plan d'étage d'un centre d'accueil.....	80
Annexe 12 Exemples de bonnes pratiques dans les programmes de santé et de protection.....	82
Annexe 13 Ressources supplémentaires.....	86

Glossaire : Définition des termes

Exploitation et atteintes sexuelles : « exploitation sexuelle » désigne le fait d'abuser ou de tenter d'abuser d'un état de vulnérabilité, d'un rapport de force inégal ou de rapports de confiance à des fins sexuelles, y compris mais non exclusivement en vue d'en tirer un avantage pécuniaire, social ou politique. De la même manière, on entend par « abus sexuel » toute atteinte sexuelle commise avec force, contrainte ou à la faveur d'un rapport inégal, la menace d'une telle atteinte constituant aussi l'abus sexuel.¹

Adolescent : personne âgée de 10 à 19 ans.²

Enfant : tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.³

Intersectionnalité : décrit la nature interconnectée des catégorisations sociales comme la race, la classe et le sexe telles qu'elles s'appliquent à un individu ou à un groupe concerné, considérées comme créant des systèmes de discrimination ou de désavantage qui se chevauchent et sont interdépendants.

Jeune(s)/Jeunes gens : une personne ou des personnes âgées de 10 à 24 ans.

Mineur : une personne qui n'a pas atteint l'âge de la majorité - qui distingue légalement l'enfance de l'âge adulte et est généralement 18 ans, mais peut varier en fonction du contexte et des lois locales.

Personnes vendant des services sexuels : synonyme de la définition de « travailleur(se)s du sexe » du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).⁴ Le terme travailleur(se) du sexe se veut exempt de tout jugement de valeur et souligne l'aspect professionnel de la vente de services sexuels. Les travailleur(se)s du sexe englobent les femmes, les hommes et les personnes transgenres adultes et consentants, ainsi que les jeunes de plus de 18 ans, qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle. Le travail du sexe peut prendre de nombreuses formes et peut varier selon le degré de « formalité » ou d'organisation, et entre et au sein des pays et des communautés.⁵ Il comprend des personnes qui peuvent ou non s'identifier comme des travailleur(se)s du sexe et des personnes qui ne définissent pas consciemment ces activités comme génératrices de revenus.^{6,7} Le travail du sexe est défini comme la vente consensuelle de sexe entre adultes ; par conséquent, les enfants (personnes de moins de 18 ans) ne peuvent pas être impliqués dans le travail du sexe. Les

1 Circulaire du Secrétaire général des Nations Unies : Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels (Octobre 2003). Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/protection/operations/405ac6614/secretary-generals-bulletin-special-measures-protection-sexual-exploitation.html>

2 UNICEF, The State of the World's Children [Rapport sur la situation des enfants dans le monde] <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2011>

3 ONU, 1989. Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (article premier). ONU Doc. A/ Res/44/25, 1989.

4 ONUSIDA, *Guide de terminologie* (Genève, ONUSIDA, 2015).

5 WHO, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations [Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés]* (Genève, OMS, 2014).

6 ONUSIDA, *Commerce du sexe et VIH/SIDA – Actualisation* (Genève, ONUSIDA, 2002).

7 WHO, *Sex Workers – Part of the Solution. [Travailleur(se)s du sexe : une partie de la solution.] An Analysis of HIV Prevention Programming to Prevent HIV Transmission during Commercial Sex in Developing Countries [Une analyse des programmes de prévention du VIH pour prévenir la transmission du VIH lors des relations sexuelles commerciales dans les pays en développement]* (Genève, OMS, 2002).

enfants impliqués dans la vente de services sexuels sont plutôt considérés comme des victimes d'exploitation sexuelle. Ce document utilise le terme « personnes vendant du sexe » et différencie ce terme de la traite des personnes et de l'exploitation (voir **Exploitation et atteintes sexuelles**, **Abus sexuel** et **Traite des personnes**).

Politique sur l'âge, le genre et la diversité : exige qu'une approche tenant compte de l'âge, du genre et de la diversité soit appliquée à tous les aspects du travail.

Populations clés : populations qui, en raison de comportements spécifiques, sont exposées à un risque accru de contracter le VIH, quel que soit le type ou le contexte épidémique local. Des facteurs juridiques et sociaux peuvent augmenter ce risque.⁸ L'Organisation mondiale de la santé reconnaît cinq populations clés :

- Hommes gais, bisexuels et autres ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- Personnes qui s'injectent des drogues ;
- Personnes dans les prisons et autres milieux fermés ;
- Travailleur(se)s du sexe;
- Personnes transgenres.⁹

Protection : un processus complet comprenant « toutes les activités visant à obtenir le plein respect des droits de l'individu conformément à la lettre et à l'esprit des organes de droit pertinents (c'est-à-dire le droit international des droits de l'homme, le droit international humanitaire et le droit international des réfugiés) ». ¹⁰ Assurer la sécurité de toutes les personnes touchées par un conflit ou une crise est un principe central de l'action humanitaire. Tous les droits des personnes concernées et les obligations des détenteurs d'obligations doivent être compris, respectés, protégés et remplis sans discrimination.¹¹

Réduction des risques : un ensemble complet de politiques, de programmes et d'approches visant à réduire les conséquences néfastes sur la santé, la société et l'économie associées à l'utilisation de drogues par injection. L'utilisation de ce terme s'est étendue au fil du temps à d'autres domaines, à savoir le travail du sexe¹² et l'avortement.¹³

8 WHO, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations [Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés]* (Genève, OMS, 2016).

9 Ibid.

10 Comité permanent interorganisations, *Protection of Internally Displaced Persons*, Inter-Agency Standing Committee Policy Paper [Protection des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, Document d'orientation du Comité permanent interorganisations (New York, Comité permanent interorganisations, 1999), p. 4. Voir aussi Sylvie Giossi Caverzasio, *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards* (Genève, CICR, 2001), p. 19.

11 Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, *Politique sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (New York, Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, 2016).

12 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Guide de la terminologie de l'ONUSIDA* (Genève, ONUSIDA, 2015). Le terme « réduction des méfaits » est né des efforts visant à lutter contre les impacts négatifs sur les consommateurs de drogues injectables. Il est maintenant également utilisé plus largement pour réduire les risques liés à d'autres comportements, y compris le travail du sexe. Pour de plus amples explications, voir Open Society Institute, 2006. "Harm Reduction, Health and Human Rights, and Sex Work" [Réduction des risques, santé et droits humains, et travail du sexe] ; Rekart, Michael L., 2005. "Sex-work harm reduction," *Lancet*, vol. 366. pp. 2123–2134.

13 Julia Tasset and Lisa H. Harris, "Harm reduction for abortion in the United States", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 131, No. 4 (April 2018).

Sexe transactionnel : une relation sexuelle non conjugale et non commerciale, motivée par l'hypothèse implicite que le sexe sera échangé contre un soutien matériel ou d'autres avantages.¹⁴ Dans la notion actuelle, la plupart des personnes impliquées dans des relations sexuelles transactionnelles se considèrent comme des partenaires ou des amants plutôt que comme des vendeurs ou des acheteurs. Confondre le sexe transactionnel et le travail du sexe dans la conception et le financement des interventions peut être contre-productif, car les interventions conçues pour les travailleur(se)s du sexe ne toucheront pas les personnes engagées dans le sexe transactionnel.

Traite des personnes : le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou des pratiques similaires à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes.¹⁵

Transgenres : terme générique décrivant les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées à leur sexe déterminé à la naissance. Les personnes transgenres comprennent les personnes qui ont subi une chirurgie de changement de sexe, les personnes qui ont subi des interventions médicales liées au genre autres que la chirurgie (par exemple, l'hormonothérapie) et les personnes qui s'identifient comme n'ayant pas de sexe, plusieurs genres ou des genres alternatifs. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme transgenre, femme, homme, femme trans ou homme trans, transsexuel, hijra, kathoey, waria ou à l'une des nombreuses autres identités transgenres, et elles peuvent exprimer leur genre dans une variété d'identités masculines, féminines ou de manières androgynes.¹⁶

Violence basée sur le genre : terme générique désignant tout fait dommageable commis à l'égard d'une personne contre son gré et reposant sur les différences entre hommes et femmes qui leur sont assignées par la société (c'est-à-dire le genre). Elle englobe les actes qui causent un dommage ou une souffrance physique, sexuelle ou mentale, la menace de tels actes, la coercition et autres privations de liberté. Ces actes peuvent se produire en public ou en privé. Le terme est le plus souvent utilisé pour souligner comment l'inégalité systémique entre les hommes et les femmes, qui existe dans toutes les sociétés du monde, agit comme une caractéristique unificatrice et fondamentale de la plupart des formes de violence perpétrées contre les femmes et les filles. Cela inclut également la violence sexuelle commise dans le but explicite de « renforcer les normes de masculinité et de féminité inévitables entre les sexes ». Ce terme est de plus en plus utilisé pour mettre en évidence les dimensions sexospécifiques de certaines formes de violence contre les hommes et les garçons – en particulier les formes de violence sexuelle commises dans le but explicite de renforcer les normes inévitables entre les sexes en matière de masculinité et de féminité.¹⁷

14 ONUSIDA, *Transactional Sex and HIV Risk: From Analysis to Action* [Sexe transactionnel et risque de VIH : de l'analyse à l'action] (Genève, ONUSIDA, 2018).

15 Protocole additionnel à la convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Protocole de Palerme). Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par la résolution 55/25 de l'Assemblée générale en date du 15 novembre 2000. Disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/protocoltraffickinginpersons.aspx>

16 ONUSIDA, *Guide de terminologie de l'ONUSIDA* (Genève, ONUSIDA, 2015).

17 Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, Directives sur la violence basée sur le genre (New York, Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, 2015).

Notes sur la terminologie

La terminologie autour de l'orientation sexuelle, du travail du sexe et des problèmes liés à la santé et droit en matière de sexualité et reproduction (SDSR) évolue constamment. Il existe une contradiction dans l'utilisation de certains termes entre différents documents selon l'éditeur et la date de publication. Le présent document s'appuie principalement sur la définition de l'ONUSIDA du travail du sexe mais reconnaît l'utilisation de termes alternatifs et leur justification sous-jacente.

Terminologie concernant les enfants

Le sexe transactionnel, le commerce du sexe, l'échange de services sexuelles et le travail du sexe : tous ces termes devraient être évités lorsqu'on se réfère aux enfants de moins de 18 ans car l'utilisation de ces termes : 1) risque de légitimer certaines formes d'exploitation sexuelle des enfants ; et 2) peut nuire à l'enfant ou risque de rejeter la faute sur l'enfant.¹⁸ Cela dit, les documents d'orientation font référence à des « jeunes qui vendent du sexe » comme à des personnes âgées de 10 à 24 ans, y compris des enfants de 10 à 17 ans qui sont exploités sexuellement et de jeunes adultes de 18 à 24 ans qui sont des professionnel(le)s du sexe.¹⁹

Terminologie basée sur les droits

Cette terminologie devrait être utilisée chaque fois que l'on parle de vente de sexe ou d'individus qui vendent ou échangent des services sexuels. La terminologie fondée sur les droits ne porte pas de jugement et ne stigmatise pas. Elle n'évalue pas le comportement des gens comme étant bon ou mauvais. Dire que quelqu'un « vend des services sexuels » ou « échange des services sexuels » ou « fait du travail du sexe » est fondé sur des droits. Les termes chargés de valeur ou basés sur des hypothèses quant aux raisons pour lesquelles quelqu'un vend des services sexuels doivent être évités. Le terme « sexe de survie » en est un exemple. De même, le langage qui évoque la vente de services sexuels comme une « stratégie d'adaptation négative » porte un jugement et peut renforcer la stigmatisation. Les termes qui attribuent une identité à quelqu'un parce qu'il vend des services sexuels sont également inappropriés, comme désigner quelqu'un par le terme de « prostitué(e) ».

18 Groupe de Travail Interinstitutionnel sur l'exploitation sexuelle des enfants, Guide de Terminologie pour la Protection des Enfants contre l'Exploitation et l'Abus Sexuels, 2016. p. 31-34. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/SR/TerminologyGuidelines_fr.pdf

19 OMS, *Technical Brief on HIV and Young People Who Sell Sex [Fiche technique sur le VIH et les jeunes qui vendent du sexe]* (Genève, OMS, 2015).

Terminologie concernant la traite des personnes

Le langage contenu dans le Protocole de Palerme sur la traite des personnes²⁰ conduit souvent à une confusion problématique entre le travail du sexe et l'exploitation sexuelle. Définir le travail du sexe comme une « exploitation sexuelle » exacerbe la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe et entraîne la violation de leurs droits humains, et devrait donc être évité. Confondre le travail du sexe avec « l'exploitation sexuelle » ou la traite perpétue des conditions de travail coercitives et dangereuses dans le travail du sexe, et conduit à une législation préjudiciable qui limite l'accès des travailleur(se)s du sexe à la justice et aux services. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime a réfléchi au concept d'« exploitation » dans le Protocole sur la traite des personnes, reconnaissant que le travail du sexe ne doit pas être confondu avec la traite des êtres humains et que « l'exploitation sexuelle » ne fait pas référence à tout le travail du sexe. Lorsqu'il est utilisé dans le contexte du Protocole, le terme « traite » ne devrait pas être appliqué à la prostitution en général, car les États membres ont clairement indiqué que ce n'était pas leur intention.^{21, 22} Le présent guide sur les personnes qui vendent des services sexuels dans des situations humanitaires différencie la vente de services sexuels de la traite des personnes et de l'exploitation, pour lesquelles des directives distinctes sont disponibles.²³

Terminologie relative à la diversité d'orientation, d'identité et d'expression sexuelles (OSIG)

Divers termes sont utilisés pour désigner des minorités sexuelles et de genre spécifiques, notamment les hommes gais, les hommes bisexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes queers, les hommes transgenres, les femmes transgenres et les individus non binaires. Tout en visant à être précis, la terminologie est diverse et varie considérablement. L'expérience suggère qu'au cours de la phase de planification des services, il est important d'entreprendre une évaluation contextualisée des termes utilisés localement pour désigner l'identité de genre et l'orientation sexuelle, et comment ces identités façonnent les besoins de protection et de santé.²⁴

-
- 20 Protocole additionnel à la convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Protocole de Palerme). Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par la résolution 55/25 de l'Assemblée générale en date du 15 novembre 2000.
Disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/protocoltraffickinginpersons.aspx>
- 21 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Issue Paper: The Concept of Exploitation in the Trafficking in Persons Protocol [Document de réflexion : le concept d'exploitation dans le Protocole relatif à la traite des personnes]* (Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2015).
Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_IP_Exploitation_2015.pdf
- 22 NSW, *Briefing Note: Sex work is Not Sexual Exploitation* (Edinburgh, NSW, 2019).
- 23 Global Protection Cluster, *An Introductory Guide to Anti-trafficking Action in Internal Displacement Contexts [Un guide introductif à l'action contre la traite des personnes dans les contextes de déplacements internes]* (Global Protection Cluster, 2020). Disponible à l'adresse : <https://publications.iom.int/books/introductory-guide-anti-trafficking-action-internal-displacement-contexts-2020>
- 24 HCR, *Protéger les personnes ayant diverses orientations sexuelles et identités de genre* (Genève, HCR, 2015).

1. Introduction

Les personnes touchées par les conflits et les crises subissent des perturbations dans leur vie personnelle, sociale et économique, notamment la séparation de la famille, la perte de revenus et d'actifs, des bouleversements culturels et l'effondrement des structures sociales traditionnelles et des moyens de subsistance. L'accès aux besoins fondamentaux et aux moyens de subsistance peut rester interrompu pendant de longues périodes. Tous ces facteurs peuvent augmenter la pression qui pèse sur les personnes pour qu'elles vendent ou échangent des services sexuels contre de l'argent ou des biens pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs personnes à charge.

D'autres facteurs de vente et d'échange de services sexuels dans les crises humanitaires sont liés à la rupture des réseaux sociaux. Les personnes peuvent se retrouver rejetées de leur famille ou exclues de la communauté au sens large pour diverses raisons, notamment leur orientation sexuelle et leur identité de genre,²⁵ ou parce qu'elles ont subi des violences sexuelles, en particulier un viol ou une grossesse non désirée.²⁶

Bien qu'il n'existe pas d'estimations fiables de la prévalence de la vente ou de l'échange de services sexuels dans les crises humanitaires, un certain nombre de documents reflètent le fait que les personnes qui se livrent fréquemment ou occasionnellement, pour une courte période ou plus longtemps, à la vente ou à l'échange de services sexuels constituent un groupe très hétérogène qui comprend des hommes, des femmes, des jeunes,²⁷ des personnes de diverses orientations sexuelles, identité et expression de genre, des personnes mariées et non mariées (vivant en couple ou non, avec ou sans enfants) et des personnes en situation de handicap.

Les raisons et les facteurs motivant la vente ou l'échange de services sexuels sont divers dans tous les contextes, et cela est également vrai dans les crises humanitaires. Bien que le choix personnel puisse être sévèrement limité, une approche basée sur les droits de l'homme attribue à chaque personne une « capacité d'action » - le droit de choisir ses actions - même si ces actions peuvent sembler difficiles aux autres, et cela appelle à la non-discrimination et au respect. Choisir de pratiquer le commerce du sexe, par exemple parce qu'il existe peu d'autres options pour générer des revenus, est différent d'être forcé, contraint ou amené par la ruse à vendre des services sexuels, ce qui constitue une exploitation ou un abus.

Ce guide ne porte aucun jugement, d'aucune sorte, à cet égard et n'essaie pas de définir des catégories relatives à la vente ou à l'échange volontaire ou autre de services sexuels. Il reconnaît la vulnérabilité critique de toutes les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, et comment la situation de chaque personne peut différer, et doit être traitée en conséquence. Malgré les nombreuses différences de contexte et de circonstances, tous les types de travail du sexe partagent d'importants points communs inhérents, et toutes les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels font face aux mêmes risques spécifiques pour la santé ainsi qu'à un risque accru d'exposition à la violence.

25 Ibid.

26 Doris Burtcher and Catrine Schulte-Hillen, *Better Dead than Being Mocked. Unwanted Pregnancy and Abortion – An Anthropological Study on Perceptions and Attitudes [Grossesse non désirée et avortement – Une étude anthropologique sur les perceptions et les attitudes]* (Médecins sans frontières, 2018).

27 Bien que ce guide ne traite pas spécifiquement de la vente ou de l'échange de services sexuels par des mineurs, il n'est pas rare que des jeunes, y compris des mineurs dans des contextes de déplacement, vendent ou échangent des services sexuels. Les circonstances dans lesquelles ils le font sont diverses, ainsi que leurs besoins. Pour des conseils spécifiques sur le travail avec les enfants et les adolescents qui vendent ou échangent des services sexuels, les acteurs humanitaires sont encouragés à se référer à la Note technique de l'OMS intitulée *HIV and Young People Who Sell Sex* (Le VIH et les jeunes qui vendent des services sexuels)(2015).



1.1. Objet

Ce guide propose des actions pour répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires - des actions qui peuvent être mises en œuvre à des degrés divers dans différents contextes (par exemple, dans les situations d'urgence aiguë ou pendant les périodes de transition ou de stabilisation ou de déplacements prolongés ; dans ou hors des camps, et en milieu rural ou urbain) et par différents groupes (réfugiés, demandeurs d'asile, personnes déplacées à l'intérieur du pays, apatrides ou autres personnes touchées par des crises humanitaires). Ces conseils s'adressent spécifiquement au personnel de santé et de protection du HCR et du UNFPA, ainsi qu'à leurs partenaires, mais peuvent également être utiles à d'autres acteurs concernés.

Le guide souligne comment les pratiques humanitaires doivent s'aligner sur des cadres plus larges des droits humains pour répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.²⁸ Il s'inspire des orientations normatives et des normes de pratiques recommandées élaborées par les institutions spécialisées des Nations Unies en collaboration avec les organisations de travailleur(se)s du sexe, et s'aligne sur les normes des droits humains inscrites dans les traités internationaux relatifs aux droits humains.²⁹

La sauvegarde des droits et la couverture des besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont des priorités urgentes. Ce guide se concentre d'abord et avant tout sur des recommandations techniques à l'intention des acteurs des secteurs/clusters de santé et de protection. Cependant, les principes et approches clés décrits ici sont pertinents dans tous les secteurs, y compris dans la gestion des camps ; l'approvisionnement et la logistique ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ; et la sécurité alimentaire.

28 ONUSIDA. *Le VIH et le commerce du sexe - Note d'orientation de l'ONUSIDA* (Genève, ONUSIDA, 2012) ; OMS, *Principes directeurs consolidés en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins contre le VIH pour des populations clés* (Genève, OMS, 2016) ; QUI, *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers [Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH/les IST avec les travailleur(se)s du sexe]* (Genève, OMS, 2013) ; Organisation Internationale du Travail (OIT), *Promouvoir une approche de la migration, de la santé, du VIH et du sida fondée sur les droits* (Genève, OIT, 2017).

29 WHO, *Sexual Health, Human Rights and the Law [Santé sexuelle, droits humains et le droit]* (Genève, OMS, 2015).



1.2. Limites de ce guide

Ce guide met l'accent sur les actions visant à améliorer l'accès aux services de santé – en particulier les soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) – et à la protection, pour toutes les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires. Cependant, d'autres réglementations et orientations spécifiques concernent :

- les mineurs (de moins de 18 ans) impliqués dans la vente ou l'échange de services sexuels, considérés en vertu du droit international comme victimes d'exploitation sexuelle ;³⁰
- les situations s'apparentant à la coercition, à l'usage de la force ou à la traite, considérées comme des formes de violence sexuelle et donc comme des délits ;³¹
- les situations spécifiques, appelées « exploitation et abus sexuels », perpétrées par les travailleurs humanitaires eux-mêmes.³²

Ces situations font l'objet de réglementations, de directives et d'actions spécifiques, non abordées ici. Les services de santé – en particulier les soins de santé sexuelle et reproductive, y compris la gestion clinique des victimes de viol – et les services de protection sont des points d'entrée importants pour identifier les personnes qui sont soumises à des formes spécifiques de violence, leur permettant d'être orientées vers des filières établies qui peuvent répondre à leurs besoins spécifiques. Toutes les personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles devraient bénéficier des services couverts par ce guide, mais la vigilance est de mise pour garantir que des mesures d'assistance et de protection supplémentaires sont mises en place en cas de violence, de force ou de coercition.

30 La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE) est un traité international qui oblige légalement les nations à protéger les droits des enfants. Les articles 34 et 35 de cette convention exigent des États qu'ils protègent les enfants contre toutes les formes d'exploitation et d'abus sexuels.

31 Global Protection Cluster, *An Introductory Guide to Anti-trafficking Action in Internal Displacement Contexts [Un guide introductif à l'action contre la traite des personnes dans les contextes de déplacements internes]* (Global Protection Cluster, 2020).

32 L'équipe de pays des Nations Unies désignée comme point focal pour l'exploitation et les abus sexuels est chargée de coordonner les processus interinstitutions visant à traiter de tels cas d'exploitation et d'abus sexuels. Circulaire du Secrétaire général Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels (2003).



1.3. Principes directeurs pour travailler avec des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels

Les principes de toute prise de décision, interventions et engagement avec les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires sont déjà établis dans les cadres humanitaires.

1. Garantir une approche fondée sur les droits humains, y compris le droit à :

- l'autodétermination, l'autonomie et la capacité d'action ;
- la sûreté, la sécurité et la protection contre la violence ;
- au respect de la vie privée et à la confidentialité ;
- l'égalité et la non-discrimination ;
- au meilleur état de santé possible.

2. Premièrement, ne pas nuire - une approche éthique fondamentale, qui implique de :

- fournir des services sans jugement ni discrimination ;
- agir conformément aux souhaits des personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles ;
- préserver la confidentialité et la vie privée des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ;
- obtenir un consentement éclairé pour toute référence ou service ;
- réfléchir au mal que vos paroles, vos actions et vos attitudes peuvent causer, pour éviter des conséquences négatives.

3. Utiliser des approches de réduction des risques – politiques, programmes et pratiques qui réduisent les impacts négatifs dans les domaines de la santé, social et juridique, notamment :

- l'autonomisation des communautés ;
- services de proximité et éducation communautaires ;
- l'atténuation des risques : promotion de la santé et de la sécurité dans le travail du sexe.

4. **Assurer une action fondée sur des données factuelles** : il existe des données factuelles substantielles de « ce qui fonctionne » pour améliorer la santé et la sécurité des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Une grande partie de ces connaissances est née en dehors du domaine humanitaire.³³ Dans ce guide, les outils et ressources existants – publiés par les partenaires de développement, souvent en collaboration avec des organisations de travailleur(se)s du sexe – sont adaptés aux crises humanitaires.

5. **Assurer une approche de protection communautaire** – y compris à travers une programmation participative et un engagement dirigé par les pairs. L'autonomisation des communautés des personnes qui vendent des services sexuels est une intervention en soi et est également essentielle pour une planification, une mise en œuvre et un suivi efficaces.³⁴ Par exemple, les programmes devraient impliquer des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels en tant qu'éducateurs pairs pour d'autres qui vendent ou échangent des services sexuels. L'autonomisation des communautés implique une

33 OMS, *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives* (Genève, OMS, 2013).

34 Ibid.

appropriation collective qui permet aux individus de travailler ensemble afin d'accroître la sensibilisation, de développer des compétences personnelles et de fournir une assistance mutuelle. Elle reconnaît la capacité des personnes d'agir et de réduire les méfaits, les risques et la vulnérabilité pour elles-mêmes et pour leurs pairs.

- 6. Assurer une approche prenant en compte l'âge, le genre et la diversité (AGD)³⁵** : prise en compte de la diversité des profils et des profils de risque intersectionnels des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Une approche AGD qui prend en compte l'âge, le genre et la diversité, est nuancée et contextuelle, et garantit des services centrés sur les personnes et une action basée sur les besoins. Les programmes devraient inclure un ensemble minimum essentiel de services de santé et de protection, adaptés à la situation, aux besoins, aux valeurs et aux souhaits individuels de chaque personne. Des programmes flexibles garantissent un soutien à un groupe diversifié d'individus, y compris des personnes de genres et de cultures différents. Il est nécessaire d'éviter de faire des suppositions sur les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, et de demander à chaque individu quels sont ses besoins et ses préférences.
- 7. Établir une coordination avec le gouvernement hôte et les autres acteurs communautaires** : explorer et établir des liens avec les acteurs du pays d'accueil ; ouvrir des voies de communication pour établir des réponses coordonnées ; et dresser la cartographie des services, des ressources et des lois régissant le travail du sexe. Consulter et établir des liens avec un éventail de partenaires, y compris le ministère de la Santé du pays ; le Conseil national de lutte contre le sida ; les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires, notamment celles dirigées par l'organisation, les réseaux et les alliés des travailleur(se)s du sexe de la communauté d'accueil ; les prestataires de consultations de SSR ; les « centres d'accueil » des travailleur(se)s du sexe DIC (DIC de l'anglais Drop-in-Center) ; et les prestataires d'aide juridique.

35 HCR *Politique sur l'âge, le genre et la diversité* (Genève, HCR, 2018)

2. Actions et réponses en matière de santé et de protection

Les actions visant à soutenir les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels peuvent être intégrées dans des réponses humanitaires plus larges, ou elles peuvent être mises au point en tant qu'activités, programmes et structures distincts et autonomes. Dans chaque contexte, il est nécessaire de soupeser le pour et le contre de chaque approche - c'est-à-dire que les avantages d'un programme autonome qui se concentre sur des actions spécifiques pour une population particulière (par exemple un accès amélioré, des soins spécialisés et les connaissances et les capacités des prestataires) doivent être mis en balance avec les inconvénients, y compris les dangers d'attirer davantage l'attention sur un groupe stigmatisé, les problèmes de sécurité émergents et les coûts supplémentaires.



2.1. Aperçu

L'objectif primordial de ce guide est d'améliorer la santé, le bien-être et la sécurité des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires. Les objectifs spécifiques peuvent être résumés comme suit :

- Garantir un accès non discriminatoire aux services de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, y compris aux soins et services de SSR en réponse à la violence sexiste (VBG), tels que la santé mentale et le soutien psychosocial (SPSSM) ;
- Réduire la transmission du VIH, des hépatites virales (virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B et virus de l'hépatite C) et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Réduire le nombre de grossesses non désirées ;
- Réduire le besoin d'avortements, prévenir les avortements à risque et assurer les soins post-avortement ;
- Augmenter la survie et améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- Protéger contre la violence, la discrimination, les abus et autres violations des droits humains ;
- Veiller à ce que des soins médicaux et une protection soient disponibles pour les survivants de violence ;
- Améliorer l'autonomisation de la communauté parmi les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ;
- Réduire les risques et les menaces à la sécurité liés à la vente ou à l'échange de services sexuels ;
- Combattre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, et contre leurs familles ;
- Développer les connaissances et les compétences en matière de sécurité et de santé des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ;
- Prévenir, répondre et documenter la violence, y compris les agressions sexuelles ;
- Assurer l'accès à un soutien juridique.

Ce guide reconnaît les défis inhérents à l'aide humanitaire, notamment le travail dans les différentes phases d'une crise - du début et de l'urgence aiguë aux situations prolongées - et dans divers contextes, qui incluent les camps et hors des camps, ainsi que les zones rurales et urbaines. La capacité à mettre au point des réponses spécifiques pour satisfaire les besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires dépend de la disponibilité des ressources, de la volonté des différents acteurs de s'engager et de la capacité de mobiliser et de coordonner les actions des différents intervenants.

Ce guide décrit, par ordre de priorité, les mesures visant à améliorer l'accès aux services de santé et la protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. La plupart des mesures sont pertinentes dans une « réponse minimale ». Cependant, ces mesures initiales peuvent être développées en programmes plus complets dans des situations humanitaires de transition et stabilisées. À titre d'exemple, la disponibilité de préservatifs et de lubrifiants doit être assurée dans tous les contextes à tout moment, indépendamment des programmes de santé. En fonction de la capacité, de la sensibilisation et de la volonté des acteurs, cet approvisionnement initial de préservatifs et de lubrifiants peut évoluer en un engagement actif au côté des communautés, pour identifier des points de distribution

pertinents, promouvoir l'utilisation de préservatifs féminins, promouvoir l'enseignement par les pairs des techniques de négociation des préservatifs, et identifier des points de vente et des canaux de distribution plus diversifiés afin d'améliorer la disponibilité, l'acceptation et l'utilisation.³⁶

Ce guide n'est pas un plan d'intervention ; il présente plutôt une série d'actions visant à répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Il est divisé en sections décrites dans le tableau suivant :

Préparation	Renforcer la sensibilisation des acteurs humanitaires : compréhension des risques et amélioration des attitudes
Réponse	Orientations générales concernant la réponse quant à l'importance de la sensibilisation, du changement d'attitude des acteurs humanitaires et de la lutte contre la stigmatisation ; conseils d'intervention sanitaire pour une action minimale et globale en mettant l'accent sur la SSR ; et conseils de protection pour une action minimale et globale visant à répondre aux besoins de protection

Toutes ces activités doivent être guidées par une approche d'engagement et d'autonomisation communautaires.

36 Note : des sachets de lubrifiant doivent toujours être mis à disposition en même temps que les préservatifs pour les personnes vendant ou échangeant des services sexuels, afin d'assurer une lubrification complète, de réduire l'abrasion vaginale ou anale et de réduire le risque de déchirure du préservatif pendant les rapports sexuels.



2.2. Préparation

Les actions suivantes sont proposées dans un certain ordre, des réponses initiales immédiates minimales aux actions à plus long terme dans des situations plus stables. Sensibiliser les acteurs humanitaires, les membres de la communauté et les prestataires de services concernés est la première et la plus importante des actions et doit se faire dans toutes les situations. La connaissance des circonstances et des besoins de santé et de protection des personnes qui vendent et échangent des services sexuels et de leurs personnes à charge permet et facilite leur accès à des services non discriminatoires. Les actions préparatoires suivantes permettront de mettre au point et de mettre en œuvre des services.

1. **Inclure des programmes pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans les plans d'action humanitaire.** La capacité de répondre en temps opportun aux besoins des personnes qui vendent des services sexuels est directement liée à l'inclusion de ces besoins dans les plans de préparation et d'urgence. Ce faisant, il est important d'impliquer toutes les parties prenantes concernées, y compris les organisations nationales ou locales de travailleur(se)s du sexe, les professionnels de santé des agences de mise en œuvre impliquées dans les soins de SSR, les acteurs de la protection et les représentants des communautés, des groupes de femmes et d'autres populations concernées. Dans la phase de préparation, les professionnel(le)s du sexe devraient être impliqués dans la conduite d'une analyse de situation et d'une évaluation des besoins, adaptée au contexte national.
2. **Se familiariser avec le contexte juridique local.** Cela inclut la connaissance des lois et réglementations locales qui criminalisent ou réglementent la vente de services sexuels, les relations homosexuelles, les relations sexuelles hors mariage, la contraception et l'avortement ainsi que les dispositions légales concernant le dépistage obligatoire du VIH et des IST. Les lois nationales de la communauté d'accueil et de la population touchée peuvent toutes deux être pertinentes. Les dispositions juridiques régionales ou internationales pertinentes doivent également être prises en compte :
 - Consultez des avocats de la communauté d'accueil ou les organisations communautaires locales qui travaillent et assurent la liaison avec les agents des forces de l'ordre. Collaborez avec les acteurs locaux pour comprendre si et comment les lois sont appliquées (par exemple, les pratiques de maintien de l'ordre, d'arrestation, de poursuite et de détention), ainsi que les risques liés à l'application pour les personnes déplacées (par exemple, les risques d'abus en détention, ou de refoulement des personnes arrêtées pour avoir pratiqué la vente ou l'échange de services sexuels).³⁷ Dans la mesure du possible, appliquez une approche de l'analyse tenant compte de l'âge, du genre et de la diversité [par exemple, les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles, transgenres, intersexes et queer (LGBTIQ+), les autochtones ou femmes déplacées peuvent faire face à des risques différents par rapport aux autres personnes déplacées].

37 Le principe de non-refoulement constitue une protection essentielle en vertu du droit international des droits de l'homme, des réfugiés, du droit humanitaire et du droit coutumier. Il interdit aux États de transférer ou de soustraire des personnes à leur juridiction ou à leur contrôle effectif lorsqu'il existe des motifs sérieux de croire que la personne risquerait de subir un préjudice irréparable à son retour, notamment la persécution, la torture, les mauvais traitements ou d'autres violations graves des droits humains. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/GlobalCompactMigration/ThePrincipleNon-RefoulementUnderInternationalHumanRightsLaw.pdf>

- Les informations recueillies lors de l'évaluation initiale des besoins peuvent être utilisées pour élaborer un plan de réponse visant à fournir un soutien juridique à toute personne déplacée arrêtée pour des activités liées à la vente ou à l'échange de services sexuels. Les informations sur la santé et la sécurité fournies aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels doivent inclure des recommandations sur la manière de traiter avec la police ou les responsables de la sécurité des camp. Ces informations doivent être développées d'une manière adaptée au contexte et accessible aux différents groupes de personnes qui vendent ou échangent des services sexuels (par exemple, en tenant compte de la langue, du format et des supports).
- Un certain nombre d'autres lois et directives nationales peuvent être pertinentes, par exemple concernant des actes médicaux particuliers et des situations de violence. Elles incluent la loi sur l'avortement, la contraception (par exemple la nécessité du consentement du mari et les réglementations concernant la stérilisation), les soins médicaux pour les mineurs (assentiment et consentement des parents ou tuteurs), la violence sexuelle - en particulier le viol et d'autres formes de violence (certification médico-légale ou les exigences de déclaration obligatoires). De plus amples informations sur les contraintes et les enjeux juridiques sont disponibles dans les documents de référence fournis dans **l'Annexe 13**.

Considérations juridiques spécifiques concernant les mineurs

- Les directives de l'OMS³⁸ font observer que « la criminalisation du travail du sexe peut avoir un impact particulier sur l'accès aux services de santé pour les jeunes de moins de 18 ans engagés dans le travail du sexe. ... De nombreux régimes juridiques qui criminalisent le travail du sexe poursuivent simultanément non seulement les personnes qui contraignent les mineurs au travail du sexe, mais aussi les mineurs eux-mêmes. La poursuite des personnes de moins de 18 ans en tant que délinquants n'a guère d'autre résultat que de stigmatiser les jeunes et de leur rendre la vie encore plus difficile. En outre, ces directives précisent que « même si le droit international des droits de l'homme, le droit international du travail³⁹ et le droit pénal international⁴⁰ considèrent le recrutement de personnes de moins de 18 ans dans le travail du sexe comme un crime, des millions de jeunes et d'enfants sont engagés dans le secteur du sexe commercial. ... Les stratégies qui offrent une éducation et des moyens alternatifs de gagner leur vie aux personnes de moins de 18 ans qui se livrent au travail du sexe sont les plus susceptibles d'être productives. » Dans les crises humanitaires, la priorité est de répondre aux besoins immédiats de santé et de protection des jeunes qui vendent des services sexuels, y compris de ceux qui ont choisi de continuer à vendre des services sexuels.⁴¹ Les interventions de diversion peuvent être considérées comme des réponses secondaires au cas par cas, en fonction de l'âge et des préférences de la personne et des options concernant les sources de soutien.
- Les mineurs qui vendent ou échangent des services sexuels ont le droit d'être protégés contre les poursuites pénales, la violence exercée par les forces de l'ordre et la « réadaptation » ou la détention arbitraires.⁴² Un certain nombre de recommandations sont disponibles concernant le travail avec les jeunes qui vendent du sexe et peuvent être intégrées dans les réponses humanitaires. Elles incluent le besoin de soins de SSR

38 WHO, *Sexual Health, Human Rights and the Law* (Genève, OMS, 2015), pp. 28–29.

39 OIT, *Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail*. (Genève, OIT, 1999), « l'utilisation, le recrutement ou l'offre d'un enfant à des fins de prostitution, de production de matériel pornographique ou de spectacles pornographiques ». Disponible à https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO::P12100_ILO_CODE:C182.

40 Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/54/263, <https://undocs.org/fr/A/RES/54/263>

41 WHO, *HIV and Young People Who Sell Sex* (Genève, OMS, 2015).

42 Ibid.

complets et adaptés aux jeunes et soulignent l'importance de l'éducation par les pairs. Il est de la responsabilité du prestataire de services de respecter les opinions de chaque enfant et de reconnaître sa capacité évolutive à exercer ses droits en son propre nom, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de l'accès des mineurs au dépistage et au traitement du VIH, à la contraception et à d'autres traitements médicaux auxquels un mineur peut souhaiter accéder sans dépendre du consentement des parents. Ces questions doivent être examinées dans le cadre de la discussion politique nationale et du plaidoyer connexe, en donnant toujours la priorité à la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

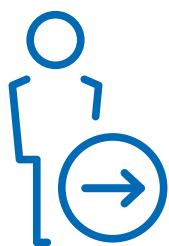
3. Cartographier et consulter les partenaires locaux de la communauté d'accueil. Identifier tous les acteurs locaux⁴³ qui peuvent être impliqués ou exercer une influence dans le domaine de la santé et de la protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Inclure les organismes gouvernementaux nationaux et locaux, les ONG, les organisations communautaires et les prestataires de services ayant une expertise dans le travail avec les populations clés.

- Associez-vous aux acteurs locaux pour aider à améliorer la capacité de la population concernée à répondre à une crise humanitaire. Cela nécessite une compréhension des besoins à la fois de l'ensemble de la population et en particulier de ceux qui vendent ou échangent des services sexuels. La dynamique locale au sein de la communauté d'accueil peut influencer de manière marquée les risques et défis potentiels. Des consultations initiales peuvent avoir lieu lors de la cartographie des services, des ressources et des lois existantes régissant le travail du sexe, afin d'identifier les sources locales potentielles de soutien ainsi que les risques de violence.
- Identifiez des partenaires pour fournir des services spécifiques de santé et de protection aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Cela peut inclure certains partenaires opérationnels et d'exécution du HCR et du UNFPA, ainsi que d'autres organisations locales. Les partenaires potentiels potentiels peuvent, au départ, ne pas avoir une compréhension ou une capacité complète, ou être entièrement favorables au travail avec des personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles. Ces partenaires peuvent être invités à participer à des ateliers de clarification des valeurs afin qu'ils soient sensibilisés avant l'engagement formel. Tous les partenaires doivent accepter les principes directeurs reflétés dans ce guide et se conformer à un code de conduite conforme aux principes humanitaires. Une fois en place, le suivi peut identifier les services qui peuvent être évités, sous-utilisés ou qui présentent des soins de mauvaise qualité, y compris l'attitude négative des prestataires et la violation de la confidentialité. Des groupes de discussion réguliers peuvent aider à construire une compréhension qualitative de ces difficultés.

43 Les groupes et institutions locaux concernés comprennent : les ministères nationaux de la santé ; les équipes de prévention et de traitement du VIH/IST ; les ONG alliées des travailleur(se)s du sexe ; les cliniques locales de SSR ; les centres d'accueil pour professionnel(le)s du sexe ; les cliniques de santé ou les organisations communautaires travaillant avec ou dirigées par les réseaux de travailleur(se)s du sexe de la communauté hôte, les prestataires d'aide juridique et les groupes de défense des droits humains.

4. Mettre en place des stocks tampons de fournitures médicales et redistribuer les fournitures dans les zones qui en ont le plus besoin.⁴⁴ Apportez un soutien pour le transport et les achats d'urgence afin d'assurer la disponibilité des médicaments et des produits de base dans les crises humanitaires. Dans les situations d'urgence aiguë, lorsqu'aucun stock tampon n'est en place, assurez-vous que les besoins des personnes engagées dans l'échange ou la vente de services sexuels sont pris en compte dans les commandes d'approvisionnement d'urgence tels que préservatifs, lubrifiant, traitement contre les infections sexuellement transmissibles (IST), médicaments antirétroviraux (ARV) – pour la prophylaxie avant et après exposition (respectivement PPE et PPE) et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et les kits de démarrage de thérapie antirétrovirale (TARV), les services de dépistage du VIH et les services/produits de prévention combinés.

44 Les fournitures essentielles pour les personnes qui vendent des services sexuels comprennent des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants, d'autres formes de contraception moderne, des kits de test de séropositivité et de TARV, d'autres kits de test et traitements d'IST, la PPE, la PPE et la prophylaxie des IST et des produits de soins post-avortement.



2.3. Réponse générale

2.3.1. SENSIBILISER AUX RISQUES ET AMÉLIORER LEUR COMPRÉHENSION

Un dialogue ouvert est nécessaire entre les acteurs de la santé et de la protection pour le partage d'informations, d'expériences, de conseils et d'outils de mise en œuvre. Voici les principales approches à adopter :

- Lors des réunions d'équipe, soulevez la question des besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels et discutez de cette question avec d'autres acteurs lors des réunions de coordination de secteur ou de camps. Ces discussions peuvent aider à identifier d'autres personnes qui souhaitent s'impliquer. Elles permettent également de prendre en considération les contextes locaux spécifiques et les difficultés auxquelles se heurtent les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Une courte présentation formelle avec des faits et des chiffres peut aider à préparer le terrain. Cette présentation doit être mise à disposition sur papier ou via un lien Internet.
- Sensibilisez un large éventail d'acteurs aux droits et aux besoins des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels et aux difficultés sociales et économiques que rencontrent les personnes lors d'une crise humanitaire. Cela inclut de parler avec :
 - des membres de la communauté représentant des points de vue divers et différents, y compris des femmes leaders et d'autres membres influents de la communauté et des leaders locaux (par exemple des chefs religieux locaux), des commandants militaires, des chefs de la police et d'autres membres de la communauté ;
 - des volontaires et des travailleurs communautaires ;
 - des agents de sécurité, y compris la police.

Ces acteurs seront essentiels pour permettre et créer le changement (c'est-à-dire briser le silence et changer les attitudes de la communauté). Les sujets couverts devraient inclure 1) les principes de réduction des risques ;⁴⁵ 2) les droits humains – tels que le droit à la vie privée, à accéder aux services de santé et de protection et à vivre à l'abri de la violence et de la discrimination ; 3) la prévention et l'atténuation des risques pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ; 4) les pratiques de sécurité qui ont un impact sur les droits humains ; et 5) le rôle du personnel de sécurité dans la prévention du VIH.⁴⁶

Rassemblez différents partenaires pour discuter, identifier et convenir des situations locales où les besoins urgents en matière de santé et de protection doivent être traités. Bien qu'une action globale puisse ne pas être possible au début d'une urgence ou dans certains contextes à faibles ressources, tous les acteurs doivent répondre aux besoins urgents de santé et de protection. Les acteurs clés, les contacts et les mécanismes d'orientation doivent être établis à l'avance, en tenant compte des situations spécifiques des personnes qui vendent ou

45 Voir les commentaires connexes sous le point ci-dessus « 2.2.3. Cartographier et consulter les partenaires locaux de la communauté d'accueil.

46 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Training Manual for Law Enforcement Officials on HIV Service Provision for People Who Inject Drugs – Module 3 Overview of the Role of Police in Public Health and the Importance of Working with Key Populations* [Manuel de formation à l'intention des responsables de l'application des lois sur la prestation de services liés au VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues – Module 3 Aperçu du rôle de la police en santé publique et de l'importance de travailler avec les populations clés] (Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemannual/LE_Manual_presentations_and_annexes.pdf.

échangent des services sexuels. Des procédures opérationnelles standard pour faire face aux menaces et à la violence devraient être élaborées afin d'encadrer les interventions.

Le projet Masisi, République démocratique du Congo (2014-2015) – Une étude de cas du HCR

Rappel : Plus de 20 ans d'instabilité et de conflit ont entraîné d'importants déplacements de population au Sud-Kivu, en République démocratique du Congo (RDC). À Masisi, les personnes déplacées à l'intérieur du pays vivaient dans quatre camps de personnes déplacées.

Une enquête menée par le HCR auprès d'un échantillon aléatoire de 582 femmes et filles déplacées âgées de 15 à 49 ans en décembre 2013 a révélé que :

- 33% des mineurs et 48% des femmes adultes avaient eu des relations sexuelles contre de l'argent au cours des trois derniers mois
- 37% des femmes/filles avaient été agressées sexuellement au cours des 12 derniers mois : 44% par une personne inconnue, 27% par un client durant l'exercice du commerce du sexe et 13% par un partenaire intime
- 13% des femmes/filles ont eu de quatre à dix partenaires au cours des trois derniers mois, dont 38% n'ont jamais utilisé de préservatif.

Approche : Le projet avait pour objet de répondre aux besoins médicaux et de protection ainsi qu'aux droits des femmes échangeant des rapports sexuels contre de l'argent. Il visait à contribuer à la réduction de la transmission du VIH et des IST, à réduire le nombre de grossesses non désirées, à promouvoir le respect des droits humains des professionnel(le)s du sexe et à réduire les violences sexuelles. Le projet a utilisé une approche systématique, étape par étape, qui se présentait comme suit :

1. Évaluation initiale ;
2. Création d'une équipe multisectorielle ;
3. Formation et communication avant le projet pour renforcer la sensibilisation et l'appropriation parmi les parties prenantes ;
4. Identification et cartographie des zones sensibles et des effets boule de neige ;
5. Profilage et plans individuels de réduction des risques ;
6. Mobilisation des professionnel(le)s du sexe pour assurer le leadership, la conception et le soutien par les pairs (inclusion dans l'équipe multisectorielle) ;
7. Renforcement des services (SSR, VIH, VBG, SPS (support psycho-social), protection, référence) ;
8. Orientation vers les acteurs de la protection des enfants en situation d'exploitation ;
9. Suivi et évaluation.

Résultats : Un système de collecte de données de routine a été mis en place au début du projet. L'analyse des données recueillies entre décembre 2013 et décembre 2014 a révélé les résultats suivants (n = 880 femmes qui vendent des services sexuels) :

- 68 (7%) ont reçu une prophylaxie post-exposition après un viol au cours de la première année du projet ;
- 83 (9,4%) ont reçu une contraception d'urgence ;
- Aucune séroconversion au VIH n'a été observée parmi les participants au programme ;
- 100% ont assisté à leur bilan de santé génésique trimestriel en temps opportun.

Conclusions :

- Le langage et les attitudes des prestataires de services et des autres intervenants peuvent être critiques ou inappropriés. Prendre le temps d'expliquer la démarche et d'obtenir l'adhésion des prestataires avant de démarrer le projet est essentiel pour une approche coordonnée et respectueuse.
- Les travailleur(se)s du sexe prennent des risques en participant au programme parce qu'ils sont plus visibles, ce qui peut entraîner des discriminations et des violences à leur encontre ou à l'encontre de leurs enfants. Tout doit être fait pour protéger leur anonymat et leur sécurité, avec le soutien des prestataires de soins de santé, de la police et des enseignants (par exemple, tenue de dossiers en toute sécurité, sessions en petits groupes, utilisation de différents espaces de réunion).
- Les clients sont souvent violents et refusent fréquemment d'utiliser des préservatifs. Restaurer la dignité et renforcer les mécanismes de soutien parmi les femmes qui vendent des services sexuels est la première étape pour réduire la VBG contre les professionnel(le)s du sexe et pour garantir l'utilisation de préservatifs. L'approche de la programmation dirigée par les travailleur(se)s du sexe, associée à un soutien psychologique et à une éducation ou à la communication d'informations sur les droits des femmes, est une stratégie essentielle.
- Les enfants victimes d'abus sexuels, les enfants en situation d'exploitation et les enfants de professionnel(le)s du sexe sont en grand danger et nécessitent des interventions rapides. Les programmes de santé et de protection devraient inclure des mécanismes d'orientation et des interventions ciblant ces enfants.
- L'autonomisation et la mobilisation des femmes qui vendent du sexe et leur soutien pour diriger le projet ont abouti à des solutions appropriées et innovantes (par exemple, travailler avec les enseignants et les acteurs de la protection de l'enfance pour mettre fin au harcèlement des enfants des travailleur(se)s du sexe et éviter l'abandon scolaire chez les filles qui sont en situation d'exploitation).

2.3.2. AMÉLIORER LES ATTITUDES ET RÉDUIRE LA STIGMATISATION

La stigmatisation est l'un des principaux moteurs de la violence et de la discrimination à l'encontre des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.⁴⁷

Non seulement les femmes qui vendent des services sexuels, mais aussi les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), ainsi que les personnes transgenres engagées dans le travail du sexe, peuvent être confrontés à une double stigmatisation, ainsi qu'à la criminalisation, et ils se révèlent particulièrement vulnérables à différentes formes de violence, de discrimination et d'abus. Pour améliorer les attitudes, assurer le respect, la dignité et ne pas nuire, un certain nombre d'actions de base peuvent être envisagées :

- Organisation de courtes sessions de formation pour partager des informations sur les circonstances et les besoins de toutes les personnes vendant ou échangeant des services sexuels, et suggestion de stratégies pour répondre à leurs divers besoins ;
- Établissement de normes de formation minimales pour sensibiliser, clarifier les valeurs et développer des attitudes de soutien et non stigmatisantes parmi le personnel de santé et de protection ;
- Fourniture d'outils, de conseils et d'exercices de manière structurée afin d'aider les acteurs à reconnaître comment leurs valeurs et attitudes influencent leur prise de décision, leurs actions (et leurs inactions) envers les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ;
- Des outils de clarification des valeurs et de transformation des attitudes (CVTA) ont été mis au point pour d'autres problèmes qui créent la stigmatisation et la discrimination.⁴⁸ Par exemple, des conseils spécifiques sont disponibles pour une prise en charge globale des groupes minoritaires tels que les personnes transgenres.⁴⁹ Ces outils et approches peuvent être adaptés pour réfléchir aux valeurs et aux attitudes des acteurs vis-à-vis des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels et les clarifier ;
- Aider les participants à reconnaître que les préjugés conscients et inconscients influencent leurs attitudes et leurs valeurs. La formation peut porter sur la réalisation d'évaluations objectives des besoins, les approches positives et sans jugement, la garantie d'une disposition professionnelle pour aider les autres, les attitudes affichées lors des interactions et des conversations, et la nécessité de prendre au sérieux les signalements de violence ;
- Ouvrir des dialogues à tous les niveaux pour identifier les défis spécifiques et les stratégies pour y faire face : entre les acteurs humanitaires, avec les prestataires de soins de santé et le personnel de protection, avec les dirigeants communautaires et au sein des communautés ainsi qu'avec les professionnel(le)s du sexe eux-mêmes.

47 Mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH/IST avec les travailleur(se)s du sexe (SWIT)

48 Ressource recommandée : IPAS, <https://www.ipas.org/resource/transformation-des-attitudes-face-a-lavortement-trousse-a-outils-de-clarification-des-valeurs-destinee-aux-professionnels-de-humanitaire/>

49 USAID, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), OMS, Asia Pacific Transgender Network et Health Policy Network, *Blueprint for the Provision of comprehensive care for trans people and trans communities in Asia and the Pacific [Plan directeur pour la fourniture de soins complets aux personnes transgenres et aux communautés transgenres en Asie et dans le Pacifique]* (New York, PNUD, 2010).



2.4. Réponse sanitaire

2.4.1. SERVICES DE SANTÉ INITIAUX MINIMAUX

Cette section résume les réponses prioritaires en matière de santé pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des crises humanitaires. Des conseils techniques sont développés ci-dessous et doivent être accompagnés d'un examen spécifique des éléments suivants :

- **Nécessité d'un accès non discriminatoire à tous les services de santé.** La sensibilisation de tous les acteurs de la santé est nécessaire pour assurer la prestation de services de santé non stigmatisants/non discriminatoires à toutes les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, ainsi qu'à celles perçues comme telles et leurs personnes à charge.
- **Garantir l'accès aux fournitures médicales nécessaires et à une chaîne d'approvisionnement opérationnelle.** Identifier les besoins supplémentaires en fournitures médicales et convenir des mécanismes d'approvisionnement et de la chaîne d'approvisionnement. Reportez-vous aux directives du UNFPA pour les fournitures de santé reproductive dans les crises humanitaires.⁵⁰
- **Assurer une capacité clinique adéquate des prestataires de services de santé.** Identifier et répondre aux besoins de formation et de soutien.
- **Identifier des mécanismes d'orientation spécifiques.** Impliquez les personnes qui vendent et échangent des services sexuels en tant qu'éducateurs pairs et intervenants dans l'élaboration de mécanismes d'orientation, et recueillez des commentaires pour surveiller en permanence l'acceptation et l'utilité de ces mécanismes tout en garantissant des réponses à toutes les contributions reçues.

Préservatifs et lubrifiants à base d'eau

L'utilisation correcte et systématique du préservatif est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission sexuelle du VIH et d'autres IST parmi les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, leurs clients et leurs autres partenaires sexuels. Les préservatifs contribuent également à éviter les grossesses non désirées.

Les préservatifs masculins et féminins et le lubrifiant doivent être exposés ouvertement et disponibles gratuitement dans les lieux publics, les établissements de santé, les installations sanitaires et autres endroits pratiques. Les préservatifs et le lubrifiant doivent être conformes aux spécifications du UNFPA/OMS (c'est-à-dire être à base d'eau) et il est préférable de les emballer et de les distribuer ensemble. Les prestataires de soins de santé et les pairs éducateurs ont besoin d'informations sur l'utilisation correcte des préservatifs masculins et féminins s'ils veulent être en mesure d'accroître la sensibilisation et d'enseigner les préservatifs. Les préservatifs féminins devraient également être inclus dans l'achat et la programmation de préservatifs dans des environnements stables, ainsi que là où les préservatifs féminins étaient

50 Guide du UNFPA à l'adresse : <https://www.unfpaprourement.org/humanitarian-supplies>.

utilisés avant le développement de la situation humanitaire actuelle.⁵¹ Les caractéristiques et avantages distincts des préservatifs féminins peuvent être mis en valeur :

- Contrairement au préservatif masculin, le préservatif féminin est inséré à l'intérieur de la femme et peut être inséré avant le rapport sexuel ;
- Il peut être utilisé lorsque les clients ne peuvent pas maintenir une érection ;
- L'utilisation du préservatif féminin nécessite moins de coopération de la part du partenaire sexuel ;⁵²
- Il augmente le choix et accorde aux femmes un plus grand contrôle.

Tout en garantissant un accès facile aux préservatifs, il est également important de protéger la vie privée et la confidentialité des personnes, et tout obstacle potentiel à l'accès doit être anticipé (par exemple, emplacement facilement observable, heures d'accès restreintes et toute exigence d'identification).

Tous les préservatifs masculins et féminins sont des produits à usage unique et ne doivent jamais être réutilisés. Les préservatifs masculins et féminins ne doivent pas être utilisés en même temps, en raison du risque de rupture par friction.

Des messages de communication personnalisés doivent être élaborés et diffusés auprès des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels pour réduire les obstacles à l'utilisation du préservatif. Les personnes qui font le commerce du sexe devraient :

- pouvoir prendre autant de préservatifs et de lubrifiants que nécessaire ;
- être informées sur l'utilisation correcte et cohérente des préservatifs masculins et féminins avec lubrifiant ;
- être informées de l'endroit où trouver des préservatifs et des lubrifiants ;
- savoir comment utiliser et éliminer les préservatifs en toute sécurité ainsi qu'être informées sur l'utilisation du bon type de lubrifiant, et sur la manière d'éviter les lubrifiants à base d'huile et les substances qui affaiblissent les préservatifs en latex.

Prophylaxie pré-exposition au VIH

La PPE est l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir l'acquisition du VIH par des personnes qui ne sont pas infectées mais qui sont à « risque substantiel », y compris les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.⁵³ Dans le cadre d'approches combinées de prévention du VIH, il est recommandé que la PPE contenant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) soit proposée à toutes les personnes présentant un risque substantiel d'infection par le VIH y compris pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.⁵⁴ Comme la PPE pour les personnes à risque fait de plus en plus partie des programmes nationaux, les personnes touchées par les urgences humanitaires peuvent déjà être sous PPE, et la poursuite de la PPE doit être assurée.

51 *Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, chapitre « Dispositif minimum d'urgence (DMU) », p. 40.

52 SWIT, chapitre 4 : « Promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants » p. 86.

53 Le « risque substantiel » est défini comme une incidence du VIH supérieure ou égale à 3 pour 100 personnes-années.

54 WHO *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection – Recommendations for a Public Health approach [Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH – Recommandations pour une approche de santé publique]* – Deuxième édition (Genève, OMS, 2016).

Prophylaxie post-exposition (HIV)⁵⁵

Le TAR pour la PPE doit être proposé et initié le plus tôt possible chez toutes les personnes exposées à un risque de transmission du VIH (par exemple, rapports sexuels non protégés avec un partenaire sexuel dont le statut VIH est inconnu, pénétration cutanée avec utilisation de matériel d'injection non stérilisé ou exposition professionnelle). Le traitement PPE doit être commencé le plus tôt possible et pas plus de 72 heures après l'exposition.

La PPE n'est pas nécessaire pour les personnes qui ont déjà fait l'objet d'un diagnostic d'infection à VIH et qui reçoivent un TAR.

L'utilisation répétée de la PPE n'est pas contre-indiquée ; cependant, il existe de meilleures stratégies de protection, en particulier l'utilisation du préservatif, les programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues et potentiellement la PPE (voir « Prophylaxie pré-exposition au VIH »). Bien que le dépistage du VIH ne soit pas obligatoire, il peut être réalisé, si la personne exposée le souhaite.

Dans la plupart des contextes, les protocoles de PPE nationaux seront disponibles et devraient être utilisés comme référence. Si les directives nationales ne sont pas disponibles, reportez-vous aux directives internationales. Les recommandations pour le TAR, y compris pour la PPE, sont souvent mises à jour : à l'heure actuelle, les directives générales suivantes⁵⁶ sont validées par l'OMS. Les directives de l'OMS à jour doivent être vérifiées lors de l'élaboration de protocoles.

Le régime de PPE comprend :

- Un traitement de 28 jours avec au moins deux et de préférence trois ARV, tel que recommandé après évaluation des risques ;
- Conseils d'observance renforcés pour toutes les personnes qui commencent la PPE au VIH (voir **Annexe 1**).

Contraception

Outre l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins pour prévenir le VIH, d'autres IST et la grossesse, une protection supplémentaire contre les grossesses non désirées peut être nécessaire au moyen d'une autre méthode contraceptive moderne. Une double protection (en utilisant des préservatifs et une autre méthode moderne) est recommandée car : 1) les préservatifs sont moins systématiquement utilisés avec des partenaires intimes ou des conjoints qu'avec d'autres partenaires ou clients ; et 2) les préservatifs nécessitent une utilisation constante au moment des rapports sexuels et une pleine collaboration avec le partenaire sexuel. De plus, les préservatifs ont un taux d'échec relativement élevé lorsqu'ils sont utilisés comme seule méthode contraceptive.⁵⁷ La contraception à action prolongée réversible (LARC) enregistre les plus bas taux d'échec, les contraceptifs hormonaux injectables (intramusculaires ou sous-cutanés) étant considérés comme les plus discrets.

55 WHO, *Consolidated Guidelines on the Use of ARV Drugs for Treating and Preventing HIV Infection [Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments ARV pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH]* (Genève, OMS, 2016).

56 *Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, chapitre « DMU », pp. 32-33

57 Le taux d'échec est généralement de 13% pour les préservatifs masculins et de 21% pour les préservatifs féminins. CDC, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>. Tableau d'efficacité contraceptive <http://www.contraceptivetechnology.org/the-book/take-a-peek/contraceptive-efficacy/>

Assurez la disponibilité d'une gamme de méthodes contraceptives réversibles à action prolongée et de courte durée [y compris les préservatifs masculins et féminins et la contraception d'urgence (CU)] dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande.⁵⁸ Un aperçu des méthodes et de leur efficacité est présenté dans **Annexe 2**.

La CU devrait être disponible partout et offerte à toute femme ou fille en âge de procréer qui se présente avec des inquiétudes à la suite de relations sexuelles non protégées. La contraception d'urgence ne doit pas être réservée uniquement aux victimes de viol. Elle n'a pas d'effets secondaires et peut être utilisée plusieurs fois si nécessaire ; cependant, en cas de risque continu de grossesse, des méthodes plus efficaces sont recommandées. La contraception d'urgence orale ne nuit pas à une grossesse établie et peut être utilisée sans test de grossesse préalable. Il est préférable qu'elle soit prise dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé, mais elle peut être utilisée jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé avec une efficacité réduite.

Comme alternative à la CU orale, le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) peut également être utilisé jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé. S'il est choisi, le DIU comportant du cuivre peut alors être conservé par une femme en tant que contraception réversible à action prolongée. Le DIU au cuivre peut être laissé en place jusqu'à 10 ans ; il peut également être retiré à tout moment si la patiente le souhaite, avec un retour immédiat de la fertilité. Il est nécessaire d'exclure une grossesse en cours et de traiter toute infection de l'appareil reproducteur ou IST avant de placer un DIU au cuivre. Les DIU à action hormonale (ne contenant pas de cuivre) ne sont pas indiqués comme contraception d'urgence. Si les directives actuelles appellent à la prudence concernant l'utilisation des DIU chez les femmes à risque élevé d'IST, elles reconnaissent également que toutes les femmes qui vendent ou échangent des services sexuels ne partagent pas les mêmes situations de vie et les mêmes risques d'IST. C'est pourquoi le DIU reste une option viable pour certaines femmes, même si elles ne s'identifient pas comme professionnelles du sexe. Dans de tels cas, l'utilisation d'un DIU doit être envisagée en étroite consultation avec un prestataire de soins de santé qualifié, en tenant compte des risques d'IST de la femme et d'autres facteurs pertinents.⁵⁹ Pour toutes les méthodes de contraception, recherchez l'élimination des obstacles à leur utilisation, y compris le coût et toute exigence d'autorisation de tiers.⁶⁰

Prise en charge des complications de l'avortement

Les complications de l'avortement sont l'une des quatre principales causes de mortalité maternelle directe dans le monde.⁶¹ Les complications de l'avortement sont considérées comme des urgences obstétricales et doivent être traitées en conséquence. En priorité, le personnel de santé doit être formé à la prise en charge clinique des complications liées à l'avortement. Cette formation doit s'accompagner d'une clarification des valeurs et d'un

58 Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, chapitre « DMU », pp. 50-51.

59 Lisa Dulli, Samuel Field, Rose Masaba et John Ndiritu, "Addressing broader reproductive health needs of female sex workers through integrated family planning/HIV prevention services – a non-randomized trial of a health-services intervention designed to improve uptake of family planning services in Kenya" [Répondre aux besoins plus larges en matière de santé reproductive des travailleur(se)s du sexe grâce à des services intégrés de planification familiale/prévention du VIH : un essai non randomisé d'une intervention de services de santé conçue pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale au Kenya], *PLOS UN*, vol. 14, n° 7 (juillet 2019).

60 OMS, *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception* (Genève, OMS, 2014).

61 OMS, « Mortalité maternelle ». Disponible à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

changement d'attitude afin de garantir la non-discrimination des patientes et la prise de conscience des préjugés potentiels des prestataires qui peuvent influencer le jugement et l'action cliniques. Le personnel doit être conscient de ses responsabilités professionnelles à l'égard des femmes et des filles présentant des complications liées à l'avortement, y compris leur responsabilité de protéger le secret médical. Dans la plupart des contextes, des protocoles nationaux seront disponibles et devraient être utilisés comme référence. Si des directives nationales ne sont pas disponibles, reportez-vous aux directives internationales.

Prise en charge clinique du viol

Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont particulièrement vulnérables à la violence, y compris la violence sexuelle, en raison de la stigmatisation par la discrimination et de leur isolement fréquent. Elles ont besoin des mêmes soins cliniques que n'importe quelle autre victime de viol, y compris de la compassion, une écoute active, une attitude professionnelle, des soins cliniques et des mesures de protection. La gestion clinique du viol utilise une approche centrée sur la victime et suit les principes directeurs de sécurité, de respect, de confidentialité et de non-discrimination.⁶² L'exigence légale de déclaration obligatoire doit être soigneusement évaluée car elle peut potentiellement causer des dommages supplémentaires aux survivants, plutôt que constituer une mesure de protection.

Les soins cliniques pour les survivants de viol ou de violence conjugale visent à répondre aux besoins physiques et psychologiques qu'un survivant peut ressentir après une agression, et à fournir le traitement nécessaire pour prévenir les conséquences à long terme sur la santé, y compris le traitement des blessures, la prévention du tétanos, la prévention du VIH et du VHB, le traitement présomptif des IST et la prévention des grossesses non désirées. Le soutien psychosocial (SPS) fait partie intégrante de la prise en charge clinique du viol : tous les prestataires de soins de santé doivent être familiarisés avec les premiers secours psychologiques.

Dans la plupart des lois nationales, le viol est considéré comme un crime et le survivant a droit à un certificat médico-légal. Les directives sur les personnes qualifiées pour remplir et signer ce certificat varient d'un contexte à l'autre, mais, en cas de doute, un certificat standard doit être rempli, signé et mis à la disposition du survivant pour justifier d'éventuelles futures réclamations. Une copie du certificat doit être conservée dans un endroit sûr et confidentiel, généralement dans l'établissement de santé.

Outre les besoins de santé immédiats et à plus long terme, y compris la SMSPS, les survivants de viol peuvent avoir d'autres besoins, notamment un endroit sûr, une protection, un soutien juridique et des actions pour améliorer la résilience grâce à une formation à la sécurité et au renforcement des compétences.⁶³

Les prestataires de soins de santé doivent assurer la sécurité immédiate des survivants de viol (comme pour toute autre personne survivant à des violences). Cela peut être fait en utilisant des mécanismes d'orientation établis vers d'autres acteurs fiables ou en proposant une hospitalisation jusqu'à ce que des soins plus adaptés puissent être trouvés. Toute action, qu'il s'agisse de soins de santé immédiats ou de références, nécessite que le patient soit

62 *Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, chapitre « DMU », p. 24-25.

63 *Directives relatives à la gestion inter-agence des cas de violence basée sur le genre* -, Comité permanent interorganisations 2017.
<https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>

pleinement informé des options et des alternatives et qu'il y consente.⁶⁴ Dans le cas des enfants et en l'absence de représentant légal ou lorsque la bonne volonté du représentant légal est mise en doute, les agents de santé s'engagent à agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant.⁶⁵

Dans la plupart des contextes, des protocoles nationaux seront disponibles et devraient être utilisés comme référence. Si des directives nationales ne sont pas disponibles, reportez-vous aux directives internationales. Les recommandations sont souvent mises à jour - les dernières directives de l'OMS, du UNFPA et du HCR sont les suivantes : *Clinical Management of Rape Survivors and Intimate Partner Violence [Prise en charge clinique des survivants de viol et de violence entre partenaires intimes]*.⁶⁶ Les directives actualisées doivent être vérifiées lors de l'élaboration de protocoles locaux.

Remarque : les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels peuvent être soumises à d'autres formes de VBG. Les hommes homosexuels, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres qui vendent des services sexuels peuvent être particulièrement vulnérables à la discrimination et aux abus en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité ou expression de genre. De plus amples détails sur les différentes formes de VBG et les actions connexes sont fournis dans la **section 2.5**.

Soins de santé maternelle (soins prénatals et postnatals et soins obstétricaux et néonataux d'urgence)

Les mécanismes d'accès à tous les soins maternels, obstétricaux et néonataux d'urgence doivent être identifiées et les services connexes doivent être soutenus pour garantir un meilleur accès aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Veuillez vous reporter au *Manuel de terrain interorganisations pour la santé reproductive en situations de crise humanitaire*⁶⁷ pour plus d'informations.

Gestion des infections sexuellement transmissibles

Il est important que les personnes qui vendent des services sexuels sachent reconnaître les symptômes des IST et recherchent des soins de santé liés aux IST. La prise en charge syndromique des IST est une composante du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise, mis en œuvre dans de nombreux pays où les services de laboratoire ne sont pas disponibles ou où cette approche est considérée comme la plus rentable. La gestion syndromique utilise un algorithme fondé sur les symptômes et les signes cliniques autodéclarés par chaque patient (par exemple, douleurs abdominales basses, ulcères génitaux, écoulement urétral ou vaginal, ulcère ou écoulement anorectal) pour identifier le ou les traitements les plus probables nécessaires. Cette approche permet

64 Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, *Directives, principes directeurs et approches en matière de violence sexiste* (New York, Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires), 2015, p. 45-47.

65 HCDH, Convention sur les droits de l'enfant (article 3) : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. » « Évaluer l'intérêt supérieur d'un enfant signifie évaluer et équilibrer tous les éléments nécessaires pour prendre une décision dans une situation spécifique pour un enfant particulier ou un groupe d'enfants » (Genève, HCDH, 1989).

66 OMS, UNFPA et HCR, *Clinical Management of Rape and Intimate Partner Violence [Prise en charge clinique du viol et de la violence entre partenaires intimes]* (Genève, OMS, 2020).

67 Groupe de travail interinstitutions sur la santé génésique en cas de crise, *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (Groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en cas de crise, 2018).

une consultation à guichet unique sans avoir besoin de laboratoire. Les antibiotiques recommandés par l'OMS pour le traitement syndromique des IST⁶⁸ sont disponibles dans les kits de santé reproductive inter-institutions. Étant donné qu'il est largement recouru à l'approche syndromique, des protocoles nationaux sont également susceptibles d'être disponibles. Lorsque des services de pathologie des IST sont disponibles, un diagnostic étiologique des IST peut être proposé, par exemple lorsque des réfugiés individuels ou des installations de réfugiés sont situés dans des centres urbains ou à proximité de ces derniers.

Traitement présomptif périodique des infections sexuellement transmissibles

Dans les endroits où la prévalence des IST est élevée (p. ex. > 15 % de gonorrhée ou de chlamydia) et les services de santé limités, un traitement présomptif périodique (TPP) pour les IST courantes peut être proposé aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Cela devrait toujours avoir lieu sur une base volontaire et offert uniquement comme mesure d'urgence à court terme.⁶⁹ Le traitement présomptif peut commencer le même jour que la CU et la PPE pour le VIH. En outre :

- Le TPP doit toujours être libre, volontaire, avec un consentement éclairé et confidentiel, et doit s'accompagner de conseils, y compris sur les effets secondaires potentiels du TPP ;
- Le TPP doit faire partie de soins de SSR plus complets (y compris l'autonomisation de la communauté, la sensibilisation des pairs et l'amélioration des compétences de promotion et de négociation du préservatif). Le TPP ne peut être qu'une mesure temporaire pendant que les services de lutte contre les IST sont développés ;
- Il convient d'assurer un suivi permanent des avantages et des inconvénients éventuels que les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels pourraient tirer de l'offre de TPP ;
- Le TPP doit être arrêté dès que possible, et après six mois maximum, même si la prévalence n'a pas diminué, car d'autres mesures doivent alors être en place pour prévenir et maintenir le contrôle des IST.⁷⁰

Dans la plupart des contextes, des protocoles nationaux seront disponibles et devraient être utilisés comme référence. Si des directives nationales ne sont pas disponibles, reportez-vous aux directives internationales. Les traitements actuellement recommandés pour les IST courantes sont indiqués en **Annexe 4**. Si d'autres IST sont également répandues dans la région (comme le chancre mou), un traitement présomptif de ces infections doit également être administré. Les directives de l'OMS incluses dans le présent document constituent la dernière version, mais les recommandations sont souvent mises à jour. Il convient de vérifier les dernières directives de l'OMS lors de l'élaboration des protocoles.

68 Groupe de travail interinstitutions sur la santé génésique en situations de crise, *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en cas de crise humanitaire*, chapitre "DMU", p. 30, tableau 3.2.

69 Voir SWIT chapitre 5 : « Services médicaux ».

70 Par le passé, les travailleur(se)s du sexe ont signalé que les risques potentiels du TPP l'emportaient sur les avantages. Il devrait y avoir une surveillance continue des dommages possibles que les personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles peuvent subir. Le TPP ne doit être proposé qu'avec toutes les informations pertinentes, et doit être volontaire et non imposé dans le cadre d'un effort de santé publique obligatoire.

2.4.2. RÉPONSE SANITAIRE COMPLÈTE

Au fur et à mesure qu'une situation d'urgence se stabilise, ou dans des situations à plus long terme et plus prolongées, une programmation plus complète et davantage d'autonomisation de la communauté, de sensibilisation et de promotion de la santé doivent être développés en s'appuyant sur les mesures initiales de soins de santé et de protection. Les réponses immédiates et minimales devraient être remplacées par des actions plus réfléchies et globales qui visent à encourager et à améliorer les comportements de recherche de soins de santé. Cela implique un passage d'une approche qui est celle des soins de santé primaires et qui se déroule principalement sur des sites fixes, à une approche impliquant davantage de proximité, des visites à domicile et une recherche active d'individus particuliers, et s'engageant auprès de groupes vulnérables et difficiles à atteindre - y compris les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Les messages de santé peuvent être affinés et le profil des interlocuteurs (intervenants et acteurs humanitaires) peut être ajusté afin d'accroître la confiance et l'acceptation des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Les pairs éducateurs des travailleur(se)s du sexe peuvent être utilisés pour identifier et recruter des personnes dans les services de santé, et les pairs intervenants travailleur(se)s du sexe peuvent accompagner les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels pour les guider et les rassurer lorsqu'elles s'adressent aux services de santé et de protection.

Les services de santé et de protection garantissent une approche fondée sur les droits et centrée sur les personnes, garantissant un consentement volontaire et éclairé et évitant toute forme de coercition ou d'attitude moralisatrice. Des soins d'excellente qualité, une information adéquate et l'autonomisation des patients sont autant d'éléments nécessaires pour permettre aux gens de faire leurs propres choix quant à l'acceptation du traitement et des soins.

Des efforts doivent être faits pour promouvoir l'accès aux services sociaux et de santé nationaux parmi les populations lors de crises humanitaires, y compris les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Cela comprend l'accès aux programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose, la thérapie antirétrovirale, la vaccination et le dépistage du virus du papillome humain (VPH), ainsi que le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Dossier d'admission comportant des questions de dépistages spécifiques au contexte

Pour chaque nouvelle personne enregistrée dans un service de santé, les agents de santé communautaires et les professionnels de santé peuvent remplir un formulaire d'accueil, permettant le suivi des patients et le contrôle des services qu'ils reçoivent. Les individus se voient attribuer un code d'identification unique et confidentiel, et des informations sont collectées sur : 1) les risques et vulnérabilités de la personne ; et 2) les services dont ils ont bénéficié à chaque visite. Cela permet un meilleur suivi et aide à établir une relation avec chaque individu – illustrant le caractère professionnel et compétent des soins reçus,⁷¹ (voir les exemples de formulaires d'enregistrement **Annexes 3.1, 3.2 et 3.3**). Les dossiers d'admission ne sont pas obligatoires et une personne refusant un dossier d'admission doit pouvoir accéder à tous les services disponibles sans restriction.

71 Voir également SWIT, chapitre 5.1 : « Principes de fonctionnement en matière de services médicaux et de soutien ».

Programmes supplémentaires sur les préservatifs et les lubrifiants, et services de contraception

Dans le cadre d'une action globale, l'utilisation systématique du préservatif peut être davantage encouragée, grâce à :

- la formation des utilisateurs pour améliorer les compétences de vie et les compétences de négociation des préservatifs ;
- l'éducation par les pairs et la sensibilisation – promouvoir la distribution, la promotion et l'enseignement de l'utilisation correcte des préservatifs ;
- la formation spécifique des prestataires de soins de santé et des pairs éducateurs sur l'utilisation du préservatif.
- D'autres éléments des programmes de préservatifs avec les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels comprennent : la planification de l'approvisionnement en préservatifs, la diversification des points de vente, la promotion des préservatifs par les pairs, le conditionnement supplémentaire des préservatifs et des lubrifiants ensemble, des suggestions de services sexuels sans pénétration qui ne nécessitent pas de préservatifs, et la programmation de préservatifs avec des hommes et des personnes transgenres qui vendent ou échangent des services sexuels.

Des services de contraception complets s'appuient sur la disponibilité initiale de préservatifs, de CU et d'autres méthodes contraceptives (généralement des pilules contraceptives orales et des injections), augmentant la disponibilité et la promotion de toute la gamme des méthodes contraceptives modernes. Le personnel de santé peut recevoir une formation complémentaire pour la fourniture de toutes les méthodes à action prolongée, y compris les implants et les DIU.

Une formation spécifique sur les méthodes contraceptives ainsi que la clarification des valeurs doivent être envisagées à un stade précoce afin de s'assurer que les prestataires de services ont les connaissances cliniques nécessaires, les attitudes de soutien appropriées et les compétences pour administrer les implants, des DIU et autres moyens de contraception à action prolongée (LARC). Les prestataires doivent être conscients des préjugés potentiels des prestataires lorsqu'ils discutent des options de contraception. Une discussion spécifique sur les contraceptifs pour les adolescents doit avoir lieu et les restrictions légales connexes peuvent devoir être prises en considération, ainsi que les moyens de supprimer les obstacles qu'ils peuvent représenter. L'intérêt supérieur et les besoins immédiats en matière de santé et de protection du jeune qui vend ou échange des services sexuels doivent toujours être considérés comme primordiaux.

Les services de contraception⁷² doivent fournir des informations sur :

- critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives⁷³ y compris des conseils sur la question de savoir si les personnes atteintes de certaines maladies peuvent ou non utiliser en toute sécurité et efficacement des méthodes contraceptives spécifiques ;
- des recommandations pratiques sélectionnées pour l'utilisation des contraceptifs, qui devraient répondre aux questions sur la façon d'utiliser diverses méthodes contraceptives.

les besoins, les préférences et les contraintes potentielles en matière de contraception peuvent être différents pour chaque personne, et le choix final de la méthode revient uniquement à la personne cherchant une protection contraceptive.

72 WHO, *Family Planning – A Global Handbook for Providers* (Genève, OMS, 2018).

73 WHO, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use in Humanitarian Settings* (Genève, OMS, 2020).

Prophylaxie pré-exposition au VIH

La PPE doit être proposée à toute personne dont le test de dépistage du VIH est négatif et qui présente un risque accru d'exposition au VIH, y compris aux personnes qui ont contracté une autre IST et aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. La PPE nécessite l'administration d'une dose orale quotidienne, prise sous la forme d'une combinaison de pilules à dose fixe.⁷⁴ La surveillance des patients doit avoir lieu au moins tous les trois mois. À ce jour, aucun effet indésirable de la PPE chez les mères ou les nourrissons n'a été observé pendant la grossesse et l'allaitement. Les conseils sont importants afin d'indiquer que la PPE ne protège pas contre les autres IST ou contre les grossesses non désirées. Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels doivent continuer à utiliser des protections – des préservatifs pour les relations vaginales et anales et des digues dentaires pour les relations orales, la PPE offrant un niveau supplémentaire de protection contre le VIH.

Des messages et des conseils appropriés sont essentiels pour accroître l'adoption et l'utilisation optimale de la PPE, qui devrait être proposée conformément aux directives nationales en vigueur. S'il n'existent pas de directives nationales disponibles, reportez-vous aux dernières directives internationales. Pensez à vérifier les actualisations car les approches et les protocoles de traitement évoluent régulièrement :

- *Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés ;*⁷⁵
- *Prévention et contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST) à l'ère de la prophylaxie pré-exposition orale (PPE) au VIH.*⁷⁶

En plus de la PPE, les actions ciblées pour la prévention de l'infection à VIH devraient également inclure des services de dépistage du VIH, l'utilisation de préservatifs et le dépistage et le traitement des IST.

Services de dépistage du VIH et traitement

Le dépistage volontaire du VIH et le traitement ultérieur des personnes diagnostiquées séropositives au moyen du TAR et les traitements des infections opportunistes sont des mesures importantes qui contribuent à réduire la transmission et à améliorer la survie et la santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

- Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels doivent avoir accès à des services de conseil, de dépistage et de traitement volontaires du VIH ;
- Les services de dépistage sont guidés par les 5C : consentement, confidentialité, conseil, correction (exactitude) des résultats de test et connexion (liens) avec la prévention, le traitement et les soins du VIH.⁷⁷ Toute personne testée et confirmée séropositive doit se voir proposer un TAR à vie, indépendamment de son taux de CD4 et de sa charge virale

74 CDC, "Pre-exposure prophylaxis". Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html>.

75 WHO, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations [Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés]* (Genève, OMS, 2016).

76 WHO, *Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections (STIs) in the Era of Oral Pre-exposure Prophylaxis (PPE) for HIV* (Genève, OMS, 2019).

77 OMS, *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH : 5C : consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion* (Genève, OMS, 2015).

au moment du diagnostic.⁷⁸ La mise en place de l'accès au dépistage volontaire et des parcours de traitement est donc une priorité ;

- Selon le contexte et les ressources disponibles, le dépistage volontaire peut être mis à disposition dans divers environnements, notamment des espaces sûrs, tels que des centres d'accueil, des foyers et des ménages, des bars, des clubs et des maisons closes, et par le biais de la sensibilisation mobile ;
- Dans la mesure du possible, l'auto-dépistage du VIH devrait être proposé comme approche supplémentaire au dépistage du VIH.⁷⁹ L'auto-dépistage du VIH est un processus par lequel une personne qui veut connaître son statut sérologique prélève un échantillon, effectue un test et interprète le résultat du test en privé. Les agents de proximité communautaire, les pairs éducateurs et les conseillers non professionnels peuvent être formés pour jouer un rôle important dans l'encouragement de l'auto-dépistage, ainsi que dans le conseil et la garantie de l'observance du traitement. L'autotest VIH est un test de dépistage - il ne fournit pas un diagnostic définitif - et donc un test de confirmation s'impose si le résultat initial est positif. L'autotest VIH peut augmenter le nombre de personnes qui font le test, connaissent leur statut et, si le test est positif, sont liées au traitement. L'OMS a actualisé ses directives d'autotest VIH en 2019,⁸⁰ et encourage les pays à mener des projets pilotes et de démonstration pour identifier des approches efficaces pour la mise en œuvre au sein des populations clés. Pour que l'autotest soit efficace, des services de test de confirmation et de traitement doivent également être disponibles ;
- Au minimum, un service de dépistage devrait être disponible dans tous les services de santé.⁸¹ Il doit être systématiquement proposé aux populations clés, y compris aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans tous les services de santé et à toute personne présentant une IST ;
- Le dépistage du VIH ne devrait pas être obligatoire pour les personnes qui vendent des services sexuels, et elles ne devraient pas non plus être contraintes de l'effectuer.

Pour les personnes dont il est confirmé qu'elles vivent avec le VIH, les protocoles de thérapie antirétrovirale sont généralement disponibles au niveau national et doivent être suivis tant qu'ils ne contredisent pas les dernières recommandations de l'OMS pour le thérapie antirétrovirale de première et de deuxième intention⁸² et les conseils de thérapie antirétrovirale spécifiques pour les populations clés.⁸³ Le traitement des infections opportunistes doit être systématiquement envisagé.

Pour le dépistage et le traitement du VIH, utilisez les directives nationales lorsqu'elles sont disponibles. Lorsqu'elles n'existent pas, reportez-vous à :

78 WHO, *Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-exposure Prophylaxis for HIV [Conseils quant au moment de commencer la thérapie antirétrovirale et sur la prophylaxie pré-exposition au VIH]*. (Genève, OMS, 2015).

79 OMS, *Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé : Santé sexuelle et reproductive et droits connexes* (Genève, OMS, 2019).

80 OMS, *Note d'orientation : L'OMS recommande un autodépistage du VIH : mise à jour des données probantes et clés du succès*. (Genève, OMS, 2019). Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.36>

81 OMS, *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie*. (Genève, OMS, 2019). Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>

82 WHO, *Update of Recommendations on First and Second Line Antiretroviral Regimes* (Genève, OMS, 2019).

83 OMS, *Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés* (Genève, OMS, 2017).

- *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*,⁸⁴
- Des conseils supplémentaires figurant dans l' **Annexe 13** qui est spécifique aux travailleur(se)s du sexe.

Grossesse non désirée

Les grossesses non désirées peuvent être un motif d'isolement, notamment de rejet de la famille ou de la communauté. De plus, l'isolement est reconnu comme un facteur contribuant à la décision de vendre ou d'échanger des services sexuels.

Les femmes et les filles qui tombent enceintes involontairement peuvent demander une interruption de grossesse. Si des soins sûrs ne sont pas disponibles, elles peuvent choisir des méthodes dangereuses malgré le risque pour leur santé, leur vie et leur fertilité future.

L'avortement à risque est l'une des principales causes de décès maternel dans le monde,⁸⁵ dans certains contextes, représentant jusqu'à 30% de tous les décès maternels. La prévention des avortements à risque est considérée comme une priorité de santé publique.⁸⁶ La gestion de l'avortement à risque relève des soins obstétricaux d'urgence et n'est soumise à aucune restriction légale dans aucun pays.

Dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé en priorité pour toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans, le dépistage ne serait-ce qu'une fois dans sa vie étant également bénéfique.⁸⁷ Le dépistage peut être effectué par inspection visuelle avec de l'acide acétique (c'est-à-dire du vinaigre) ou un frottis de Pap conventionnel. S'ils sont disponibles, des tests de dépistage de l'infection par le virus du papillome humain (VPH) – la principale cause du cancer du col de l'utérus – peuvent également être effectués. Les lésions précancéreuses et cancéreuses doivent être traitées immédiatement. Les infections au VPH sont plus susceptibles de se produire, de persister et d'évoluer vers un cancer chez les personnes vivant avec le VIH,⁸⁸ qui devraient subir un dépistage régulier et un traitement immédiat des lésions précancéreuses.⁸⁹ Des mécanismes d'orientation doivent être établies pour le traitement. Le dépistage d'autres cancers tels que le cancer du sein, du rectum et de la prostate devrait faire partie des soins de routine et des liens vers les services de traitement devraient être indiqués.⁹⁰

Remarque : la vaccination contre le VPH des adolescentes est recommandée dans tous les environnements stables, en particulier dans les pays où la prévalence du cancer du col de

84 OMS, *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* (Genève, OMS, 2016). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, p. 53-54.

85 OMS, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et PNUD, *Évolution de la mortalité maternelle 2000-2017* (Washington DC, Groupe de la Banque mondiale, 2019).

86 WHO, *Unsafe Abortion – Evidence Brief* (Genève, OMS, 2019).

87 OMS, *Lignes directrices pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus*. (Genève, OMS, 2013).

88 OMS, *Guide d'introduction du vaccin anti-PVH dans les programmes nationaux de vaccination* (Genève, OMS, 2016).

89 OMS, *Lignes directrices pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus*. (Genève, OMS, 2013).

90 SWIT, chapitre 5, Services médicaux, p. 127.

l'utérus est élevée. Le groupe cible principal est constitué de jeunes adolescentes âgées de 9 à 14 ans. Cependant, de plus en plus d'adolescentes plus âgées et de jeunes femmes, ainsi que des garçons adolescents, sont inclus dans les programmes de vaccination. Deux ou trois doses sont nécessaires pour une protection complète contre les principaux sérotypes du VPH.⁹¹

Lorsque des programmes nationaux de vaccination sont disponibles, assurez-vous que les réfugiés sont inclus.

Soins pour les personnes vivant avec le VIH

En plus du dépistage du VIH, de la thérapie antirétrovirale et des services de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col pour les personnes vivant avec le VIH, des tests et un traitement supplémentaires de la tuberculose et du virus de l'hépatite B sont recommandés. La vaccination contre le VHB peut être proposée aux personnes vivant avec le VIH qui sont séronégatives pour le VHB.

Santé mentale

Les populations touchées par une crise peuvent connaître un large éventail de problèmes mentaux et neurologiques. Les travailleur(se)s du sexe peuvent être particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale, à la pauvreté, à la criminalisation, la marginalisation, la discrimination et la violence aggravant les tensions d'une crise humanitaire.

Une mauvaise santé mentale peut être un obstacle au dépistage ou au traitement du VIH et à la poursuite des soins pour les personnes vivant avec le VIH. Les programmes doivent surveiller et éliminer tous les obstacles à l'accès aux services de santé mentale, par exemple les obstacles créés par les prestataires de services qui ne sont pas qualifiés pour reconnaître les problèmes de santé mentale ou qui stigmatisent activement les professionnel(le)s du sexe ayant de tels problèmes.⁹²

Le programme d'action de l'OMS destiné à combler les lacunes en matière de santé mentale (mhGAP) *Guide d'intervention humanitaire*⁹³ contient des recommandations de gestion de première ligne pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la toxicomanie pour les prestataires de soins de santé non spécialisés dans les situations de crise humanitaire, où l'accès aux spécialistes et aux options de traitement est limité. C'est un outil pratique qui vise à soutenir les établissements de santé générale dans l'évaluation et la gestion du stress aigu, du deuil, de la dépression, du trouble du stress post-traumatique, de la psychose, de l'épilepsie, de la déficience intellectuelle, de la consommation de substances nocives et du risque de suicide. Les prestataires de soins de santé dans de nombreuses situations de réfugiés ont été formés au mhGAP. Les gestionnaires de programme doivent identifier les mécanismes d'orientation et sensibiliser les prestataires de services aux droits et aux besoins en santé mentale des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.

91 WHO, "Human Papillomavirus (HPV)". Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>.

92 SWIT, chapitre 5, Services médicaux, p. 128.

93 OMS et HCR. *Guide d'intervention humanitaire mhGAP – prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire* (Genève, OMS, 2015).

Que des services spécialisés de santé mentale soient disponibles ou non, les professionnels de santé jouent un rôle important dans le bien-être psychosocial des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Selon les *Directives du Comité permanent interorganisations concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* du Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, des considérations psychosociales qui respectent la dignité, la sécurité et l'autonomie des personnes accédant aux services de base contribuent à la prévention des troubles mentaux et à la résilience psychologique des usagers des services.⁹⁴

De plus, le soutien des membres de la communauté peut avoir un effet à la fois protecteur et thérapeutique pour les personnes qui sont en détresse psychosociale ou y sont vulnérables. Cela souligne l'importance des espaces sûrs, de la sensibilisation dirigée par la communauté et d'autres actions détaillées dans la **section 2.5.2 : Consommation de substances**.

Il existe un chevauchement documenté entre le travail du sexe et la consommation de substances, ce qui aggrave souvent les problèmes de santé mentale.⁹⁵ Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans les situations de crises humanitaire, devraient bénéficier d'une référence exempte de jugement vers les services de réduction des risques, comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, de traitement de substitution aux opioïdes, les services de dépistage du VIH, les services de santé mentale et d'autres interventions lorsque celles-ci existent. Si ces services ne sont pas encore disponibles, des efforts doivent être déployés pour plaider pour que les programmes nationaux soient étendus ou mis en place dans des endroits accueillant des populations touchées par des crises humanitaires.

94 Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (New York, Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, 2005).

95 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *HIV-related Vulnerabilities and the Intersection of Sex work and Drug Use [Vulnérabilités liées au VIH et recoupement du travail du sexe et de la consommation de drogues]* (Vienne, ONUDC, 2013).



2.5. Protection

Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels peuvent être confrontées à un risque accru de violence. Il est essentiel que les acteurs humanitaires – et en particulier ceux en charge de la protection – comprennent, reconnaissent et réagissent aux facteurs contribuant à la violence contre les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Ceux-ci incluent la stigmatisation, la marginalisation, le harcèlement et l’extorsion, et la criminalisation du travail du sexe. Si la vente ou l’échange de services sexuels augmente la vulnérabilité des personnes à la violence, elle n’est pas en soi une forme de violence. Il est important de reconnaître que dans les situations de crise humanitaire, il existe un chevauchement potentiel partiel de la vente ou de l’échange de relations sexuelles avec la VBG. Bien qu’il existe des besoins de santé communs pour toutes les personnes impliquées dans la vente ou l’échange de services sexuels, les considérations de protection doivent faire la différence entre :

- les personnes qui considèrent qu’elles se livrent à la vente ou à l’échange de services sexuels sans y être forcées ou contraintes par une autre personne ;
- les personnes qui considèrent qu’elles sont forcées ou contraintes par une autre personne à vendre ou à échanger des services sexuels ;
- les mineurs engagés dans la vente ou l’échange de services sexuels.

Le premier groupe doit bénéficier d’un environnement sûr et de compétences lui permettant de vendre ou d’échanger des relations sexuelles en toute sécurité. Les deux derniers sont des formes de VBG et doivent être traités en conséquence dans le cadre d’une action de protection. Ces questions sont abordées dans les sections suivantes.

Si les personnes qui se livrent à la vente ou à l’échange de services sexuels considèrent qu’elles le font sans y être forcées ou contraintes par une autre personne, alors du point de vue des droits humains - qui confèrent à chaque individu une capacité d’action - leur décision de pratiquer le commerce du sexe doit être respectée. L’objectif du secteur/cluster de la protection n’est pas d’empêcher les gens de s’engager dans ces pratiques.⁹⁶ Au contraire, les acteurs de la protection doivent prévenir la violence contre les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels et les aider à connaître et à revendiquer leurs droits à l’assistance, à la sécurité et à la dignité. Il est essentiel que les acteurs humanitaires – en particulier les acteurs de la protection – comprennent les facteurs qui contribuent à la violence contre les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, notamment la stigmatisation, la marginalisation, la violence sexiste et interpersonnelle au sens large, et la criminalisation du travail du sexe. Les acteurs doivent reconnaître ces facteurs déclenchants et les prendre en considération lorsqu’ils apportent un soutien et des réponses aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.

À tout moment, l’action humanitaire doit comprendre un effort actif visant à réduire la stigmatisation et les attitudes négatives envers les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. La stigmatisation est l’un des principaux moteurs de la violence et de la discrimination à l’encontre des personnes qui vendent des services sexuels et favorise un environnement dans lequel la violence et la discrimination sont tolérées. L’action visant à réduire la stigmatisation comprend l’ouverture de dialogues, la clarification des valeurs et la

⁹⁶ Comme indiqué dans l’introduction, un objectif à plus long terme de l’aide humanitaire est de s’attaquer aux facteurs structurels de pénurie, d’iniquité et de violence dans les situations de crise humanitaire, qui influencent les décisions des gens de vendre et d’échanger des services sexuels. Un changement de politique mondiale et nationale est nécessaire pour faciliter l’accès des personnes déplacées de force aux ressources et aux opportunités, afin que quiconque ne souhaitant pas pratiquer le commerce du sexe ne soit obligé de le faire pour répondre à ses besoins fondamentaux.

reconnaissance et la satisfaction des besoins spécifiques. Le dialogue est nécessaire à tous les niveaux : entre les acteurs humanitaires, avec les prestataires de soins et le personnel chargé de la protection, avec les leaders communautaires et dans les communautés, ainsi qu'avec les professionnel(le)s du sexe et leurs familles. Des moyens structurés d'explorer les valeurs et les attitudes peuvent aider les différents acteurs à reconnaître comment leurs propres valeurs, attitudes et préjugés inconscients influencent leurs actions (ou leur inaction) vis-à-vis des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.

2.5.1. MESURES ET ACTIONS DE PROTECTION INITIALES MINIMALES

Informations sur les dispositions légales, les droits et la protection

Toutes les interactions avec des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels doivent être utilisées comme une opportunité de fournir des informations sur les dispositions légales et la protection, y compris les droits d'une personne, comment les revendiquer, comment agir en cas de détention et qui contacter. Ces informations doivent être développées d'une manière adaptée au contexte et accessible aux différents groupes de personnes qui vendent ou échangent des services sexuels (prendre par exemple en compte la langue, les formats et les médias).

Cartographie des vulnérabilités

Il est utile d'identifier des caractéristiques supplémentaires des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des situations de crise humanitaire afin de mieux adapter les services à leurs besoins spécifiques. Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels peuvent inclure :

- des gays, des personnes bisexuelles ou d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires en raison de la criminalisation des relations homosexuelles ;
- des personnes transgenres, y compris les hommes transgenres et des femmes transgenres (les femmes transgenres qui vendent des services sexuels ont souvent des taux de VIH plus élevés que les professionnel(le)s du sexe non transgenres) ;
- des travailleur(se)s du sexe handicapés – de nombreuses personnes handicapées rencontrent des obstacles pour accéder à d'autres formes de travail. Les acteurs humanitaires ne réalisent souvent pas que les personnes handicapées peuvent vendre du sexe (en raison de préjugés inconscients sur les personnes handicapées) ;
- des enfants, mineurs et jeunes non accompagnés et séparés ;
- des femmes âgées qui vendent des services sexuels (y compris celles qui sont mariées ou qui sont veuves) ;
- des personnes issues de minorités ethniques, y compris les populations autochtones déplacées.

Lorsque des personnes vendent ou échangent des services d'accès au sexe, elles peuvent être invitées à partager leur situation, leurs caractéristiques et leurs préférences en matière de soins. Des visites peuvent également être effectuées dans des lieux où les gens vendent ou échangent des services sexuels pour renforcer le dialogue. Après avoir cartographié les différentes vulnérabilités des personnes qui vendent des services sexuels, d'autres efforts spécifiques sont possibles pour répondre à leurs besoins particuliers.

Plaidoyer pour la réduction des risques

Les mesures de réduction des risques pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels impliquent un certain nombre d'interventions visant à minimiser les risques pour la santé et la sécurité associés à la vente de services sexuels. La section consacrée à santé ci-dessus s'est concentrée sur les interventions de santé, notamment la fourniture et la promotion de l'utilisation de préservatifs, le dépistage du VIH et d'autres IST, la fourniture de PPE, PPE et de thérapie antirétrovirale, et la garantie de l'accès à la contraception. Cette section sur la protection met en évidence un autre ensemble d'actions visant à réduire les risques pour la sécurité des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, notamment la sensibilisation, les pratiques de travail sûres et l'apprentissage de compétences spécifiques, telles que la manière de négocier avec les clients.

Les possibilités de réduction des risques sont multiples. Cependant, une approche de réduction des risques doit inclure et assurer un soutien sans jugement aux personnes qui ont choisi des activités ou des comportements qui comportent des risques particuliers, y compris la vente de services sexuels. La réduction des risques vise à minimiser ces risques plutôt qu'à modifier les comportements à risque. Il s'agit d'une approche fondée sur les droits et centrée sur la personne qui rencontre les gens « là où ils sont », plutôt que de les orienter vers « l'endroit où aller ». La clé d'une approche de réduction des risques est donc de comprendre la situation des personnes et les menaces auxquelles elles sont confrontées, et d'identifier les mesures qui réduisent les risques associés à ces menaces.

Le plaidoyer pour la réduction des risques au niveau de la protection nécessite une connaissance des lois, des politiques et pratiques locales qui augmentent la vulnérabilité des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Les vulnérabilités spécifiques peuvent inclure :

- Le manque de soutien ou d'assistance. Le manque de nourriture de base et de moyens de subsistance peut pousser les gens à vendre ou à échanger des services sexuels. Les lacunes de l'aide humanitaire doivent être constamment surveillées et mises en évidence. Il est de la responsabilité de tous les acteurs humanitaires de plaider pour améliorer l'aide alimentaire et les moyens de subsistance et le respect des normes internationales.
- Des activités de sécurité du camp qui présentent une menace. Le harcèlement et l'abus de personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont des actes discriminatoires qui doivent être identifiés et traités. Les « points de rassemblement » pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont parfois rasés au bulldozer ou autrement démantelés pour disperser les gens, augmentant ainsi leur isolement et leur vulnérabilité. Les acteurs doivent identifier ces menaces potentielles et plaider en faveur de réformes en discutant des solutions avec les gestionnaires des camps. Le personnel de sécurité et la police doivent être informés et sensibilisés aux droits des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Il est nécessaire d'aligner et d'harmoniser les procédures et pratiques d'exploitation et de sécurité des camps avec des mesures de réduction des risques pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.

2.5.2. MESURES ET ACTIONS DE PROTECTION COMPLÈTES

D'après l'expérience opérationnelle du HCR en matière de protection, la meilleure façon de répondre aux besoins des personnes déplacées de force qui se livrent au commerce du sexe est d'offrir des ensembles complets de services de santé et de protection adaptés et intégrés.

Les programmes de santé et de protection pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels doivent être flexibles et adaptés aux besoins et contraintes spécifiques de chaque contexte humanitaire. Par exemple, dans les camps, des services d'intervention peuvent être requis à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des camps. La clé du succès de la réponse est d'assurer un continuum de services pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Une fois la vulnérabilité immédiate à la violence et à la discrimination éliminée, d'autres approches de réduction des risques peuvent être élaborées au fil du temps dans des contextes plus prolongés ou stabilisés. Ces approches sont tirées de la programmation concernant des populations clés dans des contextes de développement plus larges et comprennent : 1) autonomisation de la communauté ; 2) sensibilisation menée par la communauté et éducation par les pairs ; 3) création d'espaces sûrs/DIC ; et 4) défense des droits et réduction des risques.

Autonomisation de la communauté

L'autonomisation de la communauté est une partie essentielle des programmes basés sur les droits avec et pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Elle implique de renforcer les connaissances, les capacités, les compétences et la confiance des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées et mieux prendre soin d'elles-mêmes et de leurs pairs. Un ensemble d'approches fondamentales pour guider l'autonomisation de la communauté est présenté dans les **annexes 6, 7 et 8**. Il n'y a pas de formule définie, mais les éléments clés d'un programme d'autonomisation communautaire, ainsi que divers modèles d'autonomisation dirigés par des pairs, ont été mis en œuvre dans les camps et les contextes humanitaires urbains. Le HCR fournit d'autres orientations spécifiques sur la protection communautaire dans les situations de réfugiés et autres déplacements forcés.⁹⁷

Sensibilisation communautaire et éducation par les pairs⁹⁸

La sensibilisation menée par la communauté et l'éducation par les pairs sont deux éléments clés, testés sur le terrain et interdépendants d'un programme d'autonomisation communautaire.⁹⁹ La sensibilisation et l'éducation dirigées par la communauté sont souvent dispensées ensemble par les mêmes personnes, généralement celles qui vendent elles-mêmes des services sexuels, et qui sont souvent employées ou gérées par une ONG communautaire locale. Des formations sont dispensées sur des sujets tels que : 1) la santé sexuelle ; 2) les compétences en distribution, démonstration et négociation de préservatifs ; 3) la sécurité dans la vente de services sexuels ; 4) le conseil par les pairs ; et 5) les mécanismes d'orientation. Les travailleurs de proximité et les pairs éducateurs partagent ces connaissances et distribuent des ressources dans le cadre d'activités individuelles ou en petits groupes. Il existe un flux d'informations bidirectionnel, de l'ONG ou d'un autre prestataire de services aux travailleurs de proximité, puis aux membres de la communauté, et de la communauté au prestataire de services, sur la réalité vécue des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, leurs compétences, ressources et les besoins pour améliorer encore la collaboration et la programmation.

Les étapes pour mettre au point des programmes de sensibilisation et d'éducation par les pairs dirigés par la communauté comprennent :

⁹⁷ UNHCR, *Guidance on Community Based Protection*, 2013 (Genève, HCR).

⁹⁸ Vous trouverez davantage d'informations et de ressources concernant l'éducation par les pairs dans l'**annexe 8**.

⁹⁹ SWIT, chapitre 3 : « Services pris en charge par la communauté ».

- Cartographier les zones de sensibilisation ;
- Recruter et former des agents de sensibilisation communautaire et des éducateurs pairs appliquant une approche tenant compte de l'âge, du genre et de la diversité pour s'assurer qu'ils seront en mesure d'atteindre de manière significative divers groupes de la communauté ;
- Rémunérer les travailleurs de proximité et les éducateurs (ils renoncent à des temps de gain potentiels) ;
- Favoriser les opportunités de leadership pour identifier les personnes qui peuvent jouer un rôle de premier plan ;
- Assurer la documentation de l'expérience et le dialogue avec et entre les pairs, le débriefing et l'identification des besoins en SPS (par exemple via des séances d'information et d'échange régulières en équipe) ;
- Superviser, encadrer et soutenir les travailleurs de proximité ;
- Adapter la sensibilisation aux différents contextes - par exemple, en considérant les destinataires de différents âges, sexes, langues, religions et groupes ethniques.

Espaces sécurisés et centres d'accueil¹⁰⁰

Les espaces sécurisés pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont des endroits où les individus peuvent socialiser, développer un sens de la communauté ou un réseau de pairs et organiser des activités de groupe. Les personnes peuvent également y chercher refuge et être conseillées, par exemple si elles ont subi des violences ou des agressions, ou si elles ont des besoins de protection spécifiques. Dans les situations de crise humanitaire, ils constituent un lieu principal d'interaction entre le personnel du programme et de la protection, les travailleurs de proximité, les pairs éducateurs et les bénéficiaires. Les espaces sécurisés peuvent également être utilisés pour :

- Partager des informations avec et entre des personnes qui vendent des services sexuels ;
- Fournir des préservatifs, des lubrifiants et des services cliniques ;
- Discuter des risques, de la discrimination et de la violence auxquels sont confrontés les individus qui vendent des services sexuels ;
- Discuter des besoins de protection spécifiques (par exemple, le besoin d'identification/ documentation et de conseils juridiques) ;
- Planifier et examiner les activités de sensibilisation et les réponses ;
- Tenir des séances d'éducation, y compris des séances de formation pour les éducateurs pairs et les travailleurs de proximité ;
- Fournir des services spécialisés tels que la gestion des cas de SMSPS et VBG.

L'emplacement et l'aménagement d'un espace sécurisé varieront en fonction de la situation locale, du contexte et des ressources. Le choix de l'emplacement doit prendre en considération la discrétion, comme sa visibilité pour les autres, y compris la communauté au sens large. Des espaces sécurisés peuvent être créés exclusivement pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ; cependant, cela peut risquer d'attirer l'attention et de mettre les personnes en danger. Il est autrement possible de désigner un endroit utilisé à temps partiel et polyvalent pour servir d'espace sécurisé à certaines heures et certains jours. Un centre d'accueil à temps partiel pourrait être établi dans une clinique ou un centre pour femmes, ce qui le rendrait moins visible en tant que lieu où les personnes vendant ou échangeant des services sexuels se rencontrent et discutent de leurs problèmes et difficultés.¹⁰¹

100 Cette section est adaptée du SWIT, chapitre 3, Services conduits par les communautés, **section 3.3**, Espaces sécurisés (centres d'accueil), p 63 à 65.

101 Voir l'**Annexe 11** pour un exemple d'aménagement d'espace sécurisé. Pour un exemple d'espace sécurisé pour les travailleur(se)s du sexe dans un camp, voir l'Encadré n° 1 des bonnes pratiques à l'**Annexe 12**. Des conseils

Accès à distance aux services de soutien psychosociaux, juridiques et autres

L'établissement d'un accès à distance aux services d'assistance peut augmenter la diffusion de l'information et l'utilisation des services. L'assistance à distance doit respecter des principes directeurs, notamment une attention particulière accordée à la confidentialité. Les décisions sur la manière de fournir un accès à distance doivent reposer sur les préférences de la population locale, ainsi que sur une évaluation de l'accès et de la connectivité pour les différents groupes. L'infrastructure pour fournir une assistance à distance peut déjà exister dans certaines communautés d'accueil, comme une ligne d'assistance téléphonique pour les travailleur(se)s du sexe locaux/locales. Même dans les camps, il peut être possible d'établir une ligne d'assistance que les gens peuvent appeler pour un soutien immédiat, des conseils ou des références - par exemple, en réponse à la violence, à une arrestation, à la perte de pièces d'identité/de documents, aux rapports sexuels non protégés ou à d'autres crises qu'ils ont pu vivre. Des liens vers des ressources Web pour les professionnel(le)s du sexe, y compris du matériel de sécurité, peuvent également être fournis aux personnes ou téléchargés sur des sites de réseaux sociaux utilisés par les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur du pays.¹⁰²

Renforcement du plaidoyer pour les droits et la réduction des risques dans les situations de crise humanitaire

À long terme, il est nécessaire de s'attaquer davantage aux facteurs structurels plus profonds, tels que la rareté des ressources, les inégalités, les inégalités entre les sexes, la discrimination et la violence dans les situations de crise humanitaire, qui influencent tous les décisions des personnes de vendre et d'échanger des services sexuels. Un changement de politique est nécessaire aux niveaux national et mondial pour accroître l'accès des personnes déplacées aux ressources et aux opportunités, afin que les personnes puissent faire d'autres choix quant à savoir si elles doivent ou non compter sur la vente ou l'échange de services sexuels pour répondre à leurs besoins et à ceux des personnes à leur charge. Des dialogues peuvent être organisés avec les États hôtes afin d'encourager la responsabilité locale pour une réduction plus globale des menaces, pour la réduction du harcèlement par les agents locaux chargés de l'application des lois et pour garantir la prestation de programmes et de services basés sur les droits à l'intention des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.¹⁰³

Formation, information et renforcement des compétences en matière de sécurité

Au fil du temps, des programmes de soutien plus approfondis peuvent être élaborés pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans les domaines suivants.

supplémentaires sur l'établissement d'espaces sécurisés peuvent être trouvés dans le SWIT, chapitre 3, Services conduits par les communautés, **section 3.3**, Espaces sécurisés (centres d'accueil), p. 63 à 65.

102 Des informations supplémentaires peuvent être trouvées dans le guide intitulé *Smart Service Provider's Guide to ICT and Sex Work* (Édimbourg, NSW, 2016).

103 Amnesty International, *Policy on State Obligations to Respect, Protect and Fulfil the Human Rights of Sex Workers [Politique relative aux obligations des États de respecter, protéger et réaliser les droits humains des travailleur(e)s du sexe]* (Londres, Amnesty International, 2016).

Identification des risques (cartographie des vulnérabilités)

Travaillez avec des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels (grâce à des groupes de discussion et des discussions en tête-à-tête) afin d'identifier et d'atténuer les risques auxquels elles sont confrontées. Ces risques peuvent inclure le harcèlement et l'arrestation par les forces de l'ordre, la violence des clients et d'autres membres de la communauté, la perte de confidentialité dans les communautés d'accueil et les communautés affectées et la discrimination par les prestataires de services. Il peut exister certaines zones sensibles ou de danger où les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont particulièrement vulnérables aux attaques. Des consultations peuvent également être menées avec les professionnel(le)s du sexe et les prestataires de services de la communauté d'accueil pour identifier d'autres risques locaux.

Identifier des stratégies communautaires pour réduire la vulnérabilité

Divers guides sont disponibles¹⁰⁴ et peuvent être adaptés au contexte local. Les mesures qui pourraient être appliquées peuvent inclure :

- Améliorer l'éclairage et organiser des patrouilles de sécurité ;
- Diffuser des informations et des conseils de sécurité ;
- Mettre en œuvre le travail en binôme ou en groupe ;
- Pratiquer la négociation du préservatif avec les pairs ;
- Promouvoir la sûreté et la sécurité dans les lieux de travail tels que les bars, les salons et les hôtels ;
- Encourager le maintien et le partage de listes d'agresseurs ;
- Mener une formation sur la sécurité et l'autodéfense.

Documenter la violence dont les personnes qui vendent des services sexuels dans les crises humanitaires font l'objet

La violence peut être dirigée contre les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, ainsi que contre leurs familles et personnes à charge.

Documenter la violence peut être un outil puissant, rassembler des preuves pour plaider en faveur de ressources accrues pouvant être utilisées pour améliorer la sécurité, pour mettre en œuvre d'autres programmes de soutien pour les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, pour augmenter le soutien aux moyens de subsistance ou pour financer des interventions visant à répondre à d'autres risques identifiés que rencontrent des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. La documentation peut également être utilisée pour plaider en faveur de changements dans les pratiques policières locales et les attitudes de la communauté qui provoquent la violence contre les personnes qui vendent des services sexuels ou contre leurs familles et personnes à charge. La documentation peut également être utilisée pour changer les pratiques locales qui accordent l'immunité aux auteurs de violence.

104 Un certain nombre d'outils sur la sécurité dans le travail du sexe existent et peuvent être adaptés pour les personnes qui vendent des services sexuels dans des contextes humanitaires spécifiques. AidsFonds, par exemple, a publié un manuel de formation des formateurs pour les pairs éducateurs intitulé *Health, rights, safety* (2017). Les guides pratiques élaborés par les travailleur(se)s du sexe du monde entier contiennent également de nombreux conseils pratiques que les personnes déplacées de force dans les camps et les villes peuvent trouver utiles. Le guide *Keeping Safe : Safety Advice for Sex Workers in the UK*, publié par UK Network of Sex Work Projects en est un exemple. Pour de plus amples informations sur les stratégies de sécurité, voir la publication SWIT, Chapitre 2, Lutte contre la violence à l'encontre des travailleur(se) s du sexe, **section 2.2.5**. Promouvoir la sécurité des travailleur(se)s du sexe, p. 31.

Lors de l'établissement de la documentation ou du partage de cas de violence, une série de problèmes éthiques et de sécurité doivent être pris en compte et traités.¹⁰⁵

Autonomisation économique des personnes qui vendent des services sexuels

L'autonomisation économique des travailleur(se)s du sexe est essentielle. La vulnérabilité et les risques liés au travail du sexe peuvent être réduits grâce à l'autonomisation économique. Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels devraient se voir accorder les mêmes droits que tous les autres travailleurs informels, à savoir le droit à des conditions de travail sûres et équitables, à l'éducation et à la formation professionnelle ainsi qu'à l'accès à des comptes bancaires et à des programmes de crédit équitables. L'objectif est d'élargir les options et de réduire la vulnérabilité. Par exemple, un(e) travailleur(se) du sexe qui est économiquement autonome peut être en meilleure position pour refuser des relations sexuelles sans préservatif, se trouver renforcé(e) dans sa capacité à négocier avec les clients et courir un risque réduit de violence ou d'abus. Si elles disposent de plus d'options économiques, les personnes vulnérables seront mieux à même de répondre à leurs besoins et à ceux de leur famille sans prendre de risques inutiles.

La principale raison pour laquelle les interventions d'autonomisation économique échouent est qu'elles n'impliquent pas de manière significative les travailleur(se)s du sexe dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme. Les responsables de la mise en œuvre des programmes et les membres du personnel ne doivent pas faire de suppositions ou émettre de jugements, ni imposer leurs points de vue aux professionnel(le)s du sexe mais doivent les consulter pour identifier leurs besoins et préférences. Les programmes qui ne mènent pas d'études de marché pour déterminer s'il existe une demande pour des biens ou des services spécifiques échouent souvent. En outre, de nombreux programmes échouent en raison d'un financement inadéquat et du manque de ressources nécessaires pour soutenir l'initiative plus longtemps que la période pilote.¹⁰⁶

105 OMS, *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence* (Genève, OMS, 2007), p. 17/42 : « Huit recommandations sur la sécurité et l'éthique ».

106 NSW, *Stepping up, Stepping out Project – Economic Empowerment of Sex Workers – Regional Reports Summary* (Edinburgh, NSW)

Les options favorisant l'autonomisation économique comprennent :

- l'intégration et l'inclusion dans les régimes de protection sociale ;
- les services de microcrédit et de prêts ;
- l'aide en espèces et les programmes de subsistance ;
- l'accès à des comptes bancaires ;
- l'alphabétisation ;
- la formation en connaissances financières;
- la formation professionnelle ;
- les cours de renforcement des compétences ;
- la mise en place de collectifs communautaires et de schémas coopératifs.

À faire et à ne pas faire en matière d'autonomisation économique

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> ● Consulter les personnes qui vendent des services sexuels d'une manière respectueuse et significative ; ● Impliquer ceux qui vendent des services sexuels dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes ; ● Entreprendre une étude de marché pour déterminer s'il existe une demande de biens et de services ; ● Inclure l'autonomisation économique en tant que composante d'un programme global visant à répondre aux besoins de santé et de protection ; ● Dans la mesure du possible, inclure les personnes qui vendent des services sexuels dans les initiatives d'autonomisation économique existantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entreprendre une autonomisation économique comme moyen de « réhabiliter » ou de « sauver » les personnes qui font le commerce du sexe ; ● Offrir l'autonomisation économique à condition que les gens quittent le travail du sexe ; ● Imposer des opinions à ceux qui vendent du sexe ; ● Entreprendre des activités d'une manière qui stigmatise ceux qui vendent du sexe.

3. Examen initial, suivi et évaluation

Il est essentiel de développer un cadre de contrôle, de suivi et d'évaluation pour suivre les progrès de toutes les interventions auprès des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. Ce cadre doit être adapté afin de déterminer si les besoins des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels sont satisfaits. Le programme atteint-il les objectifs ? c'est-à-dire, les intrants techniques, le financement, les ressources humaines et les consommables alloués (les intrants du programme) permettent-ils de produire des activités et des services (extrants) ? Quels sont les résultats (c'est-à-dire les avantages de ces services) ? Quel est l'impact global (le programme atteint-il ses objectifs) ?

Le cadre de suivi et d'évaluation doit être élaboré en collaboration avec les personnes qui vendent du sexe, les intervenants humanitaires et les partenaires dans le pays. Le suivi doit être intégré à des systèmes de suivi humanitaire plus larges et utiliser les cadres et approches de suivi existants. Vous trouverez ci-dessous un résumé des techniques d'évaluation et de suivi disponibles.¹⁰⁷

Vous trouverez d'autres conseils et ressources dans le guide intitulé « *Monitoring Guide and Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care and Treatment Programmes* » [Guide de suivi et boîte à outils pour les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les populations clés].¹⁰⁸



3.1. Évaluations périodiques

Outre une évaluation initiale pendant la phase de planification, les évaluations peuvent être répétées à intervalles réguliers pendant la mise en œuvre afin d'évaluer dans quelle mesure un programme répond aux besoins et aux défis identifiés, et d'examiner comment il atteint les objectifs du programme. Un large éventail de techniques d'évaluation sont disponibles, notamment :

- Évaluations rapides : collecte d'informations de base sur le nombre de personnes, les prestataires de services, les ressources, les fournitures et le financement ;
- Examen documentaire : examen plus détaillé des rapports, données et communications publiés disponibles ;
- Analyse situationnelle : examen de l'environnement contextuel – par exemple les facteurs juridiques, politiques, socioéconomiques et culturels affectant la population touchée ;
- Entretiens avec des informateurs clés : discussions en tête-à-tête avec des personnes ayant une connaissance directe de la situation ;
- Discussions avec un groupe témoin : discussions en petits groupes des principales parties prenantes – séparément pour les populations touchées et les prestataires ;
- Méthodes participatives : impliquer la communauté par l'intermédiaire des organisations de la société civile pour recueillir des données et des informations qualitatives ;
- Évaluations des établissements/services de santé : examen du fonctionnement, de la qualité et de la prestation d'un service ;
- Cartographie : identification géographique des zones sensibles, des zones de danger et de la localisation des infrastructures et des prestataires de services ;
- Enquêtes : collecte de données quantitatives au niveau de la population à partir d'échantillons représentatifs de personnes – au niveau des prestataires et des bénéficiaires.

107 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en cas de crise, *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (Genève, Groupe de travail interorganisations sur la santé de reproductive en cas de crises, 2019).

108 FHI360, *Monitoring Guide and Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care, and Treatment Programs* (Durham, Caroline du Nord, FHI360, 2016).

Il y a plusieurs étapes pour mener une évaluation. Tout d'abord, il faut confirmer qu'une évaluation est nécessaire et qu'elle fournira des informations utiles. L'évaluation doit être conçue – au moyen d'une ou plusieurs des techniques ci-dessus – pour garantir la validité et la qualité des données et informations recueillies. Les considérations AGD doivent être intégrées dans la conception de l'évaluation. Une consultation est nécessaire avec les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, ainsi qu'avec les responsables politiques, les acteurs humanitaires et les prestataires de services. Une réflexion doit être menée sur les éventuelles conséquences négatives et des plans doivent être élaborés afin d'éviter ou d'atténuer tout préjudice éventuel résultant de l'évaluation. Le consentement de ceux qui se livrent à la vente ou à l'échange de services sexuels est requis avant la participation et des efforts doivent être déployés pour protéger l'identité et la confidentialité. La compréhension par les participants des méthodes et des objectifs d'une évaluation doit être vérifiée ; ils doivent être sensibilisés aux limites d'une évaluation, à savoir qu'en soi, elle ne changera ni n'améliorera une situation. Il est également important d'informer les participants de la manière dont les données et les résultats collectés sont utilisés et de toute évolution résultant de l'évaluation.

3.2. Suivi



Le suivi continu utilise généralement les processus et systèmes de collecte de données existants, par exemple dans un service de soins de santé, ou dans le cadre d'un système de données humanitaires plus large. La compilation des données collectées de manière routinière pendant la prestation de services peut être utilisée pour revoir et examiner de nombreux aspects de celle-ci. Quelles sont les tendances concernant l'utilisation des services ? Combien de cas de VIH ou d'autres IST sont diagnostiqués ? Quelle est la démographie des personnes qui accèdent aux services ? Quelles mesures de la qualité de service et de la satisfaction du client sont systématiquement recueillies ?

Des données ventilées par âge et par sexe doivent être collectées. Diverses sources de données de routine peuvent être examinées, en gardant à l'esprit, encore une fois, la nécessité de protéger l'identité du client et de maintenir la confidentialité, par exemple :

- Dossiers et fiches individuels des patients (par exemple, formulaires d'admission à la clinique, cartes prénatales et cartes de contraception) ;
- Registres quotidiens et feuilles de décompte (par exemple, registres des naissances et feuilles de décompte prénatal) ;
- Formulaires de laboratoire (p. ex. résultats de dépistage du VIH ou de dépistage de la syphilis) ;
- Formulaires d'examen des décès maternels et périnataux ;
- Examens des accidents évités de justesse ;
- Rapports des professionnels de santé communautaires/travailleurs de proximité et des pairs éducateurs ;
- Formulaires de rapports hebdomadaires ou mensuels ;
- Enquêtes répétées (une source utile de données de suivi de la SSR lorsqu'elles sont répétées dans le temps) ;
- Surveillance sentinelle ;
- Inventaires des produits/fournitures.

Les prestataires de services peuvent extraire des données pertinentes des sources de données, à des fins de compilation, généralement effectuées par les superviseurs.

Les données doivent être communiquées au moins une fois par mois. Une liste de points de données potentiels est indiquée dans les **Annexes 9 et 10**.

Une partie du processus de suivi consiste à identifier les activités et les services qui sont évités et sous-utilisés, ce qui peut refléter une mauvaise qualité des soins, par exemple en raison d'attitudes négatives des prestataires ou de violations de la confidentialité.

Les méthodes à cette fin comprennent :

- le suivi des références par les pairs, afin de s'assurer que les informations liées à la référence sont saisies ;
- des groupes de discussion réguliers avec des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels pour aider à construire une compréhension qualitative des difficultés qu'elles rencontrent et des solutions qu'elles proposent.



3.3. Évaluation

Les objectifs à plus long terme d'un programme sont évalués à travers des évaluations d'évaluations ponctuelles, finales et, parfois, à mi-parcours. L'évaluation est plus approfondie que le suivi continu des données de routine et implique un examen à la fois quantitatif et qualitatif de la mesure dans laquelle le programme a atteint ses objectifs, grâce à l'examen des résultats globaux de l'intervention. Voici les questions types examinées lors d'une évaluation :

- Quels étaient nos objectifs ?
- Quelle était notre théorie du changement et notre cadre logique ?
- Qu'avons-nous fait ?
- Qu'avons-nous atteint ?
- Avons-nous atteint ce que nous voulions ?
- Qu'est-ce qui a fonctionné et pourquoi ? Pour quels bénéficiaires cela a-t-il fonctionné le mieux et pourquoi ?
- Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ? Pour quels bénéficiaires cela a-t-il le moins fonctionné et pourquoi ?
- Quels enseignements avons-nous tirés ?
- Que faut-il d'autre pour obtenir l'impact souhaité ?

Il est utile d'employer une troisième partie objective qui n'est pas impliqué dans l'exécution du programme pour effectuer l'évaluation afin d'assurer l'impartialité. Les considérations relatives à l'âge, au genre et à la diversité doivent être intégrées à la conception de l'évaluation.

Annexes



Annexe 1

Protocoles de thérapie antirétrovirale recommandés par l'OMS pour la prophylaxie post-exposition

Adultes et adolescents \geq 40 kg

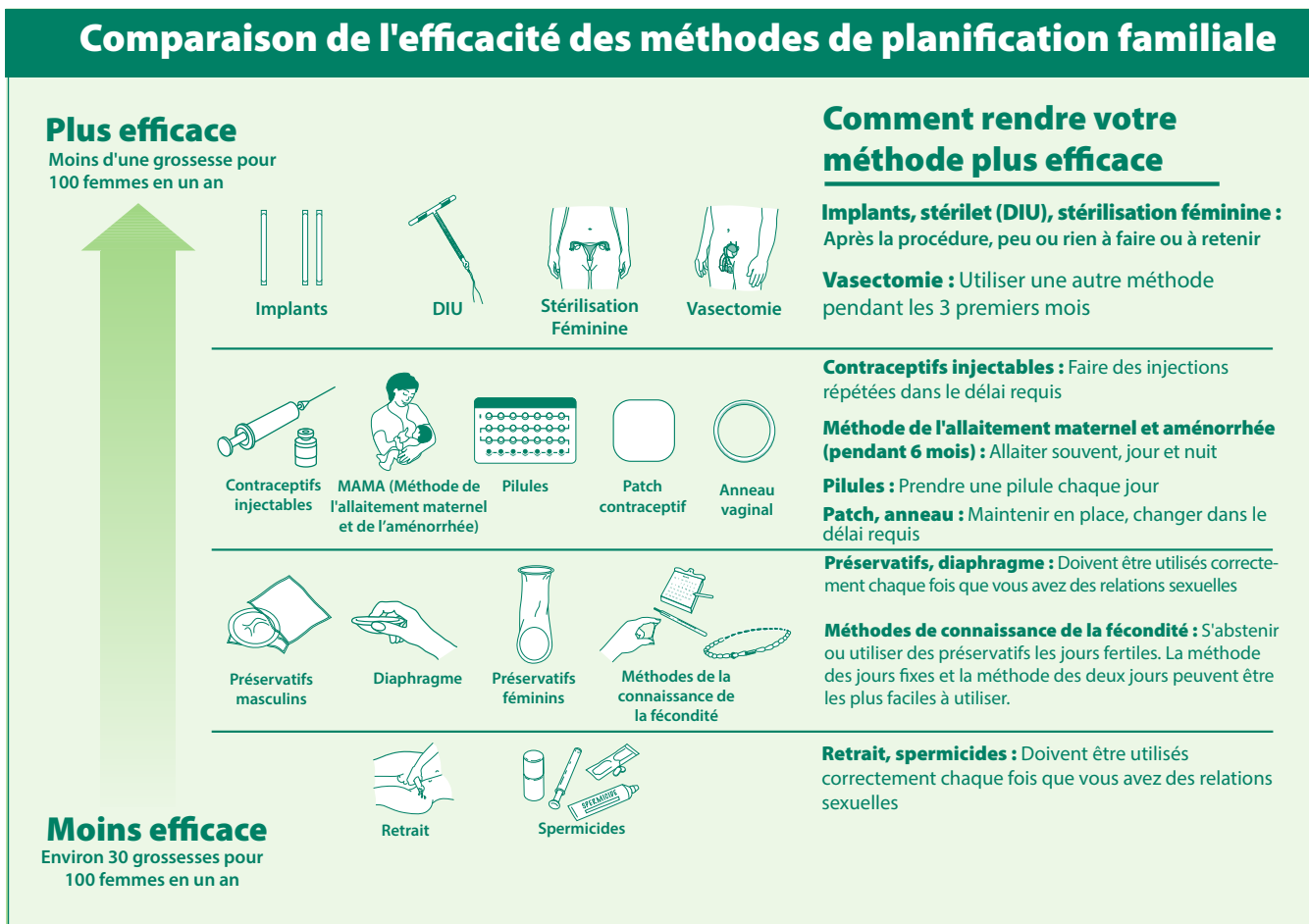
- Schéma principal (deux ARV) : ténofovir et lamivudine ou emtricitabine
- Troisième médicament recommandé : lopinavir/ritonavir ou atazanavir/ritonavir
- Lorsqu'ils sont disponibles, envisagez le raltégravir, le darunavir/ritonavir ou l'éfavirenz comme des options alternatives.

Enfants < 40 kg

- Deux ARV : zidovudine et lamivudine
- La posologie varie en fonction du poids de l'enfant ; les formes peuvent être du sirop ou des comprimés/capsules.

Annexe 2

Aperçu de l'efficacité des méthodes contraceptives¹⁰⁹



¹⁰⁹ OMS, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, USAID. *Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier, 3e édition.* (Genève, OMS, 2018).

Annexe 3.1

Exemple de dossier d'admission de patient (UNFPA)

N° unique : F Allergies : Date 1ère visite : Âge à la 1ère visite :

Antécédents médicaux (à la première visite)

Nombre de naissances vivantes		Césarienne (oui/non)	
Nombre d'enfants encore en vie		Déjà reçu une transfusion sanguine (Oui/non)	
Nombre d'enfants vivant sous le même toit		Déjà subi une intervention chirurgicale (précisez)	
Âge du plus jeune enfant		Affecté par une maladie chronique (précisez)	
Allaitement en cours (oui/non)		Déjà traité pour une IST (précisez quand et quoi)	
Nombre de mortinaissances/fausses couches/avortements		Déjà testé pour le VIH (date du dernier test)	

Évaluation des risques

La semaine dernière :	Date	Initiale	3 mois	6 mois	1 an	1 ½ an	2 ans	3 ans
Avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration avec un client sans préservatif?								
Avez-vous utilisé systématiquement des préservatifs avec votre petit ami/mari ?								
Avez-vous utilisé des préservatifs systématiquement avec des clients réguliers ?								
Avez-vous utilisé des préservatifs systématiquement avec des clients occasionnels ?								
Avez-vous eu une défaillance de préservatif ?								
Avez-vous eu un client avec un écoulement urétral ou des brûlures urinaires ?								
Avez-vous pratiqué le travail du sexe sous l'emprise de l'alcool ?								
Avez-vous pratiqué le travail du sexe sous l'emprise de drogues ?								
Avez-vous pratiqué davantage de travail du sexe pour pouvoir acheter de l'alcool ou de la drogue ?								
Combien de clients avez-vous au cours d'une journée type de travail du sexe ?								
Combien de jours travaillez-vous dans un mois type ?								
Pratiquez-vous les douches vaginales ?								
Introduisez-vous des objets ou des substances dans votre vagin pour des pratiques de « sexe sec » ?								
Avez-vous des relations sexuelles pendant vos règles ?								

Conseils

Conseils	Date
Conseils pré-dépistage VIH	
Conseils post-dépistage VIH	
Promotion et démonstration du préservatif	
Découragement des douches vaginales	
Planification familiale	
Techniques de négociation	
Usage de substances psychoactives	
Post-VBG	
Référence (précisez)	

Enquêtes

Enquêtes	Date
Test VDRL Syphilis	
Test de diagnostic rapide de Syphilis	
Levure humide	
Levure humide Trichomonas V.	
Vaginose bactérienne (cellules indices > 20%)	
Test rapide de N. Gonorrhée/Chlamydia T.	
Dépistage du cancer du col de l'utérus	

Planification familiale

Planification familiale	Date
COC (approvisionnement de 3 mois)	
Dépo-Provera	
Implants	
Autre (précisez)	

Date de consultation : _____ **Motif :** visite trimestrielle ; ou affections ; ou contact

Si visite trimestrielle : à temps en avance de plus d'une semaine en retard de plus d'une semaine

Si affections, précisez (ex : pertes vaginales anormales, douleurs, viol...) _____

Historique :

Examen :

Décharge vaginale Verrues génitales Éruption vulvaire, œdème
 Dysurie Ulcère génital Prurit
 Dyspareunie Saignement de contact Douleur abdominale basse
 Autre (précisez : p. ex. : poux, blessures...) _____

SI Érythème cervical
OU Pus provenant du col de l'utérus
Puis traiter pour NG/CT

Résultats de l'examen

Diagnostic avec absence d'IST En bonne santé Candidose VB Autre (précisez) _____

Diagnostic d'IST Gonorrhée (NG) Chlamydiase (CT) Trichomonase Poux du pubis
 Verrues Herpès AID Syphilis stade _____

Traitement

Référence

Date de la prochaine visite trimestrielle :

Date de consultation : _____ **Motif :** visite trimestrielle ; ou affections ; ou contact

Si visite trimestrielle : à temps en avance de plus d'une semaine en retard de plus d'une semaine

Si affections, précisez (ex : pertes vaginales anormales, douleurs, viol...) _____

Historique :

Examen :

Décharge vaginale Verrues génitales Éruption vulvaire, œdème
 Dysurie Ulcère génital Prurit
 Dyspareunie Saignement de contact Douleur abdominale basse
 Autre (précisez : ex : poux, blessures...) _____

SI Érythème cervical
OU Pus provenant du col de l'utérus
Puis traiter pour NG/CT

Résultats de l'examen

Diagnostic avec absence d'IST En bonne santé Candidose BV Autre (précisez) _____

Diagnostic d'IST Gonorrhée (NG) Chlamydiase (CT) Trichomonase Poux du pubis
 Verrues Herpès AID Syphilis stade _____

Traitement

Référence

Date de la prochaine visite trimestrielle :

Annexe 3.2

Exemples de formulaires d'inscription et de contact de cliniques (Ministère de la Santé, Kenya)

Formulaire d'inscription à la clinique¹¹⁰

Nom du comté : _____ Sous-comté : _____

Salle : _____ Partenaire de mise en œuvre : _____

Date d'inscription (JJ / MM / AAAA) : _____ / _____ / _____ Code MFL : _____

KP unique identifier code: _____

Type de population clé
(Cochez la réponse appropriée) :

Travailleur(se) du sexe	HSH	HSF	Personne qui s'injecte des drogues	Personne qui utilise des drogues	Homme transgenre	Femme transgenre
----------------------------	-----	-----	--	--	---------------------	---------------------

1	Nom de la population clé : _____
2	Avez-vous été contacté(e) par un pair éducateur pour des services de santé ? 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
3	Avez-vous un partenaire régulier non payant ? 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
4	a. En quelle année avez-vous commencé le travail du sexe Année : _____ b. En quelle année avez-vous commencé à avoir des relations sexuelles avec des hommes (HSH uniquement) Année : _____ c. En quelle année avez-vous commencé à consommer des drogues (injection ou inhalation) Année : _____
5	Avez-vous déjà subi des violences physiques/sexuelles ? 1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non <input type="checkbox"/> (Si oui, précisez Physique / Sexuelle / Les deux) _____
6	a) Avez-vous déjà subi un test de dépistage du VIH ? 1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non <input type="checkbox"/> Si NON, passez à Q10 b) La dernière fois que vous avez subi un test de dépistage du <input type="checkbox"/> Dépistage rapide du VIH <input type="checkbox"/> Auto-test VIH, comment l'avez-vous fait ?
7	Souhaitez-vous partager votre DERNIER résultat de test avec moi ? (encercler le numéro) 1= Oui, j'ai été testé(e) positif <input type="checkbox"/> 2= Oui, j'ai testé(e) négatif <input type="checkbox"/> 3= je ne souhaite pas partager <input type="checkbox"/>
8	Si POSITIF, recevez-vous des soins VIH ? 1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non <input type="checkbox"/> (Si NON, référez-vous aux SOINS)
9	Si oui (reçoit des soins), DEMANDEZ ce qui suit ; Nom de l'établissement : _____ Numéro CCC : _____ Test de charge virale (CV) : 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> _____ Date du résultat de la CV : _____
10	Êtes-vous prêt(e) à subir un test de dépistage du VIH ? 1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non <input type="checkbox"/> Si non, indiquez la raison _____
11	Dans le cas où vous devez recevoir des services cliniques, pourrions-nous vous contacter par : Téléphone 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Pairs éducateurs 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Pairs éducateurs 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Conseiller/Clinicien dépistage HIV 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Compagnon de traitement 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> Nom du compagnon de traitement _____ Numéro de téléphone du compagnon de traitement _____ Signature/Pouce du membre de la population clé _____ Complété par : _____ Date : _____

Formulaire de contact de la population clé¹¹¹

Nom du comté : _____ Sous-comté : _____

Salle : _____ Partenaire de mise en œuvre : _____

Date du premier contact : (jj/mm/aaaa) : ____/____/____

Nom du pair éducateur/professionnel de santé : _____

Code identifiant unique Population clé : _____

Type de population clé
(Cochez la réponse
appropriée) :Travailleur(se)
du sexe

HSH

HSF

Personne qui
s'injecte des
droguesPersonne qui
utilise des
droguesHomme
transgenreFemme
transgenre

1. Quel est votre nom ?

(Les trois noms) (Veuillez ajouter le surnom)

2. Sexe (encercler la réponse appropriée) 1= Homme ; 2= Femme

3a. Date de naissance (JJ/MM/YYYY) :

3b. Âge :

4. Numéro de téléphone du contact :

5. Autre personne de contact et numéro de téléphone :

6a. Avez-vous été contacté(e) par un pair éducateur ?

1. Oui

2. Non

6b. Si oui, de quel programme recevez-vous des services ?

7a. Où opérez-vous/traînez-vous/exercez-vous le commerce du sexe/vous injectez-vous des drogues/rencontrez-vous vos clients ou partenaires la plupart du temps ?

(Notez le nom et l'adresse physique du point sensible le PLUS fréquenté)

7b. Type de point PRINCIPALEMENT fréquenté

1= Rue, 2= Repère d'injection, 3= Immeuble inhabitable, 4= Parcs, 5= Maisons, 6= Plage, 7= Casino, 8= Bar avec logement, 9= Bar sans logement, 10= Repère de sexe, 11= Club de striptease, 12= Autoroutes, 13= Maison close, 14= Maison d'hôtes/hôtels/ logements, 15= Salon de massage, 16= Repère de Chang'aa, 17= Salon de coiffure/ barbier, 18= Espace virtuel, 19= Autre (préciser)

8. a. En quelle année avez-vous commencé le travail du sexe ?

Année : _____

b. En quelle année avez-vous commencé à avoir des relations sexuelles avec des hommes (HSH uniquement) ?

Année : _____

c. En quelle année avez-vous commencé à consommer de la drogue (injection ou inhalation) ? Année : _____

9. En moyenne, combien de rapports sexuels avez-vous PAR SEMAINE ?

10. En moyenne, combien de rapports sexuels anaux avez-vous PAR SEMAINE ?

11. En moyenne, combien de fois vous injectez-vous des drogues par jour ? (uniquement pour les personnes qui s'injectent des drogues)

111 République du Kenya, ministère de la Santé. *Formulaire de contact.*

Annexe 3.3.

Exemples de dossiers d'inscription et de contact de cliniques (FHI360 Liens à travers le continuum des services liés au VIH pour les populations clés affectées par le VIH (LINKAGES))

OUTIL #9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLINIQUE HSH/TG

Nom du partenaire de mise en œuvre : _____ Date : ____ / ____ / ____

District : _____ Lieu : _____ Point chaud : _____

Superviseur de la sensibilisation du personnel : _____ Pairs Intervenant de sensibilisation : _____

Nom de la population clé : _____ Sexe : Femme Homme Personne transgenre

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Identifiant du programme : _____

Adresse de contact : _____

Numéro de téléphone : _____

1	Quel âge aviez-vous lors de votre dernier anniversaire ? (Âge en années révolues)		
2	Où draguez-vous / rencontrez-vous PRINCIPALEMENT vos clients ou partenaires ? ENTOUREZ TOUTES LES PROPOSITIONS APPLICABLES	Nom du ou des points chauds :	
		<input type="checkbox"/> Bar avec logement	<input type="checkbox"/> Bar sans logement
		<input type="checkbox"/> Repaire du sexe (maison close)	<input type="checkbox"/> Club de striptease
		<input type="checkbox"/> Rues/autoroutes	<input type="checkbox"/> À la maison
		<input type="checkbox"/> Casino	<input type="checkbox"/> Plage
		<input type="checkbox"/> Gîtes/chambres d'hôtes/ Maison de repos/hôtels	<input type="checkbox"/> Salons de massage
		<input type="checkbox"/> Parcs	<input type="checkbox"/> Taverne à bière
		<input type="checkbox"/> Toilettes publiques	<input type="checkbox"/> Autres
3	En moyenne, combien de rapports sexuels avec pénétration (anaux) avez-vous ?	Par jour	Par semaine
4	Avez-vous déjà visité un centre d'accueil (DIC)/clinique/centre de bien-être pour des services au cours des 6 derniers mois ?	Oui	Non
5	Si oui, quel centre d'accueil avez-vous visité ?		
6	Avez-vous été contacté par un pair éducateur du programme de prévention du VIH ?	Oui.	Non

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

7	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà eu l'un des symptômes suivants ? VEUILLEZ TOUT LIRE	<input type="checkbox"/> Ulcère génital/anal <input type="checkbox"/> Écoulement pénien/anal nauséabond <input type="checkbox"/> Croissance indolore dans la région anale/pénienne <input type="checkbox"/> Démangeaisons dans la région génitale/anale <input type="checkbox"/> Éruption cutanée dans la région génitale/anale <input type="checkbox"/> Bubon <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> Ceinture abdominale (LAP) <input type="checkbox"/> Autres
8	Où avez-vous reçu un traitement pour les symptômes mentionnés ci-dessus que vous avez eus au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Médecin privé <input type="checkbox"/> Clinique gouvernementale <input type="checkbox"/> Herboriste <input type="checkbox"/> ONG/clinique du programme <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> N'a pas reçu de traitement

HISTORIQUE SEXUEL ET ÉVALUATION DES RISQUES			
9	A quel âge avez-vous eu des relations sexuelles pour la première fois ?		
10	Au cours des 3 derniers mois avez-vous eu des relations sexuelles avec un autre homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11	Au cours de LA SEMAINE passée, combien de partenaires masculins avez-vous eu ?		
12	Quel type de sexe avez-vous dans la plupart des relations sexuelles ?	<input type="checkbox"/> Pénétration anale <input type="checkbox"/> Anal réceptif <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Autre _____	
13	Avez-vous déjà reçu de l'argent ou des biens en échange de relations sexuelles avec un homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14	Si oui, à quel âge avez-vous commencé le travail du sexe ? (uniquement pour HSF)		
15	Au cours de LA SEMAINE passée, de combien d'hommes avez-vous reçu de l'argent ou des biens en échange de relations sexuelles ? (uniquement pour HSF)		
16	Au cours de LA SEMAINE passée, combien d'hommes ne vous ont pas payé en espèces ou en biens en échange de relations sexuelles ? (uniquement pour HSF)		
17	Avez-vous utilisé un préservatif la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
18	Avez-vous utilisé du lubrifiant la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles anales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
19	Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons contenant de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> La plupart des jours	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Tous les jours
20	Avez-vous déjà utilisé/consommé un médicament à des fins non médicales ?	JAMAIS <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	LE MOIS DERNIER <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
			LA SEMAINE DERNIÈRE <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

VIOLENCE SEXUELLE ET BASÉE SUR LE GENRE			
21	Au cours des 3 derniers mois avez-vous déjà subi des violences ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
22	Si oui, quel type ? Cochez toutes les réponses appropriées	<input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violences sexuelles <input type="checkbox"/> Discrimination <input type="checkbox"/> Autre	
23	Qui a perpétré les violences ?	<input type="checkbox"/> Groupes de pression communautaires <input type="checkbox"/> Dirigeants locaux <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Proxénètes <input type="checkbox"/> Gérants et propriétaires de bar <input type="checkbox"/> Gangs locaux <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Magistrat/judiciaire	<input type="checkbox"/> Fonctionnaires du gouvernement <input type="checkbox"/> Communauté générale <input type="checkbox"/> Membres de la famille <input type="checkbox"/> Groupes religieux <input type="checkbox"/> Partenaire régulier <input type="checkbox"/> Clientèle <input type="checkbox"/> Prestataire de soins de santé <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) _____
24	Avez-vous demandé de l'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
25	Si oui, où avez-vous cherché de l'aide ? COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES APPROPRIÉES	<input type="checkbox"/> Lieu médical/hôpital <input type="checkbox"/> Juridique/police <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Pairs <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Chefs religieux <input type="checkbox"/> Chef/ancien du village <input type="checkbox"/> Autre _____	

OUTIL #9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLINIQUE HSH/TG Suite

DÉPISTAGE DU VIH ET CONSEILS		
26	Avez-vous déjà été testé pour le VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Passez à la question 33)
27	Si oui, il y a combien de temps ?	<input type="checkbox"/> Dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Plus d'un an
28	Si oui, souhaitez-vous partager le résultat de votre test avec moi ?	<input type="checkbox"/> Testé positif <input type="checkbox"/> Testé négatif <input type="checkbox"/> Résultats inconnus <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas partager
29	Si séropositif, avez-vous divulgué votre statut VIH à quelqu'un ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
30	Si oui, à qui ?	<input type="checkbox"/> Petit ami <input type="checkbox"/> Client régulier <input type="checkbox"/> Ami/parent
31	Si séropositif, recevez-vous des soins pour le VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui (précisez la durée) Si oui, durée _____ <input type="checkbox"/> Non
32	Si vous recevez des soins, quel établissement vous prodigue des soins (adresse de l'établissement) ?	
33	Pourrions-nous vous contacter par téléphone (y compris par SMS) pour des services liés aux IST/planification familiale/dépistage du VIH/soins du VIH/VBG ou d'autres services ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
34	Pourrions-nous vous contacter par l'intermédiaire de votre pair éducateur/superviseur de sensibilisation pour des services liés aux IST//dépistage du VIH/soins du VIH/VBG ou d'autres services ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Signature/empreinte du pouce du membre de la population clé _____
35	Nom du fournisseur de services :	Signature _____ Date _____

Annexe 4

Protocoles de traitement de l'OMS pour les infections sexuellement transmissibles chez l'adulte

Références : Guidelines for the management of people with symptoms of Sexually Transmitted Infections; WHO [Directives pour la prise en charge des personnes présentant des symptômes d'infections sexuellement transmissibles]; OMS (2021 à venir)

Remarque : se référer aux directives pour le traitement des femmes enceintes ou allaitantes et des patients de moins de 16 ans

IST	Options de traitement	Dose	Remarques
Neisseria gonorrhoea	Ceftriaxone PLUS Azithromycine	250 mg IM, dose unique 1 g par voie orale, dose unique	Choix privilégié. Utiliser une bithérapie lorsque la résistance aux antimicrobiens n'a pas été déterminée. L'azithromycine n'est pas nécessaire lorsque la sensibilité à la ceftriaxone est prouvée.
	Céfixime PLUS Azithromycine	400 mg par voie orale, dose unique 1 g par voie orale, dose unique	Utiliser une bithérapie lorsque la résistance aux antimicrobiens n'a pas été déterminée. L'azithromycine n'est pas nécessaire lorsque la sensibilité au céfixime est prouvée.
Chlamydia trachomatis	Doxycycline	100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours ; (14 jours pour une inflammation pelvienne)	Choix privilégié. Contre-indiqué pendant la grossesse
	Azithromycine	1 g par voie orale, en une seule dose	Également actif contre la syphilis en incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition)
	Érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ; (14 jours pour une inflammation pelvienne)	
	Ofloxacine	200 à 400 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	
Chlamydia trachomatis chez les femmes enceintes ou allaitantes	Érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours	Choix privilégié.
	Azithromycine	1 g par voie orale, en une seule dose	Également actif contre la syphilis en incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition)
Syphilis (précoce) : (Primaire, secondaire et latent précoce, c'est-à-dire moins de 2 ans depuis l'infection)	Benzathine pénicilline	2,4 millions d'UI, par voie intramusculaire, dose unique	Choix privilégié. Peut être administrée en 2 injections dans des sites séparés
	Doxycycline	100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours	Contre-indiqué pendant la grossesse
	Érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours	Peut être utilisé chez la femme enceinte, mais ne traverse pas la barrière placentaire. Traiter le(s) nouveau-né(s) peu de temps après l'accouchement

IST	Options de traitement	Dose	Remarques
Syphilis (tardive) : (Infection latente tardive et tertiaire)	Benzathine pénicilline	2,4 millions d'UI, IM, une fois par semaine pendant 3 semaines	Choix privilégié. Peut être administrée en 2 injections dans des sites séparés
	Procaïne pénicilline	1,2 million d'UI, IM, quotidiennement pendant 20 jours	
	Doxycycline	100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 30 jours	Pour les patientes allergiques à la pénicilline, mais contre-indiquée pendant la grossesse.
Syphilis (tardive) chez la femme enceinte et allaitante Trichomonas vaginalis	Érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 30 jours	Cet antibiotique est également actif contre l'infection à Chlamydia
	Métronidazole	2 g par voie orale, dose unique OU 400 mg ou 500 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	Choix privilégié. Idéalement à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse (voir ci-dessous)
	Tinidazole	2 g par voie orale, dose unique OU 500 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours	
Trichomonas vaginalis chez la femme enceinte (2e et 3e trimestre)	Métronidazole	200 mg ou 250 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours OU Gel (0,75%), 1 applicateur plein (5 g), 2 fois par jour pendant 7 jours	Idéalement à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse, à moins que le bénéfice ne l'emporte sur les risques
Mycoplasme génital	Azithromycine	500 mg par voie orale, jour 1 ; 250 mg par voie orale, jours 2 à 5	
Herpès génital (infection primaire)	Acyclovir	400 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 10 jours OU 200 mg par voie orale, 5 fois par jour pendant 10 jours	Choix privilégié. Pendant la grossesse, n'utiliser Acyclovir que lorsque le bénéfice l'emporte sur les risques
	Valaciclovir	500 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 10 jours	
	Famciclovir	250 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 10 jours	
Herpès génital (infection récurrente – traitement épisodique)	Acyclovir	400 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours OU 800 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 5 jours OU 800 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 2 jours	Choix privilégié. Utiliser le même traitement pour les femmes enceintes/allaitantes
	Valaciclovir	500 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours	
	Famciclovir	250 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours	

IST	Options de traitement	Dose	Remarques
Herpès génital (infection récurrente – traitement suppressif)	Acyclovir	400 mg par voie orale, deux fois par jour	Le traitement suppressif est recommandé pour les personnes ayant plus de 4 épisodes par an, des symptômes graves ou des épisodes provoquant une détresse. Une augmentation de la posologie ou de la durée est nécessaire pour les personnes vivant avec le VIH
	Valaciclovir	500 mg par voie orale, une fois par jour	
	Famciclovir	250 mg par voie orale, deux fois par jour	

Pour les autres IST et le traitement des personnes de moins de 16 ans, se référer aux directives de l'OMS.

Annexe 5

Conseils pour les services de dépistage du VIH¹¹²

Préparation

Une préparation appropriée à la prestation de services de dépistage du VIH comprend la sensibilisation et la demande de la communauté, la formation des prestataires, la sélection des lieux et des horaires de prestation des services ainsi que l'achat de fournitures.

Sensibilisation de la communauté et renforcement de la demande de services de dépistage volontaire du VIH

- Les membres de la communauté doivent être informés des avantages de connaître son statut VIH et de la disponibilité du traitement s'ils sont infectés par le VIH. Même avec des activités de sensibilisation visant le grand public ou les populations clés, les professionnel(le)s du sexe peuvent ne pas connaître les services qui sont respectueux des professionnel(le)s du sexe ou qui sont dispensés par des pairs professionnel(le)s du sexe formés et qualifiés ;
- Dans le cadre des campagnes de sensibilisation, les professionnel(le)s du sexe doivent être informés de leur droit à la confidentialité et au consentement et de leur droit de refuser le dépistage du VIH s'ils ou elles le souhaitent.

Prestataires de formation et travailleurs de proximité

- La formation au dépistage du VIH doit suivre les normes nationales et internationales (voir la **section 2.4.2**) ;
- La formation des conseillers qui fourniront des services de dépistage du VIH aux travailleur(se)s du sexe devrait inclure une formation supplémentaire sur :
 - leur devoir de respect et de non-jugement ;
 - les besoins spécifiques des travailleur(se)s du sexe ;
 - l'exigence absolue de maintenir la confidentialité non seulement sur les résultats du dépistage, mais aussi sur toute autre information fournie pendant la séance de conseil, y compris sur l'engagement dans le travail du sexe.

Lieu et horaire des services

- Le lieu et les horaires des services de dépistage volontaire du VIH doivent être adaptés aux besoins et aux demandes des professionnel(le)s du sexe. Dans certains contextes, cela peut signifier fournir des services le soir ou le week-end, comme le « Dépistage au clair de lune », qui a été mis en place dans un certain nombre de pays ;
- Les milieux communautaires peuvent être plus attrayants que les établissements de soins de santé.

À quelle fréquence le dépistage du VIH doit-il être proposé ?¹¹³

- Il faut conseiller aux professionnel(le)s du sexe dont le test VIH est négatif de revenir pour un nouveau test après quatre semaines. Ils devraient également demander un nouveau test au mieux tous les trois mois ou se voir proposer un nouveau test au moins une fois par an, comme recommandé par l'OMS pour les personnes à haut risque ;
- Un nouveau test de dépistage du VIH devrait également être proposé chaque fois qu'un nouveau diagnostic d'IST est posé.

112 OMS, Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleur(se)s du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives (Genève, OMS, 2013).

113 SWIT, chapitre 5 Services médicaux.

Annexe 6

À faire et à ne pas faire pour fournir des services de santé et de protection aux personnes qui vendent ou échangent des services sexuels

À faire	À ne pas faire
<p>Utilisez une écoute réfléchie et faites des déclarations positives et ouvertes d'esprit <i>Exemples</i> « Vous n'êtes pas seul à faire cela » « Vous n'avez pas à avoir honte »</p>	<p>Faire des déclarations qui portent un jugement <i>Exemples</i> « Que penseraient vos enfants de vous ? » « Vous savez que notre religion l'interdit. Dieu n'approuve pas »</p>
<p>Posez des questions sans jugement pour essayer de comprendre les besoins de santé et de protection d'une personne <i>Exemples</i> « Avez-vous accès à des préservatifs et des lubrifiants ? » « Avez-vous été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles sans préservatif ? » « Avez-vous été frappé(e) par quelqu'un alors que vous vendiez des services sexuels ? »</p>	<p>Faire des suppositions sur les raisons pour lesquelles quelqu'un vend/échange des services sexuels, quand il/elle a commencé ou ce qu'il/elle en pense <i>Exemples</i> Les personnes qui vendent des services sexuels ont subi des traumatismes ; Les personnes qui vendent du sexe sont de mauvaises personnes ; Toutes les personnes qui vendent des services sexuels sont obligées de le faire.</p>
<p>Offrir d'orienter une personne vers des services désignés qui ont été vérifiés comme étant adéquats (c.-à-d. professionnel, sensibilisé, confidentiel, avec une qualité de soins adéquate) <i>Exemples</i> Informer la personne de l'option ou des options d'orientation ; Demandez-leur si elles/ils sont disposées et intéressées à y assister ; Demandez leur consentement avant de contacter un prestataire.</p>	<p>Orienter quelqu'un vers un prestataire sans vérifier que le prestataire est au courant, qu'il ne porte pas de jugement et qu'il apporte son soutien <i>Exemples</i> Référer à un prestataire de santé qui n'est pas formé sur les besoins spécifiques des personnes se livrant à la vente/l'échange de services sexuels Référer une personne à une initiative de subsistance sans demander si elle est intéressée en raison de sa propre perception ou en partant du principe que c'est mieux pour la personne.</p>
<p>Utiliser un langage sans jugement et basé sur les droits <i>Exemples</i> Décrivez le service fourni comme « vente ou échange de services sexuels » Utilisez les termes « travail du sexe » ou « personnes engagées dans le travail du sexe »</p>	<p>Utiliser un langage qui enlève à la personne sa capacité d'agir en raison de sa décision de vendre ou d'échanger des services sexuels Utiliser une terminologie qui implique que vendre des services sexuels est intrinsèquement coercitif ou violent <i>Exemples</i> Évoquer la vente ou l'échange de services sexuels comme du « sexe de survie » Décrire la vente/l'échange de services sexuels comme une « stratégie d'adaptation négative » Utiliser le terme de « prostituée ».</p>
<p>Présenter une gamme complète d'options d'orientation et fournir des informations et une assurance pour garantir un consentement éclairé <i>Exemples</i> Donner des détails sur tous les prestataires de services disponibles ; Expliquer les procédures et les effets secondaires ou les risques ; Proposer d'accompagner une personne si elle le souhaite.</p>	<p>Faire des suppositions sur le type de soutien ou d'orientations que quelqu'un recherche <i>Exemples</i> Toutes les personnes qui vendent des services sexuels ont besoin d'un traitement contre les IST ; Une femme qui vend des services sexuels veut être réhabilitée ou sauvée ; Si une personne qui vend des services sexuels reçoit un soutien (par exemple, des options de subsistance élargies et une aide alimentaire et non alimentaire), elle s'arrêtera.</p>
<p>Créer un environnement accueillant pour les personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre diverses <i>Exemple</i> « J'utilise elle. Quels pronoms préférez-vous ? »</p>	<p>Faire des suppositions/des commérages sur la sexualité de quelqu'un ou le type de sexe qu'il/elle a</p>

<p>Dispenser des soins compatissants <i>Exemple</i> « Que pouvons-nous faire pour vous aider aujourd'hui ? »</p>	<p>Insister sur la nécessité de soins et de soutien spécifiques Exemples Commander une gamme de tests IST sans consultation ni consentement ; Prescrire une contraception sans consultation ni consentement.</p>
<p>Soutenir la capacité d'agir <i>Exemples</i> Demander à une personne comment elle pense pouvoir se protéger lorsqu'elle vend ou échange des services sexuels ; Demander à une personne de quel soutien elle a besoin lorsqu'elle vend ou échange des services sexuels.</p>	<p>Partir du principe qu'une personne qui vend ou échange des services sexuels a besoin d'une réadaptation</p>
<p>Maintenir des normes professionnelles d'éthique et de respect des droits de l'homme - y compris la préservation de la vie privée et de la confidentialité, et la non-discrimination pendant les soins et le soutien</p>	<p>Discuter ou révéler l'identité d'une personne qui vend des services sexuels, ou divulguer toute information qui permettrait de l'identifier, sans son consentement explicite et éclairé</p>

Annexe 7

Éléments clés de l'autonomisation des communautés et valeurs fondamentales pour l'autonomisation des communautés



Source : Mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH/IST auprès des travailleur(se)s du sexe (SWIT)

Annexe 8

Sensibilisation communautaire et éducation par les pairs – informations supplémentaires

Valeurs fondamentales pour l'autonomisation des communautés

- 1. Empathique** : déployer des efforts soutenus pour comprendre la situation, les besoins, les désirs, les limites, les opportunités et les aspirations de tous les pairs, bénéficiaires, partenaires et intervenants.
- 2. Inclusif** : inclure toutes les personnes concernées dans l'identification des problèmes et des difficultés, la conception de solutions et la mise en œuvre de ces réponses, en partageant ouvertement toutes les idées et solutions.
- 3. Digne de confiance** : entrer dans toutes les relations avec bienveillance, honnêteté et intégrité, de la même manière que l'on voudrait que les autres le fassent en retour.
- 4. Axé sur les personnes** : prendre en considération les changements souhaités et les objectifs des pairs/bénéficiaires à court, moyen et long terme.
- 5. Intentionnel** : être attentif et vigilant à l'impact des actions sur les pairs et les autres, y compris les efforts pour essayer de prévoir et d'éviter les conséquences imprévues.
- 6. Digne** : traiter ses pairs avec l'honneur, la dignité et le respect qu'ils ont acquis et qu'ils méritent.
- 7. Collaboratif** : établir des partenariats avec les pairs, les prestataires de services, les intervenants et autres de manière à tirer parti des forces des individus et à atténuer les faiblesses, de façon à ce que toutes les personnes impliquées aient la possibilité à la fois d'ajouter de la valeur et d'en tirer des avantages.
- 8. Redevable** : se tenir ainsi que ses pairs, ses partenaires et les intervenants, responsables de la performance éthique, créant ainsi un sentiment d'appropriation des succès et des échecs de toutes les parties prenantes de la chaîne de valeur.
- 9. Innovant** : s'efforcer de résoudre les problèmes et surmonter les obstacles pour les pairs par des moyens créatifs qui n'ont jamais été essayés auparavant.
- 10. Durable** : offrir et créer des opportunités, des services et des produits de la plus haute qualité, résilients et durables.
- 11. Pratique** : se concentrer non pas sur l'idéologie, mais sur le bon sens et des contributions concrètes pour atteindre les objectifs de manière efficace et efficiente.
- 12. Catalytique** : chercher à créer et mettre en œuvre des processus et des solutions qui ont des effets multiplicateurs positifs et à grande vitesse.

Adapté de Community Empowerment Solutions :

<https://www.cesolutions.org/our-core-values-approach>

L'autonomisation communautaire des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels peut se produire dans n'importe quel contexte humanitaire, y compris dans les situations d'urgence aiguë et les milieux pauvres en ressources, et partout où des individus vendent des services sexuels. L'éducation par les pairs en face-à-face peut être proposée lors de la sensibilisation communautaire ou dans les centres d'accueil, ou à distance grâce à des messages sur téléphone portable et sur les réseaux sociaux. Les éducateurs pairs peuvent mener un large éventail d'activités d'information et de renforcement des compétences. Lorsqu'un pair éducateur recommande un service ou un prestataire particulier, cela peut être la seule raison pour laquelle une personne fait confiance et accède à ce service.^{114, 115} Voici des exemples d'activités d'éducateurs pairs :

- Tenir des rencontres individuelles régulières (par ex. mensuelles) avec les pairs qui vendent du sexe dans les zones qui leur sont assignées.
- Évaluer les besoins individuels en prévention, traitement et soins du VIH et veiller à ce que le programme et la communauté élaborent un plan de réponse à ces besoins ;
- Élaborer un plan avec les points focaux du secteur/groupe santé pour répondre à ces besoins ;
- Évaluer le besoin de préservatifs/lubrifiants de chaque personne, en fonction de son activité sexuelle habituelle ;
- Distribuer suffisamment de préservatifs et de lubrifiant pour tenir jusqu'à la visite suivante ;
- Promouvoir et encourager la fréquentation des espaces sûrs (centre d'accueil) pour les personnes qui vendent des services sexuels ;
- Promouvoir et orienter les personnes vers des cliniques ou des agents de santé désignés et de confiance pour :
 - Bilans et gestion des IST – diagnostic, traitement, conseil, évaluation des risques, communication pour le changement de comportement et promotion du préservatif ;
 - Services de dépistage du VIH et de TARV, ainsi que soutien et suivi de l'observance pour les personnes diagnostiquées séropositives ;
 - Traitement, prise en charge et SPS de la VBG ;
 - Autres soins de SSR, y compris la contraception et le dépistage du cancer ;
 - Services de conseil et de réduction des risques liés à la drogue et à l'alcool ;
 - Services de dépistage et de traitement de la tuberculose et de l'hépatite virale.

Note : les pairs éducateurs peuvent expliquer et décrire les services, orienter les personnes au besoin, rassurer et accompagner les personnes sur demande et faciliter l'accès :

- Fournir des conseils de sécurité et des conseils sur la façon de :
 - traiter avec les forces de l'ordre, les autorités des camps et les autres membres du personnel de sécurité ;
 - Négocier des rapports sexuels protégés et l'utilisation du préservatif ;
 - Pratiquer l'autodéfense, travailler en binôme, faire face à des clients agressifs ou connus pour être violents ;
 - Accès légal et SPS.
- Rappporter et donner des retours d'information sur les activités aux points focaux de santé/protection et aux gestionnaires de programme :
 - Résumer les activités de sensibilisation communautaire et d'éducation par les pairs - telles que le nombre de personnes vues, les informations et les produits fournis et les références effectuées ;
 - Signaler les risques spécifiques identifiés pour les personnes qui vendent des services sexuels – par exemple les lieux, les heures, les personnes et les activités à risque ;
 - Suggérer des approches pour atténuer les risques et améliorer les relations avec les forces de l'ordre/le personnel de sécurité, les dirigeants communautaires et les intervenants humanitaires ;
 - Rendre compte de la qualité des soins fournis (par exemple par les professionnels de santé, le personnel de protection et d'autres acteurs humanitaires).

114 Voir le guide SWIT chapitre 3.2 : « Sensibilisation conduite par la communauté ».

115 Cette liste a été adaptée du guide SWIT, chapitre 3.2.1 : « Que font les intervenantes en sensibilisation communautaire ? »

La sensibilisation et l'éducation par les pairs dirigées par la communauté peuvent être autonomes, par exemple dans le cadre d'un camp. Cependant, dans la mesure du possible, ces activités doivent être liées aux réseaux de la communauté d'accueil des professionnel(le)s du sexe. Des activités supplémentaires peuvent être organisées, par exemple en invitant les travailleur(se)s du sexe de la communauté d'accueil à parler à un rassemblement de personnes vendant des services sexuels, ou des activités de groupe peuvent être organisées dans un espace sûr, sur la base d'intérêts ou de préoccupations communs. Dans certains contextes, une éducation par les pairs virtuelle/à distance peut être mise en place - en veillant à ce que les bonnes pratiques soient suivies et les nouveaux dangers évités, comme le résume le *Global Network of Sex Work Projects' Guide futé pour les prestataires de services Le travail du sexe et les technologies de l'information et de la communication (TIC)*.¹¹⁶ Ces activités devraient compléter les activités de sensibilisation des pairs en personne, et non les substituer. Des exemples d'éducation par les pairs et de sensibilisation par les pairs dans divers contextes, et en collaboration avec des organisations locales ou nationales de travailleur(se)s du sexe, sont donnés dans les encadrés de bonnes pratiques 1 à 4 dans **l'Annexe 12**.

116 NSW, *Guide futé pour les prestataires de services Le travail du sexe et les technologies de l'information et de la communication* (Édimbourg, NSW, 2016).

Annexe 9

Liste de contrôle du dispositif minimum d'urgence¹¹⁷

FIGURE 3.2 : EXEMPLE DE LISTE DE CONTRÔLE DU DMU

ZONE GÉOGRAPHIQUE :		PÉRIODE EXAMINÉE __/__/20 __ À __/__/20 __	DATE DE DÉBUT DE LA RÉPONSE DE SANTÉ __/__/20 __	RAPPORTÉ PAR :	
1. Agence principale de SSR et coordinateur SSR					
				OUI	NON
1.1	Agence principale de SSR et coordinateur SSR agissant au sein du secteur/pôle de santé				
	Agence principale				
	Coordinateur SSR				
1.2	Les réunions SSR des parties prenantes établies et qui ont lieu régulièrement :				
	Nationale (MENSUELLE)				
	infranational/district (BI-HEBDOMADAIRE)				
1.3	Local (HEBDOMADAIRE)				
	Les parties prenantes concernées mènent/participent aux réunions du groupe de travail SSR				
	Ministère de la santé				
	FNUAP et autres agences de l'ONU				
	ONG internationales				
	ONG locales				
	Protection/VBG				
	VIH				
1.4	Société civile y compris les personnes marginalisées (adolescents, personnes handicapées, LGBTQIA)				
	Avec les secteurs/pôle de santé/protection/VBG et contributions des programmes VIH assurent le recensement et la validation des services SSR existants				
2. Démographiques					
2.1	Population totale				
2.2	Nombre de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans, estimé à 25% de la population)				
2.3	Nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20% de la population)				
2.4	Taux brut de natalité (population nationale du pays d'accueil et/ou population touchée ou estimée à 4% de la population)				
3. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes					
				OUI	NON
3.1	Des mécanismes multisectoriels coordonnés pour prévenir la violence sexuelle sont en place				
3.2	Accès sécurisé aux établissements de santé				
	Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (Latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur, éclairage autour de l'établissement de santé, système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, c'est-à-dire les gardes ou la réception)				
3.3	Services de santé confidentiels pour prendre en charge les victimes de violence sexuelle				
	Pourcentage d'établissements de santé prenant en charge les victimes de violence sexuelle (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100%				
	Contraception d'urgence				
	Test de grossesse				
	Grossesse				
	PPE				
	Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST				
	Anatoxine tétanique/Immunoglobuline tétanique				
	Vaccin contre l'hépatite B				
	Soins d'avortement sans risque				
	Orientation vers les services de santé				
	Orientation vers des services d'avortement sans risque				
	Orientation vers des services de soutien psychologique et social				

117 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en cas de crise, *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (Genève, Groupe de travail interorganisations sur la santé de reproductive en cas de crises, 2019).

3.4	Nombre d'incidents de violence sexuelle signalés aux services de santé		
	Pourcentage de survivants de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident (Nombre de survivants éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de survivants éligibles à recevoir la PPE) x 100%		%
		OUI	NON
3.5	Informations sur les prestations et le lieu de prise en charge des survivantes de violences sexuelles		
4. Prévenir et répondre au VIH			
4.1	Des protocoles de transfusion sanguine sûrs et rationnels sont en place		
4.2	Unités de sang testées/toutes les unités de sang données x 100		
4.3	Les établissements de santé disposent de suffisamment de matériel pour garantir la mise en place de précautions standard		
4.4	Préservatifs lubrifiés disponibles gratuitement :		
	Établissements de santé		
	Niveau communautaire		
	Adolescents		
	LGBTQIA		
	Personnes vivant avec un handicap		
	Travailleur(se)s du sexe		
4.5	Nombre approximatif de préservatifs pris pendant cette période		
4.6	Nombre de préservatifs réapprovisionnés dans les sites de distribution durant cette période (préciser les emplacements)		
4.7	ARV disponibles pour poursuivre le traitement pour les personnes qui étaient inscrites à la TARV avant l'urgence, y compris la PTME		
4.8	PEP disponible pour les survivants de violences sexuelles ?		
	PEP disponible pour l'exposition professionnelle ?		
4.9	Prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes		
4.10	Diagnostic syndromique et traitement des IST disponibles dans les établissements de santé		
5. Prévention des excès de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales			
5.1	Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de base et complets pour 500 000 habitants	OUI	NON
	Centre de santé avec SONU de base, cinq pour 500 000 habitants		
	Hôpital avec SONU complet un pour 500 000 habitants		
5.2	Centre de santé (pour assurer les SONU de base 24h/24 et 7j/7)	OUI	NON
	Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations ambulatoires par jour		
	Fournitures adéquates, y compris des fournitures pour nouveau-nés pour soutenir les SONU de base disponibles		
	Hôpital (pour assurer un SONU complet 24h/24 et 7j/7)	OUI	NON
	Un prestataire de services qualifié en service pour 20 à 30 lits d'hospitalisation pour les services d'obstétrique		
	Une équipe de médecin/infirmière/sage-femme/anesthésiste de garde		
	Médicaments et fournitures adéquats pour soutenir un SONU complet 24h/24 et 7j/7		
	Soins après avortement		
	Couverture des soins après avortement (SAA) (nombre d'établissements sanitaires où les SAA sont disponibles/nombre d'établissements sanitaires) x 100%		
Nombre de femmes et de filles recevant des SAA			
5.3	Système de référence pour les urgences obstétricales et néonatales fonctionnant 24h/24 et 7j/7 Moyens de communication (radios, téléphones portables)	OUI	NON
	Transport de la communauté au centre de santé disponible 24h/24 et 7j/7		
	Transport du centre de santé à l'hôpital disponible 24h/24 et 7j/7		
5.4	Chaîne du froid fonctionnelle (pour l'ocytocine, les tests de dépistage sanguin) en place		

5.5	Proportion de toutes les naissances dans les établissements de santé (Nombre de femmes accouchant dans les établissements de santé au cours de la période spécifiée/nombre attendu de naissances au cours de la même période)	%	
5.6	Besoin de SONU satisfait (Nombre de femmes présentant des complications obstétricales directes majeures traitées dans les établissements de SONU au cours de la période spécifiée/Nombre attendu de femmes présentant des complications obstétricales directes graves dans la même zone au cours de la même période)	%	
5.7	Nombre d'accouchements par césarienne/nombre de naissances vivantes dans les établissements de santé x 100%	%	
5.8	Fournitures et produits pour un accouchement propre et des soins aux nouveau-nés		
5.9	Couverture des kits d'accouchement hygiénique (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués là où l'accès aux établissements de santé n'est pas possible/nombre estimé de femmes enceintes) x 100%	%	
5.10	Nombre de kits pour nouveau-nés distribués, y compris dans les cliniques et les hôpitaux		
5.11	La communauté est informée du danger et des signes de complications de la grossesse et de l'accouchement et de l'endroit où se faire soigner		
6. Prévention des grossesses non désirées			
6.1	Méthodes à courte durée d'action disponibles dans au moins un établissement	OUI	NON
6.2	Préservatifs		
6.3	Contraception d'urgence (pilules progestatives uniquement)		
6.4	Pilules contraceptives orales		
6.5	Injectables		
6.6	Implants		
6.7	Dispositif intra-utérin		
6.8	Nombre d'établissements de santé qui maintiennent un approvisionnement minimum de 3 mois de chaque	NOMBRE	
	Préservatifs		
	Contraception d'urgence (pilules progestatives seules)		
	Pilules contraceptives orales combinées		
	Pilules contraceptives progestatives seules		
	Injectables		
	Implants		
	Dispositif intra-utérin		
7. Planification de la transition vers des services complets de SSR			
7.1	Prestation de services	OUI	NON
	Besoins en SSR de la communauté identifiés		
	Sites appropriés pour la prestation de services de SSR identifiés		
7.2	Personnel de santé	OUI	NON
	Capacités du personnel évaluées		
	Besoins et niveaux de personnel identifiés		
	Formation(s) conçue(s) et planifiée(s)		
7.3	Système d'information sanitaire	OUI	NON
	Informations sur la SSR incluses dans le système d'information sanitaire		
7.4	Produits médicaux	OUI	NON
	Besoins en produits de SSR identifiés		
	Filières d'approvisionnement en produits SSR identifiées, consolidées et renforcées		
7.5	Financements	OUI	NON
	Possibilités de financement de la SSR identifiées		
7.6	Gouvernance, direction	OUI	NON
7.7	Lois, politiques et protocoles liés à la SSR examinés		

Annexe 10

Indicateurs clés des services de contraception

FIGURE 7.2 : INDICATEURS CLÉS

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	COMMENTAIRES
INDICATEURS D'INSTALLATION			
Nombre de clientes qui commencent une méthode contraceptive moderne dans cet établissement, par méthode	<p>Nombre de clientes qui commencent à utiliser une méthode contraceptive, par méthode</p> <p>a. DIU (stérilet)</p> <p>b. Implants</p> <p>c. Ligature des trompes</p> <p>d. Vasectomie</p> <p>e. Pilule contraceptive orale quotidienne</p> <p>F. Injectables</p> <p>g. Préservatifs (masculins ou féminins)</p> <p>h. Contraception d'urgence</p> <p>1. Comprimés CU</p> <p>2. DIU en tant que CU</p>	Registres des établissements	<p>Veillez inclure toute cliente qui commence une méthode moderne, y compris celles qui passent d'une méthode à une autre.</p> <p>Vous devez préciser la durée pendant laquelle une cliente arrête une méthode avant de reprendre, si une cliente a arrêté une méthode pendant 6 mois (autrement dit, elle a manqué son dernier rendez-vous il y a 6 mois), elle doit être considérée comme une cliente qui recommence.</p>
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de clientes utilisatrices de contraceptifs qui ont également été conseillées concernant les infections sexuellement transmissibles • Pourcentage des clientes utilisatrices de contraceptifs également orientées vers une source fournissant une méthode contraceptive régulière 		
Mélange de méthodes	<p>Numérateur : Nombre de clientes utilisatrices de contraceptifs qui commencent chaque méthode</p> <p>Dénominateur : Nombre de clientes qui commencent une méthode de contraception moderne dans cet établissement</p>	Registres des établissements	
INDICATEURS DES PROGRAMMES			
Nombre de points de prestation de service de contraception qui n'ont pas eu de ruptures de stock au cours du mois précédent	Nombre de points de prestation de service de contraception qui n'ont pas eu de ruptures de stock (pour plus d'une journée) au cours du mois précédent	Registres des stocks	Il est important de vérifier les stocks de l'ensemble des méthodes qui sont fournies par l'établissement (par exemple, les PCO, les injectables, les DIU, les implants, la CU).
Nombre de prestataires dotés des compétences techniques pour fournir les méthodes contraceptives	Nombre de prestataires dotés des compétences techniques, évaluées à l'aide d'une liste de contrôle, pour fournir les méthodes contraceptives, par méthode	Dossiers de programme ou de supervision	Les superviseurs doivent régulièrement observer la compétence des prestataires en utilisant une liste de vérification avec chaque méthode (par exemple, deux fois par an)

Annexe 11

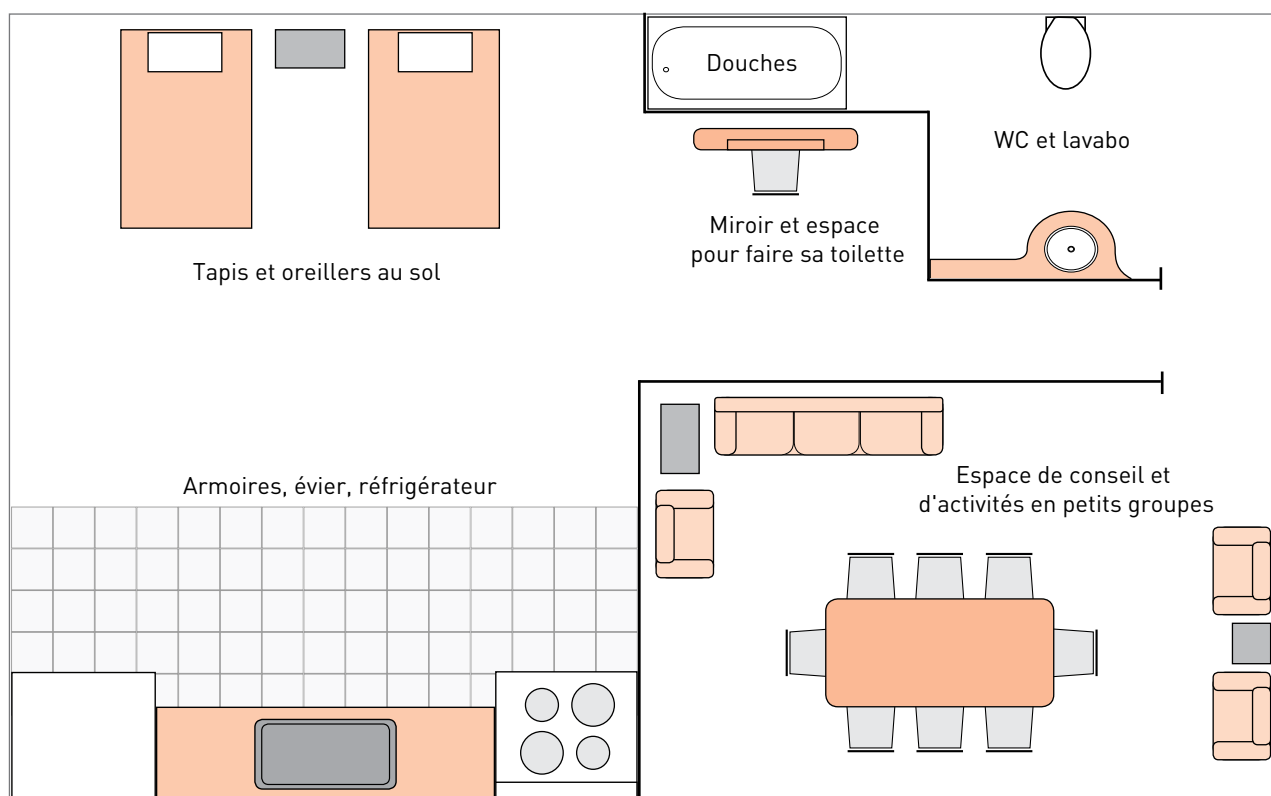
Exemple de plan d'étage d'un centre d'accueil

Les espaces sûrs pour les personnes qui vendent des services sexuels – également connus sous le nom de centre d'accueil (DIC, de l'anglais Drop-in-Center) – sont des endroits où les individus peuvent socialiser, former un sentiment d'appartenance à une communauté ou un réseau de pairs et organiser des activités de groupe. Les personnes peuvent également y chercher refuge et être conseillées, par exemple si elles ont subi des violences ou des agressions. Dans les situations humanitaires, ils constituent un lieu principal d'interaction entre le personnel du programme, les pairs éducateurs et les bénéficiaires. Ils peuvent offrir un refuge à une personne qui a été agressée ou violée et servir également de lieu pour :

- Partager des informations avec et entre des personnes qui vendent des services sexuels ;
- Fournir des préservatifs, des lubrifiants et des services cliniques ;
- Discuter des risques, de la discrimination et de la violence auxquels sont confrontés les individus qui vendent des services sexuels ;
- Planifier et examiner les activités de sensibilisation et les réponses ;
- Tenir des séances d'éducation, y compris des séances de formation pour les éducateurs pairs et les travailleurs de proximité ;

L'emplacement et l'aménagement d'un espace sécurisé varieront selon la situation locale et le contexte. L'emplacement choisi doit être discret, c'est-à-dire que son objectif ne doit pas être apparent pour les autres, y compris les membres de la communauté au sens large. Les espaces sécurisés ne sont parfois utilisés que pour la fourniture de services aux personnes qui vendent des services sexuels. Cependant, cela peut parfois attirer une attention indésirable, et il peut être utile d'utiliser un espace polyvalent à temps partiel, c'est-à-dire à certaines heures ou certains jours. Un centre d'accueil à temps partiel pourrait, par exemple, être mis en place dans une clinique de santé ou un centre pour femmes, le rendant moins visible en tant que lieu utilisé par les personnes qui vendent des services sexuels.¹¹⁸ Un exemple d'agencement d'un espace sécurisé dédié est présenté dans la figure ci-dessous. Pour un exemple d'espace sécurisé pour les travailleur(se)s du sexe dans un camp, voir l'Encadré 1 des bonnes pratiques (voir **l'Annexe 12**). Des directives plus opérationnelles sur l'établissement d'espaces sécurisés sont disponibles dans le manuel *Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleur(se)s du sexe* (SWIT), chapitre 3.3.

¹¹⁸ Installer un espace sécurisé dans un centre pour femmes existant est susceptible de créer des obstacles à l'accès pour les hommes ou les personnes transgenres qui vendent des services sexuels.

Figure 3.9 Exemple de plan d'étage d'un espace sécurisé

Annexe 12

Exemples de bonnes pratiques dans les programmes de santé et de protection

Bonnes pratiques Encadré n° 1

Centre d'éducation par les pairs et « d'accueil » pour les femmes qui vendent des services sexuels dans le camp de réfugiés de Kakuma [International Rescue Committee, Kenya]

L'International Rescue Committee s'est associé au ministère kényan de la Santé et au Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés pour mettre en œuvre un programme de services sociaux et de santé ciblés pour les femmes qui vendent des services sexuels dans le camp de réfugiés de Kakuma. L'un des piliers du programme est l'autonomisation et l'éducation dirigées par les pairs. Les femmes qui se portent volontaires pour devenir des pairs leaders reçoivent une formation sur divers sujets liés à la santé et à la sécurité, à l'utilisation des préservatifs et à l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles apprennent également des stratégies pour fournir un soutien par les pairs, distribuer des préservatifs et des lubrifiants, orienter les pairs vers des prestataires de confiance et accompagner les pairs aux examens de contrôle. Les pairs leaders mènent des activités de sensibilisation dans différents points sensibles du camp, et chacun reçoit un petit geste d'encouragement pour ses efforts. Le programme d'éducation par les pairs est lié à une organisation de travailleur(se)s du sexe de la communauté d'accueil, dont les membres animent des sessions de formation par les pairs.

Un autre aspect du programme est un centre d'accueil holistique situé dans l'hôpital de référence du camp. Quatre membres du personnel formés, travaillant en équipes de deux, gèrent le centre pour s'assurer qu'il est « ouvert à toute heure », et que les visiteurs ont accès à un soutien amical et compétent chaque fois qu'ils arrivent (aucun rendez-vous n'est nécessaire), en plus d'une gamme de services cliniques bénévoles. Le centre d'accueil organise également des réunions régulières de pairs leaders et des rencontres communautaires entre les femmes qui vendent des services sexuels.

Les résultats d'une récente évaluation du programme suggèrent que, depuis son lancement en 2011, le programme a amélioré l'accès aux informations essentielles sur la sexualité sans risque et aux services de santé parmi les participants, y compris l'accès à une thérapie antirétrovirale cohérente pour ceux qui vivent avec le VIH. Plus de 700 femmes sont inscrites au programme, avec un taux de fidélité des participants de 75%. Pour ceux qui cherchent à mettre en œuvre un programme similaire dans un camp, l'International Rescue Committee conseille que « l'intégration [d'un centre d'accueil] dans un établissement de santé secondaire existant est idéale », et que le personnel du programme doit être choisi avec soin pour s'assurer qu'il est « engagé et se compose de spécialistes formés, avec des attitudes favorables » envers les personnes qui vendent des services sexuels. « Nous pouvons garantir des [attitudes positives] dans notre centre d'accueil car nous évaluons en permanence les attitudes du personnel », note le directeur du programme. Reconnaisant le besoin de discrétion autour du centre d'accueil, l'International Rescue Committee observe que la plupart des personnes dans le camp ne savent pas qu'il existe : « C'est comme une porte dérobée dans un groupe de pièces, donc ce n'est pas étiqueté » et « c'est probablement seulement le personnel interne [du programme] qui sait exactement ce qui se passe là-bas, pas tout le monde même dans le système de santé le sait ».

La plupart des participants au programme (89%) sont des femmes adultes ; cependant, le programme fonctionne également avec les jeunes femmes de moins de 18 ans qui vendent ou échangent des services sexuels.

Sur la base des résultats de son évaluation – « très peu de ressources, impact massif » – l'International Rescue Committee discute des moyens de reproduire son approche ciblée dans d'autres opérations dans d'autres pays.

Pour plus d'informations, voir « Breaking the Barrier – Meeting Sex worker Needs in Humanitarian and Low-Resource Settings » (New York, International Rescue Committee, 2017). Disponible à l'adresse :<https://gbvresponders.org/research-learning/completed-research/> Résumé du programme ci-dessus basé sur le mémoire de recherche de l'International Rescue Committee ainsi que sur des communications personnelles.

Bonnes pratiques Encadré n° 2

Des éducateurs pairs réfugiés mènent des activités de sensibilisation dans les camps et les environnements urbains [Reproductive Health Uganda (RHU), Ouganda]

Depuis 2008, RHU, une filiale de l'International Planned Parenthood Foundation, travaille avec les professionnel(le)s du sexe ougandais pour améliorer leur accès aux informations et aux soins de santé sexuelle et reproductive. La pierre angulaire de ce travail est un programme dans lequel les volontaires participent à un cours de formation de cinq jours pour devenir des éducateurs pairs dans leurs communautés. La formation est holistique et couvre des sujets allant de la sécurité dans la vente de services sexuels aux droits de l'homme, à la parentalité en tant que personne qui vend des services sexuels, à la violence sexiste, à la contraception, à l'interaction avec les forces de l'ordre et à la prévention et au traitement du VIH/IST. Les pairs éducateurs servent alors d'« ambassadeurs » dans leurs communautés, s'engageant dans diverses activités pour informer et soutenir les autres qui vendent des services sexuels, comme organiser des séances d'information, distribuer des préservatifs, effectuer des références et offrir des conseils par les pairs.

En 2015, RHU a travaillé avec la Women's Refugee Commission pour étendre son programme d'éducation par les pairs afin de répondre aux besoins des réfugiés qui vendent des services sexuels. C'était la première fois que RHU ciblait les réfugiés à des fins d'inclusion et adaptait son matériel de formation pour répondre à leurs besoins et préoccupations particuliers. Grâce à ce projet pilote, 80 femmes réfugiées ont été formées en tant qu'éducateurs pairs : 50 à Kampala et 30 dans la zone d'installation de Nakivale. Leurs commentaires positifs sur le projet ont souligné le potentiel de l'éducation par les pairs pour sauver des vies, en facilitant la diffusion et l'utilisation d'informations essentielles en matière de santé sexuelle et reproductive ainsi que les soins par l'intermédiaire de réseaux de pairs de confiance.

Pour de plus amples informations sur ce projet, voir RHU et la Women's Refugee Commission, Supporting Refugee Women Engaged in Sex Work Through the Peer Education Model & Bringing Mobile Clinics to Refugee Neighbourhoods, [Soutien aux femmes réfugiées engagées dans le commerce du sexe grâce au modèle d'éducation par les pairs et à la mise en place de cliniques mobiles dans les quartiers de réfugiés] (New York, Women's Refugee Commission, 2016).

Bonnes pratiques Encadré n° 3

Les réfugiés s'associent aux travailleur(se)s du sexe kenyans pour accéder aux services et aux activités d'autonomisation [Kenya Sex Workers Alliance (KESWA), Kenya]

KESWA est une organisation dirigée par et pour les travailleur(se)s du sexe kenyans. Après avoir observé que seuls « quelques réfugiés autonomisés » avaient accès à des services adaptés aux travailleur(se)s du sexe dans une clinique locale, KESWA a cherché à mieux comprendre les obstacles rencontrés par les

réfugiés qui vendent des services sexuels, dans le but de leur permettre d'accéder à un soutien et de les inclure dans le travail de sensibilisation.

KESWA a pris des mesures proactives pour inclure les réfugiés qui vendent des services sexuels dans les « forums d'autonomisation liée aux droits » et pour travailler avec eux afin de surmonter les obstacles d'accès particuliers, tels que la préférence des femmes musulmanes à être traitées pour les IST par des professionnels de santé féminins plutôt que masculins. KESWA utilise également ses réseaux d'assistance juridique pour venir en aide aux réfugiés qui sont détenus et harcelés par la police locale parce qu'ils n'ont pas de papiers appropriés ou parce qu'ils vendent des services sexuels. En outre, les réfugiés qui vendent des services sexuels ont été formés en tant qu'intervenants de sensibilisation par les pairs et en tant que volontaires responsables du plaidoyer médiatique pour KESWA.

KESWA accueille la Sex Worker Academy Africa, un programme d'apprentissage pour l'autonomisation des communautés et le renforcement des capacités qui rassemble des équipes nationales de travailleur(se)s du sexe de toute l'Afrique. Le programme est basé sur la mise en œuvre des *Programmes complets de lutte contre le VIH/IST avec les travailleur(se)s du sexe* (SWIT). Les réfugiés soudanais et sud-soudanais ont participé à la Sex Worker Academy Africa, où ils ont appris les pratiques recommandées pour améliorer leur sécurité, leur santé, leurs compétences en matière de plaidoyer, leurs réseaux de soutien par les pairs et leurs droits dans le pays.

Pour de plus amples informations, consultez le site Web de KESWA. Disponible à l'adresse : <https://keswa-kenya.org/>

Bonnes pratiques Encadré n° 4

Renforcement des capacités locales pour répondre aux besoins des réfugiés et des migrants engagés dans la vente ou l'échange de services sexuels ou du travail du sexe et intégration d'une approche fondée sur les droits dans une réponse d'urgence (Équateur)

Introduction

Selon les données de 2019 partagées par le ministère de la Santé publique, il y a eu une augmentation de 45% du nombre de Vénézuéliens demandant « un dépliant reflétant les mesures prophylactiques (carnet de prophylaxie) » pour se livrer légalement au travail du sexe dans les zones frontalières, et une augmentation de plus de 50% à Quito. La plupart des services ne sont pas accessibles à cette population et l'engagement du secteur humanitaire a été restreint en raison de fonds et de capacités limités.

Mise en œuvre

- Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), a cherché à améliorer les efforts actuellement déployés pour créer des réseaux régionaux d'espaces sûrs du Groupe de travail sur la violence sexiste, du ministère de la Santé publique et d'autres partenaires clés en Équateur, et renforcer la capacité des acteurs locaux à répondre aux besoins des réfugiés et des migrants se livrant au travail du sexe, tout en atténuant les risques d'exploitation sexuelle.
- Les bureaux extérieurs du UNFPA et du HCR à Carchi et Sucumbíos ont organisé sept ateliers de formation sur le dispositif minimum d'urgence avec la participation de 180 fonctionnaires du ministère de la Santé publique, du personnel et des partenaires du HCR, d'organisations non gouvernementales et d'autres organismes travaillant dans le cadre des réponses humanitaires locales.

- La coordination directe avec le ministère de la Santé publique a été renforcée, permettant la livraison durable de fournitures, d'équipements médicaux et de kits de santé sexuelle et reproductive pour les unités de santé de niveau primaire, les hôpitaux de base et de type C offrant des soins primaires et secondaires de base.

Résultats

- La formation a conduit à la création d'équipes multidisciplinaires et intersectorielles avec le HCR, le ministère de la Santé publique et le UNFPA, pour la mise en œuvre d'autres activités avec d'autres institutions intéressées au niveau local.
- La capacité des comités/groupes communautaires travaillant sur la prévention et la réponse à la violence sexiste a été renforcée grâce à des audits de sécurité.
- La distribution de 1 000 kits d'outils de sensibilisation a amélioré l'engagement et le travail communautaire avec les personnes relevant de la compétence du HCR impliquées dans le travail du sexe.
- Cinq ateliers sur la santé sexuelle et reproductive et la violence sexiste ont permis de renforcer les réseaux de protection communautaire et le soutien par les pairs pour les réfugiés et les migrants se livrant ou susceptibles de se livrer à la vente de services sexuels.

Enseignements tirés

- La coordination interinstitutions, intersectorielle et interinstitutionnelle, en particulier sur les questions de réponse, est essentielle. Si les progrès sont importants, ils doivent encore être renforcés pour éviter les doubles emplois et l'inefficacité.
- L'accompagnement continu des unités opérationnelles est devenu une nécessité centrale et un moyen d'inclure les approches des droits sexuels et reproductifs, de la santé sexuelle et reproductive et de la mobilité humaine dans la pratique quotidienne, se complétant et se justifiant.

Conclusions

En s'engageant avec des organisations locales, le projet a assuré la durabilité en renforçant la capacité de ces acteurs à intégrer une approche fondée sur les droits de la promotion de la santé sexuelle dans leurs interventions, tout en rendant les programmes existants plus inclusifs pour répondre aux besoins des personnes prises en charge.

Annexe 13

Ressources supplémentaires

Populations clés – conseils spécifiques concernant le travail du sexe dans les situations de crise humanitaire

Les ressources suivantes proposent des conseils sur la mise en œuvre de programmes avec des personnes qui vendent des services sexuels et les prestataires de services qui travaillent avec elles. Certaines de ces ressources se concentrent sur le travail du sexe, tandis que d'autres se concentrent sur le travail avec d'autres populations clés, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables. Les personnes déplacées de force qui vendent des services sexuels peuvent également être membres de ces communautés.

- Fondation Desmond Tutu HIV, *Sex Workers : An Introductory Guide for Health-care Workers in South Africa [Travailleur(se)s du sexe : un guide introductif à l'intention des professionnels de santé en Afrique du Sud]* (Le Cap, Fondation Desmond Tutu HIV, 2012).
- Alliance internationale contre le VIH/SIDA et LINKAGES. *Guide de suivi et boîte à outils pour des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH dans une population clé* (Durham, Caroline du Nord, FHI360, 2018).
- Ministère de la Santé du Kenya, *National AIDS and STI Control Programme – Manual for Peer Educators [Programme national de contrôle du SIDA et des IST - Manuel à l'intention des pairs éducateurs]* (Nairobi, Ministère de la Santé, 2017).
- LINKAGES, *Formation des pairs éducateurs et des agents de proximité : Prévenir et réagir à la violence contre les populations clés* (Durham, Caroline du Nord, FHI360, 2019).
- LINKAGES, *Approche améliorée de sensibilisation par les pairs (EPOA) de LINKAGES – Guide de mise en œuvre*. (Durham, Caroline du Nord, FHI360, 2017).
- LINKAGES, *Formation à l'application de la loi – Prévenir et répondre à la violence contre les populations clés pour renforcer l'accès à la justice et la riposte au VIH* (Durham, Caroline du Nord, FHI360, 2019).
- LIENS, *Un guide pour la prévention et la réponse globales à la violence dans les programmes pour les populations clés* (FHI360, Durham, Caroline du Nord, 2019).
- Programme de développement des Nations Unies, *IRGT : A Global Network of Trans Women and HIV*, UNFPA, *University of California San Francisco Center of Excellence for Transgender Health (Centre d'excellence pour la santé des personnes transgenres)*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et OMS, *Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection (« l'IDUIT »)* (Genève, OMS, 2017).
- OMS, UNFPA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Global Network of Sex Work Projects et Banque mondiale, *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleur(se)s du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives (le « SWIT »)* (Genève, OMS, 2013).
- OMS, *Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – Mise à jour 2016* (Genève, OMS, 2016).
- OMS, *Technical Brief – HIV and Young People Who Sell Sex [Fiche technique – Le VIH et les jeunes qui vendent du sexe]* (Genève, OMS, 2015).

Contexte juridique et droits (VIH et populations clés)

- Programmes des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Know Your Rights, Use Your Laws* (New York, PNUD, 2015). Disponible à l'adresse : https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/library/hiv_aids/know-your-rights-use-your-laws.html.
- Réseau juridique régional VIH (également dans la région Europe de l'Est et Asie centrale). Disponible à l'adresse : <http://hiv-legalaid.org/en/index.php?r=2.1>.

Violence basée sur le genre

- Ressources de protection communautaire
<https://communities.unhcr.org/communitybasedprotection/en.html>
- Comité permanent interorganisations sur la santé de la reproduction dans les situations humanitaires (IASC), *Directives pour l'intégration des interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire – Réduire les risques, favoriser la résilience et le redressement* (New York, IASC, 2015).
- Comité permanent interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IASC), *Directives de gestion des cas de VBG* (New York, IASC, 2017).
- UNFPA, *Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence* (New York, UNFPA, 2015).
- UNFPA, *Programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence* (New York, UNFPA Gender-based Violence Area of Responsibility, 2019)

Titre :

**Operational Guidance –
Responding to the Health and Protection Needs of People Selling or Exchanging
Sex in Humanitarian Settings**

Langue : **Anglais**

eISBN : **9 789 214 030 942**

© UNHCR et UNFPA
2021

Tous droits réservés. La reproduction et la diffusion à des fins éducatives ou à d'autres fins non commerciales sont autorisées sans autorisation écrite préalable des détenteurs des droits d'auteur, à condition que la source soit pleinement reconnue.

La reproduction à des fins de revente ou à d'autres fins commerciales, ou la traduction à quelque fin que ce soit, est interdite sans l'autorisation écrite des détenteurs des droits d'auteur.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le contenu publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de son interprétation et de son utilisation incombe au lecteur. En aucun cas, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ou le UNFPA ne pourra être tenu responsable des dommages résultant de son utilisation.

Toute demande concernant ce document doit être adressée à :

UNFPA

Technical Division
Sexual and Reproductive Health Branch
605 Third Avenue, 3rd Floor
New York 10158, États-Unis
E-mail : hq@unfpa.org

HCR

Division Résilience et Solutions
Section de la santé publique
CP 2500
CH-1211 Genève 2 Dépôt
Suisse
e-mail : HQPHN@unhcr.org