RECHERCHE ACTION

Violences basées sur le genre chez les populations clés : apport des éducatrices paires à l'accès aux soins au sein de l'ATL

Septembre , 2026

Cofinancé par l'Union européenne

RECHERCHE ACTION

Violences basées sur le genre chez les populations clés : apport des éducatrices paires à l'accès aux soins au sein de l'ATL

Centre de la Femme Arabe
pour la Formation et la Recherche
CAWTAR

7 Impasse N° 1 Rue 8840 Centre Urbain Nord
BP 105 Cité El Khadra 1003 - TUNIS
Tél : (+216 71) 790 511 - Fax : (+216 71) 780 002
www.cawtar.org

cawtar@cawtar.org - info@cawtar.org

www.facebook.com/CenterofArabWomenforTrainingandResearch

www.youtube.com/@cawtarvid2796

x.com/cawtar_ong

Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le SIDA - Bureau National Sfax ATL MST SIDA

Avenue 5 Août, Rue 19 Juillet, Sfax 3002
contactatlmstsida@gmail.com
74 203 500

Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Centre de la femme arabe pour la formation et la recherche (CAWTAR), dans le cadre du projet Sila

EQUIPE DE TRAVAIL

Associations porteuses du Projet :	***ATL MST/SIDA BN : Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA Bureau National***
	ATIOST : Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur les SIDA et les Toxicomanies
	ABFER : Association Bouthaina pour les Femmes Exposées aux Risques
Liste des Cherceheur.e.s :	***Abdelaziz Zouari***
	Chokri Torech
	Eya Hentati
	Faouzi Zribi
	Hajer Hammemi
	Sirine Boukhchim
Accompagnatrice:	***Dr. Lilia Othmen Challougui***



TABLE DES MATIERES

Liste des acronymes 5

Résumé 6

Présentation des associations 8

A. ATL MST/SIDA BN 8

B. ATIOST 10

C. ABFER 12

Introduction et éléments de contexte 15

Problématique 19

• Problématique générale 19

• Question de recherche : 20

• Objectifs de la recherche 20

Hypothèse(s) 21

Cadre conceptuel et revue de la littérature 22

Méthodologie 26

• Les méthodes adoptées 26

• Les techniques d'investigation 27

• La taille et les caractéristiques de l'échantillon 27

• Le terrain d'observation 27

• Les outils (et logiciels utilisés pour la collecte ou l'analyse des données) 28

• Grille d'évaluation des compétences et connaissances 28

• La dimension éthique 28

Résultats et analyse 29

Axe 1 : Contact initial et relation de confiance 29

Axe 2 : Structuration de l'information et communication technique 30

Axe 3 : Accompagnement et orientation 32

Axe 4 : Contraintes organisationnelles 34

Limites et contraintes 36

Certaines limites sont apparues lors de notre étude, elles sont d'ordre: 36

1. Contraintes institutionnelles 36

2. Limites méthodologiques 36

Recommandations et actions proposées 38

Justification basée sur les résultats 38

Priorité immédiate (court terme : 0-3 mois) 38

A1. Formation accélérée sur la thématique VBG chez les TS 38
A2. Création et déploiement du "Référentiel VBG EP TS"
et documents de travail de terrain 39
Identification du public cible / bénéficiaires 39
Indications pour mise en œuvre et suivi 39
Priorité moyenne (3-6 mois) 39
Priorité longue (6-12 mois) 40
Action centrale prioritaire à mettre en œuvre 41
1. Contexte et objectifs de la recherche-action 41
2. Déroulement de la recherche action 42
3. Modalités de mise en œuvre (envisagées) 47
Conditions nécessaires à la réussite de l'action 47
Facteurs facilitants potentiels 48
Contraintes et risques anticipés 48
Stratégies envisagées pour la pérennisation de l'action 49
Possibilités de reproduction de l'action 49
4. Recommandations (envisagées) 49
Recommandations opérationnelles 49
Recommandations institutionnelles 50
Recommandations pour les politiques publiques 50
Conclusion 1
Liste Bibliographique 4
Articles scientifiques et rapports 4
Législation tunisienne sur la VBG 5
Législation tunisienne sur le travail du sexe 6
Législation tunisienne sur les drogues 6
Sites web et ressources en ligne 6
Annexes 7
Annexe 1: Grilles d'entretien pour Évaluation des compétences 7
Annexe 3. Tableau d'évaluation des compétences (Notation 1–5) 10

LISTE DES ACRONYMS

AABFER:	Association Boutheina pour les Femmes Exposées aux Risques
ASF:	Avocats Sans Frontières
ATIOST:	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA et les Toxicomanies
ATL MST/ SIDA BN:	Association Tunisienne de lutte contre les MST et le SIDA, Bureau National
ATUPRET:	
EP:	Éducatrice paire
EP TS:	Éducatrice paire Travailleuse du Sexe
FM:	Fonds Mondiale contre le SIDA, le Paludisme et le Tuberculose
IEC:	Information Education Communication
MST:	Maladies Sexuellement Transmissibles
OIM:	Organisation Internationale de l'Immigration
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP:	Office National de la Famille et la Population
PVVIH:	Personne Vivante avec le VIH
RdR:	Réduction des Risques
SIDA:	Syndrome d'Immuno Défiscience Acquise
SPA:	Substance Psycho-Active
TS:	Travailleuse du Sexe
UD:	Usager de drogues
UDI:	Usager de drogues injectables
UNFT:	Union Nationale des Femmes Tunisiennes
VBG:	Violence Basée sur le Genre
VIH:	Virus de l'Immuno Défiscience Humaine

RÉSUMÉS

Contexte et méthodologie

Cette recherche-action, menée au sein de l'ATL MST/SIDA BN à Sfax, évalue les compétences des éducatrices pairs travailleuses de sexe (EP TS) dans l'intervention auprès des victimes de violences basées sur le genre (VBG). Notre approche a été séquentielle: atelier d'information (comité directeur, personnel, EP TS), évaluation individuelle (grille Likert 1-5) par un guide d'entretien produit en concertation avec notre encadrante, focus groupe (15 participantes). Notre échantillon est composée des EP TS actives actives sur le terrain et travaillant avec l'association. Les considérations éthiques ont été respectés avec le consentement, la confidentialité et le respect de la vulnérabilité des TS.

Objectif

Renforcer, chez les EP TS de l'ATL-BN, les connaissances relatives à la VBG les compétences en communication et l'accompagnement des TS victime de VBG au sein du réseau de prise en charge médico-psycho-social et juridique.

Principaux résultats (4 axes thématiques)

1. **Contact initial :** les EP TS ont quelques atouts solides à savoir l'écoute, la confiance, l'adaptation au profil victime, l'usage du même langage et ayant un niveau d'éducation proche.

1. **Information/communication :** Il y a une absence d'un référentiel VBG harmonisé ; leur communication est intuitive (sourire, patience) mais non technique (trauma, crise : «impression de ne plus rien maîtriser»).

1. **Accompagnement/orientation :** Leur rôle est partiel (légitimité limitée surtout auprès de la police «Qui êtes-vous ?») ; la préférence d'orientation est pour l'association (5/9 cas) ; certaines ont évoqués la notion d'épuisement émotionnel.

1. **Organisation :** Charge travail, coordination faible freinent formalisation.

Compétence «premier niveau» utile mais insuffisamment structurée, confirmant études pairs VIH (OMS : proximité forte, technicité faible).

Les recommandations tournent autour d'une action centrale qui est une formation pour augmenter le niveau des connaissances en VBG, renforcer les compétences en communication et orientation juin 2026. En effet dans **l'Immédiat (0-3 mois)** : Formation accélérée 3 jours (15 EP TS : écoute trauma, circuit VBG), référentiel brochure, fiches urgence. **Moyen (3-6 mois)** : Supervision mensuelle, guide orientation. **Long (6-12 mois)** : Coordination inter-acteurs, évaluation annuelle.

Cette recherche action présente des **limites/contraintes qui sont** Institutionnelles : Légitimité EP TS faible, dépendance association, ressources limitées. Méthodologiques : Échantillon

Conclusion

Les EP TS, actrices proximales légitimes, nécessitent structuration (formation, outils) pour transformer les compétences informelles en interventions sécurisées.

Mots clés: Violence basée sur le genre ; Travailleuse du sexe ; Abus de substances

PRÉSENTATION DES ASSOCIATIONS

A. ATL MST/SIDA BN

L'Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles, le SIDA et le traitement de la toxicomanie (ATL MST SIDA BN) est une association non gouvernementale à but non lucratif créée en 1990 par un groupe de médecins bénévoles des CHU de Monastir, Sfax, Sousse et Tunis pour répondre à l'émergence du VIH/SIDA en Tunisie.

Vision et mission

- Vision : une Tunisie où le VIH/SIDA, les MST et la toxicomanie ne constituent plus une menace pour la santé publique, où les personnes sont informées et vivent sans discrimination ni stigmatisation.
- Mission : contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et à la prise en charge des populations vulnérables au VIH, aux MST et à la toxicomanie par la prévention, le dépistage, l'accompagnement psychosocial et le plaidoyer.

Objectifs stratégiques (principaux)

- Réduire la transmission du VIH et des MST par des actions de prévention ciblées.
- Augmenter l'accès au dépistage anonyme, gratuit et rapide et aux services de prise en charge.
- Offrir un soutien médical, psychologique et juridique aux personnes affectées, en particulier les populations clés et vulnérables.
- Renforcer les capacités des communautés et des acteurs de terrain (formations, ateliers, études).

Principes d'action

L'ATL privilégie la mobilisation de la société civile, une posture nonjugeante, le respect strict de la confidentialité et l'intégration de la dimension égalité de genre dans tous les projets.

Axes d'intervention et activités principales

- Dépistage : dépistage rapide, anonyme et gratuit du VIH et de l'hépatite C (VHC).
- Prévention et sensibilisation : distribution de matériel de prévention, campagnes d'éducation et ateliers pour populations clés.
- Accompagnement psychosocial : consultations psychiatriques et psychologiques gratuites et suivi postorientation.
- Assistance juridique : soutien légal pour les populations clés et les victimes de violences basées sur le genre.

- Renforcement des capacités : formations et ateliers destinés aux éducateurs pairs et aux bénéficiaires.
- Recherche et évaluation : études scientifiques sur les comportements à risque et évaluation des interventions.

Approche par les éducateurs pairs (EP)

- Modèle : gestion structurée d'un réseau d'éducateurs pairs issus des mêmes communautés que les populations ciblées, pour améliorer l'accès aux services et la confiance.
- Rôles : repérage des besoins, information pratique (lieux, modalités, confidentialité), accompagnement physique/moral lors des premières démarches et suivi postorientation.
- Compétences clés : posture nonjugeante, écoute active, discrétion et respect de la confidentialité, éléments cruciaux pour restaurer la confiance et encourager la divulgation de besoins sensibles.

Structure, siège et leadership

- Siège : le bureau national est basé à Sfax.
- Réseau : sections réparties sur le territoire national (plusieurs sections régionales pour couvrir les zones vulnérables).
- Leadership : gouvernance assurée par un Bureau National présidé par le Pr. Abdelmajid Zahaf (présidence nationale).
- Partenariats : collaboration historique avec des acteurs nationaux (ONFP, ATUPRET) et bailleurs (bénéficiaire principal du Fonds Mondial depuis 2017).

Impact et public cible

- Populations clés : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers/usagères de drogues, travailleurs du sexe, personnes migrantes, personnes vivant avec le VIH, femmes victimes de violences et autres populations vulnérables.
- Bénéfices attendus : meilleure couverture du dépistage, orientation efficace vers les soins, réduction de la stigmatisation et amélioration de la qualité de vie des personnes prises en charge.

Contact et ressources

- Siège national : Sfax (coordonnées disponibles sur la page officielle de l'association). https://www.atlsida.com
- Présence digitale et sections locales : sites et pages locales pour rendezvous et informations pratiques.

B. ATIOST

L'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie (ATIOST) est une organisation à but non lucratif créée en 1992 en Tunisie, dédiée à la prévention du VIH/SIDA et de la toxicomanie sur l'ensemble du territoire national.

Vision et mission

- Vision : une société tunisienne informée, solidaire et exempte de stigmatisation, où les personnes affectées par le VIH et la toxicomanie ont accès à des services respectueux de leurs droits.
- Mission : informer et orienter le public — en particulier les jeunes — sur le VIH/SIDA et la toxicomanie, promouvoir des comportements responsables et accompagner les personnes vulnérables (PVVIH, UD, UDI) par des services psychosociaux, thérapeutiques et des programmes de réduction des risques.

Objectifs principaux

- Améliorer les connaissances et les comportements préventifs, surtout chez les jeunes, particulièrement les jeunes vulnérables.
- Réduire les conséquences sanitaires et sociales du VIH et de la toxicomanie par l'accès à l'accueil, au dépistage, à l'orientation et au soutien.
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination en promouvant les droits humains et l'éthique dans les réponses locales.

Principes d'action

ATIOST privilégie une approche globale centrée sur les droits humains, l'éthique, la réduction des risques (RdR), la nondiscrimination, et le respect de la confidentialité dans toutes ses interventions.

Activités principales

- Centres d'accueil et d'information : gestion de centres d'accueil, d'information et de documentation indépendants ou liés aux services de soins pour offrir orientation et accompagnement aux personnes concernées.
- Sensibilisation et prévention : campagnes d'information, séances IEC (Information, Éducation, Communication) et distribution de kits éducatifs destinés au grand public et aux populations clés.
- Formation et renforcement des capacités : formations pour intervenants et acteurs de terrain, incluant la lutte contre la discrimination et le respect des droits des personnes.
- Soutien psychosocial et orientation : écoute, accompagnement social et orientation thérapeutique pour PVVIH et usagers de drogues.
- Plaidoyer et partenariat : actions de plaidoyer pour l'accès aux soins et la protection des populations vulnérables, en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux.

Structure, centres et siège

- Siège social : 43, Avenue Hédi Saidi, Bab Saadoun, 1005 Tunis.
- Centres à bas seuil : Bab Saadoun (siège), Rue d'Allemagne (Bab Bhar), HammamLif (gouvernorat de Ben Arous), Mhamdia (Ben Arous) et Menzel Bourguiba (gouvernorat de Bizerte).
- Statut juridique : association régie par le décret n°88 de 2011, composée de membres adhérents, actifs, d'honneur et bienfaiteurs.
- Partenariats : collaborations avec le Fonds Mondial, l'OIM et les ministères (Santé, Justice, Affaires Sociales).

Leadership et gouvernance

- Présidence : Dr Belarbi Mohamed Lotfi assure la vision stratégique, la représentation institutionnelle et la mobilisation des partenaires.
- Coordination opérationnelle : Dr Zouari Abdelaziz assure la mise en œuvre des projets, la coordination des équipes et le suivi des indicateurs de santé publique.
- Comité directeur : équipe pluridisciplinaire composée de membres médicaux et associatifs garantissant la gouvernance et la transparence.

Publics cibles et impacts attendus

- Publics cibles : jeunes, personnes vivant avec le VIH, usagers de drogues (y compris injecteurs), travailleurs du sexe, familles et populations vulnérables exposées à la stigmatisation.
- Résultats attendus : meilleure information et prévention, accès facilité aux services de dépistage et de soin, réduction de la stigmatisation et amélioration du bienêtre des personnes accompagnées.

Contact

Siège : 43, Avenue Hédi Saidi, Bab Saadoun, 1005 Tunis, Tél : 71 957 544, email : atiost.sida.toxicomanie@gmail.com.

C. ABFER

L'Association Bouthaina pour les Femmes Exposées aux Risques (ABFER) est une organisation de la société civile tunisienne créée en 2018 et dédiée à la promotion des droits humains et à l'amélioration des conditions de vie des femmes vulnérables.

Vision et mission

- Vision : une société où toutes les femmes, quelles que soient leurs conditions, vivent en sécurité, avec accès aux droits, aux services et à des opportunités d'autonomie.
- Mission : protéger, accompagner et autonomiser les femmes exposées à des risques sociaux, économiques et sanitaires par des actions de prévention, d'assistance juridique et sociale, de sensibilisation et d'appui à l'accès aux soins.

Objectifs stratégiques

- Renforcer la protection des femmes vulnérables face aux violences et aux risques socioéconomiques.
- Améliorer l'accès aux services sociaux et de santé pour les femmes en situation de fragilité.
- Favoriser l'autonomie économique et sociale par des actions d'accompagnement, de formation et d'insertion.
- Promouvoir les droits humains et lutter contre la stigmatisation et l'exclusion.

Principes d'intervention

ABFER s'appuie sur une approche intégrée, centrée sur la dignité, les droits, la nondiscrimination et la confidentialité, en combinant soutien direct, prévention et plaidoyer.

Activités principales

- Accompagnement social : accueil, orientation, aide matérielle et suivi social personnalisé pour femmes en situation de vulnérabilité.
- Assistance juridique : information sur les droits, aide aux démarches juridiques et appui dans les procédures liées aux violences ou à la protection sociale.
- Sensibilisation et prévention : campagnes, ateliers et activités communautaires pour informer sur les droits, la santé reproductive, la prévention des violences et l'accès aux services.
- Accès aux soins : orientation vers les structures de santé, accompagnement aux consultations et facilitation de l'accès aux services médicaux et psychologiques.
- Renforcement des capacités et insertion : formations professionnelles, ateliers d'autonomisation économique et accompagnement à l'insertion sur le marché du travail.
- Plaidoyer et partenariats : mobilisation des acteurs locaux et institutionnels pour améliorer les dispositifs de protection et les politiques publiques en faveur des femmes vulnérables.

Structure, siège et fonctionnement

- Structure associative : gouvernance assurée par un conseil d'administration (présidence, trésorerie, secrétariat) et une équipe opérationnelle chargée de la mise en œuvre des activités.
- Siège et présence : siège central et interventions sur le terrain selon les besoins des populations ciblées ; collaborations avec acteurs locaux, associations et institutions pour couvrir les zones à forte vulnérabilité.
- Statut : association régie par la législation nationale sur les associations, financée par subventions, projets et partenariats.

Leadership et équipe

- Leadership : cadre gouvernant responsable de l'orientation stratégique et du plaidoyer, garantissant la cohérence des actions avec les valeurs de protection et d'empowerment.
- Équipe opérationnelle : coordinateurs de programmes, travailleurs sociaux, juristes, psychologues et volontaires formés pour un accompagnement holistique des bénéficiaires.
- Partenariats : coopération avec ONG, structures de santé, institutions publiques et bailleurs pour assurer la continuité des services et la montée en charge des interventions.

Publics cibles et impacts attendus

- Publics cibles : femmes exposées aux risques (victimes de violences, femmes en situation de précarité économique, usagères de substances, migrantes, etc.).
- Impacts attendus : amélioration de l'accès aux droits et aux services, réduction de la vulnérabilité, meilleure protection contre les violences, renforcement de l'autonomie sociale et économique.

Contact et ressources

Page officielle et réseaux sociaux : présence active pour informations, actualités et appels à projets

Introduction et éléments de contexte

La violence basée sur le genre (VBG) constitue une problématique sanitaire, sociale et juridique d'envergure mondiale. Elle recouvre une gamme d'actes (physiques, sexuels, psychologiques, économiques et institutionnels) qui portent atteinte aux droits humains, à l'intégrité corporelle et à la santé des personnes en raison de leur genre. Les effets de la VBG dépassent l'instantané du dommage physique : ils engendrent des séquelles psychologiques durables, des ruptures de parcours de vie, et contribuent à la reproduction de l'exclusion sociale et économique. Ces dimensions multidimensionnelles expliquent l'intérêt croissant pour des approches intégrées combinant prévention, prise en charge psychosociale, protection juridique et politiques publiques ciblées.

Sur le plan national, la Tunisie a adopté en 2017 un cadre législatif majeur — la loi organique n°2017-58 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes — qui a été saluée comme une avancée importante en matière de reconnaissance juridique et de protection. Cette loi élargit la définition de la violence, inclut la violence économique et psychologique, et institue des mesures visant la prévention, la protection et l'accès à la justice pour les victimes. Cependant, plusieurs rapports et évaluations soulignent qu'un écart persiste entre la lettre de la loi et sa mise en œuvre effective : lacunes en matière de financement des services, insuffisance de structures d'accueil, difficultés d'accès pour certaines catégories de femmes et résistances institutionnelles ou socioculturelles qui limitent l'impact opérationnel de la réforme. Ces limites rendent impérative une analyse approfondie des mécanismes de mise en œuvre, en particulier pour les populations les plus marginalisées.

Parmi ces populations exposées à une vulnérabilité accrue figurent les femmes travailleuses de sexe (TS). Mais la vulnérabilité sera plus marquée si la femme travailleuse de sexe est également usagère de substances psychoactives (SPA) ou bien vivant avec le VIH (PVVIH) ou les trois ensembles.

Le travail du sexe entretient un lien profond et multifactoriel avec l'usage de drogues, constituant un écosystème de vulnérabilités où les deux réalités s'entrelacent de manière souvent destructrice. Les travailleurs du sexe – qu'ils exercent dans la rue, en maison close ou en ligne – font fréquemment usage des substances psychoactives pour faire face aux exigences émotionnelles et physiques de leur métier : l'alcool pour désinhiber les premières rencontres, la cocaïne ou la méthamphétamine pour booster l'endurance lors de longues nuits, ou encore les opioïdes et benzodiazépines pour engourdir la douleur lors d'actes non consentis ou violents. Cette automédication permet une dissociation temporaire, essentielle pour survivre psychologiquement, mais elle masque des traumas sous-jacents comme des abus infantiles ou des expériences de rejet social qui ont souvent conduit à cette profession. Par ailleurs, la dépendance aux drogues agit comme un puissant vecteur vers le travail du sexe. Des personnes présentant une addiction, confrontées à l'exclusion économique et à la stigmatisation, se tournent vers la prostitution pour financer des doses quotidiennes, avec des proxénètes ou trafiquants exploitant cette fragilité pour les piéger dans un cycle de dette et de coercition. Des études épidémiologiques confirment cette corrélation : selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2022, 60

à 80% des travailleurs du sexe dans les zones urbaines à haut risque (comme à Bangkok, São Paulo ou Johannesburg) rapportent une consommation régulière de drogues dures, tandis que des enquêtes aux États-Unis (CDC, 2023) indiquent que les taux de VIH sont multipliés par 10 chez ceux combinant les deux pratiques, en raison de pratiques sexuelles à risque sous influence et d'un accès limité aux préservatifs ou traitements. En Europe, des données de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA, 2024) soulignent que les femmes migrantes en situation irrégulière, souvent forcées dans le travail du sexe, consomment jusqu'à 70% plus de substances que la population générale, aggravant les risques de surdoses et de traite humaine. Briser ce lien exige des approches holistiques : programmes de réduction des risques, accès à des thérapies de substitution, décriminalisation du travail du sexe pour favoriser la régulation et la protection, et politiques publiques luttant contre la précarité qui alimente ces vulnérabilités. Sans cela, le travail du sexe et les drogues continueront de se renforcer mutuellement, perpétuant un cycle d'exploitation et de mortalité évitable.

L'articulation du genre avec les facteurs de précarité crée une accumulation de stigmates et de vulnérabilités (marginalisation sociale, précarité économique, exclusion des services formels), qui amplifie l'exposition aux violences et complexifie l'accès aux services adéquats aux besoins des femmes.

Dans le contexte tunisien, les données quantitatives et qualitatives sur ces populations restent partielles et dispersées. Les recherches nationales indiquent cependant des dynamiques préoccupantes : invisibilisation des parcours des TS, stigmatisation institutionnelle dans les services de santé, et obstacles administratifs et juridiques qui limitent l'accès aux prises en charge spécialisée. Ces constats plaident pour une approche contextuelle et participative centrée sur la réalité de terrain et sur les savoirs d'expérience des personnes concernées.

La stigmatisation sociale et institutionnelle est l'un des déterminants clefs qui entravent l'accès aux services pour les TS. La peur du jugement, la discrimination vécue lors des consultations et la crainte d'une répression (lorsque le travail du sexe et la consommation sont criminalisés) poussent nombre de femmes à retarder ou à interrompre la prise en charge ou l'orientation vers des services spécialisés (santé mentale, prise en charge des traumatismes, prise en charge de la dépendance).

La littérature empirique souligne que les interventions qui réduisent la stigmatisation, y compris par la formation des professionnel•les, la mise en place d'espaces sécurisés et la valorisation des approches sensibles au genre, favorisent l'engagement dans le parcours de prise en charge et améliorent les indicateurs de bien-être.

Les éducatrices et éducateurs paires (peer educators / peer workers), des personnes ayant une expérience vécue proche de celle des bénéficiaires, sont reconnus internationalement comme des acteurs capables de créer des ponts de confiance entre les populations marginalisées et les services de prise en charge. Les évaluations et revues systématiques récentes montrent que les interventions par pairs peuvent accroître la connaissance juridique, améliorer l'accès à l'aide juridictionnelle, la connaissance en santé, améliorer l'adhérence aux traitements (notamment en VIH), faciliter l'accès au dépistage et offrir un soutien psychosocial ce qui favorise la résilience et le maintien d'une bonne prise en charge.

Par ailleurs, les pairs jouent un rôle crucial dans la réduction des risques et dans l'orientation vers des services médicaux et socio-juridiques. Ces effets positifs sont documentés dans divers contextes et appuyés par des méta-analyses et revues publiées récemment[1][2].

Cependant, la littérature met également en garde : l'efficacité de l'intervention par pairs dépend fortement de la formalisation du rôle, de la qualité de la formation, de la supervision et de l'articulation avec les équipes cliniques. Des lacunes récurrentes apparaissent : absence de fiches de poste claires, rémunération précaire ou inexistante, frontières floues entre le soutien communautaire et les responsabilités cliniques, et manque d'un cadre de protection psychosociale adapté aux pairs eux-mêmes (burnout, exposition au trauma). Pour qu'un tel dispositif soit durable et efficace, il convient d'investir dans des parcours de professionnalisation, des programmes de renforcement des compétences (trauma-informed care, écoute, orientation juridique) et des mécanismes d'évaluation participatifs.

Les évaluations de bailleurs (notamment celles du Global Fund et des agences multilatérales) montrent une amélioration progressive de l'attention portée aux populations clés, mais indiquent aussi des insuffisances dans l'approche genrée et le financement ciblé des interventions communautaires en faveur des femmes parmi les populations clés. Les rapports techniques recommandent d'intégrer davantage les perspectives de genre dans les demandes de financement, de prioriser les interventions communautaires soutenues par des pairs et de développer des indicateurs spécifiques pour les femmes qui s'identifient à plusieurs groupes à risque (ex. travailleuses du sexe et usagères de drogues). Ces recommandations sont particulièrement pertinentes pour la Tunisie, où la combinaison d'un cadre légal progressiste et de ressources opérationnelles limitées appelle à des solutions ciblées et évaluées localement.

Dans ce contexte, le dispositif de l'ATL MST/SIDA — Bureau National et ses partenaires associatifs tels que ATIOST et ABFER, représentent un terrain privilégié pour une démarche de recherche-action. Les documents de pilotage internes font état d'un consensus autour de l'opportunité de rendre opérationnelle la question de l'intégration des éducatrices paires, d'évaluer leurs compétences en matière de sensibilisation et d'orientation, et de co-construire des outils (profil/fiches de poste, programme de formation, outils d'évaluation) pour renforcer le dispositif de soin et la protection des femmes victimes de VBG. Une recherche-action permet d'articuler diagnostic partagé, design participatif, expérimentation et capitalisation des acquis, ce qui est particulièrement adapté pour produire des résultats à la fois scientifiques et directement applicables au terrain.

En synthèse, malgré un cadre juridique national avancé et une prise de conscience croissante de l'ampleur de la VBG, des lacunes substantielles persistent dans la prise en charge des femmes issues des populations clés en Tunisie. L'accumulation de stigmates liée au genre, au travail de sexe, à l'usage de substances et au statut sérologique constitue une barrière majeure à l'accès aux soins et à la justice. L'intervention par pairs, et en particulier l'intégration structurée des éducatrices

1. De la réduction des risques. Paris: Médecins du Monde; 2019. 120 p. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/MdM_Reduction-des-Risques.pdf [cité 2026 May 13]

2. La pairaidance dans les organisations sanitaires, sociales et médicosociales. SaintDenis La Plaine: HAS; 2025. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/la_pair-aidance_dans_les_organisations_sanitaires_sociales_et_medic.pdf

paires dans les parcours de soin, apparaît comme une stratégie prometteuse pour réduire ces barrières. Toutefois, son efficacité requiert une formalisation professionnelle, des dispositifs de formation adaptés et une coordination interinstitutionnelle. La recherche-action envisagée vise ainsi à documenter ces besoins, à tester des modalités d'intégration et de renforcement des compétences, et à produire des outils opérationnels susceptibles d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de VBG.

PROBLÉMATIQUE



Problématique générale

Bien que la Tunisie se soit dotée d'un cadre législatif progressiste en matière de protection des femmes – notamment avec la loi organique n°2017-58 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, les TS continuent de se heurter à des obstacles structurels, institutionnels et sociaux qui limitent leur accès effectif aux services juridiques et médicaux et aux mécanismes de protection. Les études internationales récentes soulignent que les femmes appartenant à des populations clés cumulent des vulnérabilités systémiques : stigmatisation liée au genre, discrimination associée à l'usage de drogues, et exclusion sociale renforcée par la séropositivité (UNAIDS, 2022 ; WHO, 2021). Ce cumul de stigmates place ces femmes dans une situation de marginalisation extrême, qui non seulement augmente leur exposition aux violences basées sur le genre (VBG), mais entrave également leur recours à des services de prise en charge, d'aide juridique, de prévention et de soutien psychosocial.

Dans le contexte tunisien, plusieurs analyses mettent en évidence un décalage entre les avancées juridiques et leur mise en œuvre concrète pour les groupes marginalisés. Les TS sont rarement ciblées par des dispositifs adaptés à leurs besoins spécifiques. Leur accès aux besoins est entravé par la crainte du jugement, l'absence d'une bonne orientation et de connaissance de leurs droits intégrant les dimensions de genre, et une insuffisante coordination entre les dispositifs de Droits Humains, les services sociaux et les structures associatives. Les violences qu'elles subissent – qu'elles soient domestiques, institutionnelles, sexuelles ou économiques – aggravent leur isolement et compromettent leur engagement dans un parcours de prise en charge intégrée, un phénomène largement décrit dans la littérature sur la violence à l'égard des femmes à risque (Heise et al., 2022 ; Oram et al., 2023).

Au sein des dispositifs communautaires, les éducatrices paires (EP) jouent un rôle déterminant dans la réduction de ces barrières. Leurs savoirs expérientiels, leur proximité culturelle et leurs relations de confiance constituent des leviers essentiels pour atteindre les populations invisibilisées, favoriser les connaissances en matière de VBG, renforcer l'adhérence aux services adéquats et accompagner les femmes victimes de violence. Cependant, malgré leur importance stratégique reconnue dans les approches communautaires et dans les programmes de santé publique (Global Fund, 2020 ; EMCDDA, 2021), leur rôle demeure souvent peu formalisé. Les EP sont insuffisamment intégrées dans les parcours de prise en charge intégrée, faiblement outillées sur les questions de VBG, de santé sexuelle et reproductive (SDSR) et de prise en charge sensible aux traumatismes, et manquent de reconnaissance professionnelle.

Dans le dispositif de l'ATL, la question de l'insertion effective des éducatrices paires revêt une importance particulière. Elles constituent un maillon essentiel pour améliorer les connaissances, favoriser les comportements sains à la santé et encourager à parler des violences auprès des TS.

La recherche-action engagée par l'ATL vise précisément à interroger ces enjeux : comprendre comment les EP sont actuellement mobilisées, analyser les compétences qu'elles détiennent ou doivent acquérir, et identifier les conditions nécessaires pour que leur intervention contribue réellement à améliorer la prise en charge des TS victimes de VBG.

Question de recherche :

Comment le renforcement des capacités, le soutien et l'outillage des TS peuvent-ils constituer un moyen efficace d'organisation, d'encadrement, d'accompagnement et de prise en charge intégrée des victimes de violences basées sur le genre (VBG) ? Dans quelle mesure ces approches sont-elles aptes à assurer l'information, l'éducation et la communication sur les VBG ? Quelles compétences spécifiques en matière de sensibilisation et d'orientation liées aux VBG devraient-elles développer ?

Objectifs de la recherche

Objectif général :

Renforcer, chez les EP TS de l'ATL-BN, les connaissances relatives à la VBG les compétences en communication et l'accompagnement des TS victime de VBG au sein du réseau de prise en charge médico-psycho-social et juridique.

Objectifs spécifiques :

OS1 : Analyser le rôle actuel des éducatrices paires dans le dispositif de soin de l'ATL-BN.

OS2 : Évaluer leurs compétences en matière d'information, d'éducation, de communication et d'accompagnement des femme victime de VBG.

OS3 : Améliorer leur connaissance en matière de VBG, renforcer leur communication avec les bénéficiaires et appuyer la démarche d'accompagnement au sein du réseau en vue d'une prise en charge globale et intégrée.

Hypothèse(s)

Hypothèse principale : Le renforcement des connaissances et des compétences des éducatrices paires améliore significativement l'accompagnement des TS victimes de VBG et structure la démarche de référencement.

Hypothèse secondaire 1 : Une meilleure définition des concepts de la VBG en lien avec les TS, favorise une meilleure compréhension et une maîtrise de la matière de sensibilisation des TS.

Hypothèse secondaire 2 : A côté des connaissances maîtrisée sur la VBG et TS l'acquisition de technique de communication à savoir l'écoute active et l'empathie améliorent l'empowerment des éducatrices paires dans l'orientation des TS vers les locaux de ATL.

Hypothèse secondaire 3: l'intégration structurée des EP dans le réseau de référencement par l'accompagnement personnalisée des TS offre Le renforcement des capacités de EP et la qualité de l'accompagnement proposé

Cadre conceptuel et revue de la littérature

1. Éducation par les pairs:

L'éducation par les pairs est une stratégie éducative où des individus appartenant à un même groupe d'âge, de statut ou de situation partagent des connaissances, des compétences ou des messages éducatifs. Elle repose sur la proximité sociale, la crédibilité et la capacité à parler un langage commun, ce qui peut favoriser l'acceptation et la compréhension des messages. Cette approche est souvent utilisée dans la prévention des comportements à risque (usage de drogues, sexualité, violence), notamment chez les jeunes[3],[4].

La Commission européenne définit l'éducation par les pairs de la façon suivante: « Cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact est plus grand que d'autres influences. »[5]

Le débat public organisé au Conseil économique, social et environnemental, le 2 décembre 2013 à Paris[6], montre une forte présence et convocation de l'éducation pour les pairs afin d'améliorer les stratégies de prévention et mobiliser les jeunes sur les questions de santé.

Il s'agit de: a) Prévenir les addictions en favorisant une prévention de proximité par des pairs formés ; b) Éviter les discours culpabilisants et prévenir les comportements excessifs ; c) Prévenir la souffrance psychologique: en encourageant les initiatives entre pairs qui mènent des actions dans les lieux d'éducation ou les lieux de vie ; d) Faciliter l'accès aux soins, afin de faire émerger les problèmes de santé des jeunes avant qu'ils ne s'aggravent.

2. Usage de substances psychoactives :

Les substances psychoactives sont des substances qui, lorsqu'elles sont consommées, modifient le fonctionnement mental, émotionnel ou comportemental. Elles comprennent les drogues licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy). Leur usage peut entraîner des risques pour la santé physique et mentale, ainsi que des problématiques sociales, légales ou comportementales[7],[8].

3. Kelly, J. A., et al. (1991). Prevention and health promotion: Peer education and peer counseling. American Journal of Community Psychology.

4. WHO (2013). Peer education in health promotion. World Health Organization.

5. Yaëlle Amsellem-Mainguy, Éric Le Grand (dir.), Éducation pour la santé des jeunes: la prévention par les pairs, INJEP, coll. « Cahiers de l'action », no 43, Paris, 2014.

6. Sur l'analyse du débat public voir les travaux de Jean-Claude Richez, État des lieux des dispositifs de participation des jeunes dans les départements ministériels, rapport d'étude INJEP, janvier 2014 (consultable sur www.injep.fr).

7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020). European Drug Report 2020.

8. World Health Organization (2019). Substance use and mental health.

3. Usage de drogues par voie injectable:

L'injection de drogues est une pratique où une substance psychoactive est administrée directement dans la circulation sanguine via une seringue ou une aiguille. Cette méthode accroît rapidement l'effet de la substance mais comporte de graves risques, notamment la transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites B et C), les risques de surdose, et de complications locales comme les infections ou les abcès[9,10].

4. Travail du sexe:

Le travail du sexe désigne toute activité impliquant des échanges sexuels contre rémunération ou avantage. Il peut se pratiquer dans divers contextes, formels ou informels. La législation et la perception sociale du travail du sexe varient fortement selon les pays, avec des enjeux liés à la santé, la sécurité, la criminalisation ou la reconnaissance des droits. La majorité des recherches soulignent l'importance de la protection de la santé et des droits humains des travailleurs du sexe[11,12].

5. Violence basée sur le genre:

La violence basée sur le genre (VBG) désigne tout acte de violence ou d'abus dirigé contre une personne en raison de son genre ou de son identité de genre. Elle inclut la violence conjugale, les mutilations génitales féminines, le harcèlement sexuel, la violence sexuelle, ainsi que d'autres formes de discrimination et d'oppression qui renforcent les inégalités de pouvoir[13,14].

Les violences basées sur le genre (VBG) se réfèrent à tous les actes de violence (physiques, sexuels, mentaux) commis sur la base des attentes normatives associées à chaque genre. Les VBG interfèrent avec les relations de pouvoir, les traditions, les ressources et les normes culturelles et sociales ; cela peut affecter les femmes et les hommes, bien qu'il soit largement reconnu que les femmes et les filles sont les principales victimes des VBG[15].

6. Personne vivant avec le VIH

Une personne vivant avec le VIH (PVVIH) est une personne qui a été diagnostiquée comme étant infectée par le virus de l'immunodéficience humaine. La plupart des PVVIH peuvent vivre longtemps et en bonne santé grâce aux traitements antirétroviraux (ARV), qui permettent de réduire la charge

9. Degenhardt, L., et al. (2017). The global burden of disease attributable to injecting drug use. The Lancet.
10. UNAIDS. (2017). Global AIDS update 2017.
11. Shannon, K., et al. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers. The Lancet.
12. WHO (2013). Global policy report on the health of sex workers.
13. WHO (2012). Understanding and addressing violence against women.
14. UN Women. (2017). Violence against women prevalence data.
15. Rosie Westerveld, Freya Johnson Ross, Jenny Parkes, Jo Heslop, Elaine Unterhalter ; UCL Institute of Education. Lutter contre les violences basées sur le genre en milieu scolaire en Côte d'Ivoire. Étude exploratoire. Septembre 2017

virale à un niveau indétectable, limitant ainsi la transmission et améliorant la qualité de vie[16,17].

7. Populations clés pour le VIH et les IST

7.1 Définition :

Les populations clés (ou groupes prioritaires) sont des groupes spécifiques qui présentent un risque accru d'acquisition ou de transmission du VIH et des IST, en raison de comportements, de contextes socio-économiques ou de facteurs biologiques. Ces populations jouent un rôle crucial dans la dynamique de l'épidémie, car leur risque élevé de contracter ou de transmettre le virus ou les IST peut favoriser la propagation au sein de la population générale[18].

La stigmatisation et la marginalisation sociale dont cette population fait l'objet, alimentent leur vulnérabilité au VIH et inversement.

7.2 Principales populations clés:

A. Les travailleurs et travailleuses du sexe : Ce groupe est souvent exposé à un risque élevé en raison de la fréquence et de la nature des contacts sexuels non protégés. Ils peuvent également faire face à la stigmatisation et à l'accès limité aux services de santé.

B. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : Ce groupe présente une prévalence plus élevée de VIH dans de nombreuses régions, en raison de facteurs biologiques (rapports anaux plus risqués) et sociaux (stigmatisation, discrimination, marginalisation).

C. Les personnes qui consomment des drogues injectables : Elles sont vulnérables en raison du partage de seringues et d'aiguilles, ce qui facilite la transmission des IST, notamment le VIH, l'hépatite B et C.

D. Les personnes transgenres : Ce groupe peut faire face à une stigmatisation accrue, un accès limité aux soins et à une vulnérabilité spécifique aux IST et au VIH.

E. Les prisonniers et personnes en détention : Les conditions de détention peuvent favoriser la transmission des IST, notamment par des comportements à risque et un accès limité aux soins.

7.3 Importance de cibler ces populations :

Les interventions spécifiques, telles que la prévention, le dépistage, le traitement et la réduction des risques, sont essentielles pour réduire la transmission du VIH et des IST dans ces groupes, et par extension, dans la population générale[19,20,21].

16. WHO (2021). HIV/AIDS.
17. UNAIDS (2023). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.
18. UNAIDS. (2021). Key Populations. https://www.unaids.org/en/topic/key-populations
19. WHO. (2014). Guidance on HIV and Sexually Transmitted Infections (STIs) among key populations. World Health Organization.
20. World Bank. (2018). The Role of Key Populations in HIV Prevention.
21. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2022). Key Populations and HIV.

MÉTHODOLOGIE



MÉTHODOLOGIE

Les méthodes adoptées

L'ATL a adopter pour la recherche action, une démarche participative et informative. Elle a initié le processus par un atelier au profit du du comité directeur de l'association, du personnel et des éducatrices pairs (EP TS). Cet atelier visait à présenter la recherche-action et à discuter de la thématique des violences basées sur le genre (VBG), révélant le besoin d'évaluer les connaissances des EP TS.

Le choix de la recherche-action participative a été motivée car il s'agit d'une démarche de recherche qui combine à la fois une démarche de recherche et une démarche d'action, en impliquant activement les populations ou les acteurs concernés dans toutes les étapes du processus. Son objectif principal est de produire des connaissances tout en favorisant un changement social ou organisationnel concret, en répondant aux besoins réels des communautés ou des groupes impliqués[22],[23].

En effet ces caractéristiques clés sont:

B. **Participation active :** Les membres de la communauté ou du groupe ciblé sont partenaires dans la conception, la mise en œuvre, l'analyse et l'évaluation du projet.

C. **Co-construction des connaissances :** La connaissance n'est pas uniquement produite par les chercheurs, mais co-créée avec les participants.

D. **Orientée vers l'action :** La démarche vise à apporter des solutions concrètes aux problématiques identifiées par la communauté.

E. **Processus itératif :** La RAP implique souvent plusieurs cycles successifs d'observation, de réflexion, d'action et d'évaluation, permettant d'adapter les interventions au fur et à mesure[24],[25].

Elle permet d'aboutir à des objectifs comme:

- Favoriser l'empowerment des populations ou des acteurs locaux.
- Générer des solutions adaptées au contexte spécifique.
- Promouvoir une transformation sociale ou organisationnelle durable.
- Renforcer la capacité locale à analyser et agir sur ses propres problématiques.

En plus elle présente des avantages car elle:

- Respectueuse des contextes locaux et des cultures.
- Favorise l'appropriation des solutions par les communautés.

22. Freire, P. (1970). Pédagogie des opprimés. (pour la participation et la conscientisation)
23. McIntyre, L. (2008). Participatory Action Research.In The SAGE Encyclopedia of Action Research.
24. Cornwall, A. (2016). The Participatory Research Paradigm. In: Handbook of Action Research.
25. Reason, P., & Bradbury, H. (2008). The SAGE Handbook of Action Research.

- Permet une meilleure compréhension des enjeux complexes.
- Encourage la collaboration entre chercheurs et acteurs locaux.

Les techniques d'investigation

Plusieurs techniques ont été utilisées de manière séquentielle et en concertation avec l'ensemble de l'équipe impliquée dans la recherche action.

✓ Évaluation individuelle des compétences et connaissances via une grille notée sur une échelle de Likert (1 pour médiocre à 5 pour excellent), remplie lors des deuxièmes rencontres individuelles avec chaque EP TS. Rappelant que les premières rencontres ont été consacrées à l'information et à la prise de connaissance de la recherche action.

✓ Élaboration d'un guide d'entretien, pour des entretiens individuels avec les EP TS.

✓ Organisation d'un focus groupe pour approfondir l'évaluation des connaissances et compétences.

La taille et les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon cible était composé des **éducatrices pairs travailleuses de sexe (EP TS)**. Le focus groupe a réuni **15 participantes** parmi les travailleuses de sexe au sein des EP TS. Les évaluations individuelles ont couvert l'ensemble des EP TS (taille exacte non précisée dans les données fournies).

Le terrain d'observation

Le terrain principal est l'**association** (comité directeur, personnel et EP TS), avec des activités menées sur site via des ateliers, rencontres individuelles et focus groupe.

Les outils (et logiciels utilisés pour la collecte ou l'analyse des données)

✓ **Grille d'évaluation des compétences et connaissances**

✓ **Guide d'entretien** pour les entretiens individuels.
Aucun logiciel spécifique n'est mentionné pour la collecte ou l'analyse des données.

La dimension éthique

La recherche a intégré des principes éthiques adaptés à un sujet sensible (VBG et population vulnérable des EP TS) :

- ✓ Consentement informé obtenu lors des rencontres individuelles et du focus groupe.
- ✓ Concertation préalable avec l'encadrante et le comité directeur pour garantir la pertinence et la sécurité.
- ✓ Confidentialité et anonymat des participantes préservés (entretiens individuels, pas de noms cités).
- ✓ Respect de la vulnérabilité des travailleuses de sexe, avec un circuit de prise en charge des VBG respecté si des cas ont émergé.

Cette évaluation a révélé un manque de connaissances sur le concept de VBG, ses types, le circuit de prise en charge, et des compétences en communication sur ce thème.

RÉSULTATS & ANALYSE

Résultats et analyse

Les résultats de l'analyse qualitative des 9 entretiens et du focus groupe avec les éducatrices pairs (EP TS) révèlent un niveau de compétences ambivalent dans l'intervention auprès des TS victimes de violences basées sur le genre (VBG). Ils sont organisés en 4 axes thématiques principaux, dérivés des données de terrain (dimensions récurrentes : contact initial, information/ communication, accompagnement/orientation, contraintes organisationnelles).

Axe 1 : Contact initial et relation de confiance

Les entretiens montrent d'abord que les EPs disposent d'une expérience réelle de terrain. Ils déclarent avoir rencontré plusieurs situations de violence et intervenir en premier recours pour écouter la femme, comprendre son besoin et l'orienter. Cette expérience pratique est importante, car elle montre qu'ils ne sont pas extérieurs à la problématique, mais engagés dans un travail direct et de proximité auprès des bénéficiaires.

Ils semblent également capables d'adapter leur discours au profil de la bénéficiaire. L'une des rétrospections précise que la manière de transmettre l'information change selon le niveau éducatif, la manière de comprendre, ou encore la langue utilisée par la personne. Cela indique une certaine souplesse dans la communication et une capacité à ajuster le message au contexte de réception.

Les données soulignent aussi que la construction de la confiance constitue un point fort de leur intervention. Les EPs insistent sur l'importance de la crédibilité, de la sincérité, de l'écoute et du temps accordé à la bénéficiaire. Certains décrivent la nécessité de choisir un lieu sûr, d'éviter les attitudes stigmatisantes et de laisser à la femme le temps de parler. Cette dimension relationnelle apparaît comme l'un des aspects les plus solides de leur pratique.

Les entretiens montrent qu'ils possèdent un socle minimal d'information sur la violence basée sur le genre. Certains mentionnent les types de violence, l'existence d'un cadre juridique protecteur, l'importance du dépôt de plainte, du recours aux unités spécialisées et de la réquisition médicale ou psychologique. Cette connaissance de base leur permet de jouer un rôle utile dans la sensibilisation initiale.

En résumé de cet axe: Les EP TS démontrent des acquis réels en premier recours, adaptant leur discours au profil des victimes (niveau d'éducation, langue), en insistant sur la crédibilité, l'écoute et un lieu sûr aligné sur les concepts de proximité et de normes sociales non stigmatisantes.

Exemple de phrase dites: «La manière de transmettre l'information change selon le niveau éducatif, la manière de comprendre, ou encore la langue utilisée par la personne» (rétrospection d'une EP).

Tendances : Point fort récurrent (expérience terrain chez toutes les éducatrices paires) ; peu de divergences, mais dépend de l'expérience personnelle ; lien avec le pouvoir asymétrique (victimes vulnérables).

Enseignements pratiques : Prioriser la formation sur l'écoute active pour consolider ce socle.

Priorités d'intervention : Développer des protocoles relationnels standardisés ; perspectives : études longitudinales sur l'impact à long terme.

Axe 2 : Structuration de l'information et communication technique

Dans le domaine de l'information : Malgré ces acquis, la première faiblesse majeure concerne l'information en matière de VBG. Les entretiens montrent explicitement qu'il n'existe pas de dispositif clair organisant les informations que les éducateurs pairs doivent transmettre aux femmes. La majorité des témoignages indiquent sans ambiguïté qu'il n'y a pas d'accord ou de cadre régissant cette information, et que celle-ci est obtenue auprès de l'association, ou par effort personnel.

Même lorsque des échanges existent via WhatsApp ou lors de petites réunions internes, cela reste insuffisant pour constituer un référentiel harmonisé. L'information circule, mais elle ne semble pas suffisamment stabilisée, formalisée ni uniformisée. Ce point est central, car il crée un risque de variabilité entre les intervenants : chacun peut transmettre selon sa compréhension, son expérience ou ses habitudes, plutôt qu'à partir d'un cadre commun.

L'absence d'outils aggrave cette faiblesse. quelques entretiens indique qu'il n'existe ni guide, ni images, ni vidéos spécialisées utilisées directement par l'éducateur pair ; d'autres mentionnent qu'il n'y a pas de supports sur la violence, seulement sur les IST et le VIH. Les vidéos produites dans certains cadres ont été utiles, mais elles restent ponctuelles et limitées.

Ainsi, les EPs disposent d'informations, mais pas encore d'un système d'information professionnellement outillé.

Dans le domaine de la communication

Les données montrent que les EPs savent établir un contact humain, rassurer et parler avec amabilité. Toutefois, la communication décrite dans les entretiens reste principalement intuitive. L'une des participantes explique que sa méthode consiste à parler avec fluidité et à se rapprocher (نتقربلها) de la femme pour qu'elle accepte l'échange. Une autre évoque la patience, le sourire, le fait de reprendre contact si la femme refuse d'écouter la première fois, ou encore la nécessité d'être psychologiquement calme pour mettre l'autre à l'aise.

Ces pratiques sont utiles sur le plan relationnel, mais elles révèlent surtout une approche spontanée, davantage fondée sur l'attitude personnelle que sur des techniques spécialisées d'entretien avec une victime de violence. Les entretiens ne mettent pas clairement en évidence l'usage de méthodes structurées permettant, par exemple, d'identifier les signaux de danger immédiat, de conduire un entretien de crise, de gérer un récit traumatique ou d'évaluer la sécurité de la femme. La communication semble donc efficace pour entrer en relation, mais plus fragile lorsqu'il s'agit d'assurer une intervention techniquement sécurisée.

Cette limite est confirmée par une déclaration particulièrement significative : les éducatrices affirment ressentir le besoin d'une formation continue sur les cas de violence, car chaque nouvelle situation

lui donne parfois l'impression de ne plus rien maîtriser. Cela montre que la communication n'est pas encore soutenue par une compétence suffisamment consolidée pour faire face à la diversité des cas.

Dans le domaine de la capacité de sensibilisation

Les EPs jouent un rôle de sensibilisation. Ils expliquent aux femmes que la violence ne se limite pas à la violence physique, évoquent les différents types de violence, et rappellent l'existence d'une loi protectrice. Elles peuvent aussi informer sur les premières démarches à entreprendre.

Cependant, cette sensibilisation reste limitée par le manque de supports adaptés et par l'absence de méthodes spécialisées régulières. Les focus groups et formations existent, mais ils ne semblent ni systématiques ni suffisamment dotés en ressources. L'un des témoignages reconnaît d'ailleurs le manque de moyens matériels pour développer davantage les outils de transmission de l'information.

Autrement dit, la sensibilisation repose surtout sur la parole des EPs, et beaucoup moins sur un dispositif pédagogique structuré. Cela réduit sa portée, surtout lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet complexe comme les violences basées sur le genre.

Le résumé de cet axe fait ressortir un manque majeur de cadre harmonisé pour les informations VBG (types, loi protectrice), avec circulation informelle (WhatsApp, réunions) et absence d'outils (guides, vidéos) ; communication intuitive (sourire, patience) mais non structurée pour traumas ou crises. La majorité des témoignages rappelle une base minimale de connaissances et une transmission inégale surtout en relation avec les genre et le pouvoir. Nous rappelons la citation d'une EP participante «Parler avec fluidité et se rapprocher directement de la femme pour qu'elle accepte l'échange» ; «Chaque nouvelle situation lui donne parfois l'impression de ne plus rien maîtriser». Ce résultat est confirmé par études sur pairs en santé (ex. VIH : proximité forte, mais technicité faible, OMS 2020) ; nouveauté : variabilité accrue sans outils VBG.

Cet axe fait ressortir la nécessité de créer un référentiel commun simple pour les EP. Associé à une action prioritaire de formation sur les VBG et les moyens de communication adaptées. Cette formation doit être continue en mettant l'accent sur des outils numériques adaptés.

Axe 3 : Accompagnement et orientation

Dans le domaine de l'accompagnement: L'accompagnement constitue l'un des points les plus fragiles. Les entretiens montrent que les EPs peuvent écouter, rassurer, contacter la juriste, diriger vers l'association et parfois suivre la femme. Mais plusieurs passages indiquent qu'ils ne disposent pas toujours du statut ou de la légitimité nécessaire pour accompagner la victime dans certaines structures. Une participante explique clairement qu'elle n'a pas la qualité requise pour aller au centre avec la femme victime. D'autres participantes précisent qu'au poste de police, la victime peut lui demander « qui êtes-vous ? », ce qui limite la possibilité d'une présence continue et reconnue.

Cette limite fondamentale signifie que l'accompagnement assuré par les EPs reste partiel et dépendant des circonstances. Les EPs peuvent jouer un rôle de passerelle, mais ne peuvent pas toujours garantir la continuité du parcours de la victime dans les espaces institutionnels ou sensibles.

L'accompagnement existe donc, mais il n'est ni pleinement sécurisé ni institutionnellement consolidé.

En outre, une autre faiblesse apparaît : l'accompagnement semble parfois reposer sur une implication émotionnelle forte. Une éducatrice indique qu'elle traite certaines situations comme une affaire personnelle, tout en reconnaissant que cela lui cause fatigue, pression et épuisement. Ce point montre que l'investissement est réel, mais qu'il n'est pas suffisamment encadré par des limites professionnelles protectrices.

Dans le domaine de l'orientation

Les entretiens montrent que les éducateurs pairs savent globalement vers qui orienter : l'association, la juriste, la psychologue, les unités spécialisées, la médecine légale ou certains centres d'hébergement. Ils possèdent donc une connaissance pratique de certains recours.

Toutefois, cette orientation reste peu formalisée. Les données montrent que l'association est souvent le principal point d'orientation, parfois même le recours préféré. cinq enquêtées expliquent qu'elles préfèrent orienter la femme vers l'association plutôt que de l'envoyer seule vers les unités spécialisées, en raison de certaines insuffisances observées. Cela indique que l'orientation repose moins sur un circuit standardisé que sur une logique de confiance dans la structure la mieux connue.

Le besoin d'un guide d'orientation, de brochures rappelant les lieux de référencement, et même d'un numéro vert ou d'un numéro d'urgence, revient explicitement dans les entretiens. Cela constitue un signe fort : les éducateurs pairs sentent eux-mêmes que leur capacité d'orientation demeure incomplète sans outils concrets.

Dès lors, on peut dire qu'elles savent orienter, mais qu'elles ne disposent pas encore d'un système d'orientation suffisamment clair, homogène et immédiatement opérationnel.

Le résumé de cet axe met en exergue un accompagnement partiel (écoute, juriste, association) limité par statut (non légitime police/centres) et épuisement émotionnel ; orientation vers association préférée (5/9 cas), sans guide formalisé. Exemple de citations : «Je n'ai pas la qualité requise pour aller au centre avec la femme victime» ; «Traite certaines situations comme une affaire personnelle, ce qui cause fatigue». Cet axe identifie des limites récurrentes de possibilités de suivi et de l'implication émotionnelle des EPs par rapport aux traumatismes et violences subies par les TS. Ceci corrobore le rapport ONU femmes en Tunisie qui rapporte que les EP jouent un rôle de passerelle spécifique VBG mais restent vulnérables en fonction de leurs expériences et l'absence de légitimité institutionnelle.

L'enseignement pratique de cet axe est de définir les limites du rôle des EP et de clarifier leurs missions. Ce qui aboutit à une priorité d'élaborer un Guide d'orientation, des brochures ; et carnet d'adresse pour le réseautage de prise en charge.

Axe 4 : Contraintes organisationnelles

Enfin, plusieurs éléments montrent que la compétence des EPs est affaiblie par des contraintes organisationnelles. L'une des participantes explique avoir commencé à élaborer une fiche de consignes pour mieux organiser le travail, mais ne pas avoir pu la finaliser en raison de la pression et de la charge de travail. Elle reconnaît ensuite avoir fini par travailler de manière non méthodique.

D'autres éléments soulignent le besoin de meilleure coordination entre l'association et les autres acteurs afin d'améliorer l'intervention de terrain. Cela montre que les limites ne sont pas seulement individuelles ; elles relèvent aussi du cadre organisationnel, des ressources et du niveau de formalisation interne.

Discussions des résultats

L'analyse montre que les EPs possèdent un niveau de compétence réel mais limité. Leur principal atout réside dans leur proximité avec les bénéficiaires, leur capacité à instaurer une relation de confiance, leur disponibilité pour l'écoute et leur connaissance générale des premiers recours. Elles jouent donc un rôle pertinent dans le premier contact, la sensibilisation initiale et l'orientation de base.

Cependant, cette compétence reste essentiellement une compétence de premier niveau. Elle n'est pas encore suffisamment professionnalisée pour garantir, à elle seule, une intervention complète, homogène et sécurisée auprès des femmes victimes de violences basées sur le genre. Les faiblesses relevées ne sont pas marginales : elles touchent la qualité technique de la communication, l'accès à une information fiable et harmonisée, la capacité à accompagner sans s'épuiser ni dépasser son rôle, et la possibilité d'orienter selon un circuit clair et standardisé.

Autrement dit, les EPs sont utiles et légitimes dans une logique de repérage, de proximité et de premier appui, mais elles ont besoin d'un encadrement méthodologique plus fort pour que leur intervention soit plus sûre et plus efficace. Le problème principal n'est donc pas l'absence d'engagement, mais l'insuffisance de structuration de la compétence.

LIMITES ET CONTRAINTES



Limites et contraintes

Certaines limites sont apparues lors de notre étude, elles sont d'ordre:

1. Contraintes institutionnelles

Manque de légitimité statutaire des EP TS : Les éducatrices pairs, souvent travailleuses de sexe actives, manquent de reconnaissance institutionnelle (police, tribunaux). Les résultats montrent déjà cette barrière : «Qui êtes-vous ?» au poste de police. Cela limite leur rôle d'accompagnement au-delà du «premier contact», rendant partiel l'effet des formations/supervisions.

Dépendance structurelle à l'association : Les EP TS orientent majoritairement vers l'association (5/9 cas) faute de confiance dans les services publics. Renforcer leurs compétences ne résout pas les failles systémiques (circuits saturés, lenteurs administratives,..). Sans réforme inter-institutionnelle, les outils (référentiel, guide orientation) resteront sous-utilisés.

Ressources limitées : Budget associatif faible face à subventions incertaines.

Contraintes logistiques : pas de salle formation dédiée, transport EP TS terrain, charge de travail existante (pression organisationnelle Axe 4). La police risque de limiter leur implication (formateurs, validation) par priorités nationales.

2. Limites méthodologiques

Évaluation qualitative non reproductible : L'analyse repose sur 9 entretiens + 1 focus groupe (15 pers.), sans triangulation quantitative robuste (ex. grille Likert pré/post sur échantillon >50). Les tendances (communication intuitive, manque structuration) sont récurrentes mais subjectives, rendant difficile la mesure d'impact post-recommandations.

Absence de groupe contrôle : Sans comparaison avec d'autres associations TS ou EP non formées, l'attribution des améliorations (ex. +1,2 pt Likert post-formation) à l'action centrale reste incertaine. Biais de Hawthorne (EP TS motivées par recherche-action) surestime les acquis initiaux.

Généralisation limitée : Contexte spécifique (Tunis, population TS vulnérable) empêche extrapolation nationale. Les contraintes organisationnelles locales (coordination association) dominent, masquant potentiellement des facteurs culturels plus larges (normes genre rurales vs urbaines).

Recrutement des TS: La population des TS est une population qui vie cachée, qui est méfiante d'un côté et de l'autre côté la sélection qui peut ne prendre en compte que les TS déjà ayant bénéficié des services de l'association.

Résistances culturelles/contextuelles : Travailleuses de sexe EP TS font face à stigmatisation sociale forte (normes genre conservatrices Tunis). Une formation renforçant visibilité VBG peut exposer à risques (agressivité conjoints, rejet communauté). Réticence victimes à formaliser plaintes malgré sensibilisation (peur représailles).

3. Limites éthiques

Par le risque de réactivation traumatique en évoquant certaines situations vécues lorsqu'on aborde les violences et les expériences de consommation.

Recommandations et actions proposées

Les recommandations découlent directement des axes thématiques identifiés (contact initial fort mais structuration faible, communication intuitive, accompagnement limité, contraintes organisationnelles). Elles sont hiérarchisées par priorité : immédiate (court terme, <3 mois), moyenne (3-6 mois) et longue (6-12 mois), pour un renforcement progressif des compétences des EP TS en intervention VBG. Chaque recommandation est actionable, avec indicateurs de succès mesurables.

Ces actions pilotes ciblent le manque structurel d'information (Axe 2), amplifié par contraintes organisationnelles (Axe 4), pour homogénéiser pratiques et sécuriser interventions initiales (Axe 1).

Justification basée sur les résultats

Les entretiens (9/9) et focus groupe soulignent absence de cadre info harmonisé («pas d'accord ou cadre régissant cette information»), causant variabilité et insécurité («impression de ne plus rien maîtriser»). Cela fragilise sensibilisation/orientation (Axes 2-3), malgré atouts relationnels (Axe 1). Aligné sur cadre théorique genre/pouvoir : uniformise transmission face asymétries. Confirme études pairs VIH (OMS : besoin référentiels pour efficacité).

Priorité immédiate (court terme : 0-3 mois)

A1. Formation accélérée sur la thématique VBG chez les TS

Description de l'action à engager: Il s'agit d'assurer une formation Pratique de 3 jours Sur l'écoute ac Le repérage des dangers la gestion des entretiens traumas Le type de VBG ainsi que Le circuit de prise en charge.

Jour 1: Connaissance Sur les VBG, Types, loi 58 2017 et Circuit de prise en charge.

Jour 2: Technique de communication, Écoute active, Entretien, Repérage des urgences

Jour 3: Simulation de terrain, Jeux de rôle, Distribution de kits et d'outils de travail

Public cible direct : 15 EP TS (éducatrices pairs travailleuses de sexe).

Bénéficiaires indirects : Femmes victimes VBG (estim. 100/an via EP TS), association (comité/ personnel), services partenaires (police, CNFMS).

Priorité : EP TS terrain actives.

A2. Création et déploiement du «Référentiel VBG EP TS» et documents de travail de terrain

Description de l'action à engager: Développer un Référentiel VBG EP TS : Outil compact (brochure A5 + application mobile basique) intégrant définition VBG, 6 types (physique, psychologique, etc.), circuit prise en charge (signalement- médical-juridique), checklist urgence, et contacts locaux. Contenu validé par experts (juriste, psychologue association). Impression 200 ex. + version digitale (PDF/WhatsApp). Ainsi que les brochures et les documents de travail des EP TS.

Identification du public cible / bénéficiaires

Public cible direct : 15 EP TS (éducatrices pairs travailleuses de sexe).

Bénéficiaires indirects : Femmes victimes VBG (estimation 100/an via EP TS), association (comité/personnel), services partenaires (police, UNFT, ...).

Indications pour mise en œuvre et suivi

Mise en œuvre :

Ateliers co-construction (EP TS + encadrante, 2 sessions mai 2026).

Validation experte (juriste/psychologue, juin).

Production/impression (juillet).

Priorité moyenne (3-6 mois)

1. Guide d'orientation formalisé : Cartographie des services (association, police spécialisée, Centres UNFT, Centres d'hébergements), avec protocoles d'accompagnement limité. Indicateur : Réduction de 50% des orientations «par défaut» vers l'association (suivi qualitatif).
2. Supervision régulière et limites de rôle : Sessions bi-mensuelles avec encadrante (Mme Lilia Challougui) pour débriefing, évitant épuisement émotionnel chez les EP TS au cours de l'activité de terrain.

Indicateur : Taux de burnout <10% (questionnaire auto-évalué).

Priorité longue (6-12 mois)

1. Renforcement organisationnel : Coordination inter-acteurs (associations, UNFT, ONU Femmes Tunisie) ; embauche coordinatrice EP TS.

Indicateur : Protocole interne validé et appliqué par 90% des cas.

2. Évaluation continue et recherche-action : Suivi annuel des compétences via grille Likert revisitée ; focus groupes bisannuels.

Indicateur : Amélioration moyenne de 1,5 point sur Likert pour connaissances VBG.

Action centrale prioritaire à mettre en œuvre

L'action prioritaire à mettre en oeuvre est l'action présentée pour être réalisée dans le court terme (0 à 3 mois) à savoir la formation initiale en VBG chez les TS et l'usage de substances. (Nous insérons ici le Template de structuration des actions issues de la recherche-action sur les VBG. Ainsi que le Canevas pour la présentation de l'action à mettre en œuvre).

1. Associations porteuses du Projet :
    - Association 1 : ATL/MST-SIDA BN représentée par Dr Faouzi Zribi, Mme Hajer Hammami, Sirine Boukhchim
    - Association 2 : ATIOST représenté par Dr Abdelaziz Zouari
    - Association 3 : ABFER teprésentée par Chokri Taarech, Eya Hentati
2. Zone d'intervention : Sfax ville
3. Public cible : Les Éducatrices Paires Travailleuses du sexe (TS)
4. Intitulé : Formation des éducatrices paires en matière de VBG chez les travailleuses du sexe (Région de Sfax)

1. Contexte et objectifs de la recherche-action

- Contexte général (problématique VBG identifiée)

Le travail du sexe est souvent étroitement lié à l'usage de drogues, formant un cercle vicieux où les deux phénomènes s'alimentent mutuellement. De nombreuses personnes dans cette profession recourent à des substances comme l'alcool, la cocaïne, les opioïdes ou les amphétamines pour atténuer le stress psychologique, la peur, la douleur physique ou la honte associés à leur activité, facilitant ainsi la dissociation émotionnelle nécessaire pour continuer. Inversement, la dépendance aux drogues peut pousser des individus vulnérables – souvent marginalisés par la pauvreté, des traumas passés ou un manque d'opportunités – vers le travail du sexe pour financer leur consommation, créant une spirale d'exploitation et de précarité. Des études, comme celles de l'OMS ou de revues telles que The Lancet, montrent que jusqu'à 60-80% des travailleurs du sexe dans certaines régions urbaines consomment régulièrement des drogues, augmentant les risques de violence, de maladies transmissibles (VIH, hépatites) et de surdoses. Ce lien souligne l'urgence de politiques de réduction des risques, d'accès aux soins et de décriminalisation pour briser cette chaîne.

Notre activité de prévention au près de la population des travailleuses du sexe est assurée par les éducatrices paires. Elles rapportent que les TS constitue une population vulnérable à l'usage de substances psychoactives, souvent confrontée à une VBG non communiquée, nécessitant une PEC intégrée Médico-Psycho-Sociale et juridique. D'où l'idée de cette recherche action.

- Objectifs de la recherche-action

Renforcer les compétences en communication et les connaissances des éducatrices paires pour la prévention de la VBG et l'orientation vers la prise en charge intégrée.

- Acteurs impliqués (institutions, bénéficiaires)

Les acteurs internes de l'association

1) Comité de pilotage et chercheurs,

2) Éducatrices paires,

3) Autres personnel de soutien: Psychologues, ACRJ, ASS, Assistant social, Assistante juridique.

Les partenaires

1) Services juridiques: ASF

2) Services Médicaux: Maladies infectieuses, Traumatologie, Psychiatrie, Médecine légale ...

3) Services Sociaux: CDIS, Délégation des affaires sociale,

4) Police et Garde Nationale

Les bénéficiaires

1) Les éducatrices paires TS des trois associations,

2) Les travailleuses du sexe.

3) Le personnel de nos associations respectives.

2. Déroulement de la recherche action

Phase 1 : Exploratoire

- Méthodologie utilisée :
  - Au début nous avons commencé par un atelier d'information au profit du comité directeur de l'association, du personnel de l'association et des éducatrices paires. L'objectif de cet atelier était de présenter la recherche action. Au cours de cet atelier les discussions autour de la thématique (VBG) ont fait ressortir le besoin d'évaluer les connaissances des EP TS.
  - Une grille d'évaluation des compétences et des connaissances a été élaboré et remplie au cours d'une deuxième rencontre individuelle avec chaque EP TS. L'évaluation a été basée sur une note de 1 à 5 en se basant sur l'échelle de Likert [1 pour médiocre à 5 pour Excellent].

- Cette évaluation a révélé un manque de connaissance du concept de la VBG et de ses types, du circuit de la prise en charge des VBG et manque de compétences en terme de communication autour de la VBG.
- En concertation avec l'encadrante Mme Lilia Challougui, un guide d'entretien a été élaboré. Ce guide a servi pour les entretiens individuels avec les EP TS.
- Un focus groupe a été organisé par la suite et a réuni 15 participants parmi les travailleuses de sexe parmi les EP TS. Ce focus groupe a approfondi l'évaluation des connaissances et compétences des EP TS.

Phase 2 : Diagnostic

- Méthodologie utilisée :
- Observations ❑

  Lieu(x) : Le travail de terrain entamé depuis des années au près des populations clés du VIH à savoir les travailleuses du sexe, les usagères de drogues ainsi que les PVVIH a fait ressortir la présence d'une violence envers ses femmes de différents ordres (physiques, économiques, ...)

- Entretiens ❑

  Personnes rencontrées : Dans le cadre de cette recherche action pour la prévention de la VBG chez les TS, nous avons entamé 9 entretiens individuels avec les éducatrices paires travailleuses du sexe afin de faire dégager leur niveau de connaissance en matière de VBG, leur maîtrise de la communication sur le thème de la VBG ainsi que leur connaissance de la législation Tunisienne et du parcours de prise en charge intégrée de la VBG en Tunisie.

- Questionnaires ❑

  Echantillon : …NA……
  …

- Focus Groups ❑

  Participant(e)s : 01 focus groupe a été réalisé avec 15 éducatrices paires TS. L'objectif était de dégager les perceptions, les attentes dans le domaine de la VBG

- Principaux constats :
- Problèmes identifiés :

  Il existe un manque en matière de connaissances du concept de la VBG et de la législation, de la PEC et de la communication autour du sujet.

- Besoins exprimés

  Les besoins exprimés se sont articulés au tours de trois axes, qui sont:

1. Manque de connaissance sur la VBG et le lien avec le travail du sexe, ainsi que le circuit de PEC intégrée
2. Manque de maîtrise de la communication orientée vers l'identification de la VBG et l'orientation vers les services de PEC
3. Méconnaissance des mécanismes de référencement pour assurer un accompagnement personnalisé des victimes VBG TS

Phase 3 : Co-construction de l'action

- **Processus de co-construction (qui a participé ? comment ?)**

Le groupe de travail constitué des représentants des différentes associations s'est réuni à plusieurs reprises en présentiel et en ligne pour se concerter sur les résultats de entretiens et du focus groupe. Ainsi que par mail.

Après les différentes discussions et les échanges une action de a été retenue pour cette recherche action.

- **Description de l'action proposée :**

L'action retenue dans le cadre de cette recherche action est la formation des éducatrices paires en VBG pour intégrer la VBG dans leurs activités de proximité au près des TS, ainsi que les membres des associations impliquées pour apporter leur soutien à cette activité et entamer sa pérennisation.

- **Objectifs spécifiques de l'intervention :**

OS1: Améliorer les connaissances de EP TS en matière de VBG (concepts, types, législation) et les spécificités de la VBG chez les TS.

OS2: Maîtriser la communication en matière de VBG chez les TS en insistant sur l'écoute active et l'empathie.

OS3: Prendre connaissance du parcours de la prise en charge intégrée Médico-Psycho-Sociale et Juridique et des différents partenaires institutionnels et associatifs pour cette prise en charge.

- **Élaboration du plan d'intervention :**

  - **Activités prévues :**

    A1: Organisation d'une formation de 3 jours (Formateur, logistique, documents, ..).

    A2: Évaluation à froid au bout de 3 mois.

A3: Élaboration de documents suivants.

Livret brochure pour les connaissances

Fiches spécifiques pour la communication en la matière

Fiches procédures pour le parcours de la PEC intégrée

A4: Suivi et évaluation de l'activité des EP TS.

- **Calendrier :**

  Le calendrier s'étendera sur 3 mois entre mai 2026 et juillet 2026

  A1: Mois de Juin 2026

  A2: Mois d'Août 2026

  A3: Mois de Mai et Juin 2026

  A4: Mois de Août / Septembre 2026

- **Définition des indicateurs de changement :**

  - **Indicateurs qualitatifs :**

    Amélioration du niveau des connaissances de EP TS de 60%

  - **Indicateurs quantitatifs**

    15 EP TS formées

    Le personnel des associations est formé

    Augmentation de 50% du nombre de TS demandant un service de PEC de VBG dans 3 mois;

Phase 4 : Mise en œuvre de l'action

- **Description détaillée de l'action à mettre en œuvre :**

Il s'agit d'assurer la formation des éducatrices paires travailleuses du sexe afin d'augmenter leurs connaissances dans le domaine de la VBG, de la communication sur le sujet et de mieux connaître le parcours de prise en charge complète et intégrée afin de pouvoir orienter et accompagner éventuellement les TS victimes de VBG afin de pouvoir bénéficier des services mis à leurs disposition de part la loi Tunisienne.

- **Répartition des rôles et responsabilités :**

  - **Acteurs impliqués :**

    Les acteurs impliqués sont:

1. Le comité de pilotage à savoir les chercheurs des associations impliquées dans cette recherche action.
2. Les éducatrices paires Ts travaillant avec l'association ATL MST SIDA BN, qui seront les relais avec les TS pour leur sensibilisation et prévention des VBG, ainsi que l'orientation et l'accompagnement vers les services de prise en charge intégrée et complète.
3. Les autres personnels des associations à savoir les psychologues, les accompagnateurs juridiques et les accompagnateurs socio-sanitaires.

- **Partenaires :**

Les partenaires de cette activité sont:

1. Les service juridiques représentés par notre partenaire de choix l'association Avocats Sans Frontières (ASF) qui met à la disposition des avocats pour le soutien juridique des TS victimes de VBG.
2. Les services médicaux hospitaliers à savoir les services des maladies infectieuses, les services de traumatologie, les services de psychiatrie et les services de médecine légale. Ces services sont déjà impliqué avec nos associations dans nos activités quotidiennes.
3. Les services sociaux à savoir les Centre de Défense et d'Intégration Sociale (CDIS), les délégations des affaires sociales, ...
4. Les services de la police ou la garde nationale. On rappelle ici que nos associations ont des conventions de partenariat avec le Ministère de la santé, et que Monsieur le Ministre a adressé un courrier au Ministre de l'intérieur pour information à propos de nos activités vers les populations vulnérables (Travailleuses du Sexe et Usagères de drogues).

- **Moyens à mobiliser**

- **Humains :**

- Le comité de pilotage et les chercheurs
- Le personnel de soutien des associations,
- Les éducatrices paires TS,
- Les formateurs pour l'atelier de formation,
- Le graphiste pour la production des support,
- ……

- **Financiers :**

- Coûts de la formation (formateurs, logistique, documents, ...),
- Coûts des documents à imprimer,
- ……

- **Matériels :**

- Matériels et logistique de la formation,
- Documents,
- ……

♦ **Ajustements en cours de mise en œuvre :**

- **Difficultés anticipées :**

A. Le retard d'organisation de la formation (Force majeure externe),
B. Les difficultés de terrain,
C. La réticence d'un des partenaires des services de PEC,
D. ……

- **Solutions envisagées :**

A. Report de la formation,
B. Soutien des EP TS sur le terrain par le personnel de l'association
C. Plaidoyer auprès de services de PEC par les responsables de l'association,
D. ……

Phase 5 : Évaluation (anticipée)

♦ **Méthodes d'évaluation envisagées :**

- **Qualitative :**

- Niveau des connaissances des EP = Pourcentage de réponses correctes sur VBG.

- **Quantitative :**

- Amélioration du niveau des connaissances des EP de 50 à 85%
- Score moyen de Likert (1-5) sur le soutien aux victimes
- Pourcentage d'augmentation des demandes de PEC …….

♦ **Résultats attendus de l'évaluation :**

○ **Effets escomptés de l'action :**

- Identification des changements dans les attitudes et les comportements face à la VBG.
- Compréhension des freins et leviers à l'application des connaissances sur le terrain.
- Amélioration des pratiques professionnelles (ex : meilleure détection, orientation, accompagnement des victimes).
- Réduction des attitudes discriminatoires ou stigmatisantes envers les victimes de VBG.

○ **Effets inattendus susceptibles d'émerger :**

- Difficultés de travail sur le terrain
- Implication des partenaires difficile à mettre en oeuvre
- …….

♦ **Analyse prévisionnelle des écarts entre objectifs et résultats :**

Pour cette analyse nous Réaliserons une enquête CAP avant et après la formation en se basant sur un questionnaire selon l'échelle de Likert (1 à 5). Par la suite on va comparer les scores via les pourcentages de réponses Correctes ou moyennes. L'identification des écarts va se faire par soustraction. Si la baisse et supérieur à 20 à 30%, nous dirons qu'il y a un écart.

Domaine	Écarts possibles	Causes	Solutions
Connaissances	- 20 à 30%	Manque de suivi des paires	Accompagnement pour reprise des informations par des ateliers et rencontres périodiques
Attitudes	- 15%	Résistance socio-culturelle	Évaluation continue et ajustement des messages pour une meilleure implication
Pratiques	- 25%	Turnover des paires	Mise en place de consentement pour un travail sur des périodes de temps pré-établies

Perspectives de réajustement :

○ **Perspectives d'amélioration des pratiques**

En se basant sur une évaluation continue de l'activité des éducatrices paires par une supervision de terrain.…….

- **Adaptations envisagées de l'action**

  Afin d'ajuster les messages et la communication pour un réajustement on envisage des ateliers et des rencontres pour retour d'expériences entre les éducatrices paires…….

Phase 6 : Résultats attendus de l'action

Les résultats présentés ci-dessous relèvent d'hypothèses de transformation qui seront à vérifier à l'issue de la mise en œuvre de l'action.

- Renforcement des compétences des acteurs

Meilleure compréhension des mécanismes de la VBG, renforcement des compétences d'écoute, d'orientation et de plaidoyer, sentiment d'empowerment.

- Changements institutionnels possibles

Validation de l'efficacité de la formation, identification des axes d'amélioration, justification de l'investissement auprès des bailleurs de fond.

- Impacts potentiels sur les bénéficiaires

Meilleure prise en charge des situations de VBG, accès facilité aux services de santé, de justice et de soutien psychosocial.

3. Modalités de mise en œuvre (envisagées)

Les éléments présentés ci-dessous concernent les conditions et paramètres envisagés pour soutenir la mise en œuvre de l'action. Ils pourraient être ajustés en fonction des spécificités du terrain.

Conditions nécessaires à la réussite de l'action

- **Engagement des parties prenantes :** Implication active des institutions publiques (santé, justice, affaires sociales) et des partenaires financiers dès la phase de conception.
- **Adaptation du contenu :** Formation conçue en collaboration avec les éducatrices paires et les travailleuses du sexe pour répondre à leurs besoins réels et à leur contexte socio-culturel.
- **Ressources matérielles et logistiques et humaines qualifiées :**
- **Soutien institutionnel :** Reconnaissance et appui des autorités locales et nationales pour faciliter l'accès aux services et la légitimité de l'action.
- **Budget suffisant et pérenne :** Financement assuré pour la formation initiale, le suivi post-formation et l'évaluation à moyen terme.

- **Environnement sécurisé et confidentiel :** Garantie de la sécurité physique et psychologique des participantes, notamment pour celles qui pourraient être stigmatisées ou menacées.

Facteurs facilitants potentiels

- **Existence de réseaux associatifs :** Présence d'associations locales de travailleuses du sexe ou de droits humains déjà engagées dans la lutte contre la VBG.
- **Volonté politique :** Ouverture des autorités à intégrer les approches communautaires et participatives dans les politiques de santé et de droits humains.
- **Partenariats multisectoriels :** Collaboration possible avec des acteurs de la santé, de la justice, des médias et de la société civile pour une approche globale.
- **Mobilisation communautaire :** Implication des travailleuses du sexe elles-mêmes dans la promotion et la défense de leurs droits, renforçant la légitimité et l'impact de l'action.

Contraintes et risques anticipés

- **Stigmatisation et discrimination :** Risque de rejet ou de marginalisation des éducatrices paires et des travailleuses du sexe par certains acteurs institutionnels ou communautaires.
- **Manque de ressources :** Difficultés à mobiliser un financement suffisant ou à maintenir l'engagement des partenaires sur le long terme.
- **Résistance au changement :** Réticence de certaines travailleuses du sexe ou éducatrices à adopter de nouvelles pratiques ou à s'impliquer dans des démarches collectives.
- **Sécurité des participantes :** Risque d'exposition à des violences ou des représailles pour les éducatrices paires, notamment dans les zones où la prostitution est criminalisée.

Stratégies envisagées pour la pérennisation de l'action

- **Création d'un comité de pilotage :** Structure permanente composée de représentantes des travailleuses du sexe, de formatrices, de partenaires institutionnels et de financeurs pour assurer le suivi et l'adaptation du programme.
- **Intégration dans les politiques publiques :** Plaidoyer pour l'inclusion de la formation des éducatrices paires dans les plans nationaux de lutte contre la VBG et de promotion des droits humains.

- **Diversification des sources de financement :** Recherche de partenariats avec des fondations internationales, des agences de coopération et des entreprises socialement responsables.
- **Capitalisation et diffusion :** Documentation systématique des résultats, des bonnes pratiques et des témoignages pour valoriser l'action et attirer de nouveaux soutiens.

Possibilités de reproduction de l'action

- **Modèle reproductible :** Élaboration d'un guide méthodologique et d'outils clés en main (modules de formation, grilles d'évaluation, protocoles) pour faciliter la duplication du projet dans d'autres régions ou pays.
- **Partenariats régionaux :** Collaboration avec des réseaux africains ou méditerranéens de lutte contre la VBG pour partager l'expérience et adapter le modèle à d'autres contextes.
- **Formation à distance :** Développement de modules e-learning ou de webinaires pour toucher un public plus large et réduire les coûts logistiques.
- **Appui technique :** Offre d'accompagnement et de conseil aux structures souhaitant reproduire l'action, via des échanges de pairs ou des missions d'expertise.
- **Plaidoyer international :** Présentation du modèle lors de conférences ou d'événements internationaux pour susciter l'intérêt et le soutien d'autres acteurs.

4. Recommandations (envisagées)

Recommandations opérationnelles

- **Adapter le contenu** aux réalités locales et aux besoins spécifiques des travailleuses du sexe, en intégrant des études de cas concrets et des témoignages de pairs.
- **Former les EP** sur les méthodes pédagogiques participatives et inclusives, en insistant sur l'approche non jugeante et l'écoute active.
- **Créer des outils pratiques** (fiches mémo, arbres décisionnels, listes de ressources locales) pour faciliter l'application des connaissances sur le terrain.
- **Organiser des sessions de supervision** post-formation pour accompagner les éducatrices dans l'application des acquis et résoudre les difficultés rencontrées.
- **Intégrer des modules de gestion du stress et de l'usure professionnelle** pour prévenir l'épuisement des éducatrices, souvent confrontées à des situations difficiles.

- **Assurer une coordination régulière** avec les services de santé, de justice et de soutien psychosocial pour faciliter l'orientation des victimes de VBG.

Recommandations institutionnelles

- **Renforcer les partenariats** avec les ONG locales et les institutions publiques pour une approche multisectorielle de la VBG.
- **Allouer des ressources spécifiques** (budget, personnel, matériel) à la formation continue et au suivi des éducatrices paires.
- **Créer un comité de suivi** composé de représentantes des travailleuses du sexe, de formatrices et de partenaires institutionnels pour évaluer et ajuster le programme.
- **Développer des protocoles clairs** de collaboration entre les éducatrices paires et les services publics (police, santé, justice) pour une prise en charge efficace des cas de VBG.
- **Sensibiliser les institutions** (hôpitaux, commissariats, centres sociaux) à l'importance du rôle des éducatrices paires et à la nécessité de les inclure dans les dispositifs de lutte contre la VBG.
- **Documenter et capitaliser** les bonnes pratiques et les leçons apprises pour enrichir les futures formations et plaider pour une reconnaissance institutionnelle du métier d'éducatrice paire.

Recommandations pour les politiques publiques

- **Reconnaître officiellement** le statut et le rôle des éducatrices paires travailleuses du sexe dans les stratégies nationales de lutte contre la VBG.
- **Intégrer les éducatrices paires** dans les plans d'action nationaux et locaux contre la VBG, en leur accordant un accès facilité aux formations et aux ressources.
- **Financer des programmes spécifiques** de formation et d'accompagnement pour les éducatrices paires, en partenariat avec les associations et les institutions publiques.
- **Promouvoir des campagnes de sensibilisation** pour lutter contre la stigmatisation des travailleuses du sexe et reconnaître leur vulnérabilité face à la VBG.
- **Renforcer les lois et les mécanismes de protection** contre les violences et les discriminations envers les travailleuses du sexe, en impliquant les éducatrices paires dans les processus de plaidoyer.
- **Créer des espaces de dialogue** entre les travailleuses du sexe, les éducatrices paires et les autorités pour co-construire des politiques publiques adaptées et efficaces.

CANEVAS POUR LA PRESENTATION DE L'ACTION A METTRE EN ŒUVRE

Associations porteuses du Projet :

Association 1 : ATL MST/SIDA BN.....

Association 2 : ATIOST.....

Association 3 : ABFER.....

Intitulé de l'action : Formation des éducatrices paires en matière de VBG chez les travailleuses du sexe (Région de Sfax)

PROBLÈME IDENTIFIÉ	ACTION PROPOSÉE	ACTIVITÉS CLÉS	ACTEURS & RÔLES
Quel problème de VBG ?	**Type d'action**	**Activité 1**	**Type d'acteurs**
Les Violences basées sur le genre (VBG) subies par les travailleuses du sexe (TS), incluant violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques sont présentes. Il existe manque de connaissances des éducatrices paires sur ces VBG et lacunes en communication pour encourager les TS à demander une prise en charge.	Formation renforcée en sensibilisation aux VBG et compétences en communication pour éducatrices paires TS	Formation (3 jours) : Sensibilisation aux types de VBG et leurs impacts sur les TS. Formation en communication assertive et écoute active pour identifier et référer les cas de VBG.	ONG spécialisées en santé sexuelle, associations TDS, formateurs experts VBG
Qui est concerné ?	**Objectif principal**	**Activité 2**	**Qui fait quoi ?**
Éducatrices paires TS et TS bénéficiaires dans la zone de Sfax	Renforcer les connaissances des éducatrices paires sur les VBG et améliorer leur communication pour stimuler la demande de prise en charge chez les TS victimes	Évaluation à froid au bout de 3 mois avec un suivi du travail de terrain	Éducatrices paires : participantes et facilitatrices ; Formateurs : animation ateliers ; Partenaires : Supervision et évaluation
Quelle zone d'intervention ?	**Quelle solution ?**	**Activité 3**	**Quels partenaires ?**
Sfax, Sfax Governorate, Tunisie	Ateliers interactifs de formation (3 sessions) combinant théorie, cas pratiques et outils de communication peer-to-peer	Élaboration de documents suivants. a)Livret brochure pour les connaissances B)Fiches spécifiques pour la communication en la matière C)Fiches procédures pour le parcours de la PEC intégrée	Ministère de la Santé, Ministère Affaire sociale, Ministère de l'intérieur, Associations locales, CAWTAR,

MOYENS	CHANGEMENTS ATTENDUS	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	DURABILITÉ
Humains	**Résultats**	**Calendrier**	**Stratégies de pérennisation de l'action**
2 formateurs experts, 15 éducatrices paires, 1 comitér de projet. Ressources associative	Éducatrices mieux outillées pour détecter VBG (+80% de cas référés) ; augmentation de 50% des demandes de prise en charge par TS.	Mai-Juin 2026 : Session de formation Mai-Juin production de support Juillet-Août 2026 Suivi à 3 mois	Intégration au programme régulier des associations ATL-ATIOST et ABFER ; formation des formatrices paires pour auto-reproduction ; monitoring annuel des indicateurs ; plaidoyer pour financement récurrent
Financiers	**Indicateurs qualitatifs**	**Facteurs facilitants**	**Indicateurs qualitatifs**
Budget : 6 000 TND (location salle, per diem, matériel) financé par bailleurs. 10 000 TND (Graphiste et impression de document) 3 000 TND frais de gestion	Témoignages d'éducatrices sur confiance accrue ; feedback positif sur communication.	Engagement des paires TS, soutien partenaires locaux, contexte favorable à formations	
Matériels	**Indicateurs quantitatifs**	**Contraintes et risques**	**Indicateurs quantitatifs**
Supports pédagogiques (fiches VBG), salle équipée, kits communication (badges, flyers)	15 éducatrices formées ; 100 TDS sensibilisées indirectement 30% hausse des signalement VBG en 6 mois	Stigmatisation sociale (risque faible via approche paires) ; budget limité (mitigation par partenariats)	

Conclusion

Cette recherche-action sur les compétences des éducatrices pairs travailleuses de sexe (EP TS) face aux violences basées sur le genre (VBG) met en lumière un potentiel transformateur pour les interventions de proximité, tout en soulignant la nécessité d'un encadrement structuré. En synthèse et perspectives, elle ouvre des voies concrètes pour des pratiques plus sécurisées et une meilleure articulation avec les politiques locales.

L'analyse qualitative de 9 entretiens et d'un focus groupe (15 participantes) révèle un niveau de compétences ambivalent chez les EP TS. D'une part, des acquis solides émergent dans le **contact initial** : adaptation au profil des victimes (niveau éducatif, langue), écoute active, création de confiance via lieux sûrs et attitudes non stigmatisantes. Ces atouts relationnels, ancrés dans la proximité terrain, positionnent les EP TS comme acteurs légitimes de premier recours, alignés sur les concepts de genre et de pouvoir asymétrique.

D'autre part, des faiblesses structurelles dominent : **absence de référentiel informationnel harmonisé** (types VBG, circuit prise en charge), communication **intuitive mais non technique** (gestion trauma, crise), accompagnement **partiel** (manque légitimité institutionnelle : «Qui êtes-vous ?» à la police), et orientation **informelle** (préférence association, 5/9 cas). Les contraintes organisationnelles (charge travail, coordination faible) amplifient ces limites, confirmant une compétence «premier niveau» utile mais insuffisamment professionnalisée.

Les axes thématiques (contact, information / communication, accompagnement / orientation, organisation) dégagent des tendances récurrentes : variabilité des pratiques, épuisement émotionnel, besoin d'outils. Comparées à des expériences pairs VIH (OMS), elles confirment la force proximale mais soulignent une nouveauté : fragilité accrue en VBG sans protocoles adaptés à la vulnérabilité TS.

Les recommandations hiérarchisées (formation accélérée prioritaire, référentiel VBG, supervision) catalysent un passage de l'intuitif au structuré (transformation des pratiques des EP TS). L'action centrale – **formation 3 jours (juin 2026)** sur techniques VBG (écoute trauma, repérage urgence) – cible 15 EP TS, avec kit outils (brochures, fiches). Impact attendu : +1,2 point grille Likert ; 80% cas mieux gérés ; réduction épuisement via limites rôle claires.

À moyen terme, guide orientation et coordination Associations (ATL, ATIOST, Boutheina, ASF) / Centre d'hébergement / police homogénéisent les parcours victimes, transformant les EP TS en «passerelles sécurisées».

À long terme, évaluation annuelle (fin 2026 et 2027) mesure la réduction récidive VBG (via plaintes déposées), renforçant leur rôle essentiel sans le surexposer.

Afin d'atténuer les limites : A la phase 1 on recrutera 10 EP TS (celles ayant participé aux entretiens individuels) Pour la gestion des résistances on assurera des rencontres d'informations et des réunions de plaidoyer pour une meilleure compréhension de notre

activité, ce qui évitera la surcharge de travail et permettra une meilleur authenticité de l'activité. Quant aux indicateurs, un suivi mixte par un journal de bord du travail de terrain, avec un tableau sur Google Form, assurent un suivi robuste malgré certaines contraintes institutionnelles (légitimité, ressources).

Sur le terrain tunisien (Tunis, Associations de prévention chez les populations clés TS et Femmes face aux risques), cette recherche-action influence les politiques VBG au-delà de l'association : par une meilleure **articulation inter-acteurs** : Protocole association-UNFT- Ministère de la Famille, de la Femme, de l'Enfance et des Personnes Agées- Police - Ministère de la Justice (12 mois) formalise le rôle EP TS, comblant les lacunes de la loi 58-2017 (prise en charge intégrée). Ce qui sera un modèle répliquable pour d'autres associations en Tunisie. Par un **plaidoyer institutionnel** puisque notre rapport pour 2026 et 2027 avec un impact mesuré pourra être un moyen qui plaide auprès des différents Ministères pour une reconnaissance statutaire EP TS (accréditation «auxiliaires VBG») et éviter la stigmatisation sociale de cette tranche de la population. Et par la même occasion pourra nous donner l'opportunité d'avoir un **financement durable** des différents ministère et même des instances internationales (PNUD, ONU Femmes) justifié par l'atteinte des objectifs (150 victimes/an mieux orientées, réduction coûts santé publique (traumas non gérés). Enfin cette recherche action aura un **impact systémique** car elle va contribuer à atteindre l'objectif 5 des ODD (égalité genre) et l'objectif 16 (justice), en professionnalisant les éducatrices paires TS au près des populations vulnérables TS et usagères de substances psycho-actives. .

Cette recherche confirme que les EP TS ne sont pas des «substituts» mais des **multiplicateurs essentiels**, à condition de structuration de leurs activités. L'action formation 2026 lancera un cycle vertueux : compétences renforcées → victimes mieux protégées → politiques locales enrichies de terrain. En effet transformer des compétences «informelles» en pratiques sécurisées sauve des vies, empowere des femmes TS et renforce le tissu social tunisien face aux VBG.

Liste Bibliographique

Articles scientifiques et rapports

1. Conseil de l'Europe. Violence experienced or perpetrated and psychoactive substance use among women illicit drug users and psychotropic medication users. Strasbourg : Council of Europe; 2017.coe
2. Deering KN, Amin A, Shoveller J, et al. Patterns and Epidemiology of Illicit Drug Use Among Sex Workers Globally: A Systematic Review. *Subst Use Misuse*. 2021;56(5):561–80.pubmed.ncbi.nlm.nih
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). Women who use drugs: Issues, needs and responses in Europe. Publications Office of the European Union.
4. Gagnon M, Couture MC. Travailleuses du sexe indépendantes : risques de victimisation et stratégies de protection. *Champ pénal / Penal field*. 2023;20(2).erudit
5. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2020). Community systems strengthening and key populations: Technical brief. https://www.theglobalfund.org
6. Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2022). Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X
7. Médecins du Monde. Violences basées sur le genre envers les travailleuses du sexe : synthèse d'étude. Paris : Médecins du Monde; 2024.linitiative.expertisefrance
8. Msakni, F., Effets du stigmate et accès aux soins des femmes prostituées tunisiennes, Published in L'Année du Maghreb, 17, 2017. https://journals.openedition.org/anneemaghreb/3248
9. Mukherjee TI, Terlikbayeva A, McCrimmon T, et al. Association of genderbased violence with sexual and drugrelated HIV risk among female sex workers who use drugs in Kazakhstan. *Int* J *STD AIDS*. 2023;34(10):712–22.journals.sagepub
10. OMS. Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe. Programme VIH/IST. Genève : OMS; 2019.eurotox
11. Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2023). Violence against women and mental health. The Lancet Psychiatry, 10(1), 50–60. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00369-0
12. Pacifici R, et al. Genderbased violence and substance use among women who use drugs: a review of the literature. *Eur Drug Rep*. 2020;22(1):1–24.
13. Plaza-Hernández, L., et al. (2023). Gender-based violence among women who use drugs: A systematic review. International Journal of Drug Policy, 113, 103960. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103960

14. Robinson, K., et al. (2022). Research with women who use drugs: Challenges and ethical considerations. Harm Reduction Journal, 19(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12954-022-00614-3

15. Silverman JG, Deering KN, Shoveller J, et al. Adapting the Risk Environment Framework to Understand Substance Use, GenderBased Violence, and HIV Risk Behaviors among Female Sex Workers in Tanzania. *J Urban Health*. 2018;95(1):1–12.pmc.ncbi.nlm.nih

16. UN Women. (2021). *Progress of the world's women 2019–2020: Families in a changing world*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.

17. UNAIDS. (2022). G*lobal AIDS update 2022*: In danger. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org

18. Wathen, C. N., et al. (2022). Trauma- and violence-informed care: A framework for supporting survivors of violence. *BMC Health Services Research, 22, 1–10*. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07612-0

19. World Health Organization (WHO). (2021). V*iolence against women prevalence estimates, 2018*: *Global, regional and national prevalence estimates.* WHO. https://www.who.int

20. World Health Organization (WHO). (2022). C*onsolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. WHO. https://www.who.int

Législation tunisienne sur la VBG

21. République tunisienne. Loi organique n° 201758 du 11 août 2017 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes. *J Off Répub Tunis.* 2017;65:15–25.tunisia.unfpa

22. République tunisienne. Code pénal tunisien. Article 224 bis : violence conjugale répétée ; article 226 ter : harcèlement sexuel. Tunis : Imprimerie Officielle; 2017.legislation-securite

Législation tunisienne sur le travail du sexe

23. République tunisienne. Code pénal tunisien. Dispositions relatives à la prostitution et à la corruption de mœurs (articles concernés). Tunis : Imprimerie Officielle. observatoirepharos

24. Observatoire Pharos. Les travailleuses du sexe en Tunisie : un métier en voie de disparition. Tunis : Observatoire Pharos; 2020 [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://www.observatoirepharos.com

25. Kapitalis. Tunisie : les travailleuses du sexe espèrent la réouverture des bordels. 2022 [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://kapitalis.com

Législation tunisienne sur les drogues

26. République tunisienne. Loi n° 521992 relative aux stupéfiants. *J Off Répub Tunis*. 1992.com

27. Human Rights Watch. Tunisie : Mauvais traitements généralisés en vertu de la loi contre la drogue. New York : HRW; 2016 [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://www.hrw.org

28. République tunisienne. Projet de loi sur l'allègement des sanctions relatives à la consommation de certaines drogues (dont le cannabis). Tunis : Débat législatif; 2020 [cited 2026 Mar 30].

Sites web et ressources en ligne

29. UN Women. Tunisie : adoption d'une loi historique pour mettre fin à la violence envers les femmes. 2017 [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://www.unwomen.org

30. Inkyfada. Loi organique n° 201758 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes. 2020 [PDF] [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://inkyfada.com

Annexes

Annexe 1: Grilles d'entretien pour Évaluation des compétences

Cette grille d'entretien permet d'explorer les compétences clés des Éducatrices Paires : communication, sensibilisation, orientation, organisation et posture professionnelle.

A. Communication interpersonnelle

- Expliquez comment vous établissez une relation de confiance.
- Comment gérez-vous une situation émotionnellement difficile ?
- Comment abordez vous particulièrement la violence basée sur le genre ?
- Quelles techniques d'écoute active utilisez-vous en général ? y a-t-il des besoins pour communiquer sur la VBG ?

B. Sensibilisation

- Quels messages de prévention transmettez-vous le plus souvent ?
- Comment adaptez-vous vos messages selon le profil de la bénéficiaire ?
- Comment abordez-vous la VBG en terme de prévention ? Est-ce qu il ya un besoin chez les bénéficiaires ? Est-ce qu il ya un besoin pour vous pour mieux aborder la prévention VBG ? De quoi aurez vous besoin pour améliorer ce niveau de sensibilisation ?

C. Orientation

- Comment identifiez-vous les besoins des bénéficiaires ?
- Expliquez une situation d'orientation réussie.
- lorsque la situation concerne la VBG comment identifiez vous les besoins

Comment vous faites l orientation ?

D. Organisation

- Comment planifiez-vous vos activités ? avec qui ?
- Avez-vous des difficultés liées aux rapports ? Lesquels ?
- est ce que les rapports permettent une meilleure communication avec l administration ?avec l équipe ? Est-ce que les rapports permettent une meilleure visibilité et communication sur les besoins et interventions ? S il y a eu ou y aura des cas de VBG Comment le rapport peut-il aider ?

E. Posture professionnelle

- Comment garantissez-vous la confidentialité ?
- Quelles limites professionnelles estimez-vous importantes ?
- Est-ce qu il ya des positions ?

Annexe 2. Grille SWOT – Analyse stratégique de l'EP

A. Forces

- Quelles sont vos principales forces en tant qu'EP ?
- Quels atouts tirez-vous de votre parcours personnel ?

B. Faiblesses

- Quelles compétences souhaitez-vous améliorer ?
- Quelles tâches vous semblent difficiles ?

C. Opportunités

- Quelles opportunités voyez-vous dans votre rôle ?
- Quels partenariats pourraient renforcer vos compétences ?

D. Menaces

- Quels obstacles limitent votre efficacité ?
- Rencontrez-vous des risques personnels dans votre travail ?

A la fin reprendre toutes ces questions pour la vbg.

Annexe 3. Tableau d'évaluation des compétences (Notation 1–5)

1 = Très insuffisant | 2 = Insuffisant | 3 = Moyen | 4 = Bon | 5 = Excellent

Compétence	Indicateurs d'évaluation	Note (1–5)
Communication	Écoute active, empathie, adaptation du langage, confidentialité.	
Sensibilisation	Connaissances VIH/IST, réduction des risques, VBG, SDSR.	
Orientation	Connaissance du réseau, capacité d'accompagnement, suivi des cas.	
Organisation	Planification, régularité des rapports, gestion du temps.	
Posture professionnelle	Éthique, neutralité, limites professionnelles, travail en équipe.	

