

Filière Soins infirmiers

***“Quelles interventions infirmières favorisent
la discussion autour des pratiques
sexuelles à risque avec les travailleuses du
sexes et permettent la mise en place
d’actions de prévention et de dépistage des
IST?”***

Travail de Bachelor

Laura De Giorgi
Laura De Oliveira

N° 16872319, 16871238

Directrice : Noelia Delicado, RN, MSN, Maître d’enseignement HES

Membre du jury externe : Denise Wetzel, infirmière chargée de projets spécialisée en
santé communautaire, Groupe sida Genève

Genève, juin 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève le 24 juin 2019

Laura De Giorgi et Laura De Oliveira

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de ce travail de Bachelor.

Nous voudrions dans un premier temps remercier notre directrice de travail de Bachelor, Noelia Delicado, pour sa disponibilité, son implication et surtout ses judicieux conseils. Chacun de ces échanges nous a aidé à approfondir notre analyse.

Nous remercions également Denise Wetzel, infirmière chargée de projets spécialisée en santé communautaire, d'avoir accepté de participer à notre soutenance en apportant son regard expert sur notre sujet, mais aussi d'avoir pris le temps de lire notre travail.

Nous voudrions également exprimer notre reconnaissance envers Cécile Dupin qui a été notre enseignante lors des séminaires de recherche pour ses précieux conseils, ses recommandations et son éclairage sur la construction du travail.

Les conseils et les encouragements de Noelia Delicado et de Cécile Dupin nous ont permis de mener à bien nos recherches ainsi que la rédaction de ce travail. Leur soutien nous a permis de prendre confiance en notre production.

Nous tenons à nous remercier mutuellement pour la bonne cohésion de groupe, le soutien et l'implication de chacune dans la rédaction de ce travail.

RÉSUMÉ

Problématique: Après s'être intéressées au sujet de la prostitution et de comment favoriser l'accès aux soins des travailleuses du sexe, plusieurs recherches documentaires ont été entamées par les étudiantes pour comprendre la problématique. Les recherches ont pu mettre en évidence la difficulté de la création du lien de confiance entre le soignant et la TdS qui permettrait à celle-ci de se sentir suffisamment à l'aise pour partager son vécu lié à la prostitution et comment son activité impacte sa santé. À la suite de ce constat, la question de recherche suivante a émergé : " Quelles interventions infirmières favorisent la discussion autour des pratiques sexuelles à risque avec les travailleuses du sexe et permettent la mise en place d'actions de prévention et de dépistage des IST ?". Pour répondre à cette problématique, les étudiantes ont choisi la théoricienne Margaret Newman. Cette théorie infirmière est basée sur l'expansion de la conscience, c'est-à-dire que la TdS va devoir faire un chemin vers l'acceptation d'un problème ou d'une situation tout en changeant les patterns qu'elle met en place. L'infirmière va devoir l'aider et l'accompagner dans ce cheminement afin qu'elle puisse atteindre l'expansion de la conscience. Newman propose une méthodologie de la pratique fondée dans un premier temps sur une récolte de données mais aussi une prise en soins basée sur trois entretiens. Chacun des entretiens ont des rôles importants, car ils vont permettre de créer un lien de confiance durable avec la TdS mais aussi de construire une alliance thérapeutique.

Méthode: La revue de littérature a été réalisée grâce à une recherche documentaire sur différentes bases de données : PubMed, CINAHL et Google Scholar sur une période de cinq mois, entre septembre 2018 et février 2019. Le processus de recherche se base sur la méthode PICOT qui a permis de créer des équations de recherche qui laissent place à la mise en évidence d'articles répondant à la question de recherche.

Résultats: Le problème de santé principalement rencontré par les TdS sont les infections sexuellement transmissibles. Ce constat est généralement dû aux facteurs environnementaux liés à leur activité, notamment aux prises de risques auxquelles elles sont confrontées lorsque par exemple, les clients refusent de porter un préservatif ou encore lorsqu'ils proposent de payer plus cher si la TdS accepte un rapport sans protection.

Afin que les soignants puissent considérer ces risques, proposer une prise en soins qui soit dans la cible en donnant des informations et conseils ainsi que proposer un dépistage des IST, il est nécessaire que ceux-ci puissent adopter une approche non-jugeante afin que la TdS puisse expliquer sa situation. Or, la littérature met en évidence que les TdS ne partagent pas leur métier aux équipes soignantes, ce qui peut entraver la prise en soins de celles-ci.

Discussion/Conclusion: Le premier objectif est de créer un environnement sécurisant pour la TdS afin qu'elle puisse se confier sur ses difficultés et/ou ses problèmes. C'est un des rôle propre de l'infirmière, celle-ci va devoir poser un cadre dans le but de relever les patterns de la TdS. Ce premier entretien va permettre aux deux de faire connaissance et de créer ce lien de confiance qui est primordial et permet d'optimiser la prise en soins. Pour le deuxième objectif, la TdS va pouvoir se confier si elle le souhaite sur son environnement mais aussi sur les difficultés qu'elle peut avoir lors de son travail. Pour le dernier objectif, l'infirmière va devoir créer une trame avec les propos de la TdS et ses patterns afin que toute les deux créent une prise en soins, en réalisant cela le partenariat et l'alliance thérapeutique vont se mettre en place.

Mots-clés :

*Travailleuses du sexe, IST, Prévention, Comportement à risque, Infirmière
Female Sex Workers, STD, Prevention, Risk behaviour, Nurse*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
TdS	Travailleuse du sexe
IST	Infection sexuellement transmissible

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT	23
Tableau 2. Equations de recherche	24
Tableau 3. Equations de recherche sur différentes bases de données	26
Tableau 4. Tableau comparatif article 1	45
Tableau 5. Tableau comparatif article 2	46
Tableau 6. Tableau comparatif article 3	47
Tableau 7. Tableau comparatif article 4	48
Tableau 8. Tableau comparatif article 5	49
Tableau 9. Tableau comparatif article 6	50
Tableau 10. Tableau synoptique	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	28
Figure 2: Endo 2017	52
Figure 3: Endo, 2017 revisité par les auteures	54

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	3
Remerciements	4
Résumé	5
Les mots-clés	6
Listes des abréviations	7
Listes des tableaux	7
Listes des figures	7
Table des matières	8
1. Introduction	10
1.1 Définition et cadre législatif du travail du sexe	11
1.2 Vocabulaire, contexte et ampleur du sujet	12
1.3 Impact du travail du sexe sur la santé	13
1.3.1 <i>Les infections sexuellement transmissibles</i>	14
1.4 Les risques de barrières des soins entre le soignant et la travailleuse du sexe	16
2. Modèle théorique	18
2.1 Modèle théorique retenu	18
2.2 Ancrage disciplinaire	18
2.2.1 <i>Métaconcepts</i>	19
2.3 Question de recherche finale	21
3. Méthode	22
3.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	22
3.1.1 <i>Méthode PICOT</i>	22
3.1.2 <i>Equation de recherche</i>	24
3.2 Diagramme de flux	27
4. Résultats	29
4.1 Analyse critique des articles retenus	31
4.1.1 <i>Article 1</i>	31
4.1.2 <i>Article 2</i>	33
4.1.3 <i>Article 3</i>	35
4.1.4 <i>Article 4</i>	37
4.1.5 <i>Article 5</i>	41
4.1.6 <i>Article 6</i>	43
4.2 Tableaux comparatifs	45
5. Discussion	51

5.1 Tableau synoptique	51
5.2 Evaluation des comportements/patterns (premier entretien selon Newman)	54
5.3 Compréhension des risques liés, piste de collaboration (deuxième entretien selon Newman)	55
5.4 Rôle infirmier sur la pleine conscience, interventions (troisième entretien selon Newman)	58
6. Conclusion	61
6.1 Apports et limites du travail	61
6.2 Recommandations	62
7. Références	65
8. Annexes	68
8.1 Fiches de lecture	68
8.2 Niveau de prevue	76

1. INTRODUCTION

Ce travail est présenté en plusieurs chapitres, le premier traite de la problématique, dans celui-ci le cadre législatif du travail du sexe est présenté afin de comprendre le contexte des TdS en Suisse. Ensuite, le travail du sexe est abordé de manière générale sur l'évolution de celui-ci dans la société. La dernière partie de ce chapitre traite des TdS dans les soins. Il est notamment question des facteurs de vulnérabilité que cumulent les TdS, de l'impact du travail du sexe sur leur santé et les risques encourus, mais aussi des risques de barrière dans les soins.

Le deuxième chapitre traite du cadre théorique pour ancrer ce travail, il s'agit de la théorie de Newman. Le premier sous chapitre aborde de façon théorique le modèle de Newman afin que le lecteur puisse comprendre les concepts et comment se situe la théorie dans une approche de soins, le second met en lien la théorie de Newman et la démarche de soins face à la TdS. Finalement, la question de recherche à laquelle ce travail tente de répondre est exposée.

Le troisième chapitre présente la méthodologie du travail, le premier sous-chapitre explique les différentes bases de données utilisées. Le deuxième sous-chapitre traite des différentes étapes réalisées dans la recherche documentaire.

Le quatrième chapitre traite principalement des résultats des différents articles sélectionnés.

Le cinquième chapitre présente la discussion qui met en lien la théorie de Newman avec sa méthodologie de la pratique basée sur trois entretiens, et confronte les résultats des études choisies afin de répondre à la question de recherche.

Le dernier chapitre porte sur la conclusion, les recommandations pour la pratique, la recherche ainsi que l'enseignement.

1.1 Définition et cadre législatif du travail du sexe

Le travail du sexe est légal en Suisse depuis 1942, les cantons y sont libres d'établir des normes et des réglementations qui leur sont propres. À Genève, le travail du sexe est soumis à la loi LProst qui détaille les critères de légalité de cette activité ainsi que les procédures à suivre. Pour exercer la prostitution il est par exemple nécessaire d'être majeure et suivre des cours de sensibilisation obligatoires gratuits en lien avec les risques et les recommandations liées à l'activité. La personne concernée doit également être en mesure de fournir ses coordonnées à l'Etat. Celles-ci peuvent être transmises sur demande à l'Hospice général, à la Caisse cantonale genevoise de chômage, à l'Office cantonal de l'inspection et des relations du travail ainsi qu'aux assurances sociales (Art.4 Loi sur la prostitution du 17 décembre 2009).

Il existe différentes dénominations pour se référer au travail du sexe, ainsi, selon l'art 8 de la LProst:

- La prostitution sur le domaine public: « Est assimilée à la prostitution sur le domaine public celle qui s'exerce sur des lieux accessibles au public ou exposés à la vue du public » (Art.6 Loi sur la prostitution du 17 décembre 2009).
- La prostitution de salon: « La prostitution de salon est celle qui s'exerce dans des lieux de rencontre soustraits à la vue du public. Ces lieux, quels qu'ils soient, sont qualifiés de salons par la présente loi » (Art.8 Loi sur la prostitution du 17 décembre 2009).
- La prostitution d'escorte: « La prostitution d'escorte est celle qui s'exerce en déplacement, sur requête du client, de façon directe ou par l'intermédiaire d'une agence. Est réputée agence d'escorte au sens de la présente loi toute personne ou entreprise qui, contre rémunération, met en contact des clients potentiels avec des personnes qui exercent la prostitution » (Art.15 Loi sur la prostitution du 17 décembre 2009).

Ces définitions englobent les différentes pratiques de la prostitution, celles-ci peuvent être transposées à d'autres pays. Cependant, cette loi est propre à la Suisse où le travail du sexe est toléré et considéré légalement comme un métier étant une activité rémunérée.

1.2 Vocabulaire, contexte et ampleur du sujet

Le travail du sexe est régulièrement associé à la débauche, à l'immoralité et au crime, ce stigmatisme discrédite les travailleuses du sexe et peut avoir des répercussions sur leur vie sociale et sur leur santé psychique. Il est important de choisir les termes adéquats pour parler de ce sujet, car ils peuvent être porteurs de stigmates et avoir une influence dans le contact à l'autre. Ainsi, il n'est pas rare que le terme « prostituée » soit utilisé comme une insulte dans de nombreuses langues, il est par conséquent considéré comme péjoratif voire vulgaire. En effet, le terme "prostituée" est plutôt utilisé par ceux qui ont peu d'estime et qui sont dérangés par l'exercice de cette activité (Compte, 2010). Ainsi, le terme « travailleuse du sexe » redonne une dignité et un respect aux personnes exerçant cette activité. Le terme travailleur étant issu du mot travail, apporte une légitimité et reconnaissance à la personne. Il est utilisé par ceux qui conçoivent cette activité comme source de revenu, que ce soit par nécessité de survie, par désir d'améliorer sa condition économique ou par désir d'exploration sexuelle (Compte, 2010).

Le travail du sexe est à la fois exercé par des femmes et par des hommes. Cependant, ce travail de Bachelor sera axé sur la gent féminine, dû au manque d'études empiriques spécifiques aux hommes travailleurs du sexe.

Selon un rapport de la Fondation Scelles publié en 2012, la prostitution concerne 40 à 42 millions de personnes à l'échelle mondiale. En Suisse les chiffres s'élèvent approximativement de 13'000 à 20'000 personnes. Les travailleurs du sexe (TdS) exerçant cette activité dans la rue (outdoor) ne représentent que 13% de l'offre de sexe tarifé contre 65% qui l'exerce dans des salons de massage (indoor). Ces chiffres sont des estimations au vu de la difficulté à recenser les personnes exerçant sans être déclarées (Brugnon, Chimienti & Chiquet, 2009). Les TdS doivent être enregistrées (cartées), toutefois certaines ne le sont pas, celles-ci proviennent le plus souvent de pays non européens. En conséquence, elles ne bénéficient pas, d'une certaine façon, des avantages d'être insérées dans le monde de la prostitution, d'avoir un réseau social dans lequel elles peuvent trouver du soutien, elles ont également moins conscience de leurs droits et à qui s'adresser en cas de litige pour pouvoir exercer de façon sécuritaire.

1.3 Impact du travail du sexe sur la santé

Les TdS cumulent des facteurs de vulnérabilité, comme l'instabilité géographique, la migration forcée, les addictions et la précarité du permis de séjour (Gloor et al., 2011). Dans cette population deux problématiques de santé sont de façon récurrente mises en évidence dans la littérature: les infections sexuellement transmissibles (IST) (Bugnon & Chimienti, 2009) et la santé mentale (Gloor et al., 2011).

Dans leur pratique les TdS peuvent être confrontées à des situations à risque, tels qu'un rapport non protégé ou l'usage de moyens de protection inefficaces. Dans le domaine de la prostitution outdoor les travailleuses du sexe font l'expérience de la concurrence entre elles. Il en résulte parfois une difficulté à imposer le port du préservatif aux clients de peur de les perdre au bénéfice d'autres femmes qui, pour des raisons qui leur sont propres, seraient moins fermes et seraient consentantes à l'exposition accrue aux risques qui y sont liés.

Par ailleurs, les TdS peuvent être confrontées à des expériences de violence physique ou verbale ce qui peut fragiliser leur santé mentale (Gloor et al., 2011). Dans ce contexte, leur situation peut être difficile à assumer, les raisons qui les ont menées à faire ce choix peuvent également être une source d'inquiétude et de stress quotidien. Par ailleurs, le fait de naviguer entre deux personnalités, celle du travail et celle de la vie personnelle sans toujours avoir quelqu'un à qui se confier et qui serait au courant de la situation peut être difficile à gérer psychologiquement. De plus, certaines femmes travaillent dans la rue, elles sont donc directement confrontées au regard jugeant des passants. Elles peuvent être comparées à de la marchandise, elles sont d'ailleurs parfois exposées dans des vitrines, situation qui peut être difficile à vivre et perturber l'estime de soi.

Ainsi, ces différents facteurs de vulnérabilité ont un effet important sur leur santé physique et mentale.

1.3.1 Les infections sexuellement transmissibles

Les risques de contracter des IST est considéré comme accru dès lors qu'une personne expérimente des rapports sexuels avec plusieurs partenaires par année. Par ailleurs, ce risque est également dû au type de pratique à risque, en effet, dès lors qu'un rapport à lieu sans protection ou avec une protection de manière inefficace, le risque d'IST est présent. Les TdS sont par conséquent à risque élevé de développer une IST au vu des nombreux partenaires sexuels qu'elles rencontrent et des pratiques parfois non protégées.

D'autre part, les TdS sont souvent des femmes avec un bas niveau d'éducation qui a un impact sur leur niveau de littératie en santé. La majorité d'entre elles n'ont pas eu de scolarité secondaire, elles n'ont donc pas eu l'occasion d'avoir des cours liés à la santé tels que les cours d'éducation sexuelle (Földhàzi & Chimienti 2006). D'autre part certaines sont contraintes par des tiers à exercer cette activité. Certaines femmes migrantes décident de quitter leur pays pour des questions de conflits ou économiques afin d'améliorer leurs conditions de vie. N'ayant pas les diplômes nécessaires ou équivalents au pays d'accueil, celles-ci sont contraintes de trouver un travail pour subvenir à leurs besoins, le travail du sexe peut être une solution transitoire. Les établissements peuvent imposer des contraintes, comme des pratiques non protégées afin de maximiser leur revenu.

Leur situation socio-économique souvent précaire les mène à accepter des pratiques sans protection de plus en plus demandées par leur clients (Földhàzi & Chimienti 2006). Leur situation économique peut les amener à opter pour une assurance maladie avec une franchise élevée, elles retardent ainsi les consultations médicales (Gloor et al., 2011).

Une étude quantitative réalisée à San Francisco (N=783) montre que les TdS exerçant dans les rues ou de manière individuelle sont plus susceptibles de contracter des IST. Or, celles qui exercent de manière collective, dans les salons de massage par exemple sont moins susceptibles d'être infectées, car elles sont plus accompagnées par des professionnels de la santé, elles effectuent des dépistages plus réguliers. L'étude montre que 60% des TdS outdoor ont un réseau de santé restreint.

En effet, elles ne pratiquent pas forcément au sein d'un groupe qui peut être une ressource, notamment au niveau des connaissances du réseau de santé et du partage d'expérience. Les TdS indoor recourent quant à elles, à diverses consultations, en effet 93,1% consultent et ont pu créer un réseau de santé (Cohan, 2006, cité par Bugnon & Chimienti, 2007). Les infections le plus souvent développées sont; les chlamydias, le papillomavirus, la gonorrhée, la syphilis ou encore l'herpès (Földhàzi & Chimienti 2006).

À l'autre bout du monde, où la réalité de la prostitution est vraisemblablement moins encadrée, une étude transversale réalisée au Togo en décembre 2011 (N=1836) met en évidence que 41 (2,2%) des femmes testées étaient infectées par la syphilis. Le but de cette étude était d'observer la prévalence de la syphilis chez les TdS ainsi que chez leurs clients. Afin de mesurer la prévalence de la maladie dans ces populations. Les chercheurs ont prélevé des échantillons de sang pour diagnostiquer la syphilis (Landoh et al, 2011). Les résultats ne montrent pas de grande différence entre la prévalence de la syphilis chez les TdS avec 2,2 % face à 2,3 % pour leurs clients (Landoh et al, 2011). L'étude met en évidence que cette maladie insidieuse, diagnostiquée tardivement peut mettre en danger la TdS mais également ses clients. En effet, une TdS ne sachant pas qu'elle est porteuse d'une IST, ne prend peut-être pas les mesures nécessaires afin de ne pas transmettre la maladie.

Les TdS sont face à des risques accrus de développer des IST, de consommer des drogues injectables et de contracter des maladies. Une étude réalisée aux Etats-Unis durant 33 ans comprenant 1969 femmes a montré que les TdS ont un taux de mortalité bien plus important que la population générale 459/100 000 contre 5,9/100 000 (x78) avec une moyenne d'âge de décès à 34 ans (Potterat et al., 2004).

1.4 Les risques de barrières dans les soins entre le soignant et la travailleuse du sexe

Le sexe est un sujet tabou dans la société, il est parfois délicat d'aborder le sujet dans un contexte de soin. Le soignant peut se sentir intrusif en questionnant le patient sur sa sexualité, tout comme le patient peut être gêné de s'exprimer à ce sujet. La sexualité étant propre à chacun et intime, certaines pratiques peuvent entrer en conflit avec les valeurs ou la culture de l'interlocuteur.

Le travail du sexe est rattaché à bien des préjugés, en effet, il est l'un des métiers le plus stigmatisé dans la société. Malgré que cette activité existe depuis fort longtemps et malgré sa légalisation, la société maintient des préjugés au sujet des TdS. Conscientes de leur réputation et des réactions que leur activité peut susciter chez leur interlocuteur, les TdS peuvent être réticentes à dévoiler leur activité aux soignants.

Les soignants ont toutefois un rôle majeur dans le dépistage et la prévention des souffrances psychologiques mais aussi des IST chez les TdS. Lors d'une étude quantitative réalisée en 2010 dans le but d'évaluer l'accès aux soins des TdS exerçant en outdoor à Lausanne (N = 50), il en ressort que 72% ont consulté un service de santé dans les 12 derniers mois. Les principaux motifs de consultations sont la médecine de premier recours (36%), la gynécologie (33%) ainsi que pour bénéficier de bilans de santé et pour mettre à jour leur statut vaccinal (25%). Les consultations concernant le VIH/Sida ou les violences représentent respectivement 8% des consultations. Seules 3% des consultations concernaient un motif psychologique malgré que ce soit une problématique majeure dans cette population (Gloor et al., 2011). En outre, les TdS peuvent avoir des difficultés à accéder au système de santé, et ce pour plusieurs facteurs.

Selon l'étude réalisée par Gloor et al. (2011), 56% d'entre elles ne sont pas affiliées à une assurance maladie, ceci pour différents motifs: coût trop élevé 59%, pas de permis de séjour 14%, court séjour en Suisse 26%, manque d'informations 7%. Lors des consultations, 45% des TdS ne dévoilent pas leur métier au soignant, il en découle une prise en soin sous-optimale (Gloor et al., 2011). La TdS n'annonçant pas son statut, le professionnel ne peut pas l'orienter correctement et lui fournir des informations nécessaires au dépistage des IST.

Ces chiffres soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique entre la TdS et le soignant afin de créer un climat propice à la discussion autour de la sexualité. Au vu des risques spécifiques auxquels sont exposées les TdS, il est indispensable de ne pas occulter la question du métier et des pratiques sexuelles à risques lors des entretiens. L'infirmière a un rôle majeur dans la prévention et diagnostics auprès des TdS, qui ne peut être envisageable sans la création d'une alliance thérapeutique et d'un partenariat de soin.

2. MODÈLE THÉORIQUE

2.1. Modèle théorique retenu

Dans le domaine des sciences infirmières, les soins sont orientés selon différentes théories qui permettent une réflexion sur la pratique. La théorie de Margaret Newman s'inspire de la théorie de Martha Rogers selon laquelle la santé et la maladie sont des expressions du processus de vie. Elles ne sont ni opposées ni divisées, elles sont un processus unitaire et transformatif. La théorie de l'expansion de la conscience proposée par Newman voit l'humain comme un être unitaire, l'infirmière se concentre sur la personne dans toute sa complexité et son unicité.

Le but principal d'une prise en soins avec Newman est d'accompagner la personne à trouver elle-même les ressources nécessaires afin d'améliorer son état de santé (Ducharme, Kérouac, & Pepin, 2017).

2.2. Ancrage disciplinaire

Le modèle infirmier de Newman met l'accent sur la personne soignée comme un être unique. Il se situe dans un paradigme transformatif où l'infirmière cherche à comprendre les représentations, les expériences, les ressources et les ressentis de la personne soignée. En cherchant cela, l'infirmière va pouvoir accompagner et créer une alliance thérapeutique avec la personne selon son expérience de vie et de santé. Les valeurs clés de cette vision des soins infirmiers sont l'authenticité, l'engagement et l'espoir (Pepin et al., 2017). Dans la méthodologie de la pratique de Newman, l'accent est mis sur la rencontre ainsi que sur la compréhension des comportements du patient, décrits ici comme des patterns. Elle cherche à découvrir les patterns lors d'entretiens, durant lesquels l'infirmière invite le patient à s'exprimer sur les événements les plus importants de sa vie. Trois entretiens sont préconisés afin de pouvoir identifier clairement les patterns du patient. En fin d'entretien, l'infirmière expose les patterns qu'elle met en lumière au patient afin qu'ils échangent au travers d'une interaction authentique, dans le but de permettre l'expansion de la conscience.

L'expansion de la conscience est un processus par lequel la personne se focalise sur elle-même et ses besoins, pour arriver à un état de bien-être. L'alliance thérapeutique est la clé d'une prise en soin en partenariat avec la TdS allant vers un projet de soin construit avec elle. Rogers décrit les éléments clés de l'alliance thérapeutique, qui sont : la compréhension empathique, la force motivationnelle et le soutien de la soignante qui, dans une alliance bienveillante travaille avec elle à un devenir meilleur (Collot, 2011).

Cette théorie de soin est axée sur la personne, sur ses comportements et sur l'expansion de la conscience. L'objectif de la théorie est de comprendre comment la personne perçoit sa maladie, mais aussi les comportements qu'elle met en place pour faire face à celle-ci ou à un changement. Grâce aux patterns et à l'accompagnement de l'infirmière, la personne pourra cheminer vers l'acceptation, le changement et l'expansion de la conscience. L'atout de cette théorie est que la prise en soins se crée à travers les connaissances et les comportements de la TdS. L'infirmière va évaluer les pratiques à risque afin de pouvoir accompagner la TdS dans son expérience de vie et de santé.

2.2.1. Métaconcepts

Les soins infirmiers sont construits autour de quatre concepts clés qui sont : *la personne, le soin, la santé et l'environnement*. Voici comment Newman les perçoit :

Le concept de la *personne* se définit par deux grands thèmes complémentaires selon Newman, le premier est que chaque personne est unique et le deuxième sont les patterns (comportements). La personne est donc unique grâce aux différents comportements qu'elle met en place lorsqu'elle est face à une difficulté. Ces épreuves affectent la conscience de la personne, celle-ci va donc rentrer dans un processus de transformation pour modifier sa perception et ses comportements face à cette épreuve. Ces processus permettent d'évaluer la conscience d'une personne, comme par exemple comment elle interagit avec son environnement (Pepin et al. 2017). Dans un contexte de soins, il est important que l'infirmière soit attentive à la TdS qui est en face d'elle malgré les stigmates, ainsi qu'au jugement de valeur, conscient ou dicté par la société. Malgré ceux-ci, l'infirmière se doit de percevoir chaque TdS comme un être unique, dans le but que la prise en soins soit globale, c'est-à-dire prendre en compte l'être bio-psycho-social-spirituel et adopter une approche empreinte de non-jugement.

Dans un des articles présenté ci-dessus, il est mis en évidence que la prise en soins peut être altéré par les présentations que peuvent avoir les soignants envers les TdS. En effet, la construction de l'identité se fait toujours dans une recherche d'un maintien de l'estime de soi (Kaufmann (2004) cité par Compte (2010)). Il est ainsi indispensable que les soignants gardent une posture professionnelle adéquate qui garantisse une égalité de traitement face aux différents profils de patients rencontrés.

Dans le concept du *soin*, l'infirmière a une place très importante. Un des rôles de l'infirmière, est de reconnaître les patterns de la personne face à un problème de santé. Le but de cette étape est d'accompagner la personne dans un processus vers l'expansion de la conscience. C'est-à-dire que l'infirmière va guider la personne à trouver elle-même un sens à ce qui lui arrive. En faisant cela, la personne va pouvoir trouver une signification à cette situation et modifier ses comportements. Ce concept est très important dans la prise en soins, car il permet à l'infirmière de créer un lien authentique avec la TdS, dans le but qu'elle se sente en confiance. Cette étape va permettre à l'infirmière de mettre en lumière les patterns de la TdS, et de mettre en place un plan de soins en partenariat avec celle-ci. Grâce à cette approche, cela va permettre à la TdS d'atteindre l'expansion de la conscience, c'est-à-dire de changer elle-même ses patterns et sa façon de penser face à une situation complexe ou à un problème de santé. Selon Gloor et al. (2011), 45% des TdS ne dévoilent pas leur activité aux soignants, il en résulte une prise en soin sous-optimale. Les soignants ont des difficultés à orienter les TdS auprès d'associations et de services adéquats. Cela entrave l'alliance thérapeutique, la qualité de soins et par conséquent l'expansion de la conscience de la TdS.

La *santé* et la *maladie* sont mises en lien, car toutes les deux sont des expressions du processus de vie. La santé prend en compte la maladie, ces deux déclenchent le processus d'expansion de la conscience et du changement (Pepin et al. 2017). La santé et la maladie sont des expressions de la vie qui touchent directement la personne. Ces processus vont modifier la vie de la personne et celle-ci va devoir changer dans le but de faire face à la difficulté. La santé a un impact direct sur la qualité de vie. Chez les TdS la santé est influencée par leur activité. En effet, les TdS font partie des groupes à risque de développer des IST dû au fait qu'elles ont potentiellement plusieurs rapports sexuels par semaine. Selon l'étude de Landoh et al. (2011), il est mis en évidence que les TdS sont à risque d'accepter des rapports sexuels non protégés dans le but d'avoir un meilleur revenu.

En sachant que les TdS sont une population plus à risque de contracter des IST, la prise en soins doit être d'autant plus axée sur les pratiques de celles-ci. L'accompagnement des TdS va se baser sur ses patterns, ses habitudes de vie, dans le but d'améliorer ses compétences et ses connaissances en santé afin de diminuer les risques. Il est important d'avoir une attention particulière lors de chaque prise en soins afin de mettre en lumière les différentes pratiques à risque des TdS.

Le dernier concept est l'*environnement*, celui-ci est mis en lien avec la personne, car tous les deux sont considérés comme un pattern évolutif unitaire. La personne est considérée comme un être unique grâce à ses patterns mais aussi par son environnement. Newman considère que chaque univers est unique et peut évoluer dans le temps vers une complexité et une diversité (Pepin et al. 2017). L'environnement dans lequel les TdS pratiquent leur activité sont à risque pour leur santé. Par exemple, les TdS sont constamment confrontées à des changements de clients, de prestations sexuelles demandées, de lieux d'activité et de pratiques. Cette complexité de leur environnement peut avoir de lourdes conséquences sur leur santé physique et psychique. Les problématiques de santé que peuvent rencontrer cette population sont en grande partie le résultat de leur interaction avec leur environnement.

2.3. Question de recherche finale

Suite aux différentes recherches effectuées sur le sujet et la mise en lien avec le domaine des soins infirmiers, la question de recherche qui émerge est la suivante:

Quelles interventions infirmières favorisent la discussion autour des pratiques sexuelles à risque avec les travailleuses du sexe et permettent la mise en place d'actions de prévention et de dépistage des IST ?

3. MÉTHODE

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, un processus méthodologique a été adopté. Dans un premier temps, une recherche a été effectuée sur deux bases de données: CINAHL et PubMed. Le choix de ces deux bases de données a été fait selon leurs spécificités: PubMed, car il recouvre l'ensemble des études portant sur la santé et les professions soignantes et CINAHL pour ses articles spécifiques à la recherche infirmière. Par la suite, au vu du peu de ressources disponibles sur le sujet une recherche a été effectuée sur la base de donnée Google Scholar. La recherche bibliographique a été effectuée de septembre 2018 à février 2019. L'objectif était d'élargir la recherche mais aussi d'obtenir des résultats plus locaux, ce qui a permis de trouver un article sur les TdS suisses. En parallèle, des documentaires et des lectures profanes tels que le site de l'association Aspasia, ont été entreprises afin de cerner au mieux la population dont traite ce travail. Par exemple, les rapports d'activité de l'association Aspasia ont été parcourus afin de comprendre le rôle de l'association dans le soutien aux TdS et les différentes prestations proposées.

Afin de développer des connaissances au sujet de la santé sexuelle, les auteurs de ce travail ont participé à deux projets d'un module de formation initiale de dernière année en soins infirmiers concernant la prévention des IST auprès TdS et la prévention sexuelle auprès des personnes en situation de handicap. De plus, l'une des auteurs a eu l'occasion d'assister au cours de formation dispensés par Aspasia auprès des TdS avant qu'elle ne puissent s'enregistrer à la brigade des mœurs.

3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

3.1.1: Méthode PICOT

La première étape pour répondre à une question de recherche est de trouver les concepts-clés qui vont permettre de cibler la recherche documentaire. Pour ceci la méthodologie PICOT a été adoptée. Le P définit la population ciblée dans la question de recherche. Le I représente l'intervention mise en place pour la population. Le C est défini comme la comparaison entre la population ciblée et la population en générale. Le O est l'outcome c'est-à-dire le résultat visé et le T la temporalité. Toutefois dans la question de recherche présentée en amont, ces deux axes du PICOT ne seront pas explorés.

Dans ce travail, les travailleuses du sexe sont la population cible et l'intervention va se baser sur les soins préventifs comme par exemple la prévention et le dépistage. La question de recherche porte sur la nature des interventions qui peuvent être mises en place par les infirmières pour favoriser la création d'un lien de confiance, proposer des actions préventives qui permettent de diminuer les risques de contracter des IST.

Voici les mots-clés choisis pour la réalisation du PICOT:

	Concepts	Mots-clés	Meshterms
Population	Travailleuse du sexe	Travailleuse du sexe / prostitué	Sex worker, FSW
Intervention	Prévention / Dépistage	Prévention / Dépistage, VIH, IST, Risque	STD, Prevention, HIV, Risks, Sex Industry
Comparaison	∅	∅	∅
Outcomes	Patterns mis en place par la TdS pour évaluer les risques de contracter des IST	∅	∅
Temporalité	∅	∅	∅

3.1.2 Equation de recherche

Afin d'optimiser les recherches d'articles pour ce sujet au niveau international, les mots-clés retenus pour ce travail ont été traduits en MeSHTerms à l'aide de l'outil HeTop. Les termes utilisés dans les bases de données sont les équations suivantes:

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Meshterms - PubMed	Mesh headings CINHAL	Google Scholar mots-clés
P	Travailleuse du sexe Prostituées TdS	Sex workers FSW	Sex worker OR FSW OR prostitute	Sex worker OR prostitute OR Sex industry OR FSW	Travailleuse du sexe Prostituées TdS Suisse
I	IST VIH Prevention Soins infirmiers	STD VIH Prevention Nurse care	Test OR HIV Test OR STD Test OR Prevention OR STD OR STI OR Nurse care OR Care	Test OR STD Test OR Prevention OR STD OR STI OR Nurse care OR Care	VIH IST Prévention Soins infirmiers
C	∅	∅	∅	∅	∅
O	Patterns mis en place par la TdS pour évaluer les risques de contracter des IST	Risky behavior Patterns	Risk OR Risky Behavior OR Patterns OR	Patterns OR Risks	Comportements Risques
T	∅	∅	∅	∅	∅

Des équations de recherches ont été établies selon le tableau ci-dessus d'après la méthode PICOT. Lors de la recherche documentaire, il est indispensable d'établir des critères d'éligibilité qui permettent de répondre au mieux à la question de recherche. La période de publication des articles retenus était de moins de 10 ans afin de garantir une documentation et des recommandations actuelles sur le sujet. Les langues retenues pour la sélection des articles sont les langues comprises par les deux auteures. Les critères d'inclusion sont les suivants:

- Utilisation des Mesh terms / thesaurus selon la base de donnée utilisée
- Articles moins de 10 ans
- Articles en français, anglais ou en italien
- Articles traitant du travail du sexe
- Articles qui traitent des pratiques sexuelles
- Articles traitant des IST

Les équations de recherches ont été spécifiques à la base de donnée utilisée, les meshterms pour PubMed et les headings pour CINHALL.

Bases de données	Équations de recherches	Filtres	Résultats de recherche
PubMed	(((((Sex workers OR FSW) nurse OR nursing) Behavior OR Risk) prevention)	Published in the last 10 years, English, French, Italian	4692
CINHAL	sex workers or prostitutes or prostitution / stds or sexually transmitted diseases or sexually transmitted infections / prevention or nursing interventions	Published in the last 10 years, langague french, english and italian,	149
Google Scholar	prévention prostituée ist infirmier	10 ans, exclusion sur la population trop spécifique (TdS transgenre, TdS migrantes/clandestines)	168
	Travailleuse du sexe infirmier ist	2014-2018, exclusion des articles traitant d'une autre population ou trop spécifique	175

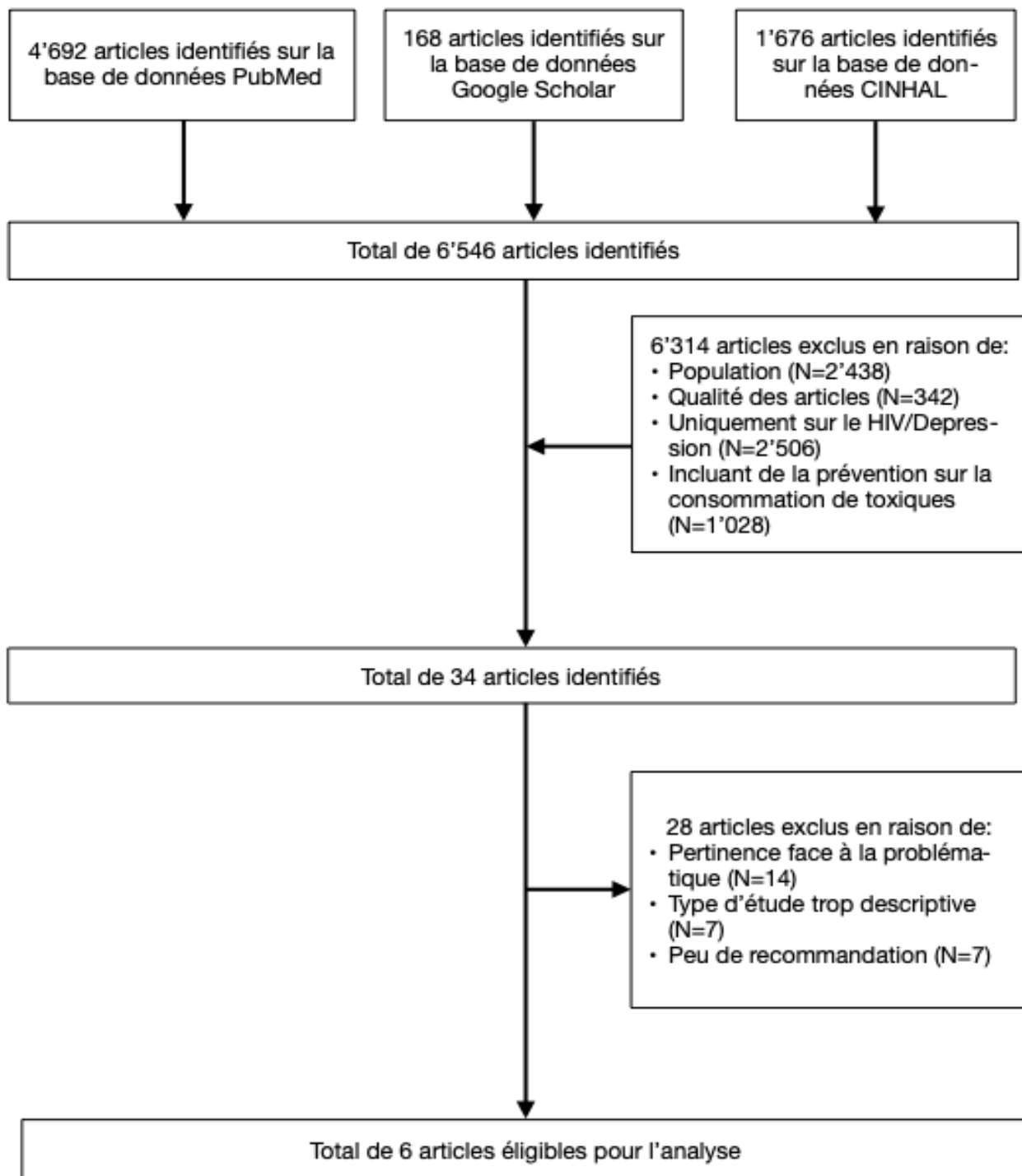
3.2 Diagramme de flux

Le processus de sélection des articles s'est fait en quatre étapes:

- L'identification des articles par la recherche documentaire sur les différentes bases de données
- La sélection d'articles répondant aux critères de recherche, la lecture des résumés afin d'identifier les articles à analyser
- L'éligibilité des articles en les triant selon les critères d'exclusion qui ont été:
 - Les articles ne contenant qu'un mot du PICO
 - Les articles traitant des TdS et de la consommation de toxiques
 - Les articles ne répondant pas à la problématique
 - Population de TdS principalement masculine
 - Article qui ne traite que d'une IST
 - Redondance entre les articles
- L'étape d'inclusion des articles, l'analyse grâce aux fiches de lecture des articles les plus pertinents pour la revue de littérature

Le diagramme de flux ci-dessous est un outil que les chercheurs peuvent utiliser pour répertorier de façon méthodologie leur processus de sélection d'articles sur les différentes bases de données ainsi que les résultats de recherche et les critères d'exclusion. Les critères d'exclusion ont permis d'arriver aux six articles pour cette revue de littérature parmi les 6546 trouvés.

Au vu du nombre conséquent d'articles trouvés à la suite des équations de recherche utilisées, les auteurs auraient dû cibler davantage la recherche documentaire, en effet, cette réflexion a été faite après une prise de recul sur la recherche documentaire. Toutefois, un temps considérable a été dédié à la lecture des titres d'articles identifiés. Les auteures ont lu une partie des articles et ont retenu les plus pertinents face à la problématique.



4. RÉSULTATS

22 articles ont été lus et analysés. Six articles ont été retenus pour cette revue de littérature, les fiches de lectures se trouvent en annexe. La sélection retenue pour répondre à la question de recherche inclut différents devis de recherche:

- Niveau de preuve 1:
 - Une étude quantitative transversale réalisée au Canada :
Kolar K., Atchison C., & Bungaya V. (2014), Sexual safety practices of massage parlor-based sex workers and their clients
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.894611>
 - Une étude de cas qualitative réalisée au Népal :
Kakchapati S., Gautam N., Prakash K., & Bahadur Rawal B. (2018), HIV awareness and safe sexual behaviors among female sex workers in Kathmandu valley of Nepal. doi: 10.2147/HIV.S163269
 - Une étude transversale de cohorte réalisée en Inde :
Swendeman D., Basu I., Das S., Jana S., & Rotheram-Borus M. (2009), Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.035
 - Une étude quantitative réalisée en Suisse :
Locicero S., Ernst M-L., Simonson T., & Bize R. (2017) Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP (2017) (Raisons de santé 276).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/000/276>

- Niveau de preuve 2:
 - Une étude quantitative réalisée en Afrique du Sud :
George G., Nene S., Beckett S., Durevall D, Lindskog A., & Govender K. (2019), Greater risk for more money: the economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1563284>

- Niveau de preuve 3:
 - Une étude transversale interventionnelle réalisée à Hong Kong :
Wong H., Krystal C.K., & Denise P.C. (2015), Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Female Sex Workers in Hong Kong, Sexually Transmitted Diseases Vol. 42

4.1 Analyse critique des articles retenus

4.1.1 Article 1: Kolar K., Atchisonb C., & Bungaya V. (2014), Sexual safety practices of massage parlor-based sex workers and their clients <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.894611>

Cette étude descriptive a été réalisée au Canada entre 2006-2009, celle-ci a pour but d'évaluer les pratiques à risque et les connaissances des TdS sur les IST. Pour mener cette recherche, un questionnaire a été administré aux TdS ainsi qu'aux clients. Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 118 TdS qui travaillent en indoor et auprès de 116 clients. L'échantillonnage opportuniste est la méthode choisie dans l'administration des questionnaires, car les TdS ont été recrutées dans des lieux de prévention, c'est-à-dire dans un cadre d'une action communautaire de prévention. Les critères d'inclusion tiennent compte de la majorité pour l'âge des participantes et de l'exercice du métier dans un établissement (indoor) ainsi que leur accord pour répondre aux questionnaires. Grâce à de la publicité, 861 clients ont participé à l'étude, 861 ont répondu au questionnaire mais seulement 116 ont acheté des services sexuels dans un salon de massage, c'est pour cela qu'ils ont été sélectionnés. Les questions portent sur les données sociodémographiques, les pratiques sexuelles, les connaissances sur le VIH et les IST, les caractéristiques de l'emploi et la santé sexuelle.

Concernant les variables sociodémographiques, les TdS qui pratiquent leur activité dans un salon, ont tendance à être plus jeunes, célibataires et ont un niveau d'éducation inférieur. Pour les clients, ils ont commencé aussitôt que les TdS à entrer dans l'industrie du sexe. Pour les TdS, 46.5% travaillent depuis moins d'un an dans le métier et 53.8% d'entre elles ont entre 1 et 10 clients par semaine alors que 35.9% ont répondu en avoir entre 11 et 20 par semaine. Une question se portait sur le pourcentage de clients qui reviennent pour des services sexuels et plus de la moitié sont concernés. Pour les clients, plus de 34.4% ont répondu avoir eu plus de 51 rapports sexuels avec une TdS durant leur vie et 35% ont déclaré avoir eu entre 21 et 50 rapports sexuels avec cette population.

Concernant l'utilisation de préservatifs, les TdS et les clients ont des résultats similaires pour le port du préservatif lors des rapports sexuels vaginaux et anaux. Alors que pour les pratiques sexuelles orales les résultats sont significativement différents. Pour les TdS (n=118), 90 d'entre elles ont répondu en utiliser systématiquement alors que les clients (n=116) seulement 63 ont répondu mettre des préservatifs lors d'une fellation.

Pour les connaissances sur le HIV/IST, les clients et les TdS estiment être bien informés et les résultats sont similaires. Cependant, l'étude montre une différence entre la fréquence des tests du VIH chez clients et les TdS. Plus de 74 TdS réalisent des tests une fois par an alors que seulement 31 clients ont répondu le faire une fois par année. Pour les IST, 86 TdS ont répondu se faire dépister une fois par année contre 27 clients. Pour les clients, 38 d'entre eux ont répondu ne jamais aller se faire dépister.

La prévention contre le VIH et les IST reçoit un bon écho, cependant le port du préservatif lors de rapport oral est nettement plus bas chez les clients. Pour les IST/VIH, beaucoup de clients ont répondu de ne pas se faire dépister. Ceci peut être expliqué par le fait que les IST sont souvent asymptomatiques et ceux-ci ne se rendent pas compte de l'importance de ces tests et de l'impact d'une IST non traitée aussi asymptomatique soit-elle.

Les chercheurs mettent en évidence que ces résultats ne peuvent être généralisés, car ils ont été mis en évidence uniquement dans un salon de massage et que l'exercice de du métier dans ce contexte n'est pas représentatif d'une TdS qui travaille en outdoor.

4.1.2 Article 2: Wong H., Krystal C.K., & Denise P.C. (2015), Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Female Sex Workers in Hong Kong, Sexually Transmitted Diseases Vol. 42

Cette étude transversale a été réalisée à Hong Kong en avril 2015, le premier but de celle-ci est d'évaluer la prévalence des IST (chlamydia, gonorrhée) chez les TdS indoor et outdoor. Le deuxième, est de comprendre les facteurs favorisant un rapport sexuel non protégé et les pratiques à risque. Pour cette étude, 340 TdS ont participé à l'étude dont 146 dans des clubs, 72 dans des maisons closes, 68 dans les rues et 54 dans des salons de massage. Durant l'étude, une infirmière a réalisé des dépistages dans une organisation de santé communautaire qui propose des tests pour le VIH et les IST. Les TdS qui ont participé à l'étude se sont vu proposer un dépistage en frottis de la zone pharyngée et urogénitale pour les infections à chlamydia et gonorrhée. Les infirmières ont aussi réalisé des tests capillaires à résultat rapide pour le VIH et la syphilis. Pour participer à cette étude, les TdS ne devaient pas avoir reçu un traitement antibiotique au cours des 3 dernières semaines. Ensuite, elles ont dû donner leur accord pour participer à un entretien avec une infirmière dans le but de répondre aux questionnaires en lien avec leurs pratiques. Pour les dépistages, seulement 44,4% avaient déjà bénéficié d'un test pour le VIH. Concernant les IST, 45% avaient déjà fait un dépistage alors que seulement 4,7% pour des IST dans la région pharyngée.

Les résultats de cette étude sont que 73.6% (n=53) des TdS travaillant dans une maison close ne sont pas au courant que les IST peuvent être transmises par voie orale. Dans les clubs, 58,9% (n=86) des TdS ont répondu ne jamais avoir entendu cette probabilité, alors que dans les salons de massage le taux s'élève à 51.9% (n= 28) et pour les TdS de rue à 51,5% (n=35). Le questionnaire s'est également focalisé sur les pratiques sexuelles avec leurs clients au cours des 6 derniers mois. Pour les rapports sexuels vaginaux, les TdS travaillant dans les maisons closes ont répondu à 100% avoir eu des relations sexuelles vaginales. Pour les TdS travaillant dans les clubs, 85,6%, pour les TdS dans les salons de massage 96,3% et pour les TdS des rues 97,1% ont répondu avoir eu des pratiques sexuelles vaginales durant les 6 derniers mois.

Concernant le port du préservatif, les TdS pratiquant dans des maisons closes déclarent à 81,9% (n=59) qu'elles se protègent systématiquement lors de rapports vaginaux, contre 55,2% (n=69) pour les TdS dans les clubs. Pour les TdS pratiquant dans un salon de massage 80,8% (n=42) d'entre elles disent se protéger systématiquement contre 59,1% (n=39) pour les TdS des rues.

Pour ce qui est du sexe oral, 97,2% (n=70) des TdS travaillant dans des maisons closes ont eu des rapports sexuels oraux durant les 6 derniers mois. Pour les TdS travaillant dans des clubs, 85,6% (n=125) ont répondu oui à la question, pour les TdS dans les salons de massage 96,3% (n=52) ont également répondu par l'affirmative ainsi que 97,1% (n=66) pour les travailleuses de rue. Pour le port du préservatif lors d'une fellation, 65,7% des TdS travaillant dans des maisons closes ont répondu qu'elles mettaient des préservatifs lors de leurs prestations. Pour les TdS dans les clubs, 15,2% portent des préservatifs lors du sexe oral alors que pour les TdS qui pratiquent leur activité dans un salon de massage 44,2% ont répondu que les clients se protégeaient et 42,4% des TdS qui pratiquent leur activité dans la rue mettent des préservatifs durant le sexe oral. De manière générale sur les 116 travailleuses du sexe seulement 34,7% se protègent durant un rapport sexuel oral.

4.1.3 Article 3: Kakchapati S., Gautam N., Prakash KC K., & Bahadur Rawal B. (2018), HIV awareness and safe sexual behaviors among female sex workers in Kathmandu valley of Nepal. doi: 10.2147/HIV.S163269

Une étude de cas menée au Népal dans la vallée du Kathmandu de 2006 à 2015 a pour but d'évaluer les connaissances et les pratiques à risque des TdS. La méthodologie de l'échantillonnage par boule de neige a été réalisée à deux reprises avec un échantillon définitif à 2093 TdS. Les critères d'éligibilité ont été définis comme suit: être une femme âgée de plus de 16 ans (la majorité au Népal), déclarer avoir été payée en argent ou en biens pour avoir des rapports sexuels avec un homme durant les 6 derniers mois. L'étude a été menée durant 9 ans, des questionnaires ont été créés et remplis lors d'entretiens avec des travailleurs en santé sexuelle formés et parlant népalais. Les questionnaires ont été distribués en 2006, 2008, 2011 ainsi qu'en 2015.

Les résultats montrent une différence entre l'utilisation de préservatif avec des clients réguliers ou avec des partenaires qui ne les payaient pas. En effet, 70,9% des TdS utilisent un préservatif avec leurs clients réguliers, contre 21,5% lorsqu'il s'agit d'un partenaire qui ne la paye pas. Les TdS utilisant des préservatifs avec leurs clients réguliers étaient plus enclins à utiliser un préservatif lors de leurs rapports avec les autres clients. 74,8% des TdS ont rencontré des soignants en santé communautaire, des pairs formés à l'éducation à la santé ou des éducateurs durant la dernière année. Les connaissances sur le VIH ont été évaluées par l'acronyme ABCDEF, A (abstinence), B (monogamie ou la fidélité ou éviter d'avoir de nombreux partenaires), et C (l'utilisation constante et correcte du préservatif ou son utilisation dans chaque acte sexuel), D (une personne en pleine santé peut être atteinte du VIH), E (on ne contracte pas le VIH par une piqûre de moustique), et F (on ne peut pas contracter le VIH en partageant un repas avec quelqu'un d'atteint). Les TdS ayant bénéficié d'une éducation secondaire, ayant visité un centre de suivi des TdS durant les années précédentes avaient plus de connaissances au sujet du HIV. Cependant 46% n'avaient jamais eu de test HIV, ce qui reste un chiffre important.

Les auteurs ont ensuite comparé les TdS ayant une bonne connaissance du VIH (=29%) avec les autres (=71%), le taux de TdS ayant une mauvaise connaissance du VIH s'élevait à 73,7% et ont déclaré ne pas avoir visité de clinique spécialisée pour un dépistage des IST.

Les auteurs ont également comparé les TdS utilisant systématiquement un préservatif avec leurs partenaires non payants contre celles qui ne l'utilisaient pas en général. Le taux de TdS utilisant un préservatif même avec leurs partenaires non payants s'élevait à 21,3%. Ces TdS déclaraient toutefois ne pas avoir consulté de clinique spécialisée pour le dépistage des IST. 78,8% des TdS déclaraient ne pas utiliser le préservatif de façon régulière.

Il n'y a pas, dans cette étude, de différence significative entre les bonnes connaissances du HIV et l'utilisation du préservatif lors de rapports avec des partenaires non payants. Il faut noter malgré tout qu'il y a une différence entre les TdS questionnées en 2006 et celles en 2015. Ces dernières utilisaient deux fois plus le préservatif avec des partenaires non payants que les TdS questionnées en 2006. Les TdS ayant rencontré des soignants communautaires durant la dernière année étaient plus enclins à utiliser un préservatif avec des partenaires non payants.

Les résultats montrent une grande différence entre les connaissances au sujet du VIH entre 2008 et 2015, ceci s'explique par la mise en place de programmes de prévention entre 2008 et 2015. Ces résultats montrent l'importance de programmes de prévention adaptés aux TdS et leur efficacité sur l'adoption de comportements protecteurs. La non utilisation du préservatif avec les partenaires non payants restent inquiétants (21%). Cette pratique augmente significativement le risque de transmission d'IST entre la TdS et son partenaire.

4.1.4 Article 4: Swendeman D., Basu I., Das S., Jana S., & Rotheram-Borus M. (2009), Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.035

Une étude de cohorte, transversale a été menée en Inde de 2000 à 2001 ayant pour objectif d'évaluer les impacts du programme d'empowerment des TdS « Sonagachi » initié en Inde en 1992. Les interventions ont été mesurées par 21 items afin d'estimer l'impact des stratégies d'empowerment, le suivi en clinique IST etc. 110 TdS étaient suivies par le programme Sonagachi et 106 par le suivi standard. Les auteurs ont évalué 21 variables mesurables sur lesquels le programme Sonagachi agit. Voici les principaux buts du programme:

- fournir un cadre pour motiver le changement;
- augmenter les connaissances des facteurs de risque et de protection
- construire des compétences cognitives, affectives et comportementales
- réduire les obstacles environnementaux au changement
- construire un soutien social continu pour soutenir le changement au fil du temps.

Dans une étude précédente, il a été rapporté une augmentation de l'utilisation du préservatif, de façon comparative entre avant et après le programme d'empowerment. L'utilisation du préservatif par des TdS était de 11%, puis il a augmenté de 25% après le programme d'empowerment. Le programme d'empowerment vise certains facteurs, ces multiples interventions ont pour but d'impacter des facteurs directs et indirects qui touchent la TdS.

Les TdS ont été sélectionnées par un échantillonnage fait en deux stades au sein de deux quartier réputés dans l'exercice de la prostitution dans deux différentes villes. Elles ont été invitées à participer à l'étude après avoir été informées qu'elles seraient rencontrées trois fois durant les seize prochains mois.

Les différentes variables ont été évaluées comme suit:

- **Connaissance du VIH/IST:**

Il a été demandé aux TdS de décrire les symptômes d'une IST/VIH et les méthodes afin de prévenir le risque de les contracter. Il leur était également demandé si elles se sentaient à risque de contracter une IST/VIH.

- **Compétences pour la négociation des tarifs, l'autonomie de choix du lieu d'exercice du travail du sexe:**

Trois questions abordent les négociations autour du port du préservatif: la capacité de refuser un client pour un acte sexuel particulier, avoir déjà refusé un client pour car il refusait d'utiliser un préservatif, être la personne qui décide de l'utilisation du préservatif plutôt que le client, le partenaire ou le propriétaire du salon. Deux questions traitaient de l'autonomie générale de la TdS: la possibilité de changer de contrat et la possibilité de repas ainsi que travailler si elle est malade.

- **La motivation à changer:**

Trois questions cherchaient à évaluer la perception de soi et de son travail de la TdS: si elles validaient la phrase « Le travail du sexe est un travail valide », avoir déjà parlé de son métier à des personnes n'exerçant pas dans le travail du sexe et si elles souhaitaient bénéficier de davantage de programme d'information.

- **Support social et solidarité:**

Trois questions étaient posées couvrant les trois derniers mois: avoir rencontré des TdS en dehors du travail, leur participation dans leur fonction sociale et si elles aidaient les autres TdS lorsqu'elles étaient agressées ou harcelées.

- **Sécurité financière:**

Quatre questions traitaient de l'argent mit de côté, avoir une autre arrivée d'argent que le travail du sexe, avoir un autre travail et contracter des prêts. Ce dernier point était considéré comme un outcome négatif reflétant une insécurité financière.

- **Participation à la vie politique:**

Il leur était demandé si elles avaient voté aux dernières élections, et si c'était le cas, si elles l'avaient fait de leur plein gré.

- **Niveau de littératie:**

13% des TdS pouvaient signer leur nom, 3% avaient appris à écrire seules, 11% avaient eu une éducation primaire, 1% avaient eu une éducation secondaire.

Les TdS autonomes dans leur travail avaient plus de chance de dévoiler leur métier à des personnes n'exerçant pas le travail du sexe.

Le programme Sonagachi a eu un effet important sur l'outcome en comparaison au groupe avec un suivi standard. Au début de l'étude, 79% des TdS connaissaient au moins une IST contre 100% à la fin du programme. Le but du port du préservatif était mal connu, en effet, 78% des TdS savaient qu'il prévenait les IST et 67% savaient qu'il prévenait le VIH. Après seize mois de suivi, 96% savaient qu'il prévenait les IST et 88% le VIH. Concernant la perception d'être à risque de contracter des IST, il est passé de 59% à 38% après le programme.

Concernant les compétences de négociation, 25% déclaraient être la personne qui décidait du port du préservatif lors d'un rapport et 69% affirmaient avoir le pouvoir de décision à ce sujet à la fin du suivi Sonagashi. Davantage de TdS étaient en mesure de refuser des clients selon les pratiques demandées ou l'état du client en lui-même. Elles étaient par ailleurs capables de changer de contrat et pouvaient partir de leur lieu de travail si elles se sentaient mal.

Au départ, seules 39% des TdS considéraient leur métier comme un métier valide, le programme d'empowerment mettant à l'honneur le fait que le travail du sexe est un métier valide, 100% des participantes affirmaient en fin de programme, que leur métier était valide. Aucune différence n'a été observée concernant l'envie d'avoir plus d'informations concernant le partage de leur métier. Cependant, il est important de noter que lors du deuxième entretien, une augmentation de 5% des TdS dévoilaient leur métier. Le résultat pourrait être biaisé par le fait que lors de la dernière mesure ce chiffre baissant à nouveau, les auteurs estiment qu'un nombre important de TdS avaient quitté l'étude une fois qu'elles estimaient avoir eu suffisamment de bénéfices. L'hypothèse principale est que certaines TdS ont quitté le programme après avoir reçu suffisamment d'informations par rapport à leurs besoins.

L'item au sujet de la sécurité financière montre une augmentation de 17% des TdS qui mettent de l'argent de côté et davantage de TdS avaient un autre salaire en plus du travail du sexe. À la fin du programme Sonagashi, 36% des TdS travaillaient dans d'autres lieux.

4.1.5 Article 5: George G., Nene S., Beckett S., Durevall D, Lindskog A., & Govender K. (2019), Greater risk for more money: the economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1563284>

Cette étude a été réalisée en Afrique du Sud en 2019, le but de cette recherche est de comprendre l'impact économique sur le port du préservatif et comprendre les raisons qui poussent les TdS à ne pas se protéger, mais également évaluer les comportements à risque de développer des IST. Cette étude est à devis mixte, à la fois quantitative et qualitative, car les chercheurs ont mis à disposition des questionnaires et ont réalisé des entretiens semi-structurés. Dans cette étude, 34 TdS ont répondu aux différentes questions et ont participé aux entretiens. Pour pouvoir participer à cette étude, les TdS devaient être âgées de plus de 18 ans et être d'accord de partager des informations. Les résultats mettent en avant que les TdS acceptent les rapports non-protégés lorsque les clients augmentent les tarifs. Pour le sexe oral, seulement 23 ont répondu aux questions, 8 d'entre elles mettent des préservatifs lors de fellation alors que 15 d'entre elles ne se protègent pas. Pour les rapports sexuels vaginaux, 30 TdS ont répondu à ces questions, 11 d'entre elles ont répondu mettre un préservatif alors que 19 d'entre elles n'en mettent pas.

Les raisons qui les poussent à ne pas en mettre est que la différence de prix est considérable. La prime pour un rapport oral sans préservatif est 88% plus grande que si le client porte un préservatif. Pour les rapports sexuels vaginaux la prime est plus élevée de 72% lorsque le rapport se réalise sans protection.

Des témoignages ont été exposés dans l'étude afin de mieux comprendre la situation économique de cette population. Certaines TdS expliquent que les clients qui portent un préservatif ne sont pas satisfaits de leur prestation et donc souhaitent retirer le préservatif. Malheureusement, certaines acceptent, car le client négocie avec elles ou font du chantage. Certaines ont des craintes que les clients ne reviennent plus vers elles et que cela diminue leur revenu. Une TdS explique que parfois elle n'a pas de clients durant une période de 5 à 6h, ainsi, de peur de ne plus en avoir de la journée, elle accepte si le client lui demande un rapport non protégé. L'une d'entre elles explique que parfois le client propose de doubler le tarif si la prestation se fait sans préservatif et parfois le client leur paye encore autre chose à côté.

En conclusion, le travail du sexe est plus rentable lorsque les prestations se font sans protection, bien que les TdS aient connaissance des risques qu'elles prennent pour leur santé, elles ont besoin de cet argent pour vivre et sont prêtes à prendre ce risque pour répondre à leur besoin.

4.1.6 Article 6: Lociciro S., Ernst M-L., Simonson T., & Bize R. (2017) Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP (2017) (Raisons de santé 276). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/000/276>

Une étude mixte a été menée en Suisse en 2016 s'inscrivant dans le dispositif de surveillance du VIH et des autres IST en Suisse, établi par l'Office fédéral de la santé publique avec un échantillon de 579 TdS répartis sur tout le territoire Suisse. Les critères d'inclusion pour participer à cette enquête comprenaient toute personne (hommes, femmes, personnes transgenres et intersexes) ayant 18 ans ou plus et ayant eu des rapports sexuels en échange d'argent au cours des douze mois précédents l'enquête en Suisse. Le questionnaire a été proposé aux TdS de deux façons différentes, un questionnaire sur internet à remplir depuis un dispositif ou bien sur une tablette numérisée. Le questionnaire était disponible en sept langues : français, allemand, anglais, portugais, espagnol, roumain et hongrois. Le recrutement a principalement été réalisé par l'intermédiaire de professionnels du terrain (membres du réseau de prévention du sida dans le monde de la prostitution, intervenant-e-s, médiateur et médiatrices, travailleurs et travailleuses sociaux) formé-e-s à l'utilisation de tablettes et à la passation du questionnaire.

La population de l'étude était majoritairement composée de femmes (92%), mais aussi de quelques hommes (3,8%) et de personnes transgenres (3,6%). Les TdS interrogées avaient entre 19 et 67 ans, avec une moyenne d'âge se situant à 33.5 ans.

L'accès aux services de santé et à la prévention:

Une grande majorité des TdS (76.8%) savent où s'adresser pour effectuer un test de dépistage du VIH ou d'autres IST, la moitié ont déclaré avoir été en contact avec une personne exerçant dans le domaine de la prévention au cours des 12 derniers mois. Le matériel de prévention semble être distribué de façon suffisante pour 70.1% des TdS, et diffusé gratuitement pour 73.4% des TdS.

Activités sexuelles et comportements préventifs:

Il existe une grande disparité concernant le nombre de clients à la semaine, au cours de la dernière semaine le nombre de clients moyen était de 8.5 clients, les réponses varient de 0 à 65 clients. Elles déclarent avoir en moyenne entre 5.7 client-e-s les semaines calmes et 15.7 client-e-s les semaines chargées. Les TdS rapportent de nombreux problèmes concernant le port de préservatif, en effet, 35.6% d'entre elles rapportent une déchirure de celui-ci, 28.6% un glissement et 30,1% un retrait intentionnel par le client. Ainsi, 94,3% des TdS questionnées rapportent un problème avec l'utilisation du préservatif.

Lors des 30 derniers jours, 74.5% déclarent avoir fait une fellaiton sans preservatif, 85,5% avoir eu un rapport non protégé et 83% avoir eu du sang ou du sperme dans la bouche. La majorité des femmes ayant eu un rapport sexuel non protégé lors des 30 derniers jours avaient de mauvaises connaissances sur le VIH, avaient pour la plupart prit contact avec leurs clients sur internet et dans les salons de massage, avaient eu 8 clients ou plus lors de la dernière semaine et n'avaient pas rencontré de personne chargé de prévention au cours de la dernière année.

Les raisons pour lesquelles les TdS n'avaient pas utilisé de préservatif au cours des 30 derniers jours avaient pour la plupart attiré au client. En effet, le client payait plus dans 34,2% des cas, il ne voulait pas dans 22,8% des cas, la TdS le voit souvent et a confiance en lui dans 21,5% des cas et a peur de le perdre dans 19,6% des cas. Au total, le client était à 98,1% des cas la raison pour laquelle le rapport avait lieu sans protection.

Il est important de noter que les auteurs ont comparé les réponses données par les TdS lorsqu'elles connaissaient l'enquêteur et lorsqu'elle ne le connaissait pas. Les TdS connaissant l'enquêteur ont déclaré moins de prises de risque:

Rapports avec un client	Connaissait l'enquêteur	Ne connaissait pas l'enquêteur	p-value
Nombre moyen de fellations sans préservatif, 30 derniers jours ^a	2.6	10.1	0.000
Nombre moyen de rapports sexuels avec pénétration (anale ou vaginale) sans préservatif, 30 derniers jours ^a	1.4	4.7	0.002
Nombre moyen de fois avec sperme ou sang dans la bouche, 30 derniers jours ^a	1.7	12.1	0.000
% TS n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec pénétration (anale ou vaginale) contre de l'argent ^b	7.9 [4.4 ; 12.9]	21.1 [14.3 ; 29.4]	0.001

4.2 Tableaux comparatifs

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Kolar k., Atchison C., & Bungay V.</p> <p>Date : 1 septembre 2014, Canada, Vancouver de 2006-2009</p>	<p>118 (=n) TS indoor et 116 clients (=n).</p> <p>Type d'étude : Quantitative descriptive</p>	<p>D'évaluer les comportements à risque des TdS et les clients, les facteurs contextuels, les données sociodémographiques, les pratiques sexuelles, les rapports protégés et les connaissances sur les IST et l'utilisation des préservatifs.</p>	<p>Méthode : Questionnaire rempli durant un entretien</p> <p>Intervention : Distribution de questionnaires</p>	<p>Les TDS et clients relatent d'un haut taux d'utilisation de préservatif durant les rapports anaux et vaginaux.</p> <p>- Les TDS et clients rapportent de bas taux d'utilisation de préservatif pour le sexe oral, les clients l'utilisaient moins souvent que les TDS ($p > 0.001$).</p>	<p>Échantillonnage non précisé.</p> <p>L'étude se focalise que sur les TdS indoor</p> <p>Etude transversale et pas longitudinale</p> <p>Pas d'intervention</p> <p>Pas de valeur sur le nombre de personnes atteintes de VIH ou IST</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Horas T.H Wong, Krystal C.K. Lee and Denise P.C. Chan</p> <p>Avril 2015</p>	<p>340 travailleuses du sexe. Les TdS travaillant dans des clubs (n=146), les maisons closes (n=72), les rues (n=68) et les salons de massage (n=54).</p> <p>Une étude transversale, interventionnelle (test VIH, Syphilis et gonorrhée), qualitative et quantitative</p>	<p>Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence des IST (chlamydia, gonorrhée) chez les TdS indoor et outdoor. Le deuxième but aussi de comprendre les facteurs favorisant d'un rapport oral sans protection. Les comportements à risque des TdS.</p>	<p>Méthode et instrument de mesure : Dépistages réalisés par des infirmières pour les IST et VIH et questionnaire.</p> <p>Intervention : Distribution de questionnaires et réalisation des dépistages</p>	<p>133 TdS (39,1%) sont infectés par une IST génitale. L'étude montre que les TdS dans les maisons closes sont plus au courant des risques d'une fellation porte un préservatif 65,7% alors que les TdS dans la rue 44,2%. Les TdS utilisent systématiquement des préservatifs pour les rapports alors que seulement 37,1% utilisent des préservatifs pour les rapports sexuels orales.</p>	<p>Echantillonnage biaisé, les TdS ont été choisis dans le même lieu donc peut être mêmes pratiques</p> <p>Type d'étude n'est pas précisé</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<ul style="list-style-type: none"> Sampurna Kak-chapati, Nirmal Gautam, Khagendra Prakash KC, and Bir Bahadur Rawal. 2018 	<ul style="list-style-type: none"> 2093 TdS du Kathmandu du suivies de 2006 à 2015. Type d'étude: Etude de cas, étude qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer plusieurs items: la connaissance du HIV, les pratiques du « safe sex » afin d'évaluer les facteurs/comportements à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire rempli durant un entretien 	<ul style="list-style-type: none"> Les Tds ayant eu une éducation secondaire et ayant précédé dans l'année précédente avaient plus de connaissances au sujet du HIV. Les TdS ayant utilisant systématiquement un préservatif avec leur partenaires non payants avaient fait un HIV test, rencontraient des éducateurs et consultant durant les 12 derniers mois avaient la plus grande chance d'utiliser un préservatif avec leur clients. L'étude montre que malheureusement, une bonne connaissance du VIH ne se traduisait pas forcément par des comportements adéquats (protection, refus des rapports à risque) 	<ul style="list-style-type: none"> Echantillonnage non précisé L'étude se focalise que sur les TdS indoor Etude transversale et pas longitudinale Pas d'intervention Pas de valeur sur le nombre de personnes atteintes de VIH ou IST Pas de questions au sujet de l'état psychologique qui pourrait influencer leur comportements Type pas précisé à part la mention étude de cas

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<ul style="list-style-type: none"> Auteurs: Dallas Swendeman a, Ishika Basu b, Sankari Das b, Smarajit Jana b, Mary Jane Rothe ram-Borus Date : 2009 	<ul style="list-style-type: none"> Population : Travailleuses du sexe participantes au programme d'empowerment n=110 (Sonagachi) VS les autres (n = 106) Type d'étude: étude de cohorte, transversale 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer l'empowerment des patientes suivies par le programme sur 21 items mesurables et l'impact de celui-ci sur les comportements à risque, et donc les IST/le HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> une étude quasi expérimentale de 2000-2001 dans deux villes rurales dans le bengal sans aucun contact avec le programme d'empowerment. Les travailleuses du sexe ont été sélectionnées au moyen d'un échantillonnage aléatoire à deux degrés dans 2 établissements (in-door) de la ville (n = 110 personnes dans chaque établissement), invitées à participer aux évaluations en donnant leur consentement éclairé. Elles ont été conviées à trois entretiens de suivi sur 16 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Une meilleure connaissance des MST et de l'utilisation des préservatifs Changement de la perception du travail du sexe en tant que travail valide, par conséquent l'augmentation du nombre de TdS qui énoncent leur métier lors de consultations L'amélioration des compétences en matière de négociations sexuelles et sur le lieu de travail, traduite par un refus accru, la prise de décision concernant l'utilisation de préservatifs et la capacité de changer de contrat de travail Plus value d'un tel suivi comparé à un suivi classique. 	<ul style="list-style-type: none"> La difficulté de mesure de l'empowerment

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Gavin George, Siphumelele Nene, Sean Beckett, Dick Durevali, Annika Lindskog & Kaymarlin Govender 07 Janvier 2019.	Population : 36 TdS Type d'étude : Quantitative et qualitative	L'impact des ressources économiques sur l'utilisation du préservatif, et sur les comportements sexuels à risque.	Entretiens individuels semi structurés plus questionnaires	Le manque de ressources économique influence les pratiques sexuelles. Elles sont amenées a avoir des pratiques sans préservatif pour gagner plus d'argent.	Peu de TdS Résultats peu représentatifs Limite méthodologique : non décrite comme mixte. Utilisation conjointe de procédures qualitative et quantitatives. Si c'est mixte les données doivent être intégrés (dans un cadre théorique par exemple)

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<ul style="list-style-type: none"> Stéphanie Locicero, Marie-Louise Ernst, Thomas Simonson, Raphaël Bize Date : 2016 	<ul style="list-style-type: none"> Population: n=379 TdS. Les TS interviewés ont entre 19 et 67 ans avec une moyenne d'âge de 33.5 ans. Une stratification par classes d'âge montre que 18.7% des TS ont moins de 25 ans. Type d'étude: étude quantitative 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les connaissances relatives aux besoins de cette population en situation vulnérable et de contribuer ainsi à une plus grande équité d'accès à l'information et à des mesures de prévention adaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels semi structurés avec un questionnaire Keysurvey® (questionnaire en ligne sécurisée). Il était disponible en sept langues : français, allemand, anglais, portugais, espagnol, roumain et hongrois. 	<ul style="list-style-type: none"> 76,8% des TdS savent où s'adresser pour faire un test VIH. 51,3% ont été en contact avec une personne faisant de la prévention de la santé au cours des 12 derniers mois. Accès au matériel gratuit pour 73,4% des TdS. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de TdS du test VIH alors que c'est un canton avec un nombre important de TdS. Car questionnaire non traduit en italien. Parfois l'enquêteur qui connaissait la TdS, ce qui a probablement influencé les réponses données par les TdS

5. DISCUSSION

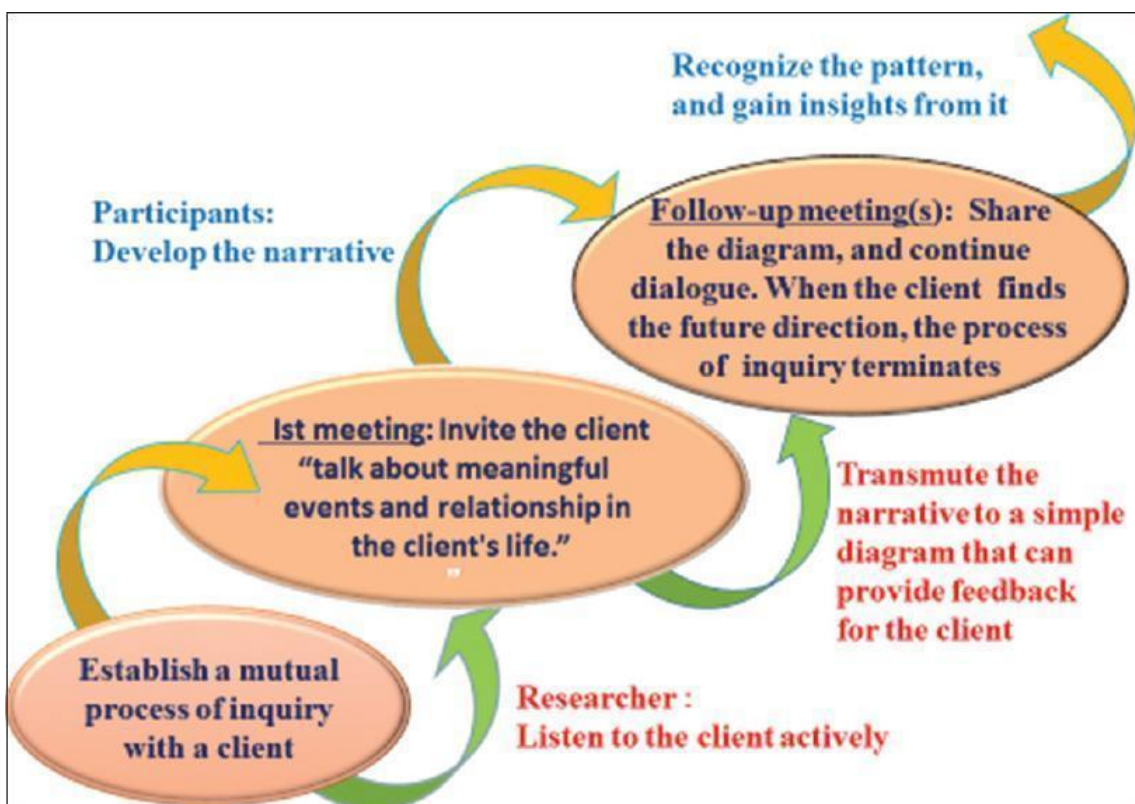
5.1 Tableau synoptique:

Concepts Newman	Thèmes	Axes	Kolar, K., Atchison, C & Bungay, V. (2014)	Kong. Horas T.H Wong, Krystal C.K. Lee & Denise P.C. Chan (2015)	Kakchapati, S., Gautam, N., Prakash KC, K & Bir Bahadur, R. (2018)	Dallas Swendeman a, Ishika Basu b, Sankari Das b, Smarajit Jana b. & Rotheram-Borus, MJ. (2009)	Gavin, G., Siphumelele, N., Beckett, S. Durevall, D. Lindskog, A. & Govender, K. (2019)	Locicero, S., Ernst, M-L., Simonson, T. & Bize, R. (2016)
Rôle infirmier et les trois entretiens	Pratiques à risque et les IST	Rapports vaginaux sans protection Rapports oraux sans protection	X X	X X	X X	X X	X X	X X
Patterns et améliorables individuel	Raisons qui poussent les TdS à avoir des rapports non-protégés	Meilleur revenu				X	X	X
Modifier les patterns Facteur structurel	Barrières en soins	Niveau de littératie Clients (refus + perte de celui-ci + négociation dans les pratiques) Méconnaissance du système de santé			X	X	X	X
Etat de bien-être et expansion de la conscience	Type de suivi	Empowerment Centre spécialisé Aucun	X			X		X
		Niveau de preuve	1	3	1	1	2	1

Pour répondre avec cohérence à la question de recherche de ce travail “*Quelles interventions infirmières favorisent la discussion autour des pratiques sexuelles à risque avec les travailleuses du sexe et permettent la mise en place d’actions de prévention et de dépistage des IST?*”, les auteurs ont pris l’option d’établir des liens entre les résultats de l’analyse de la littérature et le cadre théorique choisi pour ce travail, à savoir la théorie de Newman.

Afin de lier la méthodologie de la pratique selon Newman et les résultats tirés des articles de recherche, la discussion est construite selon les trois types d’entretiens préconisés par Newman dans la pratique infirmière de cette approche. La figure 2 ci-dessous exprime la méthodologie de pratique de Newman, en mentionnant d’une part les rôles du participant et celui de l’infirmière lors de ces entretiens. Dans les bulles, Newman décrit les étapes clés lors de la rencontre avec le patient. Ce schéma sert de guide à la discussion, Newman conseille de conduire trois entretiens au minimum, par conséquent la discussion se scinde en trois parties.

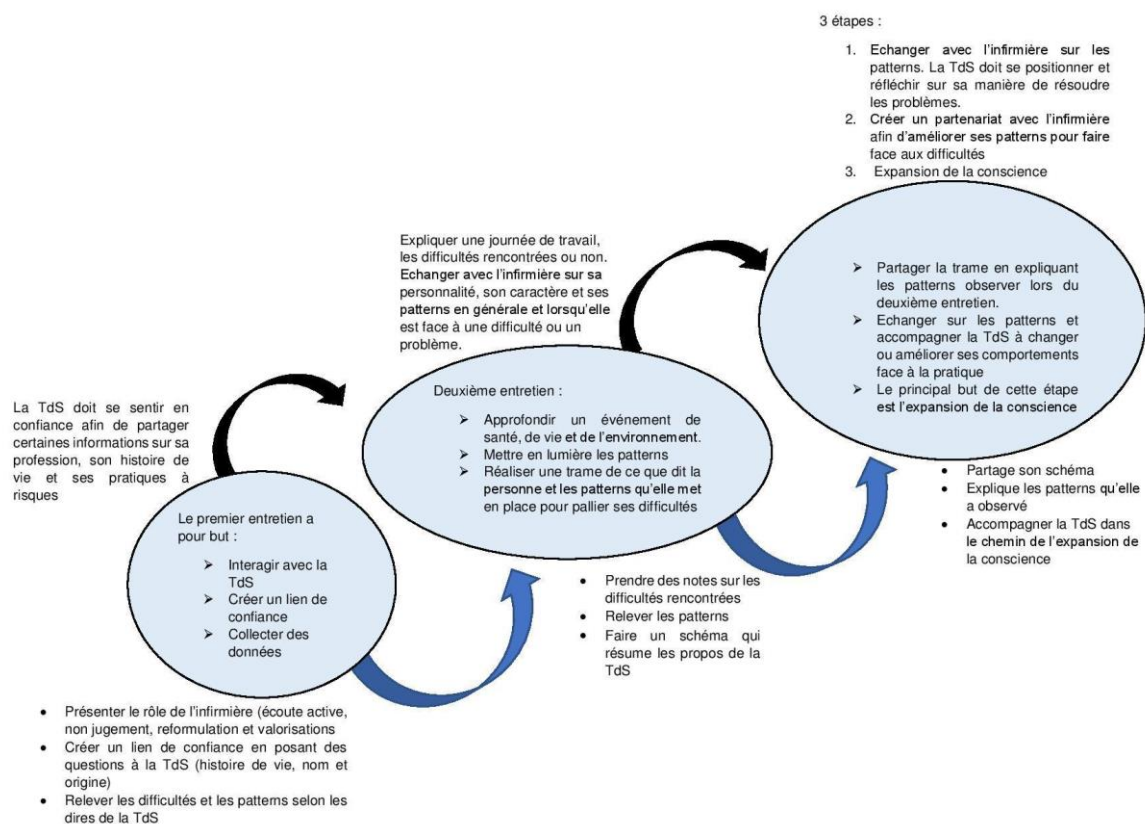
Figure 2: Endo 2017



Tiré de: Endo, E., (2017)

Afin de mettre en lien la méthodologie de la pratique de Newman et les TdS, il était important pour les auteurs d'imaginer comment ces trois entretiens pourraient se transposer à cette population afin de pouvoir émettre des recommandations en fin de travail. Elles ont imaginé un schéma respectant les différentes étapes de la théorie de Newman dans le but de relever les patterns des TdS et de créer un lien avec elles. Dans ce tableau (figure 3), les auteures se sont inspirées de Newman afin d'illustrer et de décrire le rôle de l'infirmière à travers les différentes rencontres.

Figure 3: Endo, 2017 revisité par les auteures



Tiré de: Endo, E., (2017)

- Dessus des bulles TdS (flèche noire)
- Dessous des bulles (flèche bleue)

5.2 Evaluation des comportements/patterns (premier entretien selon Newman)

Newman met en lumière une intervention qui a pour but de tenir compte du patient dans son entièreté et que celui-ci trouve un sens à son expérience. Pour décrire ce cheminement vers l'expansion de la conscience, Newman préconise au moins trois entretiens à intervalles différents. En effet, elle recommande trois entretiens afin de pouvoir mettre en place sa méthodologie de la pratique mais aussi que la personne se sente en confiance mais aussi qu'elle puisse partager des éléments de son existence. Ces entretiens permettent aussi à l'infirmière de faire connaissance avec la personne mais également de relever les patterns que celle-ci met en place pour faire à une situation (Newman, 1980 cité par Endo, 2017).

Le premier entretien consiste à échanger avec la personne afin de créer un lien de confiance mais aussi de réfléchir sur la situation de départ. Cette étape est importante pour la suite de la prise en soins, surtout chez des TdS. Selon l'étude réalisée à Lausanne sur l'accès aux soins chez les TdS, 50 TdS ont répondu à un questionnaire. Cette étude montre que plus de 55% des TdS n'annoncent pas aux soignants qu'elles travaillent dans l'industrie du sexe (Gloor et al. 2011). Ceci est une barrière majeure à la prise en soins, car l'équipe soignante se retrouve dans l'impossibilité de cibler des stratégies de prévention spécifiques pour cette population plus exposée aux IST.

C'est pour cela que la théorie de Newman fait sens dans ce type de prise en soin. Selon Newman, pour qu'une personne réalise un cheminement vers l'acceptation et l'expansion de la conscience, celle-ci doit partager des données sur son environnement et ses patterns, en réalisant ceci l'infirmière et la TdS pourront créer un partenariat attentionné. L'autre partie de l'entretien va consister à récolter des données, Newman appelle ce processus l'enquête mutuelle. Cette étape va permettre à la TdS de partager si elle le souhaite des éléments de son environnement dans le but que l'infirmière puisse mettre en place une démarche de soin qui corresponde à ses besoins de santé. Les éléments qui pourraient ressortir lors de cet échange sont, par exemple, le nombre de clients qu'elle a, les difficultés rencontrées, son expérience concernant le travail du sexe et son vécu.

Dans l'enquête SWAN (2016), les chercheurs ont réalisé une moyenne du nombre de clients d'une TdS par semaine, les résultats sont compris entre 5.7 en semaine calme et 15.7 lorsque la semaine est chargée. Il est important pour l'infirmière d'avoir un ordre d'idée d'une journée type pour la TdS en question, combien de clients reçoit-elle? Combien de jours travaille-t-elle? Quels types de pratiques propose-elle? A-t-elle choisi les pratiques qu'elle propose aux clients ? Se sent-elle en sécurité sur son lieu de travail ? A quelles pratiques à risque est-elle exposée? À quelle fréquence?

Les réponses à ces questions permettent à l'infirmière de comprendre à quels risques elle est exposée et quelles interventions mettre en place. Ils permettront également à l'infirmière de proposer des dépistages lorsqu'elle estime qu'une prise de risque a été prise. Cet entretien va permettre à la TdS et l'infirmière de créer un lien de confiance et en réalisant cela, le deuxième entretien sera beaucoup plus focalisé sur les pratiques sexuelles et ses patterns.

5.3 Compréhension des risques liés, piste de collaboration (deuxième entretien)

Les pratiques sexuelles des TdS peuvent être à risque pour leur santé, en effet, avoir des rapports vaginaux ou anaux non protégés ou faire une fellation naturelle peuvent mener à une IST. De plus, les rituels d'hygiène parfois trop abrasifs pour les muqueuses peuvent être des portes d'entrée aux IST et accentuer le risque d'en contracter.

Les pratiques de rituels suite à un rapport peuvent faire l'objet d'un besoin de « purification » pour les TdS. Ces rituels peuvent favoriser la prévention des IST, mais peuvent malheureusement tout aussi bien les favoriser. Des témoignages recueillis au cours de la formation dispensée aux TdS à Aspasia confirment l'utilisation de produits non adaptés pour l'hygiène buccale ou vaginale. Par exemple, certaines utilisent de la Bétadine, de l'eau de javel ou encore du Coca-cola à l'aide d'une poire pour l'hygiène intime pour ses propriétés acides. Concernant l'hygiène buccale, les TdS ont tendance à utiliser des bains de bouche alcoolisés associés à un brossage de dents intense qui peut fragiliser les muqueuses. Ces pratiques sont directement en lien avec les croyances des TdS et de leur méconnaissance des façons de contracter une IST.

En effet, les IST et les symptômes associés restent encore trop peu connus, et ce chez les TdS, mais aussi au sein de toute populations confondues. Une étude faite à Hong-Kong met en évidence qu'une moyenne de 59% des TdS ne savaient pas qu'une IST pouvait être contractée par voie orale, ce résultat est de 79% chez les TdS travaillant dans une maison close au Canada (Horas, Wong & al. 2015).

Au-delà de la méconnaissance des possibilités de contracter une IST par voie orale, de par la demande du client et la différence significative en termes financiers, la pratique de la fellation dite naturelle reste une pratique courante chez les TdS à travers le monde. En effet, selon une étude en Afrique du Sud, la prime pour un rapport oral sans préservatif est 88% plus grande que si le client porte un préservatif. Pour les rapports sexuels vaginaux la prime est plus élevée de 72% lorsque le rapport se réalise sans protection. Il est donc délicat de conseiller aux patientes de modifier cette pratique. Il est important, dans ce contexte de parler de prévention tertiaire, le rôle de l'infirmière en promotion de la santé et prévention ne se limite pas à chercher à supprimer ces prises de risque mais également à accompagner la TdS dans son expérience et son vécu, de prendre de la distance quant aux risques exprimés par la TdS et la respecter dans une attitude de non-jugement. Dans ce contexte le rôle infirmier de prévention secondaire ou tertiaire est indispensable. La création du lien de confiance entre l'infirmière et la TdS à travers de recommandations qui permettent de pallier quelque peu aux prestations à risque pratiquées est l'incarnation du rôle infirmier dans le bas seuil.

L'étude SWAN (2016) a évalué les pratiques au cours des 30 derniers jours des TdS, les résultats sont frappants; 74.5% déclarent avoir fait une fellation sans préservatif, 85,5% avoir eu un rapport non protégé et 83% avoir eu du sang ou du sperme dans la bouche. La majorité des femmes ayant eu un rapport sexuel non protégé lors des 30 derniers jours avaient de mauvaises connaissances sur le VIH, avaient pour la plupart prit contact avec leurs clients sur internet et dans les salons de massage. Elles avaient eu 8 clients ou plus lors de la dernière semaine et n'avaient pas rencontré de personne chargée de prévention au cours de la dernière année.

Les pratiques non protégées peuvent également résulter d'autres facteurs tels que l'accès limité aux préservatifs dû à leur coût et au manque de connaissances sur les lieux où s'en procurer gratuitement ou à moindre prix. L'étude SWAN (2016) soulève que le matériel de prévention comme les préservatifs masculins ou féminins semblent être largement diffusés gratuitement en Suisse (73.4%) et jugé reçu en quantité suffisante par 70.1% des TdS. L'utilisation du préservatif semble être très différente selon le pays où l'étude est conduite, par exemple, à Hong-Kong 69% des TdS disent se protéger constamment durant les rapports vaginaux. Seulement 34,7% se protègent lors des rapports oraux (Horas, Wong & al. 2015).

Le refus du client de porter un préservatif est un autre facteur de non protection, en effet de nombreux clients ne souhaitent pas avoir de rapports protégés. Les raisons pour lesquelles les TdS n'avaient pas utilisé de préservatifs lors des 30 derniers jours étaient principalement à cause du client. En effet, il dépensait davantage dans 34,2% des cas, il ne voulait pas dans 22,8% des cas, la TdS le connaissait et avait confiance en lui dans 21,5% des cas et avait peur de le perdre dans 19,6% des cas (SWAN, 2016).

Les rapports non protégés sont souvent le résultat d'un besoin financier, il est parfois difficile pour les TdS en situation de précarité, d'imposer le port du préservatif. Si la TdS n'a pas les ressources personnelles afin de négocier un rapport protégé ou de se positionner en refusant, il en résulte souvent des rapports non protégés. Il est par exemple difficile de négocier le port du préservatif lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue ou du moins certains termes utilisés. Il est recommandé lors des cours de sensibilisation à Aspasia d'apprendre le français à celles qui ne le parlent pas et de négocier en proposant d'autres prestations qui pourraient séduire le client.

La négociation avec le client est parfois difficile pour les TdS dû à certains facteurs mentionnés en amont, au début du programme d'empowerment Sonagashi, seules 25% des TdS déclarent être la personne qui décide du port du préservatif, elles sont 69% à affirmer prendre cette décision à la fin du programme. Davantage de TdS déclarent refuser des clients, être capables de changer de contrat et pouvoir partir de leur lieu de travail si elles se sentent mal. À la fin du programme Sonagashi, 36% des TdS travaillaient dans d'autres lieux (Swendeman & al., 2009).

Aspasie délivre le même message lors des formations destinées aux TdS. Selon la théorie de Newman, l'infirmière cherche à mettre en lumière les patterns de la TdS lors d'une discussion authentique. C'est lors du deuxième entretien que l'infirmière questionne la TdS sur des événements marquants de sa vie, à ce moment-là et grâce au discours de la TdS l'infirmière peut faire un schéma du récit de la patiente afin de mettre en lumière les patterns (Endo,2017).

L'infirmière cherche à mettre en lien certaines pratiques et certaines situations et en fait un schéma. Lors de cet entretien, l'infirmière peut également explorer les représentations, les croyances au sujet des IST, de leurs symptômes et signes associés afin de comprendre au mieux la TdS. C'est aussi l'occasion pour l'infirmière d'évaluer le niveau de littératie de la patiente, ce qui lui permettra d'adapter son discours et ses interventions.

L'une des clés à une discussion vraie et authentique est la présence congruente de l'infirmière empreinte de non-jugement. Si la TdS se sent jugée il sera difficile pour elle de parler de ses pratiques à risque. Une écoute active avec des techniques de reformulation permettra à la TdS de se sentir réellement écoutée et de voir que l'infirmière s'intéresse véritablement à elle.

5.4 Rôle infirmier sur la pleine conscience, intervention (troisième entretien selon Newman)

Le dernier entretien va permettre à l'infirmière de présenter son schéma qu'elle a réalisé lors du précédent entretien. Cette étape permet d'échanger avec la TdS sur les patterns qu'elle met en place lorsqu'elle fait face à une situation type (fellation non-protégée, rapport sexuel non-protégé et refus de client). L'infirmière va demander l'avis de la TdS au sujet des patterns qu'elle a mis en lumière, dans le but de se mettre d'accord sur ceux-ci. C'est un moment clé dans la relation soignant-soigné, il permet au deux partis de s'accorder sur les points à améliorer. C'est à ce moment là que l'alliance thérapeutique fait tout son sens, car les deux partis doivent être d'accord sur les patterns avant de débiter réellement le chemin vers l'expansion de la conscience (Newman, 1980 cité par Endo, 2017). Newman met un point d'honneur à ce que le plan de soin parte de la TdS, de ses connaissances, de son témoignage, de ses ressources et surtout de ce qu'elle peut en place. L'infirmière doit également relever et valoriser les patterns que la TdS met déjà en place pour limiter les risques IST par exemple.

Par la suite, l'infirmière part des connaissances et des ressources de la TdS afin de l'amener vers une réflexion sur ses patterns. L'infirmière pourra alors lui proposer des alternatives afin de réduire les risques de contracter des IST. Dans l'étude qui a été réalisé en Afrique du Sud, une TdS explique que parfois elle n'a pas le choix d'accepter un rapport non-protégé, car elle a besoin de cet argent. Par exemple, il peut arriver que les clients se fassent rares, dès lors les TdS disent se sentir obligées d'accepter n'importe quel service de peur de s'endetter. Dans cette situation, l'infirmière peut proposer d'autres alternatives comme lui proposer des lieux où ils peuvent donner des préservatifs gratuitement ou à moindre coût. Ce témoignage a été réalisé en Afrique du Sud, il est difficile de savoir s'il existe des lieux dans ce pays pour les TdS au sein desquels elles pourraient se procurer des préservatifs moins chers ou gratuitement. En Suisse, il existe des associations ou des lieux qui proposent ces deux services à cette population, Il est important que l'équipe soignante aie connaissance du réseau et des lieux qui sont proposés pour les aider (George & al., 2019).

Une autre problématique à laquelle les TdS peuvent être confrontées est que le client ne souhaite pas porter un préservatif durant un rapport sexuel ou une fellation. Il est important que l'infirmière lui explique qu'elle peut dire non et qu'elle peut essayer de négocier en sa faveur pour limiter les risques d'IST. Par exemple, elle peut refuser une prestation non protégée en ajoutant un "plus" à sa prestation protégée. Si la TdS n'a pas d'autre choix que d'accepter, l'infirmière peut lui donner des conseils pour diminuer les risques de contracter des IST. Si celle-ci est consciente d'avoir pris des risques, l'infirmière peut lui donner des lieux où elle trouvera le traitement de prophylaxie post expositionnelle à moindre prix ou gratuitement. Par la suite, il semble nécessaire de l'aiguiller vers des structures où la TdS peut se faire dépister gratuitement.

L'étude SWAN (2016) a évalué le nombre de problèmes rencontrés lors de l'utilisation de préservatif. En effet les TdS rapportent de nombreux problèmes concernant celui-ci, 35.6% d'entre elles rapportent une déchirure, 28.6% un glissement et 30,1% un retrait intentionnel par le client. Ainsi, 94,3% des TdS questionnées mettent en évidence un problème avec l'utilisation du préservatif. Pour éviter les risques de déchirure ou de glissement il est important de savoir choisir le bon préservatif selon l'anatomie du client.

L'association Aspasia informe les TdS au sujet des différents types de préservatifs, des différentes tailles, de l'importance de les lubrifier mais aussi des risques lors de l'utilisation d'un préservatif inadéquat. Lorsque l'infirmière identifie un pattern en lien avec le préservatif, elle peut reprendre avec elle les différentes tailles et les lui montrer afin qu'elle puisse voir d'elle-même les différences entre les préservatifs. À ce moment là, elle peut lui demander quelles sont les représentations que la TdS a au sujet des préservatifs afin de comprendre ses choix de préservatifs.

Lors de la rencontre avec Aspasia, les membres de l'association ont exprimé être face à différentes pratiques d'hygiène inadéquates et délétères pour la santé des TdS. Comme mentionné en amont dans ce travail, les pratiques d'hygiène utilisées peuvent être agressives pour les muqueuses et, ainsi, provoquer des lésions qui favorisent l'entrée des IST dans le corps. De plus, une hygiène excessive et avec des produits inadéquats favorise l'apparition de mycoses.

Il est important pour l'infirmière d'évaluer les pratiques d'hygiène qu'utilise la TdS, la fréquence de celles-ci et surtout les représentations qui motivent de telles pratiques. Il est indispensable de valoriser le fait que la TdS aie une bonne hygiène. Cependant, selon les patterns mis en place par la TdS et ses représentations au sujet des moyens de limiter les IST, il est important de lui expliquer les moyens de transmissions ainsi que les symptômes associés, mais également que les IST peuvent être asymptomatiques.

Ces trois entretiens proposés dans la méthodologie de la pratique de Newman permettent à la TdS et à l'infirmière de construire un lien lors de différentes rencontres à différents moments. L'infirmière et la TdS peuvent ainsi poser différents objectifs aux trois entretiens afin qu'ils répondent aux besoins ou au motif de consultation de la TdS. Cependant, cette méthodologie de la pratique comporte des limites, celles de ne pas avoir l'occasion de rencontrer la TdS au minimum trois fois pour consolider le lien de confiance et progresser dans la relation soignant-soigné. Selon le lieu de pratique de l'infirmière, ceci n'est pas forcément possible or les valeurs transmises dans cette théorie sont applicables à tout lieu de soin et soutiennent l'importance du respect et du non-jugement de la personne dans son choix de vie vers l'expansion de sa conscience.

6. CONCLUSION

Dans un premier temps, les limites et les apports de ce travail sont exposés. Ensuite, pour répondre à la question de recherche “Quelles interventions infirmières favorisent la discussion autour des pratiques sexuelles à risque avec les travailleuses du sexe et permettent la mise en place d’actions de prévention et de dépistage des IST?”, l’analyse d’articles scientifiques et la mise en lien des résultats avec la méthodologie de la pratique de Newman permettent d’établir des recommandations pour la pratique, la recherche et l’enseignement.

6.1 Apports et limites du travail

La plus value de ce travail est la mise en lumière de plusieurs problématiques liées au travail du sexe et son impact sur la santé des TdS. De nombreux enjeux de santé les concernent, tant concernant la santé psychologique que somatique sont mis en évidence. Elles peuvent avoir des pratiques à risque à cause de la pression du client concernant les rapports non protégés. Elles sont aussi face à des obstacles concernant l’accès aux soins, comme la méconnaissance du système de santé, le fait de ne pas être affiliées à une assurance maladie ou le fait qu’elles ne déclinent pas leur métier aux soignants. Ces problématiques ont été mises en lien avec la pratique infirmière afin de trouver des pistes de discussions autour des pratiques sexuelles et des dépistages des IST. Les trois entretiens selon Newman ont été repris et transposés à la pratique infirmière avec les TdS. Ces trois entretiens consistent à créer un partenariat et une alliance thérapeutique avec le patient dans le but de l’accompagner vers l’expansion de la conscience. La plus value de ces trois entretiens sont d’ouvrir la discussion autour de ce que la TdS est prête à partager avec le soignant et de construire une prise en soins spécifique à son vécu et ses besoins.

Néanmoins, le travail comporte certaines limites notamment le fait que ce sujet est soit peu étudié dans la littérature. Lorsque que cette population est étudiée, les chercheurs font souvent l’amalgame entre TdS, consommation de toxique et le VIH. De plus, la prise en soin infirmière est peu abordée tout comme les outils à utiliser lors d’entretiens afin de favoriser la discussion et le lien de confiance.

Les articles étudiés n’abordent souvent que des faits statistiques descriptifs au sujet de la prévalence des IST et/ou des comportements à risque, sans aborder les moyens pallier à ceux-ci.

De ce fait, la seule piste afin de créer un partenariat avec la TdS a été amenée par la théorie de Newman. Newman souligne des valeurs telles que le non-jugement, la prise en compte du patient dans son entièreté et le postulat que chaque patient est unique. La prise en soin se fait au travers d'une prise de conscience des patterns mis en place par le patient et du travail sur ceux-ci pour aboutir à l'expansion de la conscience. Ce cheminement vers l'expansion de la conscience se fait au travers des trois entretiens proposés par Newman.

6.2 Recommandations

Pour la pratique:

Ce travail a permis d'établir des recommandations pour la pratique infirmière. Notamment au sujet de la prise en soin des TdS. Toutefois il est important de noter que la méthodologie de la pratique proposée par Newman s'adapte davantage à un contexte hospitalier et dans un suivi thérapeutique, toutefois les valeurs mises en avant dans cette théorie s'adaptent à toute situation indépendamment du lieu de rencontre entre le soignant et la TdS. Malgré le fait qu'il soit parfois difficile de bénéficier de trois entretiens, par exemple lors d'un passage aux urgences, il est malgré tout possible d'utiliser des outils de la méthodologie de la pratique selon Newman qui peuvent être transposables à cet épisode d'hospitalisation. Par exemple, évaluer avec le patient les patterns et discuter ensemble des impacts de ceux-ci sur la santé. Les trois entretiens sont eux-aussi transposables à des unités de soins où il est possible de rencontrer le patient à plusieurs reprises.

L'infirmière peut effectivement utiliser la trame des entretiens selon Newman et les regrouper lors d'une seule rencontre dans le but d'optimiser la prise en soin. Une des recommandations indispensables est de poser un cadre sécurisant et bienveillant propice à la discussion. Il est important aussi que les soignants osent aborder le sujet de la santé sexuelle de manière professionnelle mais également décomplexée. Afin que la TdS se livre plus facilement lorsqu'une question est abordée, il est important que le soignant explique la raison de sa question pour éviter que la TdS se sente jugée.

L'infirmière a un rôle privilégié auprès des patients, elle est en première ligne, au plus proche du patient. Elle a l'opportunité de créer une relation de confiance avec celui-ci. Il est de sa responsabilité d'avoir un recueil de données suffisamment complet qui permette de mettre en place une démarche de soin pertinente, spécifique au patient et individualisée.

Pour la recherche:

Concernant la recherche, il serait intéressant de faire davantage d'études de cohortes afin de comparer différentes prises en soin et suivis dans le but d'évaluer leur efficacité ainsi que l'éventuelle diminution des risques. Une étude s'intéresse à deux types de suivis et compare la plus value d'un suivi centré sur l'empowerment (Swendeman & al., 2009). Il aurait été intéressant d'inclure une autre étude de ce type dans cette analyse d'écrits afin d'avoir une meilleure vision de l'efficacité des différents suivis à travers le monde, dans le but d'avoir un regard critique sur les différentes méthodes.

Il aurait été pertinent d'aborder les besoins des TdS. Il aurait été riche d'avoir des témoignages qualitatifs sur les ressentis des TdS face à leurs épisodes de soins et leur expérience avec les soignants afin d'adapter la prise en soin médico-infirmière. Aussi, il aurait été intéressant que les auteurs puissent aller à la rencontre des TdS sur le terrain mais aussi des différents professionnels qui travaillent auprès de cette population. Ceci aurait été l'occasion d'obtenir d'autres informations pertinentes tels que les conditions de travail, le profil des clients, des prestations demandées et l'environnement de la TdS. Il aurait été intéressant d'élargir le type d'articles sélectionnés pour avoir un panorama plus large de devis, à savoir qualitatifs et mixtes plutôt qu'uniquement quantitatifs pour bénéficier de résultats plus riches et de recommandations plus larges pour la profession.

Pour l'enseignement:

Il serait peut-être nécessaire de mettre en place des cours auprès des étudiants infirmiers sur la santé sexuelle mais aussi sur la manière d'aborder celle-ci avec les patients. Ceci serait bénéfique non seulement auprès des TdS mais également auprès d'autres patients afin d'avoir une vision globale et une prise en soin complète des patients. De nombreuses pathologies peuvent impacter la santé sexuelle des personnes, comme des situations oncologiques, certains traitements, la contraception, un choc ou un AVC. Malheureusement, les étudiants sont peu formés à aborder ce sujet délicat avec les patients. Des séminaires et des jeux de rôle permettraient la mise en situation des étudiants sur ces sujets complexes. En tant qu'infirmiers diplômés, la formation continue donnant accès à des formations certifiantes peuvent aussi combler cet écart.

7. RÉFÉRENCES

Art. de la loi fédérale sur la prostitution 1985 (ATF 111 II 195)

Cespharm. (2017). *L'éducation pour la santé*. Accès:
<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>

Landoh, D., Saka B., Akolly K., Layibo Y., Yaya I., Gbetoglo D., ... Pitché P.
(2011). *Prevalence of syphilis among female sex workers and their clients in Togo in 2011*.

Gloor, G., Meystre-Agustoni A., Ansermet-Pagot P., Vaucher, S., Durieux-Paillard P., Bodenmann P., & Cavassini, K. (2011) *Travailleuses du sexe: un accès aux soins limité?*. *Rev Med Suisse* 2011; 7: 1428-32

Endo, E. (2017) *Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness and a Nursing Intervention from a Unitary Perspective*. Accès
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297232/>

Compte, J, (2010). *Déviante et Société: Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe*, (Vol. 34)

Bugnon G., & Chimienti M. (2009). *Marché du sexe en Suisse: Etat des connaissances, best practices et recommandations*. Sociograph N°5a
Accès:https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/7014/2245/9776/sociograph_5a_final.pdf

L'Observatoire suisse de la santé. (2016) *La santé psychique en Suisse*.
Accès:https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_72_rapport.pdf

Loi genevoise sur la prostitution du 17 décembre 2009 (LProst, I 2 49).
Accès https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_i2_49.html

- Office fédéral de la santé publique (OFSP), (2011–2017). *Mise en œuvre du Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles.*
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Infections sexuellement transmissibles.*
Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
- Pepin, J., Kérouac S., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière.* (4e ed.).
Montréal: Chenelière Éducation
- TerminusPlus (2018). *TerminusPlus.*
Accès: <http://www.btb.termiuplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra>
- Ward H., & Day S. (2006), *What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort.* DOI: 10.1136/sti.2006.020982
- Collot, E. (2011) *l'alliance thérapeutique*, Paris, Dunod
- Sardi T., & Froidevaux D. (2003), *Marché de la prostitution à Genève: entre autorégulation, pragmatisme et risque d'émergence d'entreprises criminelles.*
Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale, 5, n.2. Accès:
<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/2082>
- Christophe Debout, *Evidence-Based Nursing*, 2018, Revue Soins et La Revue De l'Infirmière
- Kolar K., Atchisonb C., & Bungaya V. (2014), *Sexual safety practices of massage parlor-based sex workers and their clients*
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.894611>
- Wong H., Krystal C.K., & Denise P.C. (2015), *Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Female Sex Workers in Hong Kong*, *Sexually Transmitted Diseases* Vol. 42
- Kakchapati S., Gautam N., Prakash KC K., & Bahadur Rawal B. (2018), *HIV awareness and safe sexual behaviors among female sex workers in Kathmandu valley of Nepal.* doi: 10.2147/HIV.S163269

Swendeman D., Basu I., Das S., Jana S., & Rotheram-Borus M. (2009), *Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases*. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.035

George G., Nene S., Beckett S., Durevall D, Lindskog A., & Govender K. (2019), *Greater risk for more money: the economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1563284>

Locicero S., Ernst M-L., Simonson T., & Bize R. (2017) *Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP (2017) (Raisons de santé 276). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/000/276>

8. ANNEXES

8.1. Fiches de lecture

N°	Titre/auteurs/pays/année	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument de mesure/intervention	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/recommandations
01	<p>Titre : Sexual safety practices of massage parlor-based sex workers and their clients.</p> <p>Auteurs : Kat Kolar, Chris Atchison and Vicky Bungay.</p> <p>Date : 1 septembre 2014, Canada, Vancouver de 2006-2009</p> <p>Ethique: University of British Columbia and Simon Fraser University research ethics boards.</p>	<p>Population : 118 (=n) TS indoor et 116 clients (=n). Pour les TDS: échantillonnage par opportunité (dans les lieux de prévention) Pour les clients: par opportunité (sur internet, affiches etc)</p> <p>Critères d'inclusion: femmes de plus de 18 ans travaillant indoor, acceptant de participer au questionnaire</p> <p>Type d'étude: Quantitative descriptive</p> <p>But de l'étude: D'évaluer les comportements à risque des TdS et les clients, les facteurs contextuels, les données sociodémographiques, les pratiques sexuelles, les rapports protégés et les connaissances sur les IST et l'utilisation des préservatifs.</p>	<p>Méthode/ Instruments de mesure: Questionnaire rempli durant un entretien</p> <p>Intervention Distribution de questionnaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les TDS et clients relatent d'un haut taux d'utilisation de préservatif durant les rapports anaux et vaginaux. - Les TDS et clients rapportent de bas taux d'utilisation de préservatif pour le sexe oral, les clients l'utilisaient moins souvent que les TDS ($p > 0.001$). - L'utilisation de préservatif avec des partenaires avec lesquels il n'y a pas d'échange d'argent était moins consistant de la part des deux groupes. - Les TDS se testent plus pour les IST que leur clients 	<ul style="list-style-type: none"> - Échantillonnage non précisé. - L'étude se focalise que sur les TdS indoor - Etude transversale et pas longitudinale - Pas d'intervention - Pas de valeur sur le nombre de personnes atteintes de VIH ou IST 	

N 0 : 2	Titre/auteurs/pays/année	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument de mesure/intervention	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/recommandations
	<p>Titre: Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Female Sex Workers in Hong Kong</p> <p>Auteurs : Horas T.H Wong, Krystal C.K. Lee and Denise P.C. Chan</p> <p>Date : Avril 2015</p> <p>Ethique: the Joint Chinese University of Hong Kong–New Territories East Cluster Clinical Research Ethics Committee.</p>	<p>Population : 340 travailleuses du sexe. Les TdS travaillant dans des clubs (n=146), les maisons closes (n=72), les rues (n=68) et les salons de massage (n=54)</p> <p>Cratères d'inclusion: Les TdS qui ont reçu un traitement antibiotique au cours des 3 dernières semaines.</p> <p>Type d'étude: Une étude transversale, interventionnelle (test VIH, Syphilis et gonorrhée), qualitative et quantitative</p> <p>But de l'étude: Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence des IST (chlamydia, gonorrhée) chez les TdS indoor et outdoor. Le deuxième but aussi de comprendre les facteurs favorisant d'un rapport oral sans protection. Les comportements à risque des TdS.</p>	<p>Méthode/instruments de mesure:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dépistages réalisés par des infirmières pour les IST et VIH. -Questionnaires sur les caractéristiques démographiques, les risques de transmission oro-génitale et symptômes des IST, les habitudes de travail, les pratiques sexuelles et l'utilisation de préservatifs avec les clients. <p>Intervention</p> <p>Distribution de questionnaires et réalisation des dépistages.</p>	<p>- 44,4% des TdS ont déjà subi des dépistages pour le VIH. 45% pour les IST et seulement 4,7% pour les IST du pharynx.</p> <p>Durant l'étude, 133 TdS (39,1%) sont infectés par une IST génitale. L'étude montre que les TdS dans les maisons closes sont plus au courant des risques d'une fellation porte un préservatif 65,7% alors que les TdS dans la rue 44,2%. Les TdS utilisent systématiquement des préservatifs pour les rapports alors que seulement 37,1% utilisent des préservatifs pour les rapports sexuels orales.</p>	<p>Other factors, such as unpleasant taste of condoms and lack of negotiation skills in condom use may also contribute to low condom use rate, although these factors were not explored in this study.¹⁷</p> <p>Echantillonnage biaisé, les TdS ont été choisis dans le même lieu donc peut être mêmes pratiques</p> <p>Type d'étude n'est pas précisé</p>	

Titre/auteurs/pays/année	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument de mesure/intervention	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/recommandations
<p>N o : 3</p> <p>Titre : HIV awareness and safe sexual behaviors among female sex workers in Kathmandu valley of Nepal. Auteurs : Sampurna Kaichapati, Nirmla Gautam, Khagendra Prakash KC, and Bir Bahadur Rawal. Date : 2018, Kathmandu, une vallée du Nepal Ethique: Approuvé par le Nepal Health Research Council.</p>	<p>Population : 2093 TdS en Kathmandu de 2006 à 2015. Critères d'inclusion: femme de plus de 16 ans qui ont reporté avoir été payé contre des rapports sexuels dans les derniers 6 mois. Type d'étude: Etude de cas, étude qualitative But de l'étude: évaluer plusieurs items: la connaissance du HIV, les pratiques « safe sex » afin d'évaluer les facteurs/comportements à risque</p>	<p>Méthode/ Instruments de mesure: Questionnaire rempli durant un entretien Intervention Entretiens</p>	<p>- Les Tds ayant eu une éducation secondaire et visité un drop in center (consulté dans un centre spécial) dans l'année précédente avaient plus de connaissances au sujet du HIV. - Les Tds ayant utilisé systématiquement un préservatif avec leur partenaires non payants avaient fait un HIV test, rencontré des éducateurs et consulté dans la dernière année et avaient la plus grande chance d'utiliser un préservatif avec leur clients. - L'étude montre que malheureusement, une bonne connaissance du VIH ne se traduisait pas forcément par des comportements adéquats (protection, refus des rapports à risque)</p>	<p>- Échantillonnage non précisé. -L'étude se focalise que sur les TdS indoor -Etude transversale et pas longitudinale - Pas d'intervention -Pas de valeur sur le nombre de personnes atteintes de VIH ou IST Pas de questions au sujet de l'état psychologique qui pourrait influencer leur comportements</p>	

Titre/auteurs/pays/année	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument mesure/intervention	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/recommandations
<p>N 0 : 4</p> <p>Titre: Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases.</p> <p>Auteurs: Dallas Swendeman a, Ishika Basu b, Sankari Das b, Sinarajit Jana b, Mary Jane Rotheram-Borus (2009)</p> <p>Pays: Inde, Kolkata</p>	<p>Population : Travailleuses du sexe participantes au programme d'empowerment (n=110 (Sonagachi) VS les autres (n = 106)</p> <p>Critères d'inclusion: échantillonnage aléatoire à deux degrés dans 2 établissements (indoor) de la ville (n = 110 personnes dans chaque établissement), invitées à participer aux évaluations en</p> <p>Type d'étude: Étude de cohorte, transversale</p> <p>But de l'étude: Évaluer l'empowerment des travailleuses et l'impact de celui-ci sur les comportements à risque, et donc les IST/le HIV.</p>	<p>Méthode/ Instruments de mesure: une étude quasi expérimentale de 2000-2001 dans deux villes rurales dans le bengal sans aucun contact avec le programme d'empowerment. Les travailleuses du sexe ont été sélectionnées au moyen d'un échantillonnage aléatoire à deux degrés dans 2 établissements (indoor) de la ville (n = 110 personnes dans chaque établissement), invitées à participer aux évaluations en donnant leur consentement éclairé. Elles ont été conviées à trois entretiens de suivi sur 16 mois.</p>	<p>1) Une meilleure connaissance des MST et de l'utilisation des préservatifs, maintien de la perception du risque de MST / VIH malgré l'utilisation de préservatif</p> <p>2) Changement de la perception du travail du sexe en tant que travail valide, par conséquent l'augmentation du nombre de TdS qui énoncent leur métier lors de consultations</p> <p>3) l'amélioration des compétences en matière de négociations sexuelles et sur le lieu de travail, traduite par un refus accru, la prise de décision concernant l'utilisation de préservatifs et la capacité de changer de contrat de travail, mais pas la capacité de prendre un congé;</p>	<p>La difficulté de mesure de l'empowerment</p>	

		<p>4) Augmentation du soutien social en augmentant les interactions sociales en dehors du travail, la participation aux fonctions sociales et en aidant les autres travailleurs du sexe;</p> <p>5) ont éliminé les obstacles environnementaux liés aux vulnérabilités économiques en augmentant l'épargne et le revenu alternatif, mais ne travaillant pas ailleurs, en réduisant les emprunts. Les résultats de cette étude démontrent que, par rapport aux seuls services cliniques et de prévention à diffusion restreinte, les stratégies d'autonomisation peuvent avoir un impact significatif sur une gamme plus large de facteurs permettant de réduire la vulnérabilité au VIH / MST.</p>	
--	--	---	--

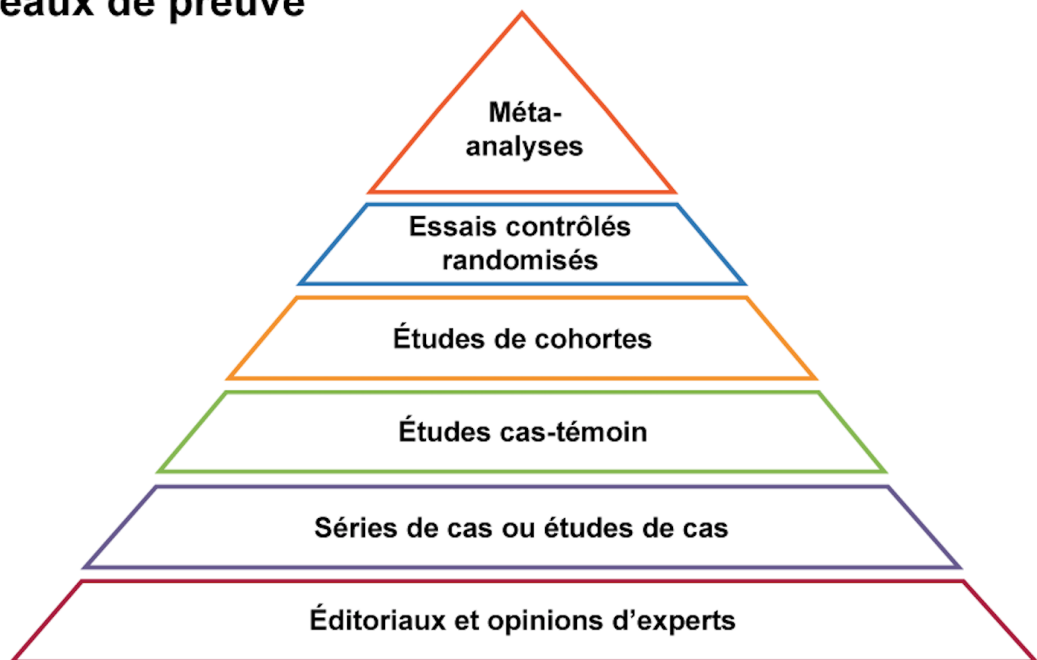
N o : 5	Titre/ auteurs/pays/l'année	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument de mesure ou de collecte de données	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/recommandations
	<p>Titre : Greater risk for more money: the economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa .</p> <p>Auteurs : Gavin George, Siphumelele Nene, Sean Beckett, Dick Durevall, Annika Lindskog & Kaymarin Govender</p> <p>Date : 07 Janvier 2019.</p> <p>Ethic: University of KwaZulu-Natal Biomedical Research Ethics committee (Ethical clearance reference number: BE368/17).</p>	<p>Population : 36 TdS, dont 1/3 hommes, 2 transgenre</p> <p>Critères d'inclusion: Auto identification en tant que TdS, + 18ans, ne pas être sous influence d'alcool ou de drogues durant l'entretien, être consentante pour participer.</p> <p>Type d'étude: Quantitative et qualitative</p> <p>But de l'étude: L'impact des ressources économiques sur l'utilisation du préservatif, et sur les comportements sexuels à risque</p>	<p>Méthode/ Instruments de mesure: Entretiens individuels semi structurés + questionnaires</p>	<p>Le manque de ressources économique influence les pratiques sexuelles. Elles sont amenées à avoir des pratiques sans préservatif pour gagner plus d'argent.</p>	<p>- Peu de TdS</p> <p>- Envie des TdS de répondre des choses socialement désirables</p> <p>- Résultats peu représentatifs</p> <p>- Limite méthodologique: non décrite comme mixte. Utilisation conjointe de procédures qualitative et quantitatives. Si c'est mixte les données doivent être intégrés (dans un cadre théorique par exemple)</p>	<p>- Utiliser un échantillon plus large.</p> <p>- Coût du préservatif?</p>

Titre/auteurs/pays/année/ Considération éthique	Population/type d'étude/but	Méthode/instrument mesure/intervention	Résultats principaux	Limites de l'étude	Commentaires/ recommandations
<p>N o : 6</p> <p>Titre: Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Auteurs : Stéphanie Locicero, Marie-Louise Ernst, Thomas Simonson, Raphaël Bize Date : 2016</p> <p>Ethique: dérogation faite car l'étude n'entre pas dans les critères de la recherche sur l'être Humain.</p>	<p>Population : n=379 TS. La population de TS interrogé-e-s est composée en grande majorité de femmes (92.0%) mais aussi d'hommes (3.8%) et de personnes transgenres MtOF (3.6%). Les TS interviewé-e-s ont entre 19 et 67 ans avec une moyenne d'âge de 33.5 ans. Une stratification par classes d'âge montre que 18.7% des TS ont moins de 25 ans. Critères d'inclusion: ayant 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels en échange d'argent au cours des douze mois précédents l'enquête en Suisse. Type d'étude: Etude mixte</p> <p>But de l'étude: améliorer les connaissances relatives aux besoins de cette population en situation vulnérable et de contribuer ainsi à une plus grande équité d'accès à l'information et à des mesures de prévention adaptées</p>	<p>Méthode/ Instruments de mesure: Keysurvey® (questionnaire en ligne sécurisé). Il était disponible en sept langues : français, allemand, anglais, portugais, espagnol, roumain et hongrois. Ce qui était évalué dans l'article: Données socio-démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, nationalité(s), statut légal (type de permis), canton d'exercice du travail du sexe) • Perception de l'état de santé général (question de l'Enquête Suisse sur la Santé 2012) • Accès aux services de santé et de prévention ; • Conditions d'exercice du travail du sexe : raison(s) de l'entrée dans ce métier, lieu de contact avec les clients ; • Comportements sexuels et protection : avec les clients (fréquence des rapports sexuels,</p>	<p>76.8% des TdS savent où s'adresser pour faire un test VIH. 51.3% ont été en contact avec une personne faisant de la prévention de la santé au cours des 12 derniers mois. Accès au matériel gratuit pour 73.4% des TdS.</p>	<p>- Pas de TdS du tessin alors que c'est un canton avec un nombre important de TdS. Car questionnaire non traduit en italien. - Enquêteur qui connaît la TdS > réponse socialement acceptable. Envie de faire plaisir.</p>	

			<p>usage du préservatif selon les pratiques, dernier rapport sexuel (tarifé) et le partenaire stable ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances sur le VIH/virus du Sida ; • Recours au test VIH (au cours de la vie, durant les douze derniers mois, résultat du test, traitement antirétroviral, raisons du non dépistage) ; • La prophylaxie post exposition (PEP) ; en avoir entendu parler et avoir eu une prescription ; • Les infections sexuellement transmissibles (IST) autre que le VIH; connaissances, dépistage au cours des douze derniers mois, diagnostics positifs ; • Violences physiques subies • Consommation de substances au cours des douze derniers mois. <p>Intervention : aucune</p>		
--	--	--	---	--	--

8.2 Tableau niveau de preuve :

Niveaux de preuve



Tiré de : EUPATI, (2019)