

**Travail de Bachelor**

**TITRE**

Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe

Revue de la littérature

Réalisé par : Romaine Salamin

Promotion : Bachelor 12

Sous la direction de : Chris Schoepf

Lieu et date : **Sion, le 13 juillet 2016**

## 1 Résumé

En santé communautaire, les travailleuses du sexe sont considérées comme un groupe vulnérable car ces personnes présentent plus de risques que la population générale de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST).

Cette revue de la littérature a pour but d'identifier et d'analyser les différents facteurs influençant les comportements sexuels à risque afin d'envisager des propositions de prévention primaire et secondaire luttant contre la survenue d'infections sexuellement transmissibles. En effet, si les comportements sexuels sont plus adaptés, la fréquence de contracter des IST pourrait diminuer.

Seules les travailleuses du sexe âgées de 16 ans et plus ont été incluses dans cette revue de la littérature en raison de leur majorité sexuelle.

Les six articles de recherche empirique ont tous été sélectionnés sur la base de données Cinhal bien que différentes ressources électroniques (BDSP, Cochrane Library, Joanna Briggs Institute) aient aussi été consultées.

L'analyse des recherches met en évidence le fait que les mesures préventives mises en place par les professionnels de la santé nécessiteraient des ajustements. Les facteurs favorisant la survenue de comportements sexuels à risque sont : les rapports sexuels non protégés, les croyances erronées des travailleuses du sexe envers les IST ainsi que l'apparence des clients, la situation socio-économique et culturelle ainsi que les jugements des différents soignants. Ces derniers points, à leur tour, augmentent le risque de contracter et/ou de propager des IST.

Mots-clés : travailleuses du sexe, prévention, infections sexuellement transmissibles, comportement sexuel.

## **2 Remerciements**

Je tiens à remercier Madame Schoepf, qui s'est montrée disponible et surtout d'un grand soutien tout au long de la réalisation de ce travail ainsi qu'à Madame Wehrli de l'association Aspasia, qui m'a accordé un chaleureux entretien.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue tout au long de l'élaboration de cette revue de la littérature et m'ont permis de surmonter différentes difficultés.

### 3 Déclaration

*« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.*

*L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.*

*De plus l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.*

*L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».*

Lieu et date : Sion, le 13 juillet 2016

---

Signature

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Résumé .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Déclaration .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
4.1	Situation générale .....	1
4.2	Situation sociale .....	2
4.3	Situation professionnelle .....	2
4.4	Problématique .....	2
4.5	Question de recherche .....	3
4.6	But de la recherche et objectifs de la revue de la littérature .....	3
<b>5</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>5</b>
5.1.1	Définitions de la prostitution et des travailleuses du sexe .....	5
5.1.2	Différentes pratiques et typologies des travailleuses du sexe .....	5
5.1.3	Les facteurs de vulnérabilité .....	5
5.1.4	Au niveau politique .....	6
5.2	Les infections sexuellement transmissibles (IST) .....	7
5.2.1	Les facteurs amplifiant la survenue des IST .....	7
5.2.2	L'utilisation de certains médicaments .....	9
5.3	Prévention .....	10
5.3.1	Types de prévention .....	11
5.3.2	Les principales associations en Suisse .....	11
<b>6</b>	<b>Méthode .....</b>	<b>15</b>
6.1	Devis de recherche .....	15
6.2	Collecte des données .....	15
6.3	Sélection des données .....	17
6.3.1	Les critères d'inclusion .....	17
6.3.2	Les critères d'exclusion .....	17
6.3.3	Considérations éthiques .....	17
6.3.4	Analyse des données .....	17
<b>7</b>	<b>Les Résultats .....</b>	<b>19</b>
7.1	Description de l'étude 1 .....	19

7.1.1	Validité méthodologique .....	20
7.1.2	Pertinence clinique .....	20
7.1.3	Utilité pour la pratique professionnelle .....	21
7.2	Description de l'étude 2 .....	21
7.2.1	Validité méthodologique .....	23
7.2.2	Pertinence clinique .....	24
7.2.3	Utilité pour la pratique professionnelle .....	24
7.3	Description de l'étude 3 .....	24
7.3.1	Validité méthodologique .....	26
7.3.2	Pertinence clinique .....	26
7.3.3	Utilité pour la pratique professionnelle .....	27
7.4	Description de l'étude 4 .....	27
7.4.1	Validité méthodologique .....	28
7.4.2	Pertinence clinique .....	29
7.4.3	Pertinence pour la pratique professionnelle.....	29
7.5	Description de l'étude 5 .....	30
7.5.1	Validité méthodologique .....	31
7.5.2	Pertinence clinique .....	32
7.5.3	Pertinence pour la pratique professionnelle.....	32
7.6	Description de l'étude 6 .....	32
7.6.1	Validité méthodologique .....	33
7.6.2	Pertinence clinique .....	34
7.6.3	Pertinence pour la pratique professionnelle.....	34
<b>8</b>	<b>Synthèse des principaux résultats .....</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>36</b>
9.1	Discussion des résultats .....	36
9.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	38
9.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	40
<b>10</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>41</b>
10.1	Proposition pour la pratique.....	41
10.1.1	Personne.....	41
10.1.2	Santé.....	42
10.1.3	Environnement.....	42
10.1.4	Soins .....	43
10.2	Proposition pour la formation.....	43

10.3	Proposition pour la recherche.....	44
<b>11</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>45</b>
11.1	Etudes.....	45
11.2	Articles .....	45
11.3	Ouvrage .....	46
11.4	Cyberographie .....	46
11.5	Archive .....	47
<b>12</b>	<b>Annexe I : définitions méthodologiques.....</b>	<b>48</b>
<b>13</b>	<b>Annexe II: liste des abréviations.....</b>	<b>50</b>
<b>14</b>	<b>Annexe III: tableaux récapitulatifs des différentes IST chez la femme .....</b>	<b>51</b>
<b>15</b>	<b>Annexe III: (suite).....</b>	<b>52</b>
<b>16</b>	<b>Annexe IV: pyramide des preuves.....</b>	<b>53</b>
<b>17</b>	<b>Annexe V: les tableaux de recension .....</b>	<b>54</b>

## 4 Introduction

### 4.1 Situation générale

Selon L'Organisation mondiale de la santé (OMS), 40 millions de femmes dans le monde seraient actives sur le marché du sexe. (Organisation Mondiale de la Santé, 2012, résumé d'orientation.)

En Suisse, on estime entre 13'000 et 20'000 le nombre de travailleuses du sexe (TdS), réparties principalement dans quatre villes importantes : Genève, Zurich, Lausanne et Fribourg. Il est difficile d'apporter des chiffres plus précis car il n'y a pas assez d'études qui se sont intéressées à cette population. De plus, une grande partie des TdS sont migrantes et sans papier. Sur ces 20'000 TdS, 80% sont migrantes et viennent principalement d'Europe orientale, des pays baltes et d'Afrique subsaharienne. On estime également à 350'000 le nombre d'hommes suisses faisant appel aux services de prostituées au moins une fois par année. (Swiss Aids News, 2014, VIH et travail du sexe.)

En Valais, 1700 femmes s'adonnent à la prostitution. Cette pratique a été recensée par la police cantonale dans près de 90 lieux. Toutefois, ce milieu « *marginalisé* »<sup>1</sup> est souvent « *invisible* » voire « *ignoré* ». De plus, la prostitution de rue est interdite dans le canton. Certaines TdS viennent des pays de l'est et ont un permis de travail limité à 90 jours. Une fois le délai écoulé, elles retournent dans leur pays d'origine. Il est donc difficile de les identifier. (Le Temps, 2013, prostituées ignorées en Valais.)

On peut qualifier la profession de véritable marché du sexe car elle rapporte au pays une moyenne de 3.5 milliards de francs par année, soit deux fois plus que l'industrie chocolatière. (Fondation Scelles, 2015, la prostitution.)

Bien que ce métier se pratique depuis des siècles, il reste encore au centre de nombreux débats. La Suisse se trouve entre deux pôles : réglementariste et abolitionniste. L'abolitionnisme considère la prostitution comme une violation des droits de l'homme car selon ce mouvement, personne ne peut choisir volontairement ce métier. Contrairement à l'abolitionnisme, le réglementarisme reconnaît la prostitution comme une activité professionnelle mais vise tout de même à réglementer administrativement l'exercice. Actuellement un débat traite de cette question:

Est-il nécessaire d'établir des lois et des règlements spécifiques à la prostitution ? Si oui, lesquels et pourquoi? Au niveau fédéral ou cantonal? Ou bien faut-il faire en sorte que les travailleuses et travailleurs du sexe bénéficient d'un statut qui les soumet aux

---

<sup>1</sup> Dans ce contexte précis, le mot est à entendre dans le sens « d'une marginalisation sociale d'individus » ne correspondant pas aux classes dominantes d'une société donnée.



mêmes droits et devoirs que tous les professionnels et citoyens, sans traitement particulier? (Sexwork & Procoré, 2015, législation du travail du sexe.)

## **4.2 Situation sociale**

Les TdS sont aujourd'hui encore associées à des discriminations qui datent de plusieurs siècles, telles que la débauche sociale, la criminalisation et plus particulièrement l'immoralité. Ce n'est seulement dans les années 1980 qu'est apparu le terme « sex worker » (travailleuse du sexe) en Amérique, soit une nouvelle dénomination pour améliorer les perceptions sociales et faire reconnaître la prostitution comme un métier. A l'heure actuelle, des associations soutiennent les TdS en contrant ces préjugés et en leur faisant valoir des droits comme dans tout autre métier. Comme le relate Jacqueline Comte, « il s'agit d'actes entre adultes consentants et ne produisant aucune victime » (Comte, 2010, p. 425).

## **4.3 Situation professionnelle**

Les travailleuses du sexe constituent une population qualifiée de vulnérable en raison des situations économiques, environnementales, sanitaires, sociales et légales ainsi que des conditions de travail pouvant être dangereuses et difficiles (lesquelles seront explicitées en détail ci-dessous dans le cadre théorique). Ce travail de recherche prendra plus particulièrement en considération les facteurs de vulnérabilité sanitaire et principalement la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) / HIV. Contrairement à la population générale, les TdS courent un risque 13.5 fois plus élevé d'être contaminées par le HIV ou des IST. (OMS, 2012. Considérations générales)

Selon la banque de données mondiale, la prévalence du HIV s'élèverait à 37% en Afrique subsaharienne, 10.9% en Europe orientale, 6.1% en Amérique latine, 5.2% en Asie, 1.7% au Moyen-Orient et Afrique du Nord, et enfin 1.6% en Europe occidentale et centrale. (Swiss Aids News, 2014, travail du sexe et VIH)

La santé publique de France met en avant une augmentation des IST entre 2012 et 2014. Bien que la syphilis ait quasiment disparu en 2000, elle aurait augmenté d'environ 50%. (Le Monde, 2016, le retour en force des infections sexuellement transmissibles)

## **4.4 Problématique**

De nombreuses associations telles qu'Aspasie ou Fleur De Pavé réalisent des actions de prévention primaire et secondaire auprès des TdS. Elles se rendent sur le terrain, dans des salons et des maisons closes. Des bus de nuit sont même proposés dans certaines régions romandes comme Lausanne et Genève pour offrir un espace de parole, de dé-

tente ainsi qu'un lieu de prévention avec notamment la distribution gratuite de préservatifs.

En Valais, aucune permanence de nuit n'est présente exclusivement pour les TdS. Cependant, l'association Antenne Sida met en avant le programme de prévention "Belladonna" pour les TdS. Des médiatrices rencontrent les personnes, les informent, leur donnent des préservatifs gratuitement et les écoutent. (Antenne Sida, 2011, Belladonna)

Les différentes associations travaillent en interdisciplinarité. Elles collaborent pour la plupart avec des infirmières, des médecins, des médiateurs, des assistants sociaux, des secrétaires, des comptables et des coordinateurs. Cependant, il serait intéressant de cibler plus spécifiquement le rôle propre (autonome) de l'infirmière auprès des TdS ainsi que sa contribution significative dans les programmes de prévention primaire et secondaire des IST.

La difficulté sanitaire principale est la suivante : de nombreux clients réclament des rapports sexuels sans préservatif et proposent en échange une rémunération plus élevée pour leur non-utilisation. Beaucoup de TdS sont confrontées à des situations économiques difficiles, ce qui rend la proposition de leurs clients attrayante. A ce problème s'ajoute parfois un manque de connaissance sur des pratiques sexuelles sécuritaires et à moindre risque (utilisation du préservatif, consultation du gynécologue lors de démanagements génitaux). (Swiss Aids News, 2014, sans filet et sans capote)

Dans ce contexte ambigu, comment faire pencher la balance décisionnelle des TdS lorsque l'abandon de méthodes contraceptives est contrebalancé par la perspective d'une meilleure situation financière?

#### **4.5 Question de recherche**

Comment l'infirmière peut-elle prévenir la survenue des IST auprès des travailleuses du sexe ?

#### **4.6 But de la recherche et objectifs de la revue de la littérature**

Cette recherche permettrait de développer et d'acquérir différentes connaissances et compétences pour protéger cette population vulnérable. Car les travailleuses du sexe sont hautement touchées par le risque d'être contaminées par des IST. Elles risquent à leur tour de contaminer leurs clients, qui deviennent alors eux-mêmes des individus potentiellement vecteurs de transmission d'IST.

Les objectifs prioritaires de cette revue de la littérature sont présentés ci-dessous:

- Identifier et analyser les facteurs de vulnérabilité des travailleuses du sexe
- Mettre en relation les IST avec les différents comportements sexuels à risque
- Identifier des propositions pouvant renforcer la prévention primaire et secondaire auprès des travailleuses du sexe ayant des comportements sexuels à risque

## 5 Cadre théorique

### 5.1.1 Définitions de la prostitution et des travailleuses du sexe

L'Organisation mondiale de la santé définit les travailleuses du sexe comme des personnes de sexe féminin ou transsexuelles qui, en échange d'argent, pratiquent des activités sexuelles régulières ou occasionnelles. (OMS, 2012, définition)

A cette définition s'ajoute une notion plus législative qui définit la prostitution comme « les actes dans lesquels il y a un toucher aux organes génitaux dans le but de les stimuler sexuellement, que ce toucher soit manuel, oral ou par pénétration, en vue d'un gain financier ou matériel » (Comte, 2010, p.426).

Quant à Grisélidis Real, prostituée et écrivaine suisse de notoriété publique, ayant lutté tout au long de sa vie pour le « droit » des travailleuses du sexe, définit la prostitution à partir de son expérience: « C'est comme un art, un humanisme et une science si elle est pratiquée dans de bonnes conditions ». (RTS, 2011, archives)

### 5.1.2 Différentes pratiques et typologies des travailleuses du sexe

Il existe deux sortes d'activités liées à la prostitution : la pratique intérieure (traduite de l'anglais *indoor*), qui regroupe les hôtels, les salons de massage, les cabarets et les maisons closes ; et la pratique extérieure (traduite de l'anglais *outdoor*), qui se réfère à la prostitution de rue. Les TdS constituent un groupe hétérogène. Ce dernier comprend des femmes ayant choisi délibérément cette profession et d'autres pour qui le choix a été fait à leur place (Ansermet-Pagot et al., 2011, p.1430).

### 5.1.3 Les facteurs de vulnérabilité

Les TdS sont une population de femmes vulnérables, et ce pour différentes raisons : elles sont jugées pour leur profession, qui déplaît à la société et aux mœurs prônées (crime, débauche, immoralité). Les différents stigmates qui leur sont associés font d'elles des victimes, laissant ressentir un profond sentiment de honte (Comte, 2010, p.426).

Pour pallier ce rejet de la société, certaines TdS ne dévoileront jamais leur profession. Les situations médicales ne sont, elles, pas optimales, et la création d'une alliance thérapeutique peut être compromise en raison de la peur du jugement. Certaines n'iront pas consulter de médecin. Pourtant, dans les règles du sexe à moindre risque il est recommandé de consulter en cas de démangeaisons ou de suspicion d'infection (Ansermet-Pagot et al., 2011, p.1430). L'OMS définit ce point comme une recommandation : « Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services accessibles et accep-

tables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé ». (OMS, 2012, récapitulatif des recommandations)

Certaines TdS craignent les différents risques émotionnels liés à leur profession. Elles ont peur que leurs pratiques soient découvertes par leurs proches ignorant tout de la situation. Elles redoutent le fait de ne pas parvenir à séparer vie professionnelle et vie privée. Certaines ont mis en place une démarcation physique, comme le port du préservatif avec les clients. D'autres utilisent plutôt une démarcation symbolique comme le refus de s'impliquer émotionnellement avec le client ou de différencier les pratiques sexuelles avec le client et le partenaire stable. Malgré ces méthodes, certaines TdS n'arrivent pas à établir cette frontière. Elles préfèrent renoncer à toute histoire sentimentale pendant qu'elles exercent la prostitution. Elles ressentent souvent un sentiment d'insécurité et de non-contrôle. Par conséquent, les burnout, les dépressions, les tentatives de suicide et les troubles de stress post-traumatiques sont plus élevés que dans la population générale. (Sexwork, S.d., troubles psychiques)

Bien que le port du préservatif à chaque rapport soit vivement conseillé, il n'est pas systématiquement utilisé. Un grand nombre de clients proposent des prestations financières bien plus importantes pour des rapports sexuels sans protection. La violence de certains clients peut être un frein important dans la réalisation de rapports sans risque. Effrayées par la réaction de certains clients, certaines TdS préfèrent ne pas insister lorsqu'il s'agit de leur demander de se protéger. De plus, toutes les TdS ne pratiquent pas leur activité dans des lieux sécurisés. Certaines TdS ont déclaré avoir eu des relations sexuelles entre deux voitures ou encore derrière une maison. Le risque de se faire contaminer par des clients et de les contaminer à leur tour ne fera qu'augmenter. (Swiss Aids News, 2014 sans filet et sans capote)

De plus le nombre important de partenaires sexuels augmente fortement le risque de contracter des IST. Un article de presse a relevé que certaines femmes réaliseraient jusqu'à 30 passes par nuit. (24 heures, 2012, les prostituées ont jusqu'à 30 clients par nuit)

#### **5.1.4 Au niveau politique**

Selon le droit pénal suisse:

La prostitution ne figure donc pas au rang des professions, mais aucune base légale ne considère l'exercice de la prostitution comme une infraction en tant que telle. Deux personnes majeures et consentantes peuvent donc échanger librement un service sexuel contre une rémunération (bien matériel et/ou argent), à la condition que la personne prostituée exerce cette activité de manière indépendante et sans pression ou

contrainte de la part d'autrui. Cette activité demeure cependant selon le Tribunal fédéral «contraire aux bonnes mœurs même s'il n'en a pas nécessairement tiré les conséquences juridiques dans tous les domaines » (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2008, p.12).

Selon la loi de l'application du code pénal datant du 14 septembre 2006:

La prostitution de rue est interdite dans les lieux suivants : rues ayant un caractère prépondérant d'habitation, arrêts de transports publics, parcs publics ainsi qu'aux alentours des lieux de culte, écoles et hôpitaux. Par ailleurs, les communes ont la compétence de réglementer les lieux, heures et modes d'exercice de la prostitution, et d'édicter des dispositions afin d'éviter les manifestations secondaires fâcheuses découlant de l'exercice de la prostitution (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2008, p.78).

En ce qui concerne le canton du Valais, il n'y a pas de disposition légale concernant la prostitution. Toute personne qui s'adonne à la prostitution a l'obligation de s'annoncer à la police cantonale. Par ailleurs, c'est le premier canton romand qui a aboli l'obtention d'un permis de séjour aux danseuses de cabaret provenant d'Etats tiers. Cette loi a été rédigée pour lutter contre la traite humaine et la prostitution forcée car ces femmes sont souvent dans une extrême vulnérabilité (Bugnon, G., Chimienti, M.& Chiquet,L., 2008, p.78).

## **5.2 Les infections sexuellement transmissibles (IST)**

Ce travail n'a pas pour but d'expliquer en détail chaque IST. Elles seront traitées de manière synthétique car elles peuvent toutes se contracter lors de rapports sexuels (annexe III).

### **5.2.1 Les facteurs amplifiant la survenue des IST**

#### **5.2.1.1 Facteurs biologiques**

Les femmes sont davantage susceptibles de contracter une IST que les hommes. Lors de rapports hétérosexuels, la contamination d'un homme à une femme peut être jusqu'à quatre fois plus élevée qu'une contamination d'une femme à un homme. La muqueuse exposée aux différentes infections est plus importante que celle des hommes. De plus, la paroi vaginale augmente les voies d'entrée aux infections et virus. La concentration en virus est plus importante dans le sperme et ce dernier est en contact pendant plusieurs jours dans le vagin. Les jeunes filles sont encore plus susceptibles de contracter un virus ou une infection en raison de l'immaturité de l'utérus et de leur faible quantité de mu-

queuse. Les différentes périodes du cycle génital ont également leur importance. La ménopause, les menstruations, l'accouchement ainsi que la période qui suit l'accouchement, augmentent le risque de contamination. Par exemple, à la ménopause, le vagin est moins lubrifié et la paroi interne est plus fine. Lors des rapports sexuels, la muqueuse est susceptible de se déchirer et offre ainsi une porte d'entrée aux agents pathogènes (Fener & Criton, 2007, p. 5).

La contraction d'IST augmente jusqu'à 10 fois le risque de contracter par la suite le VIH. De plus, beaucoup de femmes sont asymptomatiques et c'est par la découverte d'une infection qu'elles apprennent leur séropositivité (Fener & Criton, 2007, p.6).

La typologie des rapports a également son importance. Les rapports sexuels violents comme le sadomasochisme peuvent entraîner des saignements et des déchirures facilitant également une contamination. De plus, certaines pratiques sexuelles comportent plus de risques que d'autres. Par exemple, la pénétration anale est plus dangereuse car il y a un risque d'échange avec les matières fécales. La non-lubrification de l'anus augmente le risque de déchirures et de lésions. (<http://espacep.be/guideclient.pdf>)

Les TdS se protégeraient plus systématiquement lors des relations anales que lors de pénétrations vaginales. Quant aux pratiques oro-génitales fréquemment non-protégées, elles demeurent actuellement un challenge pour la prévention. (Sexwork, S.d., infections sexuellement transmissibles)

Le vagin a un degré d'acidité élevé (pH entre 3.8 et 4.2). Cette acidité a pour but de combattre les bactéries. Certaines prostituées ont mis en place une méthode hygiénique : *la douche vaginale* après chaque client. Cette mesure, qui modifie l'acidité vaginale, peut considérablement augmenter le risque de contracter des IST. Il est plutôt conseillé de rincer l'extérieur du vagin avec de l'eau tiède. (InfoSexWork, S.d., travailleuses du sexe)

#### **5.2.1.2 Les méthodes contraceptives**

L'utilisation de contraceptifs hormonaux peut également être un facteur de contamination. Elle augmente le risque d'ectopies cervicales ainsi que des modifications de l'immunité humorale et immunitaire, la provocation de saignements irréguliers et l'amincissement de l'épithélium vaginal. De nombreuses études ont effectué des recherches sur l'existence d'un lien entre contraceptifs et infections au VIH. Les résultats sont très divergents (Fener & Criton, 2007, p.22).

L'utilisation du préservatif, qu'il soit masculin ou féminin (Femidom), semble être un bon moyen de protection contre les différentes IST, à condition qu'il n'y ait pas eu de déchirure ou de glissement (Fener & Criton, 2007, p.30). L'Aide Suisse contre le sida préconise

d'utiliser uniquement des préservatifs qui ont le label "OK". Ce dernier garantit la qualité et la sécurité du produit. (AIDS, S.d., projet)

Pour des conditions d'utilisation adéquate, il est important de prendre en compte la date de péremption ainsi que l'état général de l'emballage. Ces produits doivent être conservés à l'abri de la chaleur. Le préservatif doit être jeté après chaque utilisation. Il est recommandé d'utiliser un lubrifiant prévu à cet effet et de ne pas utiliser d'autres matières grasses comme du beurre ou de la vaseline. Le préservatif doit être changé lors de pratiques sexuelles anales/vaginales. (Planning familial, S.d., préservatif masculin.)

## **5.2.2 L'utilisation de certains médicaments**

Les immunosuppresseurs (corticoïdes, antiviraux) ont pour but de diminuer le système de défense immunitaire. Ils ont un rôle important dans les maladies auto-immunitaires lors de la réalisation de greffes et de transplantations. Ils ont pour actions principales de bloquer la maturation, la prolifération et la migration des lymphocytes T. De ce fait, le système immunitaire devient déficient. En conséquence, le risque de contracter une infection est augmenté. (Assim, 2012, immunosuppresseurs)

### **5.2.2.1 Facteurs culturels**

Certaines cultures africaines ont développé des mesures qui assèchent le vagin et qui permettraient d'augmenter les sensations du partenaire masculin lors de la pénétration sexuelle. Selon leur culture, une femme " asséchée " procure plus de plaisir aux hommes. Parmi ces mesures, il existe: des plantes, des tissus, du gros sel, du gingembre ainsi que le dépôt de certaines pierres reconnues pour leur action absorbante. Mais ces mesures peuvent provoquer des inflammations ainsi que des déchirures qui sont des portes ouvertes aux IST (Fener & Criton, 2007, p.32).

La douche vaginale est aussi une pratique fréquemment utilisée chez les TdS, qui utilisent cette méthode s'il y a une rupture du préservatif afin d'éliminer le sperme présent à l'intérieur du vagin.

Un autre facteur important de cette catégorie se rapporte à l'éducation. On y inclut également la scolarisation, qui permet aux jeunes filles de développer leur esprit critique sur des situations à risque. Cependant, certains pays d'Afrique n'ont pas un bon accès à l'enseignement. Par conséquent, d'importantes lacunes en santé sexuelle sont mises en évidence. Deux tiers des femmes sont incapables de citer au moins 3 méthodes de prévention pour contrer le VIH. De plus, de nombreux préjugés associent une bonne apparence physique à une bonne santé (Fener & Criton, 2007, p.33).

Différentes pratiques culturelles sont également qualifiées de dangereuses. Dans certaines cultures il existe encore des mutilations sexuelles effectuées avec des instruments



non-stériles. De plus, certaines femmes victimes de ces mesures sont réticentes à l'idée d'avoir des rapports et sont ensuite victimes de violence. Certains mythes africains mettent en avant l'importance de la virginité avant le mariage. Les femmes s'adonnent parfois par la suite à des pratiques à risque. De plus, la maternité est reconnue dans certaines cultures comme valorisante voire comme un idéal. L'utilisation de contraceptifs lors des rapports est entravée (Fener & Criton, 2007, p.34).

#### **5.2.2.2 Facteurs sociaux**

Les femmes n'ont pas un statut égal à celui des hommes dans de nombreux pays, principalement dans les pays en voie de développement. Cet écart est principalement présent au niveau salarial et sanitaire. Il est par exemple difficile pour une femme d'avoir accès aux traitements dans certains pays de par l'éloignement de certains centres de soins ou par peur de représailles en cas d'infections ou de maladie comme le VIH. De ce fait, certaines femmes n'ont pas accès aux soins requis et ne bénéficient pas de l'aide nécessaire. De plus, l'image de la femme qui est véhiculée à travers la publicité et les différents médias les associe régulièrement à des objets de possession, au pouvoir de séduction et souvent encore aux tâches ménagères (Fener & Criton, 2007, p.36).

#### **5.2.2.3 Facteurs économiques et juridiques**

Dans certains pays, les femmes n'ont pas les mêmes droits juridiques que les hommes. Elles acquièrent souvent des biens en se mariant mais tout leur est repris s'il y a rupture de l'union. En Egypte par exemple, s'il y a une procédure de divorce, l'ancienne épouse a deux choix : soit elle demande un divorce pour faute et elle doit vivre des années dans l'incertitude économique, soit elle demande un divorce sans faute. De ce fait, la sentence est rapide mais elle renonce à tous ses droits financiers. Sans ressources financières, certaines femmes s'adonnent à la prostitution (Fener & Criton, 2007, p.38).

#### **5.2.2.4 L'utilisation de drogue**

Certaines personnes n'ont pas les moyens de se procurer des seringues stériles. De ce fait, le taux de contamination aux IST est plus important que la population générale. Certaines femmes pauvres en manque de stupéfiant se sentent impuissantes à négocier des rapports protégés et priorisent le besoin d'argent. De plus, les drogués accroissent les comportements sexuels à risque (Fener & Criton, 2007, p.39).

### **5.3 Prévention**

Ce travail de recherche fera un focus sur la prévention primaire et secondaire développée ci-après.

### **5.3.1 Types de prévention**

La prévention primaire a pour but de diminuer l'incidence d'une maladie sur une population (Brignon, 2007, p. 3-7). Elle peut s'appliquer aux facteurs de risque comme par exemple la cigarette ou l'obésité. Elle englobe les différentes mesures et interventions mises en place pour contrer les maladies ou les blessures. Elle s'applique aux différents facteurs de causalité, ce qui rejoint en un sens la promotion de la santé. A ne pas confondre avec cette dernière qui cible les capacités mises en place pour améliorer la santé. La prévention primaire inclut autant les efforts individuels que ceux déployés à l'échelle communautaire. Pour qu'un programme de prévention réussisse, il est primordial d'identifier un facteur de risque modifiable ainsi que la façon de le changer. (Université canadienne, 2014, prévention)

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie sur une population (Brignon, 2007, p.3-7). Elle recherche donc à déceler la maladie avant l'apparition des premiers symptômes pour ralentir ou arrêter sa propagation. Le dépistage a donc une place centrale dans la prévention secondaire. Ce procédé peut s'utiliser avec rapidité et peut se déployer à grande échelle. Il permet de déceler des maladies ainsi que des malformations qui passeraient inaperçues. Ce type de prévention est utilisé quand le premier a échoué. (Université canadienne, 2014, prévention)

La prévention tertiaire a pour but de diminuer la prévalence des incapacités chroniques au sein d'une population (Brignon, 2007, p. 3-7). Elle désigne les interventions qui visent l'arrêt de la progression de la maladie ainsi que le contrôle des différentes répercussions. Elle est très utilisée dans le domaine de la réadaptation. (Université canadienne, 2014, prévention)

Dans la suite de ce travail, le dernier type de prévention ne sera pas pris en considération car il cible des actions préventives qui ont pour but de diminuer la prévalence des IST et non les répercussions de ces dernières.

### **5.3.2 Les principales associations en Suisse**

Dans certaines grandes villes suisses, il existe des associations qui prennent en charge des TdS. ProCoRé est un site, un réseau suisse qui défend les intérêts des TdS. Il met en évidence les différentes associations, les cadres juridiques et les risques pour la santé. La prévention devrait être holistique et comporte des points essentiels comme le non juge-

ment, l'inclusion des TdS dans leur projet de développement des compétences individuelles et interpersonnelles, l'adaptation du projet au contexte local, la mise en avant des structures d'accueil, la priorité aux éducatrices paires, la relation avec des structures comme la police, l'inclusion des cliniques pour qu'il y ait une responsabilisation globale. (Sexwork, S.d, santé)

On y trouve un nombre important de cantons. Cependant, le Valais n'y apparaît pas. L'Antenne Sida du Valais romand a un programme de prévention nommé « Belladona ». Des médiateurs rencontrent des TdS et leur proposent une écoute, distribuent du matériel et donnent des informations. (Antenne Sida, 2011, Belladona)

A Lausanne, l'association se nomme Fleur de Pavé. Elle est constituée d'acteurs médico-sociaux et d'ex-prostitués. Elle comprend une commission juridique qui assure les domaines politiques, juridiques et administratifs pour améliorer la protection ainsi que les informations données aux TdS. Leur action sur la prévention des IST s'intitule "Femmes aux Pieds Nus" et s'adresse spécifiquement aux TdS. La méthode se base sur la prévention par les pairs. Les collaboratrices parlent différentes langues. Elles se déplacent dans différents établissements du canton de Vaud tous les lundis sur rendez-vous. Elles mettent à disposition du matériel ainsi que des brochures disponibles en plusieurs langues. Une permanence est toujours présente dans les bureaux où des entretiens préservant l'anonymat et la confidentialité peuvent se dérouler. Un bus est présent dans la ville du lundi au vendredi de 22h à 2h et est tenu par deux intervenantes. Des boissons ainsi que du matériel tel que des préservatifs, du lubrifiant ainsi que des seringues stériles sont distribués gratuitement. En plus d'avoir un rôle de conseil dans la prévention, ces bus permettent d'échanger, de partager des moments de convivialité et de sécurité ainsi que d'échanger des expériences. (Fleur de Pavé, 2014, missions et moyens)

Dans le canton de Genève, l'association Aspasia a été créée en 1982 par des TdS et leurs proches. Elle défend les droits des TdS et leur offre du soutien, un accueil ainsi que des actions préventives. Aspasia travaille en association avec " Boulevard ", qui est une permanence de bus de nuit qui offre des prestations similaires que l'association Fleur de Pavé. Elle s'occupe de la prévention extra-murale (outdoor). Pour la prostitution destinée au terrain (indoor), il s'agit " d'Aspasia prévention migrantes " (APM), qui diffuse des messages de prévention et fait la correspondance avec Aspasia. Ce sont principalement des médiatrices culturelles travaillant dans le milieu du sexe qui sont actrices de ces actions. Elles ont été formées par une coordinatrice infirmière. Leur slogan: *Informer les professionnelles du sexe pour soutenir leur autonomie afin que leurs décisions soient toujours*

*éclairées*. Elles informent et expliquent principalement quelles sont les méthodes pour se protéger des IST, les lieux qui proposent des vaccins gratuits ainsi que des tests de dépistage, les contraceptifs pouvant être utilisés, l'accès aux lieux de soins, les conditions pour exercer la prostitution en Suisse ainsi que la prévention de la violence.

L'action APM est menée conjointement par des associations réparties dans 17 régions de Suisse. Le Valais est inclus par l'intermédiaire de l'association Aide Suisse contre le Sida. Les 17 coordinatrices se réunissent jusqu'à 3 fois par année pour établir un bilan et élaborer des améliorations nationales identifiées par les besoins des terrains. Des actions de prévention sont également menées chez les travailleuses du sexe. (Aspasie, 2012, prévention)

Une entrevue avec une professionnelle en santé communautaire pour Aspasie met en évidence certains éléments. L'association est mandatée par le médecin cantonal. Elle doit envoyer un "tableau de bord" qui analyse les différents terrains rencontrés. L'analyse se centre sur la structure, les facteurs de risque, les origines des TdS ainsi que les nouvelles participantes, les IST, les mesures préventives utilisées et celles mises en place par le terrain. Les deux types de prévention utilisés sont primaires et secondaires et ont comme objectif prioritaire d'éviter que les TdS reproduisent des comportements sexuels à risque. L'analyse relève l'importance de travailler en réseau (la police, des associations, les hôpitaux, les médecins proposant des dépistages à prix préférentiels et des espaces qui proposent une prévention sur l'usage de la drogue). Sur les terrains, 8 points principaux sont abordés: la présentation de l'association, comment se protéger efficacement, la présentation des différentes IST, l'hygiène intime, les assurances maladies, les droits et devoirs, la violence, les abus de substances et la traite humaine. En général, les TdS sont très réceptives au message car elles se reconnaissent à travers la présentatrice. Elles peuvent mettre en pratique ce qui a été appris. Cependant, les proxénètes peuvent entraver la prévention par leur présence.

Les objectifs futurs seraient de proposer des cours sur les pratiques sexuelles sans risque aux TdS femmes mais également aux clients ainsi que des tests de dépistage gratuits et en continu. Il est également essentiel de mettre en place des objectifs qui soient réalisables.

L'infirmière a un rôle dans la prévention. Lors de l'anamnèse, il faudrait inclure le nombre de partenaires sexuels. S'il y en a plus de 6, il est dès lors possible de se questionner sur des facteurs de vulnérabilité.

Elle pense qu'il serait préférable d'amener le sujet par une question comme " Combien de chéris avez-vous ? " car les femmes y répondraient plus facilement. (M. Wehrli, communication personnelle [Entretien], 28 mai 2015)

Il existe depuis 2011 le projet Don Juan, soutenu par Aide Suisse contre le Sida (AIDS) qui s'adresse aux clients des TdS. Cette action a pour but de diminuer les IST en réactivant des connaissances et en sensibilisant les rapports avec les femmes. Un matériel de prévention composé d'affiches, de brochures et de préservatifs est distribué aux clients, qui deviennent ainsi des acteurs de prévention. (DonJuan, 2015, sexe)

Suite à des plaintes de professionnelles du sexe tarifé sur les pratiques sexuelles dangereuses, le groupe de travail "Fairsexwork" a été créé depuis 2009. Il est composé de TdS, de professionnels de la prévention, de propriétaires de salon de massage, des publicitaires du sexe tarifé ainsi que de clients. Il met en avant des recommandations essentielles présentées ci-dessous :

- Une juste répartition des bénéfices
- Les TdS choisissent les prestations sexuelles qu'elles fournissent et doivent être au courant des risques de chacune.
- Pour éviter une contamination d'IST, il est impératif de n'avoir aucun contact buccal avec du sperme.
- Le préservatif doit être utilisé continuellement lors de fellation et de pénétration anale ou vaginale.
- Il est proscrit de faire un cunnilingus lors des menstruations et pas d'anulingus sans utiliser une digue dentaire.
- Il est fortement déconseillé de faire des baisers profonds.
- Il est fortement conseillé de se faire vacciner contre l'hépatite B
- Il est recommandé de faire un dépistage VIH et IST (hépatite B, syphilis, gonorrhée, chlamydia) tous les 6 mois et après une situation à risque.
- Les salons de massages devraient accueillir des équipes de prévention. (Aspasie, 2012, règles SafeSex)

## **6 Méthode**

### **6.1 Devis de recherche**

L'élaboration de ce travail de recherche a été réalisée principalement avec deux études qualitatives s'insérant dans le paradigme naturaliste, ainsi que deux études quantitatives positivistes et deux études mixtes avec une composante majeure qualitative. Parmi ces six études, seules trois sont disciplinaires. En effet, compte tenu de la spécificité de la problématique explorée dans cette revue de la littérature, il a été difficile de recenser d'autres études disciplinaires. Cependant, les données probantes issues de ces recherches empiriques ont permis d'apporter des éclairages pertinents à la question de recherche.

### **6.2 Collecte des données**

Pour identifier les études, un important travail de recherches et de questionnements a été effectué à travers des lectures, des médias, ainsi que des archives. Par la suite, de nombreux mails ont été envoyés à différents professionnels du terrain comprenant : des infirmières des centres SIPE (Sierre, Sion, Martigny), la responsable d'Antenne Sida et une infirmière de l'association Aspasia dont une entrevue a été réalisée le 28 mai 2015.

Les bases de données ont été sollicitées depuis le 1er juin 2014 jusqu'à novembre 2015. Les ressources électroniques proposées par la médiathèque santé et utilisées pour cette revue de la littérature sont: BDSP, Cochrane Library, Cinhal, Joanna Briggs Institute. Mais la majorité s'est révélée insatisfaisante par rapport aux différentes attentes de cette revue de la littérature.

Toutes les études dans le domaine de la prostitution ont été réalisées dans des pays non européens car aucune recherche traitant de cette problématique en Europe et en Suisse n'a été trouvée.

Différents mots-clés ont été utilisés afin de rassembler et de relever le plus grand nombre d'études. Le traducteur "MeSH" a été utilisé pour les mots clés "nursing research" et "prevention". Les équations de recherche avec leurs opérateurs booléens sont indiquées dans le tableau suivant.

Mots-clés français	Mots-clés anglais	Opérateurs booléens	Bases de données	Nombre études retenues / nombre études trouvées
« Travailleuses du sexe » « Prévention »	« Female sex workers or prostitute » « Prevention »	"and"	Cinhal	3/22
« Travailleuses du sexe » « Prévention » « Recherche en soins infirmiers »	« Sex workers or prostitute » « Prevention » « Nursing research »	"and"	Cinhal	3/30
« Travailleuses du sexe » « Prévention » « Recherche en soins infirmiers »	« Sex workers or prostitute » « Prevention » « Nursing research »	"et"	BDSP	0/0
« Prostituée » « Prévention »	« Prostitute » « Prevention »	"et"	BDSP	0/0
« Travailleuses du sexe » « Prévention » « Recherche en soins infirmiers »	« Sex workers or prostitute » « Prevention » « Nursing research »	"and"	Cochrane Library	0/0
« Travailleuses du sexe » « Prévention »	« Sex workers or prostitute » « Prevention »	"and"	Cochrane Library	0/4
« Travailleuses du sexe » « Prévention » « Recherche en soins infirmiers »	« Sex workers or prostitute » « Prevention » « Nursing research »	"et"	Joanna Briggs Institute	0/0
« Travailleuses du sexe » « Prévention »	« Sex workers or prostitute » « Prevention »	"et"	Joanna Briggs Institute	0/0

### **6.3 Sélection des données**

Dans une première exploration d'écrits, le critère « full text » et « continental Europe » ont été déterminants pour l'inclusion des différentes études. Par la suite, ils ont été désélectionnés afin de permettre un plus grand choix. Tous les articles indisponibles en format PDF sur les ressources mentionnées ont été finalement trouvés sur « Google Scholar ».

#### **6.3.1 Les critères d'inclusion**

Etudes publiées durant les cinq dernières années

Les études primaires

Langue française et anglaise

Les travailleuses du sexe

Âge adulte

Toute région confondue

#### **6.3.2 Les critères d'exclusion**

Les études publiées il y a plus de 5 ans

Les revues de la littérature, méta-analyse, méta-synthèse

Les autres langues

Les travailleurs du sexe et transgenres

Suite à la formulation des critères d'inclusion et d'exclusion, seules 3 recherches empiriques réalisées par des infirmières ont pu être identifiées sur les bases de données.

12 études répondant aux critères d'inclusion n'ont pas été retenues car elles présentaient différents biais ou failles méthodologiques dont la non-validation des études par un comité d'éthique, des études réalisées par intérêts, une bibliographie insatisfaisante.

#### **6.3.3 Considérations éthiques**

Durant l'entière réalisation de ce travail de Bachelor, aucun plagiat n'a été fait. Toutes les données recueillies ont été référencées selon les normes APA 6.0.

Un comité d'éthique a donné son consentement pour toutes les études retenues. Toutes les participantes étaient volontaires. Deux études mettent en avant le fait qu'il n'y avait aucun conflit d'intérêts.

#### **6.3.4 Analyse des données**

Les différentes études ont été choisies dans le but de répondre à la problématique. Des tableaux de recension se trouvant en annexe ont été rédigés pour permettre l'analyse des



données. Cette dernière a été réalisée étude par étude en prenant en considération leur validité méthodologique ainsi que la pertinence clinique de leurs résultats et leur utilité pour la pratique professionnelle. La pyramide des preuves ayant permis de situer les études analysées se trouve en annexe numéro IV.

Auteurs principaux	Titres	Années	Base de données	Niveau de preuve
Olga María López-Entrambasaguas, Cayetano Fernández-Sola, and José Granero-Molina,	Perception of HIV Prevention Programs Among Ayoreo Sex Workers in Bolivia	2014	Cinhal	3
Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto, Larissa Doddi Marcelino, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Vera Lúcia Mores Rall, Márcia Guimarães da Silva, Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Characteristics of a population of sex workers and their association with the presence of sexually transmitted diseases	2011	Cinhal	6
Olga M Lopez-Entrambasaguas, Jose Granero-Molina and Cayetano Fernandez-Sola	An ethnographic study of HIV/AIDS among Ayoreo sex workers: cultural factors and risk perception	2013	Cinhal	3
Laxmi Ghimire, W. Cairns S. Smith, Edwin R. van Teijlingen, Rashmi Dahal and Nagendra P. Luitel	Reasons for non- use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal	2011	Cinhal	3
Zhang Youchun , Jane D. Brown , Kathryn E. Muessig , Feng Xianxiang, He Wenzhen	Sexual Health Knowledge and Health Practices of Female Sex Workers in Liuzhou, China, Differ by Size of Venue	2014	Cinhal	3
Wenlong Gao , Zhiqiang li , Hong Yan, Duolao Wang , Ying Li , Shaonong dang and Xiaowei Qiao	Preventive measures against sexually transmitted infections among female sex workers in Lanzhou, China	2012	Cinhal	6

## 7 Les Résultats

### 7.1 Description de l'étude 1

Gao, W., Li, Z., Yan, H., Wang, D., Li, Y., Dang, S., & Qiao, X. (2012). Preventive measures against sexually transmitted infections among female sex workers in Lanzhou, China. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 44(5), 374-380.

Cette étude quantitative se déroule à Lanzhou, en Chine. Elle traite des mesures utilisées principalement chez les travailleuses du sexe afin de prévenir les infections sexuellement transmissibles. Les chercheurs ont ciblé 3 mesures principales utilisées en majorité par les TdS : la douche vaginale, les antibiotiques oraux prophylactiques et les perfusions d'antibiotiques intraveineuses.

Ce sont 350 prostituées qui ont été interrogées, toutes âgées de plus de 16 ans. Elles ont répondu à un questionnaire qui évalue les caractéristiques démographiques (âge, résidence, statut, niveau d'éducation...) et comportementales (utilisation de préservatifs avec leur client, partenaire, TdS traitées pour des IST antérieurement). Des prélèvements sanguins et cervicaux ont été réalisés. Toutes les TdS ont été classées selon trois groupes en fonction de leur niveau de rémunération : haut, moyen et bas.

L'analyse de cette étude établit des liens entre les 3 mesures préventives utilisées, les caractéristiques des TdS ainsi que les résultats des prélèvements pour détecter des IST ou des inflammations cervicales et vaginales. Elle cible principalement les effets combinés des mesures préventives sur la fréquence des IST et les autres inflammations.

Les résultats de l'étude indiquent que sur les 350 TdS interrogées, 167 font parties de la catégorie de rémunération haute, 148 font partie de la catégorie moyenne et 67 de la catégorie basse. Parmi elles, 72% ont recours à la douche vaginale, 35% à des perfusions d'antibiotiques (supérieure dans la catégorie haute) et 36% aux antibiotiques prophylactiques oraux (supérieure dans la catégorie moyenne).

Les différentes mesures utilisées ont un impact sur le comportement. L'utilisation des antibiotiques oraux diminuerait l'utilisation des préservatifs car les femmes se sentiraient « protégées » contrairement aux perfusions intraveineuses qui auraient tendance à l'augmenter car elles seraient plus informées sur les comportements sexuels à risque. La douche vaginale a pour principales conséquences le risque d'une colonisation bactérienne, ainsi que d'une fragilité de la flore vaginale, qui peut augmenter les risques de contracter des IST.

En conclusion, les 3 mesures préventives utilisées ne diminuent pas les IST, au contraire, elles augmentent les infections vaginales et cervicales qui à leur tour augmentent les risques de contracter une infection. Elles devraient donc être informées par des stratégies préventives appropriées pour réduire l'incidence.

### **7.1.1 Validité méthodologique**

Cette étude est descriptive, non-expérimentale. Elle ne représente donc pas un niveau de preuve élevé. Cependant, la valeur P est inférieure à 0.05 sur la totalité des variables analysées. Les différentes catégories de préventions/traitements qui y sont analysées sont significatives car elles ont une valeur P qui se situe entre 0.05 et 0.001. Cette étude est donc significative, malgré sa valeur analytique basse.

L'échantillon sélectionné est représentatif de la population car les scientifiques ont interrogé des TdS de trois catégories de revenus différents selon leur lieu de travail; haut, moyen et bas. Les TdS sélectionnées représentent un grand échantillon car elles sont plus de 350. Afin de garantir la qualité de l'échantillon, une pré-enquête visant à déterminer les catégories qui seront analysées a eu lieu au début de l'étude. Néanmoins, les différents établissements abritant les TdS ont été sélectionnés grâce à une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifiée. Toutefois, l'étude n'indique pas si les femmes ont aussi été sélectionnées de manière aléatoire.

Les questionnaires utilisés par les chercheurs sont décrits comme ayant été standardisés. Cependant, ils ne sont pas présentés ou expliqués dans l'étude, ce qui ne nous permet pas de juger de la validité de ces instruments de récolte de données.

Le test chi-carré a été utilisé pour comparer l'impact des différentes variables dépendantes dont la douche vaginale, les antibiotiques intraveineux ainsi que les antibiotiques prophylactiques oraux à l'intérieur des trois groupes sélectionnés. De plus, un modèle de régression logistique a été utilisé pour prédire et expliquer les différentes modalités des trois variables (douche vaginale, ATB...)

Il est nécessaire de spécifier qu'un comité d'éthique a approuvé l'étude.

Les résultats mentionnés sont généralisables à l'ensemble de la population de la Chine. Mais elles ne sont pas transférables dans un pays occidental de par la différence de culture.

### **7.1.2 Pertinence clinique**

Les résultats sont pertinents au niveau clinique pour cette ville mais ils ne sont pas généralisables pour la population mondiale comme expliqué ci-dessus. Cette étude a relevé les 3 principales mesures préventives utilisées par les TdS en lien avec la fréquence des IST. Il a été mis en évidence que ces différentes méthodes ont plutôt tendance à augmen-

ter le risque de contracter une IST ou une infection génitale. Elles encourageraient une utilisation non régulière du port du préservatif et augmenteraient ainsi les comportements sexuels à risque.

### 7.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Bien que cette étude ne soit pas généralisable à la population générale, elle peut donner des indications en matière de prévention car les méthodes préventives expliquées précédemment sont également utilisées en Suisse. Le personnel infirmier pourrait cibler davantage la prévention sur les répercussions négatives de la douche vaginale ainsi que sur les comportements sexuels à risque. Les résultats de cette recherche mettent en évidence un manque d'information.

## 7.2 Description de l'étude 2

Youchun, Z., Brown, J. D., Muessig, K. E., Xianxiang, F., & Wenzhen, H. (2014). Sexual health knowledge and health practices of female sex workers in Liuzhou, China, differ by size of venue. *AIDS and Behavior*, 18(2), 162-170

Cette étude de type mixte avec une composante majeure qualitative traite des connaissances en matière de santé et de pratiques sexuelles chez les travailleuses du sexe en Liuzhou. Les chercheurs ont identifié à la base 205 TdS qui s'étaient rendues auparavant dans un centre médico-social de la ville. Les auteurs se sont ensuite rendus dans 492 établissements dans le but de trouver au moins 15 prostituées par catégorie. Ces 3 divisions se réfèrent au nombre d'employées par lieu de travail:

- petit: moins de 10 TdS
- moyen: moins de 20 TdS
- grand: plus de 20 TdS

Au final, c'est un échantillon de 48 femmes qui ont participé à cette étude, toutes âgées de plus de 16 ans et se prostituant depuis au moins une année soit: 16 de la catégorie grande, 17 de la catégorie moyenne, 15 de la catégorie petite et 7 qui ont refusé la participation. Le recrutement a duré jusqu'à saturation des participantes.

Par la suite, un questionnaire semi-structuré a été réalisé, comportant différents items: l'âge, le niveau d'éducation, l'origine, l'état civil, les enfants, les connaissances du VIH et d'où viennent leurs connaissances, l'utilisation du préservatif, les raisons de refus du port du préservatif, l'utilisation de protections lors des rapports avec leur partenaire/mari.

Pour répondre à ce questionnaire, des entretiens semi-structurés d'une durée approximative de 2 heures se sont déroulés à l'endroit choisi par les participantes. Les réponses ont

été enregistrées pour 37 femmes, sinon des notes ont été prises lors des entrevues. Une TdS était illettrée. Le questionnaire lui a donc été lu et rempli par un chercheur. Pour éviter d'importants biais et garantir une qualité des données, des co-enquêteurs étaient présents pendant les questionnaires et les retranscriptions.

Dans un second temps, avec l'accord des employeurs, les scientifiques ont pu se rendre dans les lieux de travail pour observer l'environnement. Ils ont fait des observations audio-descriptives concernant la relation entre TdS-patron et TdS-client, et l'état des lieux de manière générale.

L'analyse des données a été réalisée par un processus de consensus itératif. Des codes se rapportent aux différentes citations transcrites pour être ensuite développés par des thèmes.

Les résultats de cet article de recherche indiquent que la majorité des TdS :

- sont âgées de plus de 27 ans
- savaient lire et écrire
- n'étaient pas originaires de la ville
- étaient célibataires et sans enfant
- ont des connaissances sur le VIH issues des travailleurs sociaux
- toutes les TdS ont utilisé des préservatifs avec les clients dans les derniers mois
- une minorité de TdS utilisent des préservatifs avec leur compagnon

La raison principale de la non-utilisation du préservatif est la familiarité avec le client.

Selon l'étude, les TdS des petits établissements ont peu d'enseignement. Elles sont moins bien payées que les deux autres catégories. Elles sont embarrassées et apeurées de demander le port du préservatif au client. De plus, ce dernier offre une meilleure rémunération si l'acte est réalisé sans protection. Pour des raisons économiques, il est plus important d'avoir une contraception afin d'éviter un éventuel avortement coûteux contre le risque de contracter des IST. Ces lieux sont généralement déguisés en salon de massage et de coiffure et offre uniquement des prestations sexuelles.

Les TdS des établissements de taille moyenne sont mieux rémunérées et offrent également des massages ou de simples rencontres dans leur prestation.

La dernière catégorie se réfère souvent aux boîtes de nuit. Les femmes sont mieux informées et exigent le port du préservatif. Elles ont moins d'heures de travail et sont attentives aux pratiques sexuelles sans risque. Elles ont une bonne entente avec leur employeur qui intervient en cas de nécessité. Elles osent refuser un client si elles ont des doutes. Pour certaines, si le client a une belle apparence physique et semble propre, il n'est pas considéré comme client "à risque". Elles consultent facilement un professionnel de la santé si elles en ressentent le besoin.

La quasi-totalité des participantes ne se protège pas avec leurs compagnons respectifs car elles craignent qu'ils s'interrogent sur leur activité. Elles associent le préservatif à une "barrière" dans leur intimité de couple.

Il y a deux autres méthodes préventives qui sont utilisées. La plus pratiquée est la douche vaginale avant ou après le rapport sexuel, qui leur donne l'impression de "tuer les microbes et d'éliminer le sperme". La seconde se réfère aux antibiotiques oraux avant ou après l'acte. Dans cette étude, 18 TdS utiliseraient cette méthode.

En conclusion, malgré le fait que les TdS connaissent les principes de base d'une bonne santé sexuelle, peu ont des rapports protégés réguliers. De plus, parmi les 31 TdS qui avaient un partenaire fixe, deux utilisaient régulièrement le préservatif.

### 7.2.1 Validité méthodologique

Cette étude mixte avec devis transversal présente une composante majeure qualitative. L'échantillon est représentatif de la population car les chercheurs ont interrogé des TdS de catégories différentes réparties selon le nombre d'employées par établissement. Suite à une consultation avec un centre médico-social qui met en évidence 492 établissements, ils en ont choisi aléatoirement 15. Pour recruter les participantes, la méthode de l'échantillonnage de type "boule de neige" a été utilisée. Cette étude se compose au final de 48 TdS. Les participantes ont toutes donné leur consentement pour participer à l'étude. Toutefois, un biais financé est présent car les participantes bénéficiaient d'une rémunération de 80 RMB (environ 7.50 francs suisses) bien que ce ne soit pas une somme considérable.

Pour garantir une qualité dans la collecte des données, les chercheurs ont triangulé avec 2 méthodes principales. D'abord par des entretiens semi-structurés réalisés par des intervieweurs qui ont appris à mener des entretiens. Les données ont été récoltées par des prises de notes mais aussi par des enregistrements audio pour 37 participantes. Dans un second temps, des observations semi-structurées ont été réalisées sur les lieux de prostitution. Les données ont été récoltées par des descriptions audio-enregistrées. Les données ont été récoltées jusqu'à saturation. Les chercheurs ne mettent pas en évidence si les outils d'enregistrement ont été pré-testés.

La qualité de la retranscription des données ainsi que la collecte des données ont été garantie par deux co-enquêteurs présents. Cependant, il n'est pas spécifié si deux enquêteurs étaient présents lors des entretiens ou si les deux menaient des entretiens séparés. Dans ce dernier cas de figure, la récolte des données pourrait être biaisée. Cela pourrait avoir un impact sur la crédibilité.

L'analyse des données a été guidée par une approche théorique de Denzin "l'interactionnisme interprétatif". Les enquêteurs ont d'abord lu les transcriptions puis ils les ont traduites de manière qualitative en tableau.

Les résultats sont transposables car les catégories mises en évidence sont très similaires dans notre pays. Les mesures préventives ainsi que les raisons de refus du préservatif par le client existent également chez nous. Un comité d'éthique a donné son aval pour la réalisation de cette étude.

### 7.2.2 Pertinence clinique

Un des chercheurs travaille dans le centre de contrôle des maladies de la ville de Liuzhou. De ce fait, il connaît les caractéristiques associées au contexte dans lequel évoluent les TdS.

### 7.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude permet de mettre en évidence des problématiques telles que la douche vaginale, le risque d'automédication par l'utilisation des antibiotiques oraux, les raisons d'une non-protection, des idées préconçues ; ainsi que d'autres facteurs de vulnérabilité comme la pauvreté, l'inégalité de genre et le manque de responsabilisation. Ces résultats peuvent conduire à des pistes pouvant améliorer la prévention comme des enseignements avec une communication spécifique.

## 7.3 Description de l'étude 3

Ghimire, L., Smith, W. C. S., van Teijlingen, E. R., Dahal, R., & Luitel, N. P. (2011). Reasons for non-use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. *BMC women's health*, 11(1), 42.

Cet article de recherche népalais mixte avec une composante majeure qualitative identifie les différentes raisons qui entravent l'utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe en lien avec le concept d'auto-efficacité. A la base, une enquête a été réalisée par les scientifiques. Ils ont sélectionné 425 TdS âgées entre 15 et 34 ans qui se prostituent depuis au moins 6 mois avant le début de cette recherche. Puis, elles ont été interviewées à l'aide d'un questionnaire quantitatif pour aboutir à un sous-échantillon de 25 TdS. La saturation théorique a été atteinte à la fin de la 15<sup>ème</sup> interview.

Pour récolter les données, les chercheurs ont préparé un calendrier d'entretien en intégrant les sujets à traiter avec quelques questions d'investigation. Cette liste a été rédigée en anglais dans un premier temps, puis traduite en népalais. Les sujets d'entretien incluent: la connaissance et l'utilisation du préservatif, les activités sexuelles et les compor-

tements protecteurs, les partenaires potentiels, le harcèlement sexuel, les comportements sexuels à risque en lien avec les clients et les partenaires. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement éclairé écrit et oral des 15 participantes. Trois prostituées (non incluses dans l'échantillon) avaient refusé de participer car des informations personnelles avaient été médiatisées antérieurement. Les participantes pouvaient choisir la date, l'heure et l'endroit de l'entretien qui durait entre 2 et 5 heures mais les auteurs ne précisent pas cette différence de temps. Pour faciliter les rapports, des visites antérieures ont été réalisées avec les différentes TdS. Les entretiens de conduite ont permis aux participantes de parler librement de certains items non sélectionnés à la liste de base. La confidentialité des informations recueillies a été maintenue en supprimant tous les identifiants personnels.

L'analyse des données a été réalisée manuellement par la lecture. Deux autres auteurs ont réalisé la transcription des données ainsi que l'analyse thématique. Un comité d'éthique népalais (NHRC) a donné son approbation pour cette recherche.

Les principaux résultats de cette étude soulignent le fait que parmi les participantes : 6 sont mariées, 5 sont séparées, 3 sont célibataires et une est veuve. Elles sont toutes âgées entre 19 et 42 ans. La majorité se situe entre 22 et 30 ans. Toutes les TdS ont prétendu connaître et utiliser le préservatif. Après quelques questions plus précises, 11 d'entre elles ne s'étaient pas protégées durant leurs derniers rapports. La raison principale est due au refus des clients, qui prétendent avoir moins de sensations et donc moins de plaisir. En général, les prestations sont payées antérieurement auprès de l'employeur. Les TdS n'ont d'autres choix que de satisfaire les attentes du client. Selon l'étude, certaines participantes craignent de perdre leur client si elles demandent des rapports protégés. Certains hommes affirment ne pas avoir le VIH mais elles n'ont aucune preuve de cela.

L'article soulève également que la prise de décision pour des rapports sans risque est faite pour 6 TdS par elles-mêmes, pour 3 TdS par leur client et pour 6 TdS par le client et par elles-mêmes. Une des participantes a relaté que son mari était atteint du VIH mais que comme elle n'était pas contaminée, elle n'avait pas besoin de se protéger.

Une autre raison de cette non-utilisation est liée à des raisons économiques. Certaines ont peur de perdre leur travail et donc de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de leur famille. La plupart des clients paient bien plus si le préservatif n'est pas utilisé. Si le client n'est pas satisfait, il ira voir une autre TdS qui acceptera ses demandes. Par ailleurs, la familiarité est une troisième raison de non-protection. De plus, des participantes ont relaté s'être prises d'affection pour des clients. Si le prestataire semble riche, bien habillé ou "propre", certaines ne ressentent pas la nécessité d'utiliser un préservatif.



Enfin, la prostitution est illégale au Népal. Si la police trouve des préservatifs dans le sac des TdS, elles deviennent suspectes et subissent un interrogatoire. Elles peuvent être punies pénalement.

En conclusion, les TdS étaient fortement vulnérables en raison d'une auto-efficacité basse pour leur santé. La pauvreté, l'inégalité de genre, un statut social bas, un manque de responsabilisation diminuent la capacité d'agir sur l'utilisation du préservatif. Les interventions qui combinent la solidarité communautaire et l'action gouvernementale seraient efficaces dans la réduction des risques. Il faudrait mettre en œuvre la responsabilisation des TdS, une éducation ciblée, des programmes de communication et d'informations pour les services de santé pour permettre des changements politiques.

### **7.3.1 Validité méthodologique**

Cette étude mixte au devis longitudinal a une composante majeure qualitative.

Cette recherche a sélectionné un échantillon de 15 TdS parmi les 425 sélectionnées. La petite taille de l'échantillon fait qu'il n'est pas représentatif de la population.

L'étude s'est déroulée en deux parties. La première étant basée sur un questionnaire individuel quantitatif structuré. La deuxième est constituée d'entretiens semi-structurés qualitatifs qui ont été menés jusqu'à la saturation des données.

Les données ont été récoltées par des enregistrements audio. Il est spécifié que toutes les données enregistrées ont été faites de manière confidentielle et que toutes les informations personnelles des TdS ayant participé à l'étude ont été effacées afin de garantir leur anonymat. Cependant, les chercheurs indiquent à la fin de l'étude que certaines des participantes ont peut-être falsifié leurs réponses car il a déjà été vu que dans une recherche de ce type, leurs informations aient été dévoilées aux médias. Certaines réponses peuvent donc être biaisées par la crainte des participantes.

Les participantes ont toutes donné leur consentement éclairé écrit et oral à la participation de l'étude. Un comité d'éthique a également donné son approbation pour cette recherche et les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Les résultats ne peuvent pas être généralisés car contrairement au Népal, la prostitution est légale dans notre pays. D'autre part, plusieurs des raisons citées concernant la non-utilisation régulière des préservatifs peuvent être transposées en Suisse.

### **7.3.2 Pertinence clinique**

Deux des auteurs ont réalisé leurs études universitaires en médecine et en psychologie au Népal. Ils sont donc bien informés de la situation des TdS. Mais la situation au Népal

est bien différente car la prostitution est illégale, et les hommes sont reconnus comme supérieurs. Cette recherche n'est donc pas pertinente cliniquement.

### 7.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Pour la pratique professionnelle, cette étude n'est pas disciplinaire. Mais elle permet de mettre en évidence certaines fausses croyances comme la contamination du VIH, l'apparence physique des clients qui serait garante ou non d'une bonne santé ou encore la familiarité qui les poussent à des comportements sexuels à risque. Cela permettrait aux infirmières de cibler certaines informations en matière de prévention.

## 7.4 Description de l'étude 4

López-Entrambasaguas, O. M., Granero-Molina, J., & Fernández-Sola, C. (2013). An ethnographic study of HIV/AIDS among Ayoreo sex workers: cultural factors and risk perception. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3337-3348.

Cet article de recherche ethnographique traite de la perception des risques et des facteurs culturels auprès des travailleuses du sexe d'Ayoreo. Les scientifiques sont entrés en contact avec 8 informateurs clés (en utilisant la méthode « la boule de neige »). Ces 8 participants ont informé différentes TdS au sujet de cette étude. A la base, 9 femmes ont accepté de participer à cette recherche. Suite au meurtre d'une TdS non-incluse dans l'échantillon, la collecte des données a été suspendue et c'est au final 4 TdS qui ont participé à l'étude.

Les données ont été collectées entre novembre et décembre 2011. Pour y parvenir les chercheurs se sont concentrés sur une observation en trois phases : descriptive, localisée et sélective. Ils allaient sur les terrains et observaient pendant une durée moyenne de 6 heures. Ces étapes se concentraient sur l'environnement physique des TdS, leurs activités, leurs comportements et leurs attitudes.

Par la suite, des entretiens se sont déroulés pour les informateurs clés pendant environ une heure. Pour les quatre participantes, l'entrevue était organisée en fonction de leur disponibilité et leur préférence de l'emplacement. Ils duraient entre 15 et 30 minutes avec une question d'ordre général portant sur la signification du VIH pour les participantes. Toutes les informations ont été enregistrées avec l'accord de tous les sujets en préservant l'anonymat.

Une analyse inductive des données a été utilisée pour faciliter l'émergence des thèmes principaux. Les scientifiques ont analysé les interviews et les différentes observations comme un ensemble à l'aide du logiciel « Atlas. Ti ». La rigueur méthodologique a été

évaluée à chaque phase de l'étude. Les données observées n'ont pas été analysées avant les entretiens dans le but de garantir l'objectivité. Tous les chercheurs ont travaillé ensemble pour vérifier la fiabilité des codages.

Les résultats mettent en évidence quatre thématiques importantes:

#### La culture sexuelle et reproductive

Elle est influencée par la situation précaire de la plupart des jeunes. Plusieurs sont orphelins. Comme la maturité sexuelle est fixée à 14 ans, certaines débutent la prostitution très précocement.

#### L'attitude autour des IST/ VIH

Les médecins privilégient les informations écrites plutôt qu'orales, donc très peu de patientes sont informées correctement. Les TdS de cette étude avaient de fausses croyances concernant le mode de transmission des IST, les symptômes ainsi que leur gravité. De ce fait, elles consultaient un médecin très tardivement et n'étaient pas très adhérentes aux traitements fournis. Les TdS ont révélé être effrayées non pas par la contamination du VIH mais plutôt par la crainte d'être marginalisées. Concernant le port du préservatif, une infirmière de l'étude rapportait qu'elles ne les utilisaient pas régulièrement car en général ils coûtaient trop chers. Elles n'y avaient pas vraiment accès et les clients les refusaient. Elle a constaté que très peu les utilisaient correctement.

#### Les facteurs de vulnérabilité externe

Cette ville (Ayoreo) est très limitée financièrement, elle n'a donc pas la possibilité de mettre en avant des mesures préventives communautaires. De plus, elle connaît un haut taux d'analphabétisme, de violation des droits et de violence. Elle est vue comme une communauté violente et non comme une communauté violentée.

#### Le système de santé

Plusieurs TdS ont avoué se méfier des professionnelles de la santé car elles se sentent jugées, stigmatisées et ont l'impression que lorsqu'elles consultent, elles sont traitées de manière différente.

En conclusion, chacun de ces items va s'influencer et accroître la vulnérabilité des TdS et donc augmenter la nécessité des soins culturels.

### **7.4.1 Validité méthodologique**

Cette recherche est ethnographique qualitative analysée grâce à un devis transversal. Cette étude est plus précisément de la micro-ethnographie car l'échantillon sélectionné est restreint.

L'échantillon définitif se compose de 4 TdS et de 8 informateurs clefs dont deux infirmières. L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale en raison de sa

faible taille et de la méthode d'échantillonnage utilisée (boule de neige). Il manque des informations démographiques sur les TdS. Tous les participants étaient volontaires et libres de se désister à tout moment. Les auteurs ont déclaré qu'il n'y avait aucun conflit d'intérêts. Un comité d'éthique a donné son approbation à cette étude. Les candidates ont bien été informées par oral du but de l'étude et leur anonymat a été conservé en supprimant toutes les données personnelles.

La collecte de données a été réalisée en deux phases : La première étape est basée sur l'observation des TdS, leur environnement. Cette observation s'est déroulée en 3 phases: descriptives, localisées et sélectives. Puis, la seconde impliquait des informateurs clés et des TdS lors d'entretiens semi-structurés qui duraient entre 45 et 60 minutes pour les informateurs clés et entre 15 et 30 minutes pour les TdS.

L'analyse inductive des données a été réalisée dans le but de mettre en évidence des thèmes. Un logiciel qualitatif nommé ATLAS.TI a été utilisé.

La transcription des données a été faite après enregistrement.

Les chercheurs mettent en évidence une rigueur présente dans chaque phase de l'étude. Ils garantissent la fiabilité et la crédibilité de chaque donnée récoltée. Pour assurer l'objectivité, les observations recueillies n'ont pas été analysées avant les entretiens. Tous les chercheurs ont travaillé ensemble pour vérifier la fiabilité des codages.

Les données ne sont pas généralisables car l'échantillon ne concerne que 4 TdS. De plus, il y a des différences avec la Suisse: comme la situation de pauvreté extrême et l'âge de la majorité sexuelle.

#### **7.4.2 Pertinence clinique**

Deux des informateurs clés étaient infirmiers et ont été en contact avec des TdS. Tous les auteurs sont issus de la discipline infirmière. Ils ont donc bien conscience de cette problématique.

#### **7.4.3 Pertinence pour la pratique professionnelle**

Bien que toutes les données ne soient pas transférables, cette étude met en avant un manque de connaissances concernant les IST/ VIH, les croyances erronées, la non-utilisation régulière de préservatifs, la vulnérabilité et l'importance de la culture. Ce sont tous des points clés qui devraient être traités pour améliorer la prévention des IST chez les TdS.

## 7.5 Description de l'étude 5

López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Sola, C., & Granero-Molina, J. (2014). Perception of HIV Prevention Programs Among Ayoreo Sex Workers in Bolivia. *Journal of Transcultural Nursing*, 1043659614526254.

Cet article de recherche ethnographique traite de la perception des programmes de prévention du VIH auprès des travailleuses du sexe d'Ayoreo. Cet article fait suite à l'étude numéro quatre. Les auteurs, ainsi que l'échantillon et la méthode d'échantillonnage est identique. Elle se différencie par la problématique traitée et la théorie disciplinaire choisie. L'étude a été analysée selon les 4 étapes de l'ethno-soin de Leininger.

1. Le chercheur principal a compilé les données rassemblées dans les entretiens enregistrés ainsi que l'observation sur les terrains. Ensuite, les données ont été transcrites et réécoutées pour assurer l'intégralité
2. Les transcriptions ont été relues et des codes ont été assignés aux données récoltées pendant les entretiens. Des notes réalisées lors de l'observation dans les terrains ont été examinées cherchant des ressemblances et des différences.
3. Les chercheurs ont étudié les données qu'ils ont regroupées en différents codes. Ensuite, ils ont pris en considération les éléments non-verbaux et contextuels qui pourraient influencer certaines significations
4. Un travail inductif a été réalisé. Celui-ci tient compte des catégories conceptuelles majeures et des thèmes à extraire à l'aide d'un logiciel.

Les résultats de cet article scientifique mettent en évidence 3 thèmes principaux :

### Des efforts de prévention de santé

La prévention primaire est effectuée sur les lieux mêmes de prostitution. Les TdS bénéficient d'informations et d'instructions sur le VIH, les situations risquées et le processus de contamination. En ce qui concerne la prévention secondaire, des tests de dépistage rapide du VIH sont proposés gratuitement. Mais il n'y a aucune continuité de soins une fois ces tests terminés. Enfin, la prévention tertiaire consiste à aider les TdS atteintes du VIH à vivre avec cette infection, surmonter les stigmates mais aussi à mettre en évidence l'importance des traitements antiviraux. Mais il est difficile de faire adhérer les participantes aux traitements.

### L'inadéquation culturelle des programmes de prévention

Plusieurs facteurs culturels entravent les différents types de prévention. Comme le niveau d'étude est bas et que le taux d'analphabétisme est élevé, une barrière linguistique est mise en évidence. Pendant les entretiens, les chercheurs ont constaté que les TdS ne se rappelaient plus de ce qui avait été dit une heure auparavant. Idem pour certains informateurs clés qui ont constaté que les TdS n'étaient pas capables de restituer les informations enseignées les fois précédentes. Le matériel didactique et les contenus ne sont pas

toujours adaptés. Il serait préférable d'utiliser des documents audio-visuels avec du vocabulaire utilisé par les TdS à travers des situations de leur vécu. Elles seraient plus attentives.

#### La nature irrégulière des interventions

L'éducation à la santé n'est pas un service offert par le système de la santé de manière systématique. Elle répond à des critères de qualité. Il n'y a donc pas ou peu de continuité. De plus, les infirmières effectuent l'éducation de la santé pour couvrir des indicateurs. De ce fait, elles ne priorisent pas les besoins des TdS. Peu d'évaluation contrôle l'efficacité et l'impact des mesures préventives apportées.

Pour conclure, les infirmières représentent 65% des ressources humaines dans la structure du système de santé. Elles seraient capables et aimeraient être plus impliquées dans la prévention de la maladie. La théorie utilisée permettrait d'améliorer la prévention du VIH. Il serait judicieux de mettre en avant un système de soins à domicile qui permettrait une prise en soins continue à prix avantageux.

### **7.5.1 Validité méthodologique**

Cette étude qualitative ethnographique au devis transversal a été réalisée par les mêmes chercheurs que l'étude 4. De plus, l'échantillon sélectionné est également le même que dans la précédente avec les mêmes critères. L'échantillonnage utilisé est également de type " boule de neige ".

Les entretiens ont été conduits en espagnol, soit la langue officielle de la Bolivie, jusqu'à saturation des données. Ils ont été enregistrés et retranscrits plus tard comme dans la précédente étude.

L'analyse des données s'est déroulée en 4 étapes selon la théorie de l'éthno-soin de Leininger. La transcription des données s'est faite par compilation du chercheur principal. Puis, les données ont été transcrites et écoutées à nouveau pour assurer leur intégralité. Pendant la deuxième étape, des codes ont été assignés aux thèmes émergents. Ensuite, les données ont été comparées avec celles recueillies pendant l'observation. Dans la troisième étape, ils ont réparti les codes dans des catégories conceptuelles en se basant également sur les comportements non verbaux observés. Pour finir, lors de la quatrième étape, l'analyse inductive a commencé. La rigueur est garantie par les chercheurs tout au long de l'étude.

Les données ne sont pas généralisables car l'échantillon est de petite taille. De plus, la situation générale en Bolivie n'est pas identique à celle de la Suisse. L'étude réalisée antérieurement a pu influencer les résultats de cette recherche car l'échantillon est le même.

### 7.5.2 Pertinence clinique

Deux chercheurs et informateurs clés sont issus de la discipline infirmière et mettent en avant des pistes pour améliorer la prévention. En Suisse, des associations comme Aspasie, Fleur de Pavé proposent également des tests VIH gratuits ainsi que le déplacement de professionnels de la santé sur les lieux mêmes pour informer les TdS.

### 7.5.3 Pertinence pour la pratique professionnelle

Bien que les données ne soient pas transférables, plusieurs éléments de la prévention primaire telle que tout ce qui concerne l'information de pratiques sexuelles sécuritaires et secondaires comme la prévention des IST pourraient être rapportées à la Suisse. Comme par exemple, utiliser des contenus proches de la pratique des TdS explicités avec leur vocabulaire, mais aussi l'utilisation de supports audio-visuels pour susciter l'intérêt de cette population.

## 7.6 Description de l'étude 6

Sua, S. E., Sexualmente, A. C. P. D. D., De Profesionales, T. C. D. P., & Del Sexo, Y. S. U. (2012). Characteristics of a population of sex workers and their association with the presence of sexually transmitted diseases. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 875-81.

Cet article de recherche quantitatif analyse les caractéristiques des travailleuses du sexe et leurs associations avec les infections sexuellement transmissibles. Parmi les scientifiques, 4 travaillent comme agents de prévention. Ils ont ciblé 102 travailleuses du sexe brésiliennes réparties dans 6 établissements différents connus par les agents. Un critère d'inclusion était que les TdS soient domiciliées sur leur lieu de travail. La collecte des données a duré d'août 2008 à mars 2009. Pour s'assurer que les participantes soient « fixes », 3 visites ont été organisées antérieurement. Ensuite, des entretiens se sont déroulés pour récolter des données sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, état civil...) obstétriques, gynécologiques et sexuelles. Des prélèvements sanguins pour dépister la syphilis, l'hépatite B et le VIH ont été analysés au laboratoire clinique de l'école de médecine à Botucatu. Lors d'un examen gynécologique, des prélèvements cervicaux ont été récoltés pour tester le HPV et la chlamydia. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique et toutes les participantes ont donné leur consentement.

Une base de données a été construite dans la version 12.2 d'Excel pour stocker les données. Ensuite, elles ont été analysées par le logiciel statistique EPI Info 3.5.1. Un étudiant qui fait son Master en bio-statistique a vérifié l'intégralité des données. Une variable di-

chotomique a été utilisée : TdS présente ou absente. L'analyse statistique a été réalisée par le test du khi carré.

Cette recherche met en évidence le fait que la majorité des TdS sont célibataires, ont au moins un enfant, ont subi un avortement, ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans, avaient un haut niveau éducatif.

Pour les participantes, 90% d'entre elles utilisent une contraception mais 22% ont contracté une IST précédemment. Les plus utilisées sont:

- Le préservatif masculin
- La combinaison hormonale et le port du préservatif
- La stérilisation
- Le préservatif féminin
- Le stérilet

Au niveau du comportement sexuel, toutes ont des relations vaginales, 90% ont des relations bucco-génitales et 37% ont des relations anales. Les mesures préventives utilisées sont pour 64% la douche vaginale, pour 99% des préservatifs avec leur client mais 26.3% les utilisent avec leur partenaire fixe. Dans les 7 jours qui ont précédé l'étude, 75% de TdS avait eu plus de 5 clients. Parmi elles, 84% avaient consommé de l'alcool, 42% ont consommé des drogues, 68% étaient fumeuses.

Les prélèvements mettent en évidence une fréquence d'IST à 71.6% comprenant : HPV à 45%, la chlamydia à 2.9% et la syphilis à 1%. Les chercheurs mettent en évidence que la fréquence des IST était plus élevée lors des relations sexuelles anales mais aucun chiffre n'est précisé. De plus, 84% des TdS ont rapporté qu'elles consommaient de l'alcool et 42% ont rapporté l'utilisation de drogues illégales. Les chercheurs supposent que ces dernières pourraient augmenter la fréquence des IST car elles pourraient augmenter la désinhibition et ainsi accroître les comportements sexuels à risque.

En conclusion, des actions devraient être mise en œuvre dans des programmes promotion de la santé traitant de la consommation d'alcool et de drogue.

### **7.6.1 Validité méthodologique**

Cette étude est quantitative épidémiologique descriptive non- expérimentale.

L'échantillon est constitué de 102 femmes TdS dans la région analysée ayant toutes donné leur consentement écrit au préalable. L'échantillon est moyennement grand, ce qui fait qu'il est tout de même assez représentatif de la population. Il n'y a aucune information quant à l'échantillonnage.

Les données ont été recueillies grâce à un outil conçu spécifiquement pour cette recherche. Cependant, aucunes précisions sur cet outil n'ont été fournies. De plus le ques-



tionnaire a été rempli par les TdS elles-mêmes, ce qui ne garantit pas la validité des réponses.

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel statistique EPI Info 3.5.1.

Le test khi carré a été utilisé pour l'analyse statistique. La valeur P indiquant la significativité de l'étude a été fixée à 0.05 avec une I.C à 95%. Cependant, dans le tableau 2, les chiffres concernant le nombre de TdS qui consommeraient des drogues illégales ou de l'alcool mettent en évidence une valeur P supérieure à 0.05.

Les auteurs ont garanti l'anonymat des données. Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique.

Les données récoltées dans cette étude ne sont pas transférables à la population mondiale car la situation économique et la sécurité sociale sont différentes. D'autre part, les mesures préventives utilisées ainsi que les facteurs qui augmenteraient les IST peuvent être similaires à la Suisse.

### **7.6.2 Pertinence clinique**

Deux des chercheurs ont un Master en soins infirmiers. Ils ont donc bien conscience de la problématique. De plus, quatre scientifiques travaillent dans le domaine médical. Ils connaissent par conséquent bien la population concernée ainsi que la problématique analysée.

### **7.6.3 Pertinence pour la pratique professionnelle**

Cet article met en avant que l'échantillon de cette étude utilisait de manière plus systématique le port du préservatif contrairement à d'autres études. La raison se rapporterait-elle à un haut niveau d'éducation? Par ailleurs, la majorité ne se protège pas avec leur partenaire fixe pour différencier leurs relations commerciales et personnelles. De plus, une importante consommation d'alcool et de drogues illégales est rapportée dans cette analyse. Serait-ce un facteur entravant des comportements sexuels sans risque? D'autres études seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse. Mais les chercheurs n'ont fait aucune association entre les facteurs sociodémographiques, l'histoire gynécologique, les facteurs comportementaux et les IST. Cette étude est donc pertinente car elle met en avant des facteurs sexuels et comportementaux qui augmentent les risques de contracter des IST comme par exemple les relations anales. Ces connaissances permettraient d'en améliorer leur prévention.

## 8 Synthèse des principaux résultats

Il existe des différences entre les TdS qui travaillent dans des petits lieux déguisés et les entreprises plus importantes. Plus les lieux sont petits, plus les conditions de travail sont difficiles et non-sécuritaires. De ce fait, le risque de contracter des IST augmente.

Les TdS avaient des connaissances insuffisantes sur les IST. Elles sont biaisées par de fausses croyances et interprétations comme par exemple le mode de contamination ou l'association d'une bonne apparence à une bonne santé. Elles ont mis en place des mesures préventives comme les antibiotiques oraux et intraveineux. La méthode la plus fréquemment utilisée reste la douche vaginale. Mais ces méthodes augmentent le risque de contracter une infection. Ces dernières vont à leur tour accroître le risque de contracter des IST. Parmi les participantes, un nombre important était infecté.

Elles consultent en général tardivement malgré la présence des symptômes. Elles se sentent parfois jugées par les différents professionnels de la santé. En ce qui concerne le port du préservatif, la quasi-totalité en a déjà utilisé. Mais une minorité l'utilise régulièrement. Une des raisons se rapporte aux clients qui paient plus si les rapports sont non-protégés, car ils apportent plus de plaisir. De plus, les prestations sont payées en général avant l'acte et les TdS n'ont donc pas d'autres choix que de se soumettre à la volonté du client. D'autres facteurs comme la familiarité, l'affection avec certains clients ainsi que des croyances sur l'apparence des clients expliqueraient certains comportements sexuels à risque. De plus, la consommation d'alcool et de drogues favoriserait une non-utilisation des préservatifs. Cependant, les TdS n'en utilisent presque jamais avec leur partenaire fixe par peur qu'il découvre leur véritable profession. Mais aussi parce qu'elles ressentent le besoin de se sentir proche de leur partenaire contrairement aux clients. Parmi les prestations sexuelles, les rapports anals ont été reconnus comme étant plus dangereux.

Les professionnels de la santé exercent une prévention qui n'est pas adaptée à toutes les TdS. Les sujets de prévention choisis par les professionnels ne sont pas identiques aux attentes et aux besoins des prostituées. Les termes utilisés sont souvent compliqués et se rapportent à un discours médical. De plus, les matériaux didactiques utilisés ne sont pas adaptés. Des documents écrits sont distribués mais ne suscitent pas leur intérêt. Des tests de dépistage gratuits du VIH sont proposés mais ils apportent uniquement un résultat et non pas une prise en soin. Les infirmières aimeraient être les actrices de la prévention. Elles imagineraient une prise en soin à domicile qui serait plus avantageuse financièrement qu'une consultation médicale. Elle permettrait une continuité des soins et favoriserait des enseignements adéquats et personnalisés aux besoins de chaque femme.

## 9 Discussion

Les résultats les plus importants mentionnés précédemment seront discutés dans cette section. Elle a pour but de mettre en évidence certains éléments qui mériteraient d'être traités dans d'éventuelles futures recherches afin d'améliorer les connaissances du sujet.

### 9.1 Discussion des résultats

Les études ont été sélectionnées dans le but de couvrir au mieux le sujet ainsi que la problématique. Les recherches analysées proviennent toutes de pays non-occidentaux. Il est donc important de prendre en compte les différences culturelles, sanitaires, sociales et économiques. Les résultats varient d'une recherche à l'autre car elles traitent chacune de différents facteurs de vulnérabilité mais comportent cependant des similitudes.

Dans l'étude de Dualo et al. (2011) les auteurs mettent en évidence les trois mesures préventives utilisées chez les TdS pour contrer les IST selon leur catégorie (en fonction de la rémunération). Ces mesures entraînent une diminution de l'utilisation du préservatif, ainsi qu'une diminution à l'accès à des services offrant des traitements réguliers. La douche vaginale était la plus utilisée, plus de 50% des TdS dans chaque catégorie. Dans les autres études, c'est également la mesure qui était la plus rapportée. Par ailleurs, les chercheurs ne peuvent pas garantir que ce sont les mesures préventives utilisées qui ont augmenté la fréquence des IST. Cette étude ne fait pas de lien entre la catégorie des TdS et leurs connaissances globales en lien avec la fréquence des IST. Contrairement à la recherche de Brown, Muessing, Wenzhen, Xianxiang & Youchoun (2014), qui mettent en avant le fait que les TdS ne constituent pas un groupe homogène. Elles sont stratifiées en fonction de leurs besoins d'informations, des services sexuels qu'elles fournissent, de leur lieu de travail ainsi que de leur niveau d'éducation. Les TdS de petits lieux seraient plus à risque de contracter les IST car elles seraient moins instruites, offriraient des prestations plus à risque et ne se protégeraient pas régulièrement avec leurs clients et encore moins avec leur partenaire fixe. A contrario, l'étude s'intitulant « Characterisitcs of a population of sex workers and their associaion with the presence of sexually transmitted diseases » comprend des TdS d'âge moyen (26 ans). Le niveau d'éducation des TdS était plus haut que dans d'autres études. La fréquence des IST était également inférieure aux autres études et les mesures préventives comme le port de préservatif étaient très présentes.

Comme la discussion de l'influence du niveau d'éducation et des connaissances n'était pas similaire dans les recherches, une étude non-sélectionnée pour l'analyse a été utilisée. Cette recherche est transversale et se déroule à Douala avec un échantillon de 112 TdS. Parmi les chercheurs, trois infirmiers étaient présents. Les TdS qui avaient un ni-

veau d'étude primaire avaient le plus haut taux de séroprévalence. Les chercheurs ne peuvent pas garantir une association entre les deux mais pensent qu'un faible niveau de scolarité prédispose les TdS aux IST et augmente ainsi les facteurs de risque. En revanche, ils associent l'analphabétisme avec une augmentation de la contamination au VIH. Ils mettent également en avant que sur 89% des TdS qui disent utiliser le condom régulièrement lors des rapports sexuels, 9% étaient positives au VIH. Les chercheurs mettent en évidence que la contamination a souvent lieu avec leur partenaire habituel. L'utilisation du préservatif au travail semblerait entrer dans les habitudes contrairement à son utilisation hors contexte professionnel.

Les chercheurs de l'étude sur la raison de la non-utilisation du préservatif sont en adéquation avec ces résultats. Ils mettent en évidence également que le besoin de ressources financières est une cause importante de non-protection avec une faible auto-efficacité à convaincre le client. Les TdS de cette étude vivaient dans une société patriarcale dans laquelle les hommes possèdent plus de pouvoir que la gent féminine.

En ce qui concerne les pratiques sexuelles les plus à risque, les études ciblent les relations bucco-génitales ainsi que les relations anales. Selon l'étude à Douala sur les TdS qui pratiquaient des relations anales, 57% étaient positives au VIH. Deux études mettent en évidence la consommation de stupéfiants comme vecteur important de contamination aux IST.

Granero-Molina, Fernandez-Sola, & Lopez-Entrambasaguas (2014) ont mené deux recherches avec le même échantillon. Les citoyens des communautés d'Ayoreo avaient comme principaux facteurs de vulnérabilité, la pauvreté et de mauvaises conditions sociales et scolaires. Un manque important de connaissances sur les IST était présent parmi les femmes étudiées. De plus, elles adhèrent peu aux traitements à cause des croyances de la discrimination ethnique ainsi que de la difficulté à avoir accès à des services médicaux. Elles ont l'impression d'être victimes des relations de pouvoir des professionnels de la santé. Les auteurs mettent en doute l'approche unilatérale des programmes de prévention. Les hommes hétérosexuels sont également reconnus comme des émetteurs actifs de la maladie mais ne sont pourtant pas pris en considération dans les interventions préventives.

Les chercheurs insistent sur l'importance d'aborder la question de la santé sexuelle ainsi que la création d'un climat de confiance pour que l'enseignement sexuel soit efficace. Les femmes sont plus réceptives à des informations illustrées ou audio-visuelles dans leur langue maternelle. Elles devraient être adaptées aux différentes cultures et aux différentes étapes de la vie. Les infirmières devraient promouvoir des tâches liées à l'éducation de la santé, encourager des comportements sains et organiser des activités de santé préventives. Les soins culturels éviteraient la survenue de préjugés, de rôles pu-

nitifs et autoritaires qui sont souvent adoptés face aux comportements malsains. Des professionnels compétents ont été caractérisés par leur approche holistique, leurs compétences culturelles et professionnelles. De plus, ils adoptent des attitudes qui responsabilisent la population.

Une nouvelle étude de Berthé & Huygens (2007) aborde les mêmes sujets préventifs mais les chercheurs ont comparé l'échantillon avant et après la prévention pour évaluer son efficacité. Ils ont constaté que les femmes n'avaient pas conscience de leur vulnérabilité. Elles ont pu augmenter leurs connaissances en ce qui concerne la santé sexuelle ainsi que l'apprentissage de la négociation du préservatif avec les clients ainsi que leur partenaire fixe. Elles trouvaient efficace, comme dans l'étude de Granero-Molina, Fernandez-Sola & Lopez-Entrambasaguas (2014), l'apprentissage par des films mais surtout par des démonstrations. Deux ans après les mesures préventives réalisées, certaines femmes sont devenues actrices de prévention auprès des autres TdS. Elles faisaient des démonstrations pour leur apprendre à enlever elles-mêmes les préservatifs à la fin de l'acte sexuel. Moins de 1% des femmes séronégatives étaient devenues positives. Les changements de comportement ont été positifs.

## **9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

La validité méthodologique de toutes les recherches a été analysée dans la section précédente, ce chapitre s'intéressera plus particulièrement à la globalité des évidences.

Les articles de recherche sélectionnés datent tous de ces 5 dernières années à l'exception d'une étude parue en 2007 : trois études analysées ainsi qu'une étude ajoutée pour la discussion ont été élaborées par des infirmiers. Les autres comprennent des médecins ainsi que d'autres intervenants impliqués dans des programmes de promotion de la santé.

Quant à la question de l'éthique, elle a été respectée dans toutes les études. Un comité d'éthique a donné son approbation à chaque projet de recherche. De plus, dans la plupart des études, un consentement écrit ou oral était demandé. Deux chercheurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Les différentes structures des articles de recherche (introduction, méthodologie, résultat et discussion) sont toutes présentes et bien explicitées. Cependant, des biais sont présents dans chaque étude.

Dans la majorité des recherches, il semblerait que la validité ainsi que la crédibilité des évidences aient été respectées mais des biais de sélection et de mesure peuvent être présents.

Pour les études quantitatives, le test du khi carré a été utilisé pour vérifier les possibles relations entre les différentes variables. Des logiciels statistiques sont mentionnés pour les deux études. La valeur P était inférieure à 0.05 et l'intervalle de confiance était à 95%. Toutefois, dans l'étude de Dualo et al. (2011), la crédibilité n'est pas garantie car les données ont été rassemblées par auto-évolution. L'étude peut donc être biaisée par les pré-construits des auteurs.

Pour les études qualitatives ethnographiques, les auteurs se sont référés à la théorie de Madeleine Leininger. Elle a pour but principal de découvrir les différents soins culturels afin de maintenir une qualité thérapeutique ainsi qu'une qualité des soins. (Recherche en soins infirmiers, S.d., Leininger). Cependant, l'échantillon était de petite taille car il comprenait uniquement 12 participants. Il n'est donc pas représentatif de la population générale bien que lors d'études micro-ethnographiques la population sélectionnée est inférieure à d'autres types d'études. Comme les mêmes auteurs ont réalisé deux recherches différentes mais avec le même échantillon, la crédibilité ne peut être garantie car les données de la première étude ont peut-être influencées la seconde. Les données peuvent donc être biaisées. Cependant, les chercheurs garantissent une rigueur méthodologique dans chaque phase de la recherche pour assurer la fiabilité ainsi que la crédibilité des données. La description de la session "méthodologie" était la plus explicite de toutes les études analysées.

L'étude mixte de Brown, Muessing, Wenzhen, Xianxiang & Youchoun (2014), a utilisé la méthode d'échantillonnage "boule de neige". Ce type de méthode n'est pas représentatif de la population générale. De plus, un biais financier est présent car chaque TdS acceptant de participer à l'étude recevaient une rémunération de 13 dollars. La seconde étude mixte de Ghimire, Smith, van Teijlingen, Dahal & Luitel (2011) comportait un petit échantillon de 15 TdS qui n'est pas représentatif de la population générale. Les auteurs garantissent une récolte de données réalisée jusqu'à sa saturation. Cependant, les données récoltées peuvent être biaisées car les TdS craignaient que les informations soient médiatisées. Elles ont peut-être donné des réponses qui leur éviteraient des conflits. Par conséquent, la crédibilité ainsi que la véracité des données ne sont pas garanties.

En ce qui concerne le niveau de preuve des études, elles se situent à 6 pour les études quantitatives et à 3 pour les recherches qualitatives. Les chercheurs ne mettent pas en avant une randomisation. Les pyramides de preuve se trouvant en annexe IV ont permis de leur donner une valeur. Ces dernières sont faibles. Toutefois, les recherches n'ont pas été choisies en fonction de cette échelle d'évaluation mais plutôt en fonction du sujet traité, et dans la mesure du possible selon une procédure méthodologique comportant le moins de biais possible.

### 9.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Il a été difficile de trouver des études sur les bases de données demandées qui traitaient des travailleuses du sexe en lien avec la prévention des IST car de nombreuses recherches traitaient de la violence des TdS par leurs clients. De plus, trouver des recherches issues de la discipline infirmière a ajouté une difficulté supplémentaire. Cependant, les autres études appartiennent à une discipline sanitaire car elles sont réalisées par des médecins ou des auteurs appartenant à des programmes de promotion de la santé. De plus, en Suisse, il existe peu de recherches qui étudient cette population. Toutes les recherches traitent de TdS non-européennes (Bolivie, Brésil, Népal, Chine).

Si cette revue de la littérature était à refaire, il serait impératif de trouver des études occidentales pour assurer la transférabilité des données. Il serait également nécessaire de trouver plus de recherches disciplinaires. L'analyse des résultats des études avec un éclairage disciplinaire (modèle ou théorie de soins infirmiers) aurait sans doute été bénéfique dans cette revue de la littérature, permettant de cibler les interventions propres à l'infirmière dans la prévention primaire et secondaire des IST.

Il aurait été également pertinent d'analyser les données à partir du concept d'empowerment développé par les anglo-saxons dans les années 2000 qui consiste en:

Un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie... Chaque individu, chaque communauté où qu'il se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence et tracer la route vers plus d'équité. (Culture et santé, 2009, empowerment.)

La théorie de Leininger met en avant l'importance de la culture. Utiliser le concept de l'empowerment prendrait également cette dernière en compte mais il permettrait de cibler les différentes capacités des TdS. Il développerait les capacités personnelles des TdS pour qu'elles deviennent des actrices de leur santé. Elles auraient ainsi un plus grand pouvoir décisionnel. De plus, l'étude de Ghimire, Smith, van Teijlingen, Dahal & Luitel (2011), relève les difficultés auxquelles les TdS font face pour convaincre les clients à utiliser le préservatif.

L'étude de Gao et al. (2012) ne serait plus sélectionnée car l'analyse des mesures préventives utilisées chez les TdS n'apportent pas d'indications prioritaires pour ce travail. Le sujet traité n'a peut-être pas été assez ciblé pendant la recherche des différentes études dans la partie initiale de ce travail. Il aurait peut-être fallu prioriser uniquement les comportements sexuels à risque.

## 10 Conclusion

Le but de cette section finale est de mettre en évidence des liens entre les résultats obtenus auparavant et la pratique infirmière.

Les problématiques majeures qui favorisent des comportements sexuels à risque sont: les mauvaises représentations des TdS, le manque d'information parfois lié à un faible niveau d'éducation ou des connaissances insuffisantes, le manque d'auto-efficacité dans la prise de décision pour l'utilisation des préservatifs ainsi que des situations socio-économiques précaires. Du côté des soignants, les informations ne sont pas adaptées au niveau d'éducation ainsi qu'à la culture des différentes femmes. Certains moyens didactiques comme les supports papiers utilisés ne semblent pas susciter l'intérêt des TdS.

### 10.1 Proposition pour la pratique

Les différentes propositions pour la pratique ont été construites selon le métaparadigme des sciences infirmières: personne, soins, santé et environnement

#### 10.1.1 Personne

En Valais, la prostitution est souvent invisible car le sexe tarifé dans la rue est interdit. Cette population est fréquemment oubliée. Les TdS troubleraient l'ordre, la tranquillité et seraient de manière générale indécentes. De plus, avec l'ouverture des frontières en Europe, il y a une augmentation des TdS immigrées qui disent venir pour le tourisme et s'adonnent en réalité à la prostitution. De plus, certaines TdS offrent des prestations plus basses que la moyenne car la valeur de l'argent dans leur pays natal n'est pas égale à celle en Suisse. Cette concurrence augmente les comportements sexuels sans protection car elles vont s'aventurer dans des situations plus dangereuses pour avoir plus de clients. Promotion Santé Valais, 2014, prévention)

Cependant, il est primordial de considérer les TdS comme une population vulnérable en raison des différents facteurs qui leurs sont attribués (pauvreté, stigmatisation, discrimination et marginalisation). Elles ont donc besoin d'une attention particulière ainsi qu'une prise en soin adaptée. De plus, l'étude de Granero-Molina, Fernandez-Sola & Lopez-Entrambasaguas (2014), ainsi que le cadre théorique, révèlent que certaines femmes ont honte, voire peur d'avouer leur véritable profession aux soignants. Gloor (2011), relève les mêmes éléments auprès des TdS de Lausanne. Elle ajoute que la moitié des TdS n'avaient pas décliné leur véritable profession. Est-ce par honte ou par peur du jugement des différents soignants du corps médical et paramédical?



Dans sa pratique professionnelle, chaque soignant peut être amené à accompagner un être humain ayant des valeurs, des attitudes et des comportements très divergents des siens. Cependant malgré ces différences, un soignant qui serait attentif à ses représentations et à ses croyances, et qui serait à l'écoute de ses propres émotions et ressentis, pourrait exercer son rôle professionnel de manière optimale au sein de la relation soignant-soigné. De plus, le fait de chercher à découvrir l'autre dans ses dimensions biopsychosociales et dans sa trajectoire de vie est primordial. En effet, cela permet au soignant d'adopter une posture compréhensive afin de maintenir l'alliance thérapeutique, cette dernière étant fondamentale à toute offre en soins de qualité.

### **10.1.2 Santé**

Les différentes études mettent en évidence un considérable manque de connaissance. Les TdS devraient impérativement être informées sur les principales IST qui existent. Plus principalement sur le risque de transmission, les principaux symptômes qui peuvent faire penser à une contamination ainsi que l'identification des pratiques sexuelles à risque comme la sodomie ou la fellation. Il est important de promouvoir la nécessité d'une protection non seulement avec les clients mais également avec leur partenaire stable comme l'ont mis en évidence les différents articles de recherche. De plus, il serait judicieux de rappeler l'importance du port du préservatif lors de relation bucco-génitale (fellation) malgré que certaines TdS considèrent cet acte comme anodin en raison d'une non-pénétration. Une mise en garde particulière devrait être ajoutée sur le risque de consommation de stupéfiant en lien avec les conséquences sur les comportements sexuels à risque. De même pour certaines mesures préventives utilisées comme la douche vaginale qui peut augmenter le risque de contamination par une IST.

### **10.1.3 Environnement**

Les études ont mis en évidence des situations socio-économiques précaires. Toutefois, les études provenaient de pays en développement. En Suisse, la situation est bien plus confortable en raison de meilleures prestations sanitaires comme professionnelles. Cependant, 80% des TdS sont des migrantes. Il faut prendre en considération les facteurs de vulnérabilité susmentionnés en portant une attention particulière à l'aspect culturel comme le met en évidence l'étude de Sua, Sexualmente & Del Sexo (2012).

Les lieux de prostitution ne sont pas toujours propices et hygiéniques. Certains rapports ont parfois lieu dans des conditions socio-sanitaires rudimentaires. De plus, plusieurs TdS peuvent exercer dans la même chambre. Deux études mettent en évidence que plus la taille de l'établissement est petit, plus les conditions de travail sont difficiles. Même en Suisse, dans de petites structures, plusieurs TdS semblaient partager la même chambre.

Le risque de contracter une IST est augmenté. Il faudrait par conséquent cibler la promotion de la santé à ces lieux comportant plus de risque.

#### **10.1.4 Soins**

Il faudrait identifier les croyances ainsi que les différentes représentations que les TdS peuvent avoir par un recueil de données holistique. Une fois que ces éléments sont identifiés, les soignants pourraient communiquer en respectant les éventuelles croyances et représentations pour amener des informations concrètes et exactes dans un climat propice à une alliance thérapeutique. Les soignants devraient respecter les choix professionnels des TdS et cela indépendamment de leurs valeurs personnelles. La reconnaissance de la personne par une écoute active, authentique et empathique est prioritaire.

Le rôle de promoteur de la santé est propre à l'infirmière. Prévenir les IST ne se résume pas à distribuer des préservatifs mais comme dit précédemment, c'est essayer de comprendre l'autre à travers ses croyances pour amener par la suite des informations adéquates. C'est aux soignants de trouver des mots qui soient adaptés et compréhensibles. Comme le met en évidence l'étude de Sua, Sexualmente & Del Sexo (2012), il faudrait essayer de rattacher les informations avec des exemples issus de leur pratique. De plus, elles seraient plus réceptives à des démonstrations et des documents audio-visuels. En Suisse, nous bénéficions de plusieurs associations travaillant avec cette population comme Fleur de Pavé, Aspasia et Antenne Sida pour le Valais qui peuvent être de bonnes ressources pour les TdS.

#### **10.2 Proposition pour la formation**

La HEdS de Sion ne traite pas suffisamment de cette population qui est complexe. Elle est présentée lors d'un cours donné par une professionnelle de l'association Antenne Sida dans le cadre de module " maladie chronique ". C'est ce dernier qui a suscité de l'intérêt à l'élaboration de ce travail. En discutant de ce travail avec d'autres étudiants, ils ont tous manifesté un important étonnement par le choix du sujet. Il existe encore de fausses idées sur cette profession. Certains pensent que les TdS sont contrôlées automatiquement par un système sanitaire ou que les TdS exercent par obligation. Il serait intéressant d'avoir des infirmières en santé communautaire travaillant dans des associations ou une TdS qui présenteraient la profession de travailleuse du sexe. Une telle présentation permettrait de partager leur quotidien ainsi que des expériences vécues avec des soignants. Elles pourraient mettre en avant leurs attentes. Les étudiants y seraient sûrement plus sensibles.

Par ailleurs, la théorie des soins culturels de Leininger est brièvement présentée en dernière année de formation de Bachelor. Il serait intéressant de l'utiliser par exemple lors du module de "Professionnalisation 4" portant sur les soins transculturels.

### **10.3 Proposition pour la recherche**

Il a été très difficile de trouver des études traitant de la problématique choisie bien que ce soit un sujet d'actualité. De plus, l'absence d'étude européenne sur les bases de données a été un obstacle à la réalisation de cette revue de la littérature. Il serait intéressant que de nouvelles recherches qualitatives et quantitatives traitent de cette population. Par exemple une étude qui traiterait des besoins en matière de santé auprès des TdS en Suisse. Il serait judicieux d'effectuer d'abord une étude qui questionnerait des TdS issues de différentes associations pour cibler les expériences vécues ainsi que leurs besoins. Dans un second temps, il faudrait élaborer une étude qui ciblerait les promoteurs de la santé pour qu'ils mettent en évidence les principales difficultés rencontrées lors des mesures préventives effectuées. Il est facile de trouver de la documentation mais il est primordial d'avoir des données probantes. A Genève, la problématique est reconnue par le médecin cantonal, de ce fait les préventions mises en œuvre ont d'autant plus d'importance par cette reconnaissance. De telles études permettraient peut-être d'améliorer la prévention des IST auprès des TdS en Valais.

## 11 Références bibliographiques

### 11.1 Etudes

- Gao, W., Li, Z., Yan, H., Wang, D., Li, Y., Dang, S., & Qiao, X. (2012). Preventive measures against sexually transmitted infections among female sex workers in Lanzhou, China. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 44(5), 374-380.
- Ghimire, L., Smith, W. C. S., van Teijlingen, E. R., Dahal, R., & Luitel, N. P. (2011). Reasons for non-use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. *BMC women's health*, 11(1), 42.
- López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Sola, C., & Granero-Molina, J. (2014). Perception of HIV Prevention Programs Among Ayoreo Sex Workers in Bolivia. *Journal of Transcultural Nursing*, 1043659614526254.
- López-Entrambasaguas, O. M., Granero-Molina, J., & Fernández-Sola, C. (2013). An ethnographic study of HIV/AIDS among Ayoreo sex workers: cultural factors and risk perception. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3337-3348
- Sua, S. E., Sexualmente, A. C. P. D. D., De Profesionales, T. C. D. P., & Del Sexo, Y. S. U. (2012). Characteristics of a population of sex workers and their association with the presence of sexually transmitted diseases. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 875-81.
- Youchun, Z., Brown, J. D., Muessig, K. E., Xianxiang, F., & Wenzhen, H. (2014). Sexual health knowledge and health practices of female sex workers in Liuzhou, China, differ by size of venue. *AIDS and Behavior*, 18(2), 162-170.

### 11.2 Articles

- Fener, P., & Criton, C. (2007). *Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme*. (S.I.): (s.n.). p.1-62.
- Berthé, A., & Huygens, P. (2007). Communiquer avec les femmes vulnérables pour un changement positif de comportement: l'exemple du projet Yêrêlon de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 17(2), 103-109.
- Bugnon, G., Chimienti, M. & Chiquet, L. (2008). *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations*. Genève : Université de Genève, vol. 1. p. 2-60.
- Comte, J. (2010). *Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe*. Suisse: Médecine et Hygiène, p.425-446.

- Essomba, E. N., Kollo, B., Ngambi, M. K., Jules, O. M. L., Mbunya, S., Fouda, A. B., ... & Lehman, L. (2013). Comportements sexuels à risque et seroprevalence du vih chez des travailleuses de sexe de douala en 2011. *Mali Médical*, 28(2), 24-28
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.
- Glardon, M. J. (2004). *Les travailleuses migrantes sur le marché du sexe à Genève. Femmes en mouvement. Genre, migrations et nouvelle division internationale du travail*. Genève, IUED, les colloques genre
- Gloor, E. (2011). Travailleuses du sexe: un accès aux soins limité?(S.I): *Douleur*, 301(25), 1429-1433.
- Gregori, D. (2001). *Rapport annuel 2001: prévention du sida dans le commerce du sexe* (APIS). Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS).

### 11.3 Ouvrage

- Brignon, J. (2007). *Petit précis de santé publique*. France : Lamarre. p.1-240.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

### 11.4 Cyberographie

- 24 heures. (2012). Accès : <http://www.24heures.ch/suisse/Jusqu-a-70-heures-par-semaine-et-30-clients-par-nuit/story/28093590>
- AIDS. (S.d.). Accès : <http://www.aids.ch/fr/nos-activites/projets/sexwork.php>
- Antenne Sida. (2011). Accès : <https://www.sida-vs.ch/prevention/liens.html>
- Aspasie. (2012). Accès : <http://www.aspasie.ch/lectures>
- Assim. (2012). Accès : <http://www.assim.refer.org/colleges/colleges/styled/files/page80-13.15.-immunosuppresseurs.pdf>
- Culture et santé. (2009). Accès: <http://www.cultures-sante.be>
- Fleur de Pavé. (2014). Accès : <http://www.fleurdepave.ch/>
- Groupe Sida de Genève. (2008). Accès : [http://www.groupesida.ch/assets/pdf/tableau\\_principales\\_ist.pdf](http://www.groupesida.ch/assets/pdf/tableau_principales_ist.pdf)
- InfoSexWork. (2014). Accès: <http://www.infosexwork.be/index.php?lang=fr>

Institut de l'information scientifique et technique. (2007). Accès : <http://lara.inist.fr/handle/2332/1386>

Javurek, B., Maeder, N., Praz, S., Suter, C., & Witzthum, H. ( 2014). *VIH et travail du sexe*. Swiss Aids New, 1, 1-15. Accès : <http://www.aids.ch/fr/>

Le Monde. (2116). Accès: Le monde, (mars 2016), Accès: <http://www.lemonde.fr>

Le Temps. (2013). Accès: <https://www.letemps.ch/suisse/2013/11/11/1700-prostituees-ignorees-valais>

MeSH. (2016). Accès: <http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm>

Mouvement français pour le planning familial. (S.d.). Accès: <http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/preservatif-masculin-mode-emploi.pdf>

OMS. (2012). Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire: recommandations pour une approche de santé publique. Accès: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex\\_worker/fr](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/fr)

ProCoRé. (S.d.). Accès : <http://sexwork.ch/fr/sante-5/troubles-psychiques>

Promotion Santé Valais. (2014). Accès: <https://www.promotionsantevalais.ch/>

Recherche en soins infirmiers, (S. d.). Accès: <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/>

Reverso. (2015). Accès : [http://www.reverso.net/text\\_translation.aspx?lang=FR](http://www.reverso.net/text_translation.aspx?lang=FR)

Swiss Aids News. (2014). Accès: <http://www.aids.ch/fr/downloads/pdf/san-2014-1.pdf>

Université canadienne. (2014). Accès : [http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Prevention\\_f.htm](http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Prevention_f.htm)

## 11.5 Archive

RTS. (2011). Accès: <http://www.rts.ch/archives/tv/culture/grands-entretiens/3461942-griselidis-real.html>

## 12 Annexe I : définitions méthodologiques

Toutes les définitions sont issues de : Loisele, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). Méthode de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives, Saint-Laurent : ERPI.

- Biais: facteur qui fausse les résultats d'une étude. Page 44.
- Concept: abstraction reposant sur l'observation de comportements ou de caractéristiques (stress, dlrs...) ou sur les déductions qu'on en tire. Page 35.
- Crédibilité: critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données. Page 44.
- Devis longitudinal: les données sont recueillies à plusieurs reprises. Page 198.
- Devis transversal: on ne recueille les données qu'une fois. Page 197.
- Echantillon: sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude. Page 60.
- Echantillonnage: processus de sélection d'une partie de la population de telle sorte que cette partie représente la totalité. Page 265.
- Encodage: Processus qui consiste à transformer des données brutes en données standardisées pour que celles-ci soient traitées et analysées; dans une étude quantitative, processus qui consiste à attribuer des chiffres à des catégories; dans une étude qualitative, il s'agit de repérer des thèmes ou concepts récurrents parmi les données. Page 61.
- Entrevue semi-structurée: le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que des questions précises à poser. Page 297.
- Ethnographie: discipline de recherche associée au domaine de l'anthropologie, qui met l'accent sur la culture d'un groupe de personnes dont elle s'efforce de comprendre la vision du monde. Page 58.
- Fiabilité: critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps. Page 340.
- Fidélité: degré de cohérence ou de constance avec lequel un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer. Page 43.
- Hypothèse: prédiction, sous forme d'énoncé, décrivant les relations entre des variables. Page 42.
- Informateur clé: personne qui connaît très bien le phénomène étudié et qui est prête à communiquer au chercheur l'information qu'elle détient de même qu'à lui faire part de ses intuitions. Page 34.
- Méthode mixte (Recherche multiméthode): étude où plus d'une technique est utilisée pour résoudre un problème. Page 250.
- Modèle/cadre conceptuel: concepts liés et agencés de façon rationnelle selon leur pertinence par rapport à un thème commun. Page 36.
- Niveau de signification: risque de faire une erreur dite de type 1 dans une analyse statistique. Ce risque est préalablement établi par le chercheur (niveau de 0.05). Page 78.
- Paradigme: façon de voir les choses, un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques. Guide à la recherche. Page 15.
- Population: ensemble de personnes ou objets ayant des caractéristiques communes. Page 60.

- Processus de consentement: dans une étude qualitative, processus transactionnel constant de négociation du consentement. Permet aux participants de prendre part au processus décisionnel concernant la poursuite de leur participation. Page 100.
- Raisonnement déductif: processus qui consiste à mettre au point des prédictions particulières à partir de principes généraux. Page 42.
- Raisonnement inductif: processus logique qui commence par des observations de cas particuliers pour aboutir à des règles plus générales. Page 42.
- Régression logistique: technique de régression multi-variée destinée à analyser les relations entre des variables indépendantes multiples et des variables dépendantes nominales. Page 386.
- Saturation des données: dans une étude qualitative, collecte de données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante. Page 279.
- Test du khi carré: test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal; symbolisé par  $X^2$ . Page 378.
- Test statistique: outil analytique permettant d'estimer la probabilité que les résultats obtenus à partir d'un échantillon illustrant les véritables valeurs caractérisant la population. Page 78.
- Transférabilité: degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou d'autres groupes; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme généralisabilité dans une étude quantitative. Page 341.
- Triangulation : utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à converger vers une représentation exacte de la réalité. Page 44.
- Validité externe: degré auquel les résultats peuvent être généralisés et appliqués à d'autres situations ou d'autres échantillons. Page 206.
- Validité interne : degré auquel on peut déduire que le TTT expérimental ou la variable indépendante sont à l'origine des effets observés. Page 204.
- Validité: degré auquel un instrument mesure ce qu'il doit mesurer. Justesse des données de l'étude. Permet d'évaluer les techniques utilisées pour mesurer les variables ainsi que la qualité des données obtenues quant aux rapports entre la variable indépendante et dépendante. Page 43.
- Variable dépendante: variable qui suppose-t-on dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable; variable des résultats étudiée. Page 37.
- Variable indépendante: variable qui est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci. Page 37.
- Variable: caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs. Page 36.
- Véracité: niveau de confiance que les chercheurs travaillant dans le domaine qualitatif accordent à leurs données, évaluées à l'aide des critères suivants : crédibilité, transférabilité et confirmabilité. Page 44.
- Vérifiabilité: degré auquel un examinateur ou lecteur indépendant peut suivre les étapes parcourues par un chercheur travaillant dans le domaine qualitatif dans le but de tirer des conclusions prises par celui-ci dans le but de tirer des conclusions sur l'analyse et l'interprétation des données. Page 34.



### **13 Annexe II: liste des abréviations**

IST: infection sexuellement transmissible

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG: Organisation non gouvernementale

TdS: travailleuse du sexe

TTT: traitement

VIH: virus d'immunodéficience humaine

HPV: infection à papillomavirus humain

ATBO : antibiotiques oraux

IVG : interruption volontaire de grossesse

## 14 Annexe III: tableaux récapitulatifs des différentes IST chez la femme

Tous les éléments de ce tableau sont issus: Groupe Sida de Genève. (2008). Accès :

[http://www.groupe sida.ch/assets/pdf/tableau\\_principales\\_ist.pdf](http://www.groupe sida.ch/assets/pdf/tableau_principales_ist.pdf)

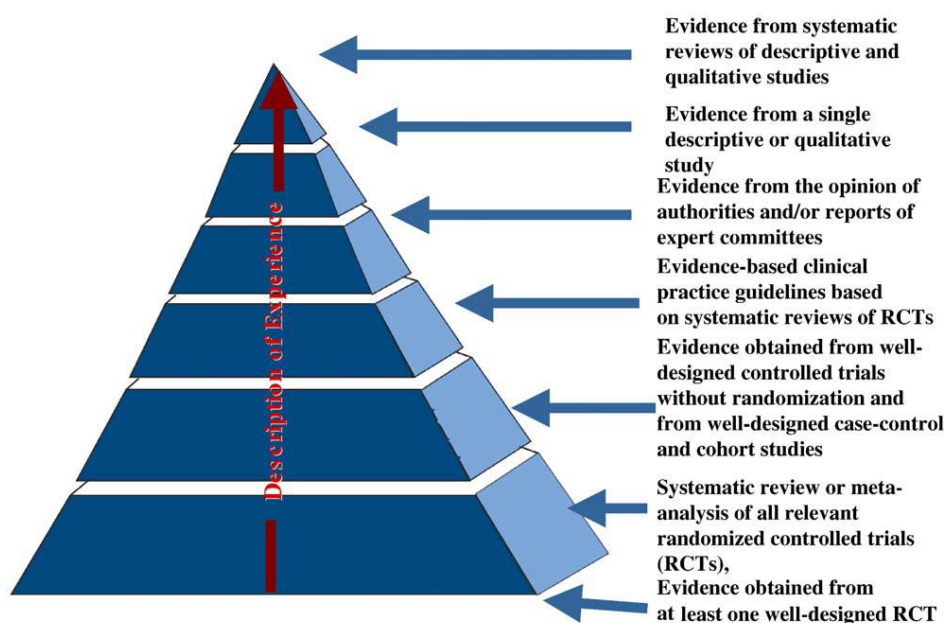
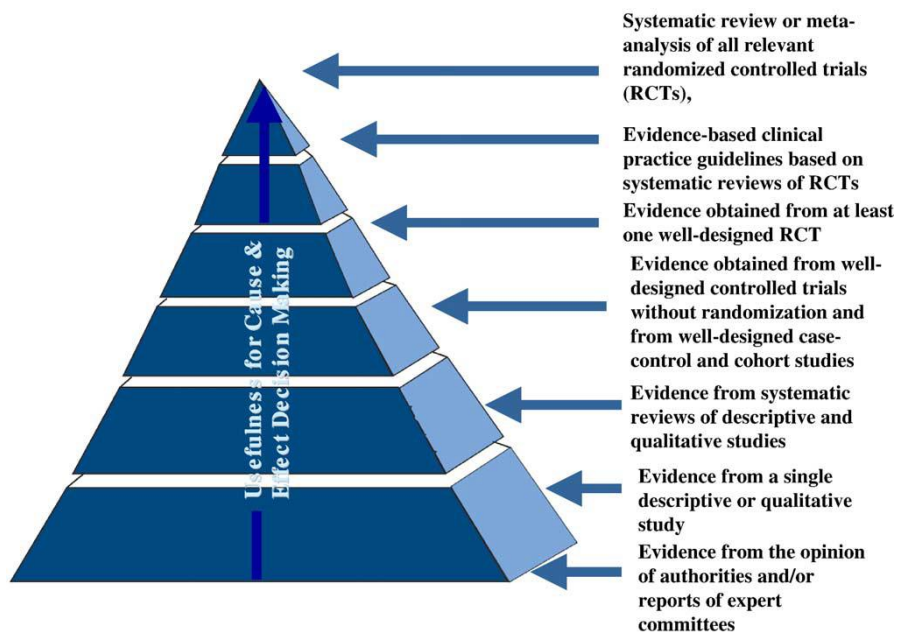
	Symptômes	Transmission	Complications ou répercussions possible	Traitements	Diminuer les risques de transmission	Incubation
<b>Hépatite A</b>	Fièvre, nausées, jaunisse Disparition des symptômes après quelques semaines	Par contacts sexuels la transmission se fait lors de rapports bouche anus	Dans de rares cas : hépatite fulminante et atteintes sévères au foie nécessitant une greffe	Aucun	Vaccination	15 à 45 jours
<b>Hépatite B</b>	-inexistant au niveau génital -Fièvre, fatigue, jaunisse dans 10% des cas.	-Par contact sexuel et par les liquides organiques (sang, liquide pré-éjaculatoire, sperme et sécrétions vaginales) -Au cours d'un tatouage ou d'un piercing dans des conditions non stériles. -Par lésions de la peau si contact avec du sang. -Par les muqueuses vaginales, buccales et anales.	Maladie grave du foie : cirrhose et/ou cancer	Il existe un vaccin contre l'hépatite B	-vaccination -Dépistage -Préservatif	De 1 à 6 mois
<b>Hépatite C</b>	Epuisement fatigue, perte d'appétit, troubles de l'appareil digestif et fièvre. Dans 10 à 15% des cas une jaunisse.	Contact avec le sang même en petite quantité. Notamment lors d'échange de seringue usagée ou du matériel de préparation du shoot.  Au cours d'un tatouage ou d'un piercing dans des conditions non stériles.  le risque de transmission sexuel est faible.	L'infection devient chronique chez environ 80% de cas. Entre 10 à 20% des porteurs chroniques font une cirrhose et 1 à 5% des cas évoluent en cancer du foie.	Il existe un traitement médicamenteux lourd.  Pas de vaccin.	Utiliser du matériel d'injection stérile et à usage unique ainsi que le matériel de préparation.  Ceux qui pratiquent une sexualité hard doivent être particulièrement vigilants aux saignements et blessures.	15 à 150 jours.
<b>Herpès génital</b>	Au niveau des organes génitaux de l'homme et de la femme: brûlures, petites cloques, plaies et démangeaisons.	-Par contact sexuel entre les muqueuses même sans pénétration, ou par le baiser. -Transmission pendant l'accouchement de la mère à l'enfant	Conséquences graves pour le nouveau né.	Antiviraux pour diminuer la contagiosité	-Pendant les poussées abstinence sexuelle et traitement -Préservatifs	De 2 à 21 jours. ensuite réactivation périodique
<b>Syphilis</b>	-Petite plaie ou chancre situé sur les organes génitaux ou au niveau de la bouche, de l'anus et souvent accompagné de ganglions. -Pour les hommes écoulement de pus à l'extérieur de la verge, avec une sensation de brûlures en urinant ou encore appelée « chaude pisse ». -Pour les femmes inexistant ou minimes : pertes vaginales picotement urinaire.	-Par voie sexuelle, même le contact peau à peau suffit. -Par le baiser, s'il y a présence d'un chancre sur la bouche.	Non traiter, la syphilis peut provoquer des atteintes graves au cerveau et au cœur	antibiotiques pour les deux partenaires.	Pendant le traitement : abstinence sexuelle ou, selon les cas, rapport protégé.	De 10 jours à 3 mois
<b>Blennorragie ou gonorrhée</b>	-Pour les hommes écoulement de pus à l'extérieur de la verge, avec une sensation de brûlures en urinant ou encore appelée « chaude pisse ». -Pour les femmes inexistant ou minimes : pertes vaginales picotement urinaire.	-Contact sexuel génital, oral ou anal avec une personne infectée. -Transmission de la mère à l'enfant pendant l'accouchement.	-Chez les hommes : baisse de la fertilité. -Chez les femmes : infection des trompes pouvant entraîner la stérilité ou des grossesses extra-utérines.	antibiotiques pour les deux partenaires.	Pendant le traitement abstinence ou rapport protégé.	De 2 à 7 jours
<b>Chlamydia</b>	La plupart du temps Inexistant. Parfois des picotements urinaires, douleurs au bas-ventre ou pendant les rapports sexuels. -Chez les femmes : pertes vaginales.  -Chez les hommes : sécrétions à l'extrémité de la verge.	-Contact avec une personne infectée. -Transmission de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement.	Chez les hommes : baisse de la fertilité.  -Chez les femmes : infection des trompes pouvant entraîner la stérilité ou des grossesses extra-utérines	Antibiotiques	Pendant le traitement : abstinence sexuelle ou rapport protégé.	De 2 à 6 semaine (mais peut aller jusqu'à 3 mois)
<b>Candidose</b>	Chez la femme : irritation, rougeur et démangeaison de la région vulvaire et vaginale. Ecoulement vaginal. Chez l'homme : rougeurs et démangeaisons	-En général, ne se transmet pas sexuellement. Se trouve dans la flore naturelle de la femme.	Aucune	antifongiques sous forme de suppositoires vaginaux, crèmes vaginales	Réduire le taux d'humidité dans la région vaginale.	Variable

## 15 Annexe III: (suite)

	Symptômes	Transmission	Complications ou répercussions possible	Traitements	Diminuer les risques de transmission	Incubation
<b>Condylomes ou papilloma virus</b>	Apparition de petites verrues sur les organes génitaux, sur l'anus, dans le rectum et parfois dans la bouche, qui peuvent être rose, rouges, blanches ou grise. Chez la femme infection du col de l'utérus : le plus souvent asymptomatique	Contact direct peau à peau, frottement avec une personne infectée.	Infection du col de l'utérus. Développement possible d'un cancer du col de l'utérus.	Traitement local.	Préservatif si lésions sur le sexe.  Surveillance prolongée afin de dépister toute récurrence.  Vaccination pour les adolescentes.	De plusieurs semaines à plusieurs mois.
<b>Trichomonas</b>	Chez la femme, enflure et douleurs dans la région du vagin et douleurs au vagin. Pertes vaginales démangeaison. Chez l'homme absence de symptômes écoulement léger du pénis sensation de brûlure en urinant irritation et douleurs dans la région du gland.	Par contact sexuel	Chez la femme risque d'accouchement prématuré.	antibiotique.	Prendre soins de soi et de son hygiène intime.	De 4 à 28 jours.
<b>LGV : Lympho-granulomatose vénérienne</b>	-dans les premiers jours après l'infection apparaît une petite blessure indolore. Ensuite apparaissent douleurs et fièvre.	Par contact entre muqueuses ou liquide sexuel.	non traité c'est une infection grave pouvant causer de sérieux problèmes de santé.	En début d'infection : antibiotique. Au delà, une intervention chirurgicale peut être indispensable ainsi que des antibiotiques.	Pour les personnes qui ont des pratiques sexuelles hard et qui utilisent des accessoires : se protéger et ainsi qu'une bonne hygiène des accessoires et des mains.	2 à 60 jours

## 16 Annexe IV: pyramide des preuves

Ces deux illustrations sont issues : Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.



## 17 Annexe V: les tableaux de recension

Gao, W., Li, Z., Yan, H., Wang, D., Li, Y., Dang, S., & Qiao, X. (2012). Preventive measures against sexually transmitted infections among female sex workers in Lanzhou, China. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 44(5), 374-380.

<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Recherche quantitative de type descriptive non-expérimentale</p> <p><b>Paradigme:</b> Positiviste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> 6</p>	<p><b>Echantillon :</b> N= 350 travailleuses du sexe, réparties en fonction de leur rémunération : haut moyen et bas selon 37 établissements. 95% sont âgées de moins de 35 ans.</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Méthode d'échantillonnage aléatoire stratifiée proportionnelle a été utilisée pour les 3 catégories. Les chercheurs sélectionnaient 10 sujets maximum par établissement.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> -Travailleuses du sexe de plus de 16 ans Qui ont eu des rapports sexuels contre de l'argent dans les 12 derniers mois avant le début de l'étude - Les TdS acceptent de pratiquer des tests pour vérifier s'il y a une contamination par des IST ainsi qu'un contrôle génital et gynécologique.</p> <p><b>Critères d'exclusion :</b> - 4 participantes ont été exclues car elles ont refusé les prélèvements - 2 prélèvements de sang et 2 prélèvements cervicaux avaient un contenu inférieur à 5 ml et n'ont donc pas pu être analysés.</p>	<p><b>But général :</b> Evaluer les effets des pratiques préventives utilisées chez les TdS en lien avec les IST et les infections reproductives.</p> <p><b>Objectif :</b> Identifier les caractéristiques démographiques, comportementales des différentes travailleuses du sexe et les analyser en fonction des 3 méthodes préventives ainsi que leurs impacts sur la santé.</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quelles sont les mesures préventives utilisées chez travailleuses du sexe pour contrer les IST.</p> <p><b>Hypothèse :</b> Pas indiquée dans l'étude</p> <p><b>Variables :</b> <u>Indépendante :</u> Les travailleuses du sexe <u>Dépendante :</u> - Les IST - Les mesures préventives - La douche vaginale - La perfusion régulière d'antibiotique - Les antibiotiques prophylactiques oraux</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b> Travailleuses du sexe  Mesures préventives  IST</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> - Des professionnels ont été sur les lieux des établissements sélectionnés en expliquant les procédures, les risques et les bénéfices de leur participation aux TdS. - Les chercheurs ont posé des questions sur les caractéristiques démographiques, l'utilisation ou non des préservatifs, l'utilisation de la douche vaginale, l'antibiothérapie prophylactique orale, et la perfusion d'antibiotique intraveineuse. - Un clinicien examine les mains, les pieds, les parties génitales puis procèdent à des prélèvements de sang ainsi que des prélèvements cervicaux.</p> <p><b>Ethique :</b> Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de Lanzhou, centre pour le contrôle et la prévention des maladies. Participation selon consentement de la personne</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> Type de statistique descriptive. - EPI Data 3.0 a été utilisée pour entrer les informations - Utilisation du chi-carré test pour comparer les variables - un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les différentes modalités des trois variables choisies (douche vaginale, ATB) -Les caractéristiques démographiques et comportementales ont été déterminées comme des variables ajustables.  P&lt;0.05 I.C à 95%  <b>Logiciel statistique :</b> SPSS version 17</p>	<p><b>Résultats</b> <b>Démographique</b> Sur les 350 TdS réparties en 3 catégories réparties selon les rémunérations : haute 167, moyenne 148, basse 35. La majorité est âgée de moins de 25 ans, habite en lieux urbains voire dans la ville même, sont célibataires, ont eu un haut niveau d'éducation, utilisent des préservatifs avec leurs clients et partenaires, ont fréquenté des hôpitaux, 12 sont tombées enceintes et 113 ont bénéficié de ttt pour des IST.</p> <p>Parmi les mesures préventives utilisées: 255 utilisent la douche vaginale, 125 utilisent la perfusion d'ATB intraveineuse régulière et 127 utilisent les antibiotiques prophylactiques oraux.</p> <p><b>IST</b> Les prélèvements ont montré que 146 femmes ont un syndrome d'infection vaginale, 196 un syndrome d'infection cervicale, 20 ont été diagnostiquées avec la syphilis, 1 le VIH, 30 avec la gonorrhée, 21 avec la chlamydia</p> <p><b>Effets des mesures préventives</b> Aucune des 3 mesures préventives n'a réduit les IST</p> <p><b>Conclusion :</b> les 3 mesures préventives utilisées augmentent les infections vaginales et cervicales qui à leur tour augmentent les risques de contracter une IST. Les TdS devraient être informées par des stratégies préventives appropriées pour réduire l'incidence</p> <p><b>Force</b> - Les participantes étaient volontaires - Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté</p> <p><b>faiblesses de l'étude :</b> - Biais de préjugés car les données ont été rassemblées par auto-évaluation - Le nombre de participantes dans la catégorie « basse » n'est pas suffisant - Aucune évaluation des mesures préventives. Par exemple les lotions à risque pour la douche vaginale - Faible niveau de preuve</p>
--	---	---	---	---	---	---

Youchun, Z., Brown, J. D., Muessig, K. E., Xianxiang, F., & Wenzhen, H. (2014). Sexual health knowledge and health practices of female sex workers in Liuzhou, China, differ by size of venue. *AIDS and Behavior*, 18(2), 162-170.

<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Mixte avec une tendance majeure qualitative avec un devis transversal</p> <p><b>Paradigme:</b> Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> 3</p>	<p><b>Echantillon :</b> N= 48 travailleuses du sexe, âgées entre 16 et 48 ans. Plus de la moitié se prostituent depuis plus de 1 an.</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Méthode d'échantillonnage boule de neige. Les chercheurs ont parcouru 492 TdS avec l'espérance d'en recruter au moins 15 TdS de chaque catégorie. 14 lieux ont accepté de répondre à l'étude</p> <p><b>Critères d'inclusion / d'exclusion :</b></p> <p><b>Inclusion :</b> Femmes ayant consulté le centre médico-social de Liuzhou</p> <p><b>Exclusion :</b> 7 TdS ont été exclues car elles ont refusé de participer au questionnaire</p> <p>Travailleuses du sexe âgées de moins de 16 ans</p>	<p><b>But général :</b> Evaluer les connaissances en matière de santé et de pratique sexuelle chez les TdS en fonction du nombre d'employées par lieu de travail</p> <p><b>Objectif</b> -Identifier les caractéristiques démographiques, les connaissances sur les IST/VIH, l'utilisation du préservatif et les connaissances en matière de santé</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quelles sont les connaissances en santé et pratiques sexuelles chez les TdS en Liuzhou</p> <p><b>Hypothèse :</b> L'importance de l'environnement du travail sexuel</p> <p><b>Variables :</b> <b>Indépendante :</b> Travailleuse du sexe <b>Dépendante :</b> Connaissance de la santé sexuelle et des pratiques sexuelles</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b> Connaissance de santé sexuelle et de pratique sexuelle</p> <p>Travailleuses du sexe</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Les données ont été collectées par des entretiens durant environ 2h. Ils se déroulaient soit dans un espace privé sur le lieu de leur travail ou un endroit choisi par la participante.</p> <p>Un questionnaire semi-structuré est utilisé pour récolter les données: - démographiques (âge. Education Situation), connaissances des IST, utilisation du préservatif, les comportements de santé sexuelle.</p> <p>Pour les participantes illettrées, le questionnaire est lu et rempli par un chercheur.</p> <p>37 participantes ont accepté d'être enregistrées. Avec la permission des patrons, les chercheurs ont conduit des observations semi-structurées qui étaient enregistrées. Les observations portaient sur l'environnement de travail, les interactions entre TdS et patrons ainsi que les activités entre TdS et clients. Ces enregistrements ont été surveillés par des enquêteurs pour garantir la qualité des entretiens et des données transcrites. Le recrutement a continué jusqu'à saturation des données, 2 à 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés dans chaque catégorie.</p> <p><b>Ethique :</b> Les participantes ont toutes donné leur consentement éclairé.</p> <p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique.</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> 48 travailleuses du sexe réparties en 3 catégories basées sur le nombre d'employés: petit, moyen et grand</p> <p>L'analyse des données a été guidée par une approche théorique de Denzin" l'interactionnisme interprétatif". Les enquêteurs ont d'abord lu les transcriptions puis ils les ont traduites de manière qualitative en tableau.</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> Pas indiqué par les chercheurs</p>	<p><b>Résultats</b> Les TdS sont réparties en 3 groupes : 16 grands, 17 moyens et 15 petits La majorité des TdS ont plus de 27 ans, savent lire et écrire, ne viennent pas de Liuzhou, n'ont jamais été mariées, n'ont pas d'enfant, leurs sources de connaissances sur les IST proviennent des travailleurs sociaux, toutes disent avoir utilisé les préservatifs régulièrement dans les derniers mois, la grande majorité n'utilisent pas de préservatif avec leur compagnon/mari. La familiarité est la raison principale d'une non-protection avec un client. <b>Les petits lieux :</b> les femmes ont un faible niveau de connaissance, gagnent le minimum, les lieux sont déguisés en salon de coiffure ou massage. Elles demandent peu souvent le port du préservatif car elles trouvent embarrassant ou ont peur de le demander au client. Les clients paient plus si le rapport n'est pas protégé. Les TdS sont plus attentives au risque de grossesse qu'à celui de contracter des IST en raison du prix élevé d'un avortement <b>Lieux de taille moyenne :</b> comprennent moins de 20 TdS. Les lieux sont propres, les prestations de massage ou de simples lieux de rencontre sont proposées. La rémunération est meilleure. <b>Les grands lieux :</b> ils sont déguisés en boîte de nuit avec plus de 20 TdS qui y travaillent. Les femmes ont plus d'enseignement, ne proposent pas uniquement des prestations sexuelles (cow girl), ont un plus haut revenu, moins d'heure de travail, meilleure entente avec leur employeur, sont plus attentives aux pratiques de santé sexuelles, vont plus facilement consulter un médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La quasi-totalité n'utilise pas de préservatifs avec leur compagnon/mari par peur qu'il se doute de la profession ou parce qu'elles se sentent plus proches de leur partenaire sans protection.</li> <li>- La majorité des TdS utilisent la douche vaginale car elles ont l'impression de tuer les bactéries et le sperme</li> <li>- 18 TdS utilisent des antibiotiques oraux avant ou après les rapports sexuels</li> </ul> <p><b>Conclusion :</b> Bien que certaines TdS connaissent les principes de base d'une bonne santé sexuelle, peu ont des rapports protégés réguliers plus particulièrement avec leur partenaire stable.</p> <p><b>Forces et faiblesses de l'étude :</b> <b>Faiblesses :</b> - Biais financier - Faible niveau de preuve <b>Force :</b> - Les participantes étaient volontaires - approbation par un comité d'éthique</p>
---	---	--	---	--	---	---

Ghimire, L., Smith, W. C. S., van Teijlingen, E. R., Dahal, R., & Luitel, N. P. (2011). Reasons for non-use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. <i>BMC women's health</i> , 11(1), 42.						
<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Mixte avec une tendance majeure qualitative au devis longitudinal</p> <p><b>Paradigme:</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> 3</p>	<p><b>Echantillon :</b> N=15 TdS âgées entre 15 et 34 ans.</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Les chercheurs ont sélectionné 425 TdS qui ont participé à une enquête. Elles ont été interviewées à l'aide d'un questionnaire quantitatif structuré pour en sélectionner 25. Sur ces 25 TdS, 15 ont participé par la suite à un questionnaire qualitatif.</p> <p><b>Critères d'inclusion / d'exclusion :</b> <u>Inclusion :</u> TdS entre 15 et 34 ans qui se prostituent depuis 6 mois avant le début de la recherche.</p> <p><u>Exclusion :</u> Les TdS ne voulant pas répondre au questionnaire = 3 TdS</p>	<p><b>But général :</b> Comprendre les raisons de la non-utilisation des préservatifs auprès des TdS népalaises.</p> <p><b>Objectif :</b> - Identifier les caractéristiques démographiques. - Évaluer la non-utilisation des préservatifs avec les clients et leur compagnon. - Évaluer l'auto-efficacité des TdS.</p> <p><b>Question de recherche :</b> Les différentes raisons de la non-utilisation du préservatif en lien avec l'auto-efficacité des TdS népalaises.</p> <p><b>Hypothèse :</b> Pas indiquée dans cette étude</p> <p><b>Variables :</b> <u>Indépendante :</u> Travailleuses du sexe</p> <p><u>Dépendante :</u> Auto-efficacité Utilisation du préservatif</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b> Préservatif</p> <p>Auto-efficacité</p> <p>Travailleuses du sexe</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Un calendrier d'entretien a été préparé en décrivant les sujets à traiter avec des questions d'investigations (connaissances du préservatif, activité sexuelle et comportements protecteurs...). Il a d'abord été rédigé en anglais puis traduit en népalais. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes. Le premier auteur a conduit des entretiens approfondis avec l'aide de deux chercheurs formés. Ils duraient entre 2 et 5 heures. La participante pouvait choisir l'emplacement, la date et l'heure de l'entretien. Plusieurs visites ont été faites antérieurement pour développer un meilleur rapport. La saturation théorique a été atteinte après 15 entretiens.</p> <p><b>Éthique :</b> Les participants ont signé un consentement écrit pour être enregistrées. Un conseil d'éthique a donné son approbation (NHRC) La confidentialité des informations a été maintenue en supprimant les identifiants personnels.</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> Les entretiens ont été analysés manuellement par la lecture. Lors de la deuxième lecture, les transcriptions et l'analyse thématique ont été réalisées par deux autres auteurs.</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> Non précisé.</p>	<p><b>Résultats</b> <u>Caractéristiques sociodémographiques</u> État civil: 6 sont mariées, 5 sont séparées, 3 sont célibataires et une est veuve. Âge: la moyenne d'âge est entre 19-42 ans mais la majorité à entre 22 et 30 ans.</p> <p><u>Refus du client</u> - toutes les TdS ont prétendu connaître et utiliser des préservatifs mais 11 d'entre elles n'en n'ont pas utilisé car les clients les refusaient. La cause principale serait la diminution du plaisir. Le client paie avant sa prestation, la TdS n'a pas le choix que de se soumettre aux désirs de ce dernier. Certaines ont peur de perdre leurs clients en leur demandant une protection. Si elles connaissent les clients ou qu'elles ont un bon ressenti, elles ne se protègent pas (hommes riches, familiers).</p> <p><u>Prise de décision pour l'utilisation du préservatif</u> 6 TdS prenaient elle-même la décision, 3 décisions ont été prises par le client et pour les autres, la prise de décision est faite par les deux. Une des TdS a son mari qui est séropositif, mais elle ne se protège pas car elle n'est pas contaminée et pense par conclusion ne pas avoir besoin de protection.</p> <p><u>Auto-efficacité et pauvreté</u> Si les clients refusent le port du préservatif, elles n'arrivent pas à l'exiger. Des clients disent qu'ils n'ont aucune IST mais elles n'ont pas de preuve. Certaines ont peur de perdre leur travail et ne plus pourvoir subvenir aux besoins de leur famille. D'autres prétendent avoir un attachement pour certains clients et ne ressentent pas la nécessité de se protéger. Si elles obligent le port du préservatif, le client ira chez une autre TdS qui acceptera sa non-utilisation.</p> <p><u>Police</u> Au Népal la prostitution est illégale. si elles se font prendre avec des préservatifs elles deviennent sujettes à la prostitution.</p> <p><b>Conclusion :</b> Les TdS étaient fortement vulnérables en raison d'une auto-efficacité basse pour leur santé. La pauvreté, l'inégalité de genre, le bas statut social, le manque de responsabilisation diminuent la capacité d'agir sur l'utilisation du préservatif. Les interventions qui combinent la solidarité communautaire et l'action gouvernementale seraient efficaces dans la réduction des risques. Il faudrait mettre en œuvre la responsabilisation des TdS, une éducation ciblée, des programmes de communication et d'information pour les services de santé pour permettre des changements politiques</p> <p><b>Forces et faiblesses de l'étude :</b> <u>Force:</u> - Les participantes étaient consentantes, - Pas de conflit d'intérêts selon les chercheurs, - Un comité éthique a donné son approbation.</p> <p><u>Faiblesse:</u> - il y a un risque que les informations soient imprécises car il y avait une crainte de médiatisation - faible niveau de preuve.</p>

López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Sola, C., & Granero-Molina, J. (2013). An ethnographic study of HIV/AIDS among Ayoreo sex workers: cultural factors and risk perception. *Journal of clinical nursing*, 22(23-24), 3337-3348

<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Qualitative ethnographique au devis transversal</p> <p><b>Paradigme:</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b>  3</p>	<p><b>Echantillon :</b> N=4 travailleuses du sexe et 8 informateurs clés.</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Les chercheurs sont rentrés en contact avec 8 informateurs clés en utilisant la méthode de la boule de neige. Puis grâce à eux, ils sont rentrés en contact avec des TdS pour les informer de l'étude. Il y avait un échantillon de 9 TdS mais à la suite du meurtre d'une TdS, la collecte des données a été suspendue.</p> <p><b>Critères d'inclusion / d'exclusion :</b> <u>Inclusion:</u>  Participation volontaire</p> <p>Des informateurs clés qui travaillent avec un programme de prévention du VIH/SIDA à Ayoreo ou qui connaissent les TdS.</p>	<p><b>But général :</b> Décrire et comprendre la perception des risques envers le VIH auprès des travailleuses du sexe d'Ayoreo.</p> <p><b>Objectif :</b> Identifier les facteurs qui peuvent entraver la prévention des comportements sexuels à risque.</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quelles sont les perceptions du VIH et des facteurs culturels chez les travailleuses du sexe à Ayoreo</p> <p><b>Hypothèse :</b> Pas indiquée dans l'étude</p> <p><b>Variables :</b> <u>Indépendante</u> Travailleuses du sexe</p> <p><u>Dépendant</u> Perception des risques Facteurs culturels</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b> Travailleuses du sexe</p> <p>Facteurs culturels</p> <p>Perception des risques</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Les données ont été rassemblées entre novembre et décembre 2011 par l'observation des participants (descriptive, localisée et sélective). Les chercheurs ont effectué un travail sur le terrain de 6h/jour. Ils ont visité un centre médico-social, les lieux de travail, les voisinages, les rues de prostitution. Les entretiens avec les informateurs clés ont duré entre 45-60 min dans leur lieu de travail. Les entretiens avec les TdS ont eu lieu une fois leur confiance gagnée par les informateurs clés. Ils ont duré entre 15 et 30 min. Elles pouvaient choisir l'endroit et l'heure. La première question portait sur la signification du VIH. Tous les entretiens ont été enregistrés.</p> <p><b>Ethique :</b> Consentement éclairé de tous les participants</p> <p>Confidentialité soutenue à tout moment de l'étude</p> <p>Tous les volontaires pouvaient quitter l'étude à tout moment</p> <p>Approuvé par un comité d'éthique</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> Une analyse inductive a été réalisée pour chercher les thèmes émergents. Toutes les observations et entretiens ont été analysées comme un ensemble. Le logiciel atlas.ti a été utilisé pour effectuer une analyse qualitative. La rigueur méthodologique a été évaluée à chaque phase de l'étude. Pour assurer l'objectivité, les données des observations n'ont pas été analysées avant les entretiens. Tous les chercheurs ont travaillé ensemble pour vérifier la fiabilité des codages.</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> Atlas.TI (Scientific software Development GmbH, Berlin, Germany)</p>	<p><b>Résultats</b> <b>4 thèmes émergents</b> <u>La culture sexuelle:</u> - Enormément d'orphelines qui se prostituent pour des raisons économiques - Activité sexuelle qui peut commencer à la maturité sexuelle soit vers 14 ans <u>Attitude envers les IST:</u> - Les TdS ne sont pas très informées sur les IST et consultent seulement lorsqu'elles sont très malades - Les médecins donnent des papiers et ne les informent pas de vive voix. - Peu de TdS ont des connaissances sur le VIH et les symptômes. Elles ont de fausses croyances sur la contamination. - Elles craignent d'être marginalisées si elles sont atteintes du VIH. Par conséquent elles se cachent - Non adhérence au traitement par les TdS <u>Facteurs externes de vulnérabilité</u> - Haut niveau d'analphabétisme - La pauvreté diminue l'efficacité de la prévention de la maladie et la promotion de la santé communautaire - Situation de pauvreté extrême - Violation des droits, violence Biais de préjugés : ville vue comme une communauté violente et non une communauté violente <u>Système de santé</u> - les TdS se méfient des professionnels de la santé et se sentent parfois jugées par eux - les TdS sont souvent les dernières examinées dans les centres <b>Conclusion :</b> Il y a un important manque de préoccupation et de connaissance sur la santé. C'est une population qui est stigmatisée et marginalisée. Elles sont minimisées par le système de santé <b>Force et faiblesse</b> <b>Force:</b> Consentement des TdS, comité éthique <b>Faiblesse</b> Petit échantillon et faible niveau de preuve</p>
--	---	--	---	--	---	---



López-Entrambasaguas, O. M., Fernández-Sola, C., & Granero-Molina, J. (2014). Perception of HIV Prevention Programs Among Ayoreo Sex Workers in Bolivia. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 1043659614526254.						
<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Qualitative ethnographique au devis transversal</p> <p><b>Paradigme:</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b></p> <p>3</p>	<p><b>Echantillon :</b> N=4 travailleuse du sexe et 8 informateurs clés</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Les chercheurs sont rentrés en contact avec 8 informateurs clés en utilisant la méthode de la boule de neige. Puis grâce à eux, ils sont rentrés en contact avec des TdS pour les informer de l'étude. Il y avait un échantillon de 9 TdS mais à la suite du meurtre de l'une des TdS la collecte des données a été suspendue.</p> <p><b>Critères d'inclusion / d'exclusion :</b></p> <p><u>Inclusion:</u> Participation volontaire</p> <p>les informateurs clés qui travaillent avec un programme de prévention du VIH/SIDA à Ayoreo ou qui connaît les TdS.</p>	<p><b>But général :</b> Explorer les TdS de cette ville et leurs perceptions des agents des programmes de promotion de la santé et de prévention du VIH.</p> <p><b>Objectif :</b> Identifier les variables qui peuvent influencer le succès ou l'échec</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quelles sont les perceptions des programmes de préventions du VIH auprès des TdS en Bolivie</p> <p><b>Hypothèse :</b> Pas indiquée par les chercheurs</p> <p><b>Variables :</b> <u>Indépendante</u> Travailleuses du sexe</p> <p><u>Dépendante</u> Perception du VIH Programmes de prévention</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b></p> <p>Les 4 étapes de l'ethno-soin de Leininger</p> <p>Perception du VIH</p> <p>Programmes de prévention</p> <p>Travailleuses du sexe</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Les données ont été rassemblées entre novembre et décembre 2011 par l'observation des participants (descriptive, localisée et sélective). Les chercheurs ont effectué un travail sur le terrain de 6h/jour. Ils ont visité un centre médico-social, les lieux de travail, les voisinages, les rues de prostitution pratiquées. Les entretiens avec les informateurs clés ont duré entre 45-60 min dans leurs lieux de travail. Les entretiens avec les TdS ont eu lieu une fois leur confiance gagnée par les informateurs clés. Ils ont duré entre 15 et 30 min. Elles pouvaient choisir l'endroit et l'heure. La première question portait sur la signification du VIH. Tous les entretiens ont été enregistrés</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Consentement éclairé de tous les participants</p> <p>Confidentialité soutenue à tout moment</p> <p>Tous les volontaires pouvaient quitter l'étude à tout moment</p> <p>Approuvé par un comité d'éthique</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> L'étude a été analysée selon les 4 étapes de l'ethno-soin de Leininger. Le chercheur principal a compilé les données et rassemblé les entretiens ainsi que les observations recueillies. Ensuite les données ont été transcrites et réécoutées pour assurer leur intégralité.</p> <p>Les transcriptions ont été relues et des codes ont été assignés aux données des entretiens. Des notes des terrains ont été examinées cherchant des ressemblances et des différences dans les significations</p> <p>Les chercheurs ont étudié les données, groupant des codes et ont pris en considération les éléments non-verbaux et contextuels qui pourraient influencer la signification portée.</p> <p>Un travail inductif a été réalisé en tenant compte des catégories conceptuelles majeures et des thèmes à extraire à l'aide d'un logiciel</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> Atlas.TI 7</p>	<p><b>Résultats</b> <b>Conclusion :</b> 3 thèmes ont émergé <u>Des efforts de prévention de santé</u> Prévention primaire : elle est effectuée sur les lieux de travail. Les TdS reçoivent des informations sur le VIH, la transmission ainsi que les situations risquées. Prévention secondaire : des tests de dépistage rapides et gratuits du VIH sont proposés. Il y a des difficultés dans la communication avec les TdS et la continuité des soins. Prévention tertiaire : elle comprend l'adhésion aux TTT, comment vivre avec le VIH et surmonter la stigmatisation. Mais l'adhérence aux TTT est difficile <u>Inadéquation culturelle des programmes de prévention</u> Il y a la barrière linguistique, car le niveau d'étude est bas avec énormément d'analphabétisme. Lors des entretiens, les femmes ne se rappellent plus de ce qui a été dit une heure auparavant. Le matériel didactique n'est pas toujours adapté (mieux quand c'est audio-visuel qu'écrit). Les contenus ne sont pas toujours adaptés (trop physiopathologiques). Les TdS sont par conséquent frustrées et distraites. <u>Nature irrégulière des interventions</u> L'éducation à la santé n'est pas un service offert par le système de la santé de manière systématique mais répond à des critères de qualité Il n'y a donc pas de continuité. Les infirmières effectuent l'éducation de la santé pour couvrir des indicateurs. Ce n'est pas adapté aux besoins des TdS. Il serait judicieux de créer un système de soins à domicile. La consultation serait moins coûteuse et permettrait la continuité des programmes de prévention. Il n'y a pas assez d'évaluations pour contrôler l'efficacité et l'impact des mesures préventives apportées. <u>Conclusion</u> Les infirmières représentent 65% des ressources humaines dans la structure du système de santé. Elles seraient capables et souhaiteraient être plus impliquées dans la prévention de la maladie. La théorie utilisée permettrait d'améliorer la prévention du VIH. <b>Forces et faiblesses de l'étude :</b> <u>Force:</u> Consentement de TdS, comité éthique, anonymat préservé <u>Faiblesse</u> Petit échantillon, Biais: influencé par la précédente étude réalisée par les mêmes auteurs</p>

Sua, S. E., Sexualmente, A. C. P. D. D., De Profissionais, T. C. D. P., & Del Sexo, Y. S. U. (2012). Characteristics of a population of sex workers and their association with the presence of sexually transmitted diseases. <i>Rev Esc Enferm USP</i> , 46(4), 875-81.						
<p><b>Type d'étude ou devis :</b> Quantitative épidémiologique descriptive non expérimentale.</p> <p><b>Paradigme:</b> Positivisme</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> 6</p>	<p><b>Echantillon :</b> N=102 TdS de Botucatu au Brésil réparties dans 6 lieux différents</p> <p><b>Echantillonnage :</b> 4 des auteurs de l'étude travaillent comme agent de prévention auprès des TdS. Ils étaient dans les lieux connus par les agents pour trouver des participantes fixes. Les TdS ont été informées de l'étude et toutes ont accepté d'y participer</p> <p><b>Critères d'inclusion / d'exclusion :</b> Inclusion. Travailleuses du sexe résidant et travaillant dans le même établissement.  TdS incluses dans des programmes de prévention</p>	<p><b>But général :</b> Comprendre les caractéristiques des TdS et faire des liens avec les IST</p> <p><b>Objectif :</b> Comprendre les caractéristiques des TdS en considérant les facteurs sociodémographiques, gynécobstétriques et les facteurs comportementaux</p> <p>Vérifier leur association avec la présence d'IST</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quelles sont les liens entre la présence d'IST et les travailleuses du sexe</p> <p><b>Hypothèse :</b> Pas indiquée par les chercheurs</p> <p><b>Variables :</b>  <u>Indépendante</u> Travailleuses du sexe  <u>Dépendante</u> IST</p>	<p><b>Concepts</b> <b>Cadre de référence</b> <b>Cadre théorique :</b>  IST  Travailleuses du sexe</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> La période de collecte des données s'est effectuée entre août 2008 et mars 2009. Trois visites se sont déroulées dans 6 différents lieux. Des entretiens se sont déroulés pour analyser les données sociodémographiques, obstétriques, gynécologiques et sexuelles. Ensuite, des prélèvements sanguins et un examen gynécologique ont été réalisés.</p> <p><b>Ethique :</b> Consentement des participantes  Reconnue par un comité d'éthique</p>	<p><b>Méthode d'analyse :</b> Une base de données a été construite dans la version 12.2 d'Excel pour stocker les données. Ensuite elles ont été analysées par un logiciel statistique. Un étudiant qui fait son Master biostatistique a vérifié l'intégralité des données. Une variable dichotomique a été utilisée : TdS présente ou absente L'analyse statistique a été réalisée par le test de khi carré.</p> <p>La statistique descriptive a été utilisée</p> <p>P&lt;0.05 IC 95%</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> EPI Info 3.5.1</p>	<p><b>Résultats</b> En chiffre: la majorité des TdS sont célibataires, ont un enfant, ont subi un avortement, ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans, avait un haut niveau d'éducation.</p> <p>90% des TdS utilisent des méthodes contraceptives :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Préservatif</li> <li>2) Combinaison hormonale</li> <li>3) Stérilisation</li> <li>4) Préservatif féminin</li> <li>5) Stérilet</li> </ol> <p>22% ont rapporté avoir contracté des IST précédemment</p> <p><b>Au niveau du comportement sexuel :</b> Toutes les TdS ont des relations vaginales, 90% des relations bucco-génitales, et 37% des relations anales. 64% utilisent la douche vaginale. 99%utilisent des préservatifs avec leurs clients mais 26.3% les utilisent avec leur partenaire fixe.</p> <p>75% des TdS avaient eu plus de 5 clients dans les 7 jours qui ont précédé l'étude. Parmi elles : 84% avaient consommé de l'alcool, 42% ont consommé des drogues, 68% étaient fumeuses.</p> <p>La fréquence des IST était de 71.6% La fréquence des IST augmenterait avec la consommation de drogue, d'alcool, ainsi que les pratiques sexuelles anales</p> <p><b>Conclusion :</b> Des actions devraient être mises en œuvre dans des programmes de santé traitant de la consommation d'alcool et de drogues. <b>Forces et faiblesses de l'étude :</b> <b>Faiblesse :</b> l'association des différents facteurs entre eux n'a pas été observée Faible niveau de preuve <b>Force :</b> consentement des participantes et approbation par un comité d'éthique</p>