

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2560

**Enquête auprès des travailleuses du sexe de rue en ville de
Lausanne : mise en perspective de leur santé sexuelle par
rapport à la globalité de leurs besoins en santé**

Etudiant

Kevin Staudacher

Tuteur

Dr Patrick Bodenmann

Médecin adjoint, PD-MER, MSc, Responsable du Centre des
Populations Vulnérables, Polyclinique Médicale Universitaire
(PMU)

Co-tuteur

Dr Francis Vu

Chef de Clinique, Centre des Populations Vulnérables,
Polyclinique Médicale Universitaire (PMU)

Expert

Dr Matthias Cavassini

Médecin adjoint, PD-MER, Service des Maladies Infectieuses,
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Lausanne, 14 décembre 2015

Table des matières

1. Introduction
2. Objectifs
3. Méthodologie
4. Résultats des entretiens semi-structurés
 - A. Données sociodémographiques
 - B. Données sur la santé sexuelle
 - C. Données sur la santé globale
5. Discussion
 - A. Connaissances, gestion et préoccupations des travailleuses du sexe en matière de santé sexuelle
 - B. Autres problèmes et attentes des travailleuses du sexe en matière de santé plus globale
 - C. Facteurs facilitateurs et obstacles aux dépistages des IST ainsi qu'à l'accès au système de soins
 - D. Propositions de stratégies de prise en charge de la santé sexuelle des travailleuses du sexe
6. Limitations et contraintes
7. Conclusion
8. Bibliographie
9. Annexes

Abstract

Ce travail de maîtrise s'est intéressé à la mise en perspective de la santé sexuelle des travailleuses du sexe de rue (tds) de la ville de Lausanne par rapport à leur santé globale. Ainsi, 30 entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de tds entre les mois de mai et de septembre 2015. Un tiers des femmes interrogées rapportent avoir déjà eu au moins une fois une IST dans sa vie. Néanmoins les aspects de santé sexuelle ne sont pas considérés par les tds comme étant problématiques. Elles estiment se protéger assidument avec leurs clients et réalisent des dépistages régulièrement. L'usage du préservatif se fait par contre beaucoup plus rare lors de relations avec des partenaires privés (qui ne sont pas des clients). Parallèlement, les tds rencontrent d'autres problèmes de santé qu'elles considèrent comme problématiques mais pour lesquels elles ne vont jamais consulter ; il s'agit entre autre de problèmes psychologiques et de problèmes liés à la violence. D'autres problèmes de santé, qui peuvent être pris en charge par des médecins de premier recours, sont également récurrents alors qu'un grand nombre de tds fait part d'un renoncement aux soins pour des motifs économiques. Le prix fait également figure d'obstacle concernant l'accès aux dépistages du VIH et d'autres IST. D'autres barrières structurelles (asséculo-logiques et linguistiques par exemple) entravent l'accès aux dépistages et au système de soins. Les tds de la ville de Lausanne font donc face à différentes problématiques socio-sanitaires et les aspects de santé sexuelle ne figurent pas au premier plan. Il faudrait ainsi préconiser une approche prenant en compte la globalité bio-psycho-sociale de ces femmes pour favoriser leur accès à un dépistage du VIH et d'autres IST.

1. Introduction

En 2008, les services de police estimaient que 250 travailleuses du sexe de rue étaient présentes en ville de Lausanne. Un précédent travail de maîtrise réalisé à Lausanne auprès de 50 d'entre-elles a fait état d'une grande vulnérabilité et précarité au sein de cette population⁽¹⁾. Il faut différencier les travailleuses du sexe de rue et les travailleuses du sexe *indoor* (qui travaillent dans des salons de massages, des cabarets, etc.). Ces premières encourent en effet un risque de vulnérabilité encore plus grand^(1,2). Ce travail de maîtrise se concentrera ainsi exclusivement sur les travailleuses du sexe de rue (tds).

Les tds de la ville de Lausanne forment une population hétérogène, non seulement par rapport à leur pays d'origine mais aussi sur les plans socio-économiques ou éducatifs. Néanmoins, ces femmes ont souvent en commun un cumul de facteurs de

vulnérabilité en matière de santé (mauvaise connaissance du français, migration, pauvreté, défaut d'assurance-maladie, etc.). De par leur connaissance du système de santé parfois faible ou encore la crainte d'une stigmatisation, les tds sont peu habilités à accéder aux établissements de soins et de dépistage⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

A l'heure actuelle, l'organe d'aide de proximité de ces femmes dans la ville de Lausanne est l'association Fleur de Pavé (FdP). Par le biais de la Permanence Santé (PS) organisée hebdomadairement dans son bus, FdP offre une plateforme d'informations, de conseils et d'orientation en matière de santé aux tds, en collaboration avec la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) de Lausanne. Le bus de FdP est donc aujourd'hui une des structures de terrain permettant de faire le lien entre la rue et les services publics de santé.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁽⁴⁾ et le programme ONUSIDA⁽⁵⁾, les tds font partie des populations les plus à risque d'être infectées par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH). Cependant, à ce jour, l'épidémiologie du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) chez les tds de la ville de Lausanne reste inconnue. Dans le but de dresser un tableau épidémiologique des IST dans ce groupe considéré à haut risque, un projet interinstitutionnel d'une durée de 12 mois (projet S.W.I.S.S - Sex Work and sexually transmitted Infections Screening and Survey) a débuté au 1^{er} avril 2015 à la Policlinique Universitaire de Lausanne (PMU). L'objectif de ce projet impliquant le Service de Santé Publique du Canton de Vaud, l'association FdP, la PMU et des services spécialisés du CHUV (Service des maladies infectieuses et Institut de microbiologie) est d'offrir aux tds la possibilité de se faire dépister gratuitement pour le VIH et d'autres IST (hépatites B et C, chlamydia, gonorrhée, syphilis) ainsi que de leur proposer si besoin la première dose du vaccin combiné contre les hépatites A et B. Alors que le projet S.W.I.S.S, offre une opportunité inédite de mieux saisir la réalité épidémiologique des IST chez les tds en ville de Lausanne, celui-ci nécessite d'être complété par une exploration dans cette population cible de ses connaissances, ses préoccupations et ses attentes en matière de santé sexuelle, des facteurs influençant son accès à un dépistage en matière IST, ainsi que de ses autres préoccupations et attentes en

matière de santé plus globale. Il est également intéressant d'essayer de comprendre comment les tds gèrent leur santé sexuelle et comment cette facette de leur santé s'articule avec d'autres dimensions de leurs réalités bio-psycho-sociales.

2. Objectifs

Les objectifs de ce travail de maîtrise sont :

1. d'évaluer auprès des tds en ville de Lausanne, leurs connaissances, leurs préoccupations et leurs attentes en matière de santé sexuelle
2. de déterminer les autres besoins ou attentes des tds en matière de santé plus globale
3. d'identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à un dépistage des IST auprès de cette population

3. Méthodologie

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée dans le but de récolter des données épidémiologiques du VIH et des autres IST dans la population des tds des pays à hauts revenus ainsi que des informations quant à leur préoccupations et leurs attentes en matière de santé sexuelle et en matière de santé globale. Une recherche sur des stratégies de dépistage et de prise en charge des tds a également été explorée. Dans un second temps, des entretiens semi-structurés auprès d'un collectif de tds en ville de Lausanne ont été conduits dans le but d'évaluer leurs connaissances et leurs attentes en terme de santé sexuelle et en terme de santé globale, de préciser leurs attentes en matière de dépistage, de déterminer les facteurs facilitateurs et les obstacles aux dépistages et à leur accès aux systèmes de soins. Ces entretiens ainsi que l'analyse des données se sont appuyées sur les informations retrouvées dans la littérature.

A. Revue de la littérature :

La revue de la littérature a été effectuée principalement via le moteur de recherche PubMed, ainsi que via le moteur de recherche Google. Plusieurs sites internet de revues médicales (notamment la Revue Médicale Suisse) et d'organisations

internationales ont été également consultés (sites de l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), de la British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) et de l'OMS). Les mots-clés utilisés pour la recherche furent: « sex workers », « prostituées », « travailleuses du sexe », « HIV », « STI », « VIH », « IST », « prevalence », « prévalence », « incidence », « screening », « dépistage », « tests », « strategy », « stratégie », « health », « global health », « santé », « santé globale ». Au final, 27 études et 3 documents faisant état des recommandations d'organismes gouvernementaux (OFSP) et non-gouvernementaux (ONUSIDA, OMS) ont été sélectionnés. La majorité des études faisaient référence à des pays à hauts revenus.

B. Entretiens semi-structurés auprès des tds en ville de Lausanne :

Dans le cadre d'une étude observationnelle transversale, 30 tds travaillant à Lausanne ont été approchées entre mai et septembre 2015, au cours de 13 soirées. Le questionnaire élaboré pour l'étude et soumis aux tds se devait d'être le plus simple possible dans la formulation des questions afin d'en favoriser sa compréhension, et de courte durée afin d'entraver le moins possible le travail de ces femmes (durée moyenne pour répondre au questionnaire = environ 10 min). Le questionnaire est composé de 27 items comprenant des questions d'ordre sociodémographique, puis des questions semi-ouvertes axées sur la santé sexuelle, le dépistage du VIH et des IST ainsi que sur la santé globale et l'accès aux soins. Le questionnaire était hétéro-administré, mené par l'auteur du présent travail de maîtrise, sous forme de discussion, et la langue utilisée fut soit le français soit l'anglais. Les entretiens ont été réalisés de manière anonyme, après avoir obtenu le consentement oral des sujets pour l'étude. Les tds ont été informées oralement de la confidentialité des données récoltées. Chaque femme était libre de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Elles ont également été encouragées à répondre le plus sincèrement et le plus précisément possible aux questions posées et, le cas échéant, à ne pas répondre à la question plutôt qu'à transmettre une information imprécise ou incorrecte.

Afin de mener ces entretiens dans des conditions optimales, l'approche des tds a été réalisée avec l'aide et le soutien de l'association FdP lors des soirées de la Permanence Santé. En effet, durant les PS, le bus de FdP offre généralement un

espace de dialogue où les tds peuvent dialoguer avec les infirmières de manière plus privée. Cet espace a ainsi été utilisé pour mener les entretiens pour l'étude. Le choix des dates des soirées organisées pour la récolte des données a été déterminé en fonction des disponibilités de chaque parti. Les travailleuses sociales de FdP ont assuré la mise en relation des femmes avec l'auteur du présent travail de maîtrise. Dans un cas, une travailleuse sociale a également assuré l'interprétariat du questionnaire pour une femme hispanophone.

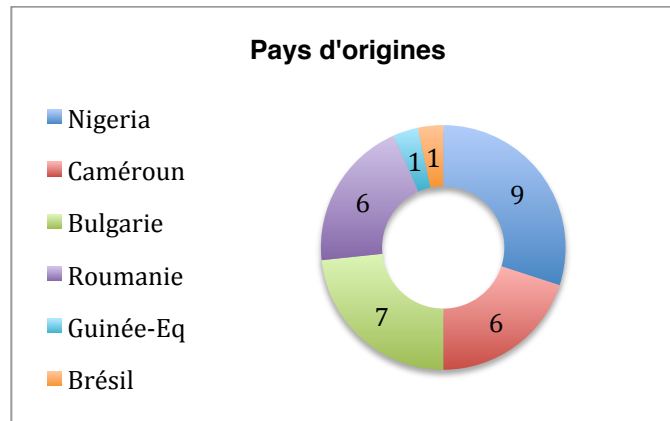
Critères d'inclusion des tds : Ont été incluses exclusivement les personnes âgées de plus de 18 ans, de sexe féminin, exerçant le métier de prostitution dans la rue, fréquentant le bus de Fleur de Pavé, parlant couramment le français ou l'anglais ou pour qui un interprète aura pu effectuer la traduction, et ayant leur capacité de discernement.

Critères d'exclusion des tds : Ont été exclues toute personne âgée de moins de 18 ans, de sexe masculin ou transgenre, exerçant un métier de prostitution exclusivement ou en partie en *indoor* (dans les salons de massages, les cabarets, etc.), ne parlant pas ou maîtrisant insuffisamment le français ou l'anglais ou pour qui un interprète n'aura pas pu effectuer de traduction, et n'ayant pas sa capacité de discernement, notamment suite à la consommation d'alcool/de drogue ou dans le cadre d'une décompensation psychique objectivable.

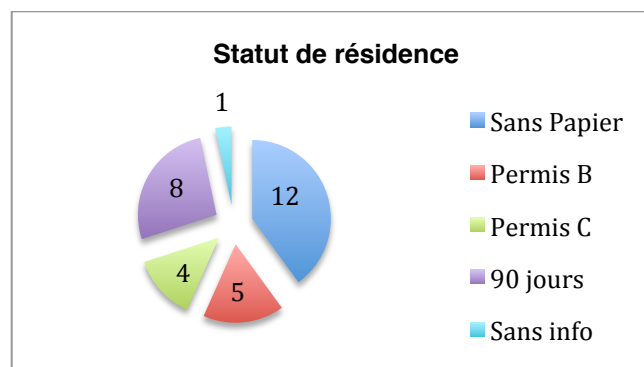
4. Résultats

A. Données sociodémographiques

Pays d'origine : Sur 30 tds interrogées, 9 femmes étaient originaires du Nigeria, 6 femmes du Cameroun, 7 femmes de Bulgarie, 6 femmes de Roumanie, 1 femme du Brésil et 1 femme de Guinée-Equatoriale.

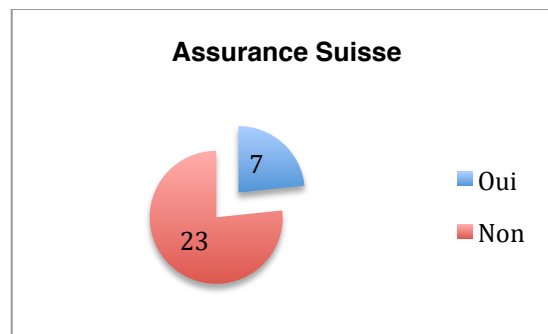


Statut de séjour : 12/30 femmes déclaraient être sans papier, 8/30 femmes travaillaient en Suisse selon la loi des 90 jours (pas de permis de séjour nécessaire pour une activité déclarée de moins de 3 mois pour les ressortissants de l'Union Européennes), 5/30 femmes déclaraient avoir un permis B et 4/30 femmes un permis C. A noter qu'une des femmes n'a pas souhaité révéler son statut de séjour.



Date d'arrivée en Suisse : 6/30 femmes étaient arrivées il y a moins de 3 mois, 10/30 femmes étaient en Suisse depuis plus de 3 mois mais moins d'un an et 14/30 femmes étaient en Suisse depuis plus d'un an.

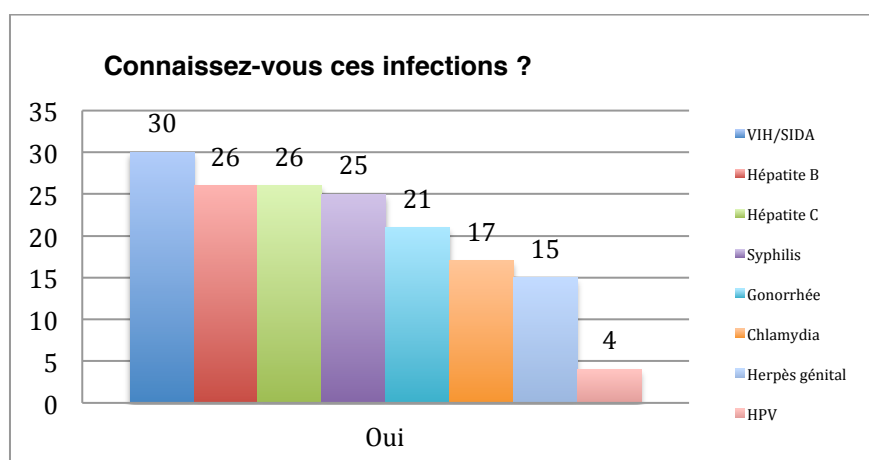
Assurance maladie : seules 7 femmes sur 30 avaient une assurance maladie suisse.



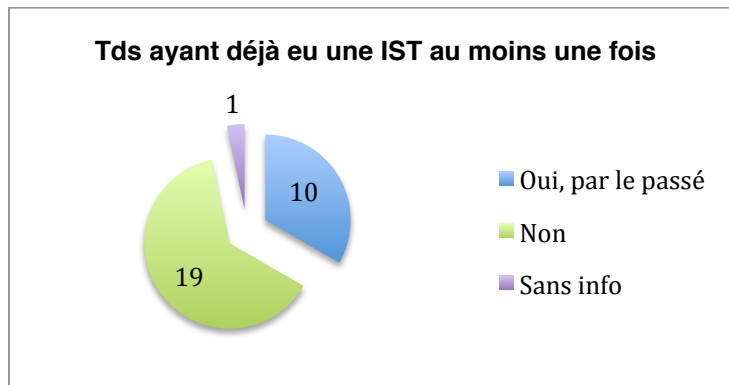
Enfin, à la question : « Avez-vous eu de la peine à payer des factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.) durant les 12 derniers mois », près des deux tiers (19/30) ont répondu par l'affirmative. Rappelons qu'une réponse positive à ce genre de question doit rendre attentif au risque majeur d'un renoncement aux soins pour motifs économiques ⁽⁶⁾.

B. Données sur la santé sexuelle

Alors que 100% (30/30) des femmes interrogées connaissaient l'existence du VIH/SIDA, elles étaient 26/30 à connaître les hépatites B et C, 25/30 à connaître la syphilis. Cela diminue encore avec la gonorrhée (21/30) et le chlamydia (17/30). Seule la moitié avaient déjà entendu parler de l'herpès génital (15/30) et elles n'étaient que 4/30 à connaître le HPV (papillomatose virale humaine).



Un tiers des femmes déclaraient avoir déjà eu au moins une fois une IST dans leur vie (10/30).



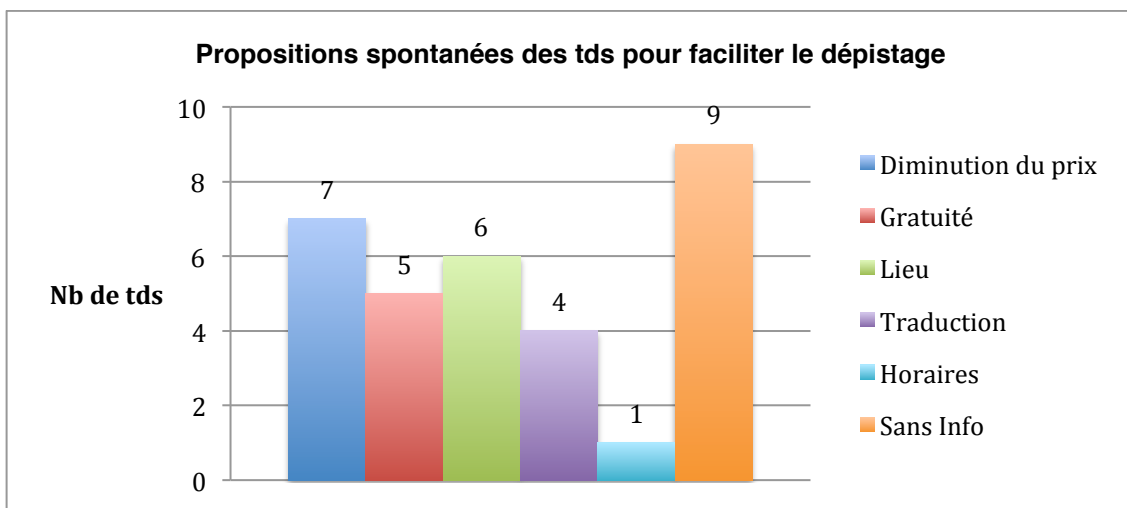
Elles étaient 28/30 à affirmer avoir déjà fait des tests de dépistage pour les IST. Sur ces 28 femmes, 6 l'avaient fait il y a moins de 3 mois, 6 avaient eu leur dernier test entre 3 et 6 mois et 6 l'avaient fait il y a plus de 6 mois. Plus de deux tiers d'entre-elles (20/28) disaient avoir fait leur dernier test à l'étranger, soit dans leur pays d'origine, en particulier concernant les femmes d'origine roumaine ou bulgare, ou dans un autre pays européen (7 en Italie, 5 en Bulgarie, 4 en Roumanie, 2 en Espagne, 1 en Belgique, 1 au Cameroun). Un quart des femmes (7/28) déclaraient avoir fait leurs tests à Lausanne (6 au sein des institutions CHUV et PMU, 1 dans le bus normalement réservé aux personnes transgenres de l'association Agnodice).

Lorsqu'on leur a demandé à quelle fréquence elles estimaient nécessaire de réaliser ces tests, 25/30 femmes ont répondu pour un intervalle de temps se situant entre 0 et 6 mois (cf. 22/30 femmes avaient fait leur dernier test entre 0 et 6 mois). Une femme a répondu entre 6 mois et 1 an. Une autre estimait une fréquence à plus de 1 an et une dernière jugeait inutile de faire des tests de dépistage si elle se protégeait à chaque rapport. Cette information n'était pas disponible pour 2/30 personnes. Elles étaient par ailleurs 23/30 à être intéressées à réaliser un dépistage dans un avenir proche (y compris les deux femmes qui ne s'étaient jamais faites dépister).

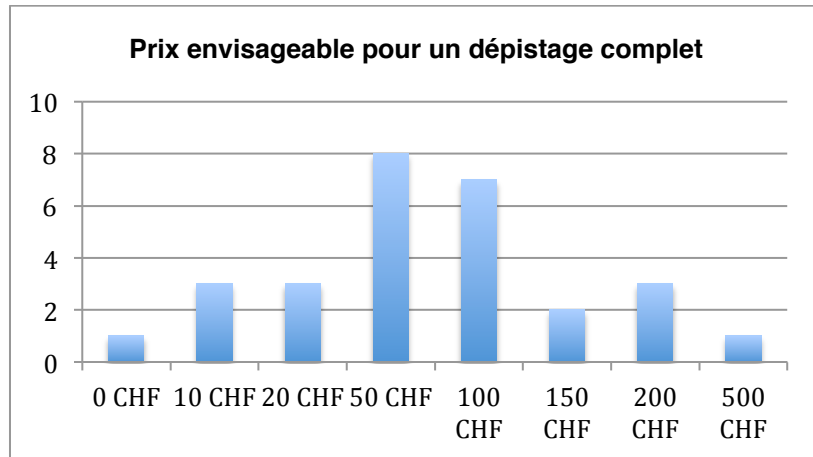
Sept femmes sur les 30 racontaient avoir déjà dû renoncer à faire des tests de dépistage pour les IST : Il s'agissait presque toujours d'un problème lié au prix des

tests (6/7), la dernière (1/7) expliquant qu'elle n'avait pas pu aller consulter à la suite d'une rupture de préservatif car elle devait s'occuper de ses prochains clients.

Quand on demandait à ces femmes ce qui pourrait faciliter l'accès à un dépistage pour le VIH et les autres IST, 7/30 femmes proposèrent une diminution des prix des tests, 6/30 proposèrent un lieu de dépistage plus proche de leur lieu de travail et 5/30 suggérèrent une gratuité des tests. Vinrent ensuite, une aide pour l'interprétariat (4/30), l'instauration d'horaires du soir (1/30). Une femme proposait un système d'offre complète comprenant entre autres des douches et un coin de repos. Cette information n'était pas disponible pour 9/30 personnes. Notons que 12/30 femmes proposent une stratégie de baisse des coûts, sachant que les femmes ayant répondu « Diminution du prix » ne sont pas les même que celles ayant répondu « gratuité du dépistage ».

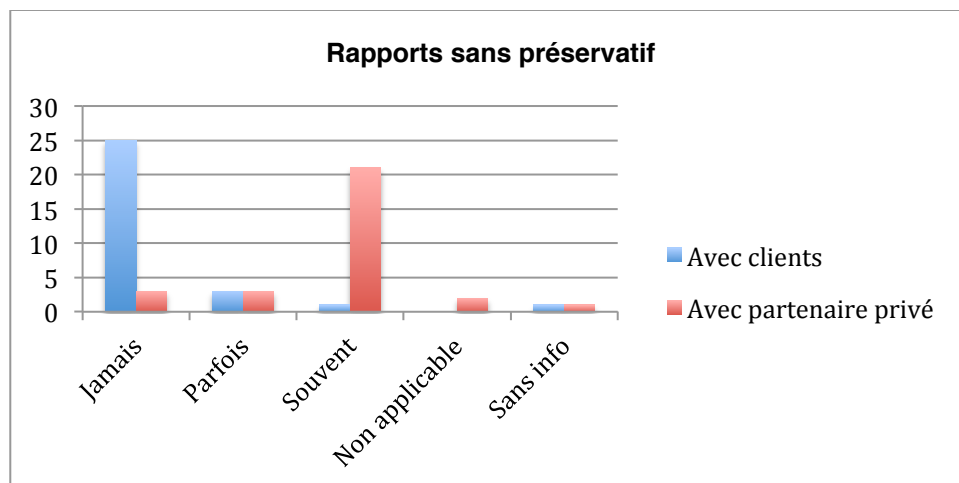


Il a également été demandé à ces femmes le prix maximal qu'elles seraient prêtes à payer de leur poche pour réaliser ces tests. 8/30 ont répondu CHF 50.-, et 7/30 ont mentionné un montant jusqu'à CHF 100.-. En moins grand nombre, il a aussi été évoqué les montants de CHF 150.- (2/30), CHF 200 (3/30), CHF 500.- (1/30) et à l'inverse CHF 20.-(3/30), CHF 10.-(3/30), CHF 0.- (1/30). 2/30 personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question. La moitié de ces femmes estimait donc pouvoir payer entre 50.- et 100.- leurs tests de dépistage et presque un quart estimait même pouvoir payer plus, le quart restant se limitant à des sommes inférieures.



A la question « vous est-il déjà arrivé d'avoir des rapports sexuels sans préservatif avec vos clients » : 25/30 ont répondu « jamais », 3/30 « parfois », 1 personne « souvent », et 1 personne n'a pas souhaité répondre.

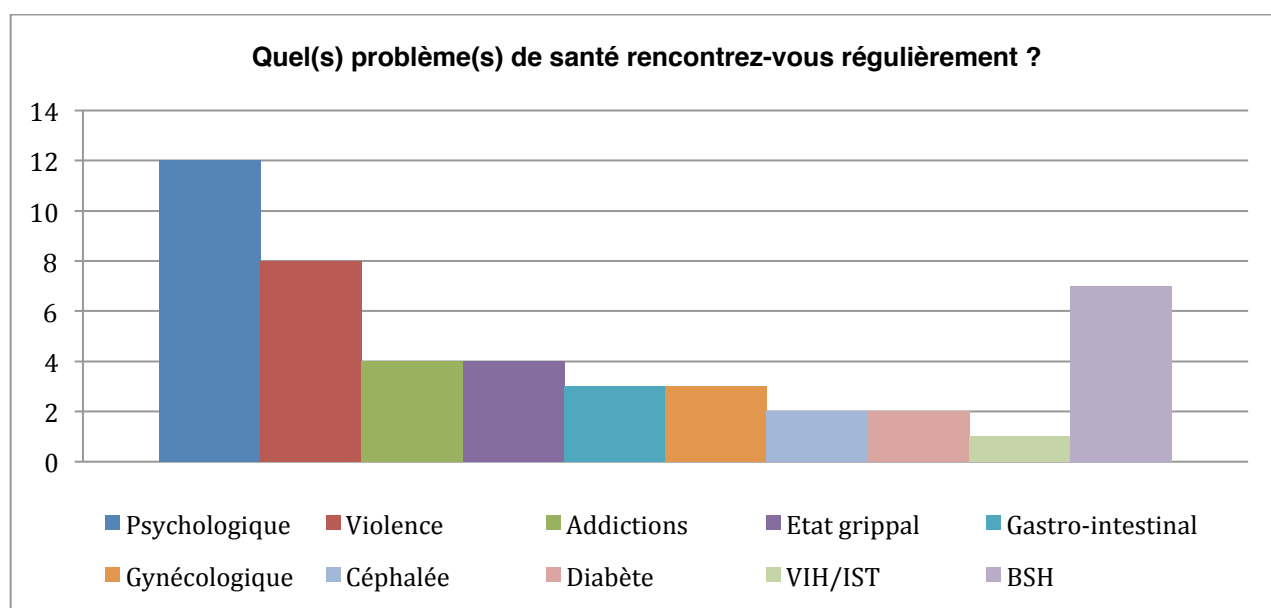
Les réponses ont été différentes lorsqu'il s'agissait d'un partenaire stable/privé (c'est-à-dire pas un client) : 3/30 femmes ont affirmé ne jamais avoir de rapports sans préservatif. 3/30 ont répondu qu'il leur arrivait « parfois » de ne pas en mettre, alors que 21/30 ont affirmé que cela leur arrivait souvent. A noter que 2 femmes n'ayant jamais eu de partenaire fixe n'ont pas pu répondre à la question et qu'une dernière n'a pas souhaité répondre.



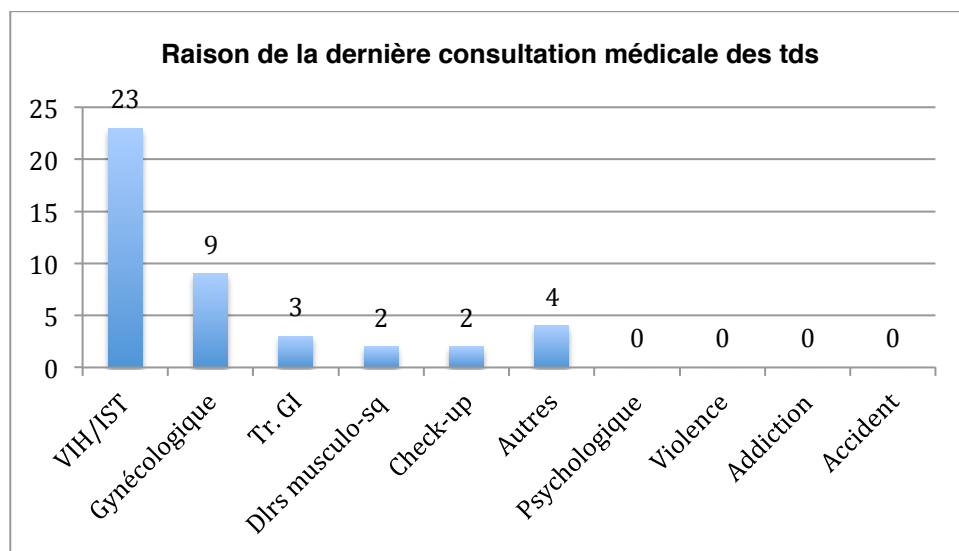
C. Données sur la santé globale

Dans la suite du questionnaire, la santé globale des tds a été abordée, comprenant la santé somatique mais aussi psychologique ainsi que les problèmes de dépendance et de violence. Il leur a ainsi été demandé quels problèmes de santé elles rencontraient régulièrement (au mois 1x/année).

Plus d'un tiers des femmes interrogées (12/30) ont rapporté des problèmes psychologiques (souvent en lien avec des états anxieux découlant de leurs conditions de vie, de leur travail et de l'éloignement familial). Viennent ensuite des problèmes liés à la violence, avec 8 femmes sur 30 qui ont estimé que ces problèmes affectaient leur santé. 4 femmes ont mentionné des soucis d'addictions, faisant toutes références au tabac. Une de ces quatre femme a rapporté consommer de la cocaïne de manière fréquente. Viennent ensuite, les états grippaux (4/30), les problèmes gynécologiques (3/30), les troubles gastro-intestinaux et les douleurs abdominales (3/30), les céphalées (3/30), le diabète de type 2 (2/30), les allergies (1/30), les problèmes dentaires (1/30), les accidents (1/30),... Une seule femme (1/30) a jugé le VIH et les IST comme souci de santé récurrent. 15/30 femmes ont rapporté au moins un problème somatique pouvant être pris en charge par un médecin de premier recours. Enfin, seulement moins d'un quart des femmes interrogées s'estimaient être en bonne santé habituelle (7/30).



Il leur a ensuite été demandé si elles avaient consulté un médecin ou un service de soins durant les 12 derniers mois. La quasi-totalité des femmes a répondu « oui » (29/30). Quand on leur a demandé pour quelles raisons elles sont allées consulter, 23/30 femmes ont mentionné le VIH et les IST, 22 d'entre-elles faisant référence aux tests de dépistage et 1 femmes faisant référence à un suivi post-infection. Presque un tiers (9/30) des femmes ont évoqué une consultation gynécologique. S'en suit les troubles gastro-intestinaux (3/30), les douleurs musculo-squelettiques (2/30), deux check-up (bilans de santé) (2/30), un état grippal (1/30), un suivi de diabète (1/30), un problème dentaire (1/30) et un problème ophtalmologique (1/30). Il faut noter qu'aucune femme n'est allée consulter pour des troubles psychologiques ou des problèmes de violences, alors qu'il s'agit des deux plaintes principales des femmes interrogées.



Enfin, il leur a été demandé si, au cours des 12 derniers mois, elles avaient dû renoncer à aller voir un médecin ou à se rendre à l'hôpital. 8 femmes sur 30 ont répondu « oui ». Les raisons évoquées étaient majoritairement un manque de moyens financiers (6/8). Une femme a rapporté un problème avec son assurance européenne (1/8) et une dernière a expliqué qu'elle ne savait pas où se rendre (1/8).

5. Discussion

A. Connaissances, gestion et préoccupations des travailleuses du sexe en matière de santé sexuelle

Les tds de Lausanne semblent à risque en matière d'IST. En effet plus de 30% des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà eu une IST par le passé. Il est évident que sur un échantillon de taille limitée (30 tds), les valeurs rapportées dans cette étude ne sont pas représentatives de la population des tds des pays à hauts revenus (voir limitations de l'étude). Cependant un grand nombre d'études s'accordent à dire que les tds sont particulièrement à risque en matière d'IST, la prévalence pour ces infections étant souvent élevée⁽⁷⁻¹²⁾, voire même souvent plus élevée que la prévalence des IST retrouvée dans la population générale selon plusieurs études européennes⁽⁸⁾. Par ailleurs, des dépistages réalisés à San Francisco⁽⁷⁾ montrent des taux à 12.4% de tests positif pour le *N. gonorrhoeae* et 6.8% pour le *C. trachomatis* dans la population des tds. A Melbourne (Australie), un programme de dépistage réalisé auprès de 63 tds rapporte une prévalence des IST à 33%. A titre comparatif, la prévalence des IST dans la population générale en Suisse se situe à moins de 1%, à l'exception du *T. vaginalis*, des HSV1/2, des HPV et du *C. trachomatis*, selon les estimations de l'OFSP⁽¹¹⁾. Toujours selon l'OFSP, la prévalence des infections à *C. trachomatis* est par contre estimée entre 3% à 10% dans la population générale Suisse⁽¹¹⁾.

Soulignons cependant que les tds interrogées paraissent conscientes de l'existence de la plupart des IST, même si les infections à HSV-2 et surtout aux HPV et leurs conséquences oncologiques potentielles restent méconnues. Rappelons que lorsqu'une personne interrogée ne connaissait pas une des IST proposée dans le questionnaire, l'auteur du présent travail de maîtrise procurait de manière orale des informations concernant le mode de transmission, le type de symptômes et les potentielles conséquences d'une infection. Mais un travail d'information élargi auprès des tds de la ville de Lausanne est certainement nécessaire, particulièrement concernant les risques de cancer du col de l'utérus et l'existence d'une vaccination anti-HPV.

Par rapport à l'utilisation du préservatif, les tds interrogée disent, pour la grande majorité, ne jamais avoir de rapports avec clients sans préservatif. Et la littérature (ainsi que l'OFSP) de corroborer cet état de fait au travers de plusieurs études^(8,11,13-16). Plus de deux tiers des femmes interrogées affirment, par contre, ne pas se protéger avec leur partenaire privé. Ces données vont à nouveau de concert avec celles de la littérature. En effet, bon nombre d'études rapportent que cette utilisation prépondérante du préservatif n'est plus vraie lorsqu'il s'agit de rapport avec des partenaires non-commerciaux^(8,12,15-17). Cette démarche peut s'expliquer par une volonté de démarquage entre les rapports sexuels professionnel et ceux d'ordre privé. Il semblerait, par ailleurs, y avoir moins de protection avec les « anciens » clients en opposition aux « nouveaux » clients^(8,12). De plus, ces relations privées sont parfois plus propices aux risques d'infection VIH : les relations anales sont plus fréquentes et les partenaires réguliers sont souvent des partenaires à haut risque (consommateurs de drogues, bisexuels, etc.)^(8,12). Le risque d'IST est lui aussi augmenté, et ceci d'autant plus que le nombre de partenaires privés est important^(9,13). La littérature mentionne également que le risque d'infection à VIH et aux IST augmente en fonction du nombre de partenaires privés⁽¹²⁾.

Soulignons à nouveau qu'un tiers des tds rapporte avoir déjà eu une ou plusieurs IST. Alors que faire de cette revendication quasi unanime d'une utilisation systématique du préservatif ? Certains diront que les femmes dissimulent ou altèrent cette information, par honte ou par gêne. Cela est certainement plus complexe... Ces femmes se protègent donc peu avec leurs partenaires privés, alors que ceux-ci peuvent être des partenaires à haut risque. Il en va aussi de la question des rapports bucco-génitaux. Ce sujet n'a pas été investigué durant le questionnaire, mais il aurait été intéressant de connaître le nombre de femmes qui affirmaient utiliser un préservatif – à chaque fois ou plus occasionnellement – lors de rapports oraux. En effet, même si peu d'études font la différence entre des relations vaginales ou anales protégées par rapport aux relations orales, il semblerait que lors de rapports bucco-génitaux le préservatif soit moins souvent utilisé^(8,15). Les femmes nouvelles dans le milieu de la prostitution sont aussi potentiellement plus à risque concernant les rapports non protégés^(8,12,18). Elles n'ont pas encore été touchée par la prévention

faite dans le milieu, certaines d'entres-elles ne connaissant pas certaines pratiques à risques. Ceci d'autant plus si leur maîtrise du français, voir même de l'anglais, est limitée. Néanmoins, concernant le statut migratoire des tds, la littérature n'est pas unanime. Certains articles mentionnent une absence d'association entre le statut migratoire et le risque de contracter le VIH et d'autres IST^(15,16). D'autres articles, par contre, mentionnent une prévalence plus élevée d'infection par le VIH chez les femmes migrantes^(8,20,30) ainsi qu'une prévalence accrue des autres IST^(7,30) par rapport à la population générale. Platt et al.⁽¹⁶⁾ soulève notamment l'importance des barrières de langue comme facteur de risque pour le VIH, les femmes allophones ayant un accès réduit à l'information et aux campagnes de prévention. Les femmes consommatrices de drogues par voie intraveineuses (*Injecting Drug Users*, IDU) sont également à haut risque. Selon Platt et al.⁽¹⁶⁾, la consommation de drogues est le facteur de risque le plus important pour la transmission du VIH chez les tds en Europe de l'Ouest. Mais la problématique en lien avec le VIH est complexe. L'injection par voie intraveineuse constitue un facteur dramatique d'infections par inoculation directe du virus VIH et des hépatites B et C. Mais parallèlement à cela, s'ajoutent d'autres facteurs qui accentuent le risque de contracter ces infections. En effet, ces femmes sont plus isolées socialement et rencontrent des difficultés économiques plus importantes que les tds non consommatrices de drogues, ce qui peut favoriser leur éloignement des structures socio-sanitaires locales et mener à une chance plus faible pour ces femmes d'être informées sur les messages de prévention. De plus elles sont plus à risque d'avoir des rapports non-protégés, d'une part par l'attrait économique d'une relation sans préservatif, d'autre part par une plus grande exposition à différentes formes de violence ou de soumission. Enfin, le risque de séroconversion chez les personnes IDU semble plus important que chez des personnes non-IDU qui sont confrontés à une exposition identique au virus^(3,8,12,16). Sur les 30 tds interrogées aucune n'a rapporté un usage de drogues intraveineuses. Il s'agit probablement d'un problème d'accès à ces femmes. Les tds lourdement dépendantes et largement affectées par leurs consommations sont vraisemblablement plus difficiles à aborder pour ce type d'enquête. Il s'agit peut-être aussi de femmes qui fréquentent moins le bus de FdP et restent plus isolées socialement, d'où – à nouveau – leur grande vulnérabilité.

Ainsi, tout porte à croire que ces femmes se protègent efficacement lors des rapports professionnels vaginaux et anaux. Mais comme à Lausanne, avec un tiers de femmes ayant déjà eu une IST, la littérature rend compte du risque qu'ont les tds par rapport à ces infections. Nous pouvons donc penser que l'exposition aux pathogènes – chez des femmes qui affirment utiliser le préservatif lors de rapports vaginaux et anaux – résulte probablement du cumul d'autres facteurs que sont : les rapports non protégés avec partenaires privés, la relative protection des rapports bucco-génitaux et une variabilité du risque d'absence ou de mauvaise protection chez certaines femmes, notamment les tds IDU ou plus subtilement les tds migrantes, sans oublier les tds nouvelles dans le milieu. La prévention auprès des tds à Lausanne devrait peut-être s'axer plus subtilement autour de ces différents facteurs de risques. Il faudrait ainsi parler des rapports sexuels protégés avec les partenaires privés, mettre un accent important sur la nécessité de se protéger à chaque rapport bucco-génital. L'approche de femmes IDU, qui semblent ne pas beaucoup fréquenter le bus de FdP, serait également une piste à explorer. Enfin il est important que les tds allophones aient accès à une information dans une langue qu'elles comprennent.

Cependant, les tds interrogées ne relèvent pas comme problématique leur santé sexuelle. Seule une femme estimait que la thématique du VIH et des IST représentait un problème de santé récurrent. En effet, comme relevé dans la littérature, leur santé sexuelle est souvent devancée par d'autres difficultés économiques, juridiques et sociales⁽¹²⁾. Une autre étude qui s'est intéressée aux services communautaires dont les tds souhaitaient bénéficier montre que moins de 5% des tds expriment un besoin en terme d'éducation VIH, alors que 25% d'entre-elles mentionnent une aide pour le logement, 20% estiment ne pas avoir de problèmes et 17.9% aimeraient trouver un emploi.⁽¹⁹⁾

En parallèle, un très grand nombre des tds interrogées va par ailleurs se faire dépister pour le VIH et les ISTs. 28/30 femmes ont déjà réalisé un test et pour 22 d'entre-elles ce test remontait à moins de 6 mois. Elles sont par ailleurs 25/30 à estimer qu'un dépistage devrait être réalisé tous les 6 mois. Plusieurs études rapportent par ailleurs un nombre élevé de tds ayant déjà réalisé au moins un

dépistage. A San Francisco, 91.2% des tds avait déjà réalisé un test de dépistage VIH⁽⁷⁾. A Genève, selon Aspasia, 88% des femmes avaient déjà réalisé un dépistage⁽¹⁸⁾. Enfin, en Espagne, on relève une augmentation d'un facteur 5 du nombre de tds allant se faire dépister. L'auteur de ce dernier article suggère une double raison à ce phénomène : l'augmentation des tds dans le pays mais aussi la plus grande implication de ces femmes envers leur prévention⁽²⁰⁾. Il serait par contre intéressant d'obtenir des données de la littérature qui indiquent la fréquence des dépistages réalisés par les tds. A Lausanne, les tds interrogées semblent réaliser ces dépistages relativement fréquemment. Ces femmes n'estiment donc peut-être pas comme problématique les aspects de santé sexuelle car elles semblent maîtriser cet aspect de leur santé, sachant l'importance de faire des tests de dépistage et, le plus important, se donnant les moyens d'aller se faire dépister.

B. Autres problèmes et attentes des travailleuses du sexe en matière de santé plus globale

Lorsque l'on demande aux tds lausannoises quels problèmes de santé elles jugent prépondérant dans leur vie quotidienne, les problèmes psychologiques arrivent en tête avec plus de 30% de tds estimant avoir une mauvaise santé psychologique. Les difficultés liées à la violence sont aussi importantes (8/30). Ces deux aspects de la santé sont également relevés dans la littérature comme étant fréquents. Peu de données chiffrées ont été trouvées concernant l'état de santé psychologique ou le fardeau des pathologies psychiatriques chez les tds mais une grande quantité d'article relèvent les problèmes psychologiques comme fréquents^(1-3,21-24). Par exemple, selon Jeal et al.⁽²¹⁾, 34% des tds disent être allé consulter pour la dernière fois un MPR en raison de problèmes d'anxiété. Sarah E. Romans et al.⁽²²⁾ ont mis en évidence, grâce à l'utilisation d'un auto-questionnaire d'évaluation des troubles psychopathologiques (le GHQ-28), que la morbidité des troubles psychologiques étaient plus importante chez les tds que dans la population féminine générale. Les travailleuses indoor avaient par contre le même score que la population générale. Concernant la violence, les tds y seraient plus exposées qu'au VIH⁽¹⁶⁾, et ce d'autant plus chez les travailleuses de rue comparé aux travailleuses *indoor* ^(2,7,16). Nous pouvons articuler quelques chiffres comme dans l'article de Cohan et al.⁽⁷⁾ où 53%

des tds ont subi des violences au sein de leur famille et 36% ont été confrontée à la violence des clients. Selon Sarah E. Romans et al.⁽²²⁾, 59% des tds rapportent une ou des expériences de violence, contre 20% dans la population féminine générale. Ces expériences, par ailleurs difficiles à quantifier car il n'existe pas de définition consensuelle de la violence, vulnérabilisent encore plus ces femmes. La prise de drogue peut devenir une échappatoire psychique. L'absence de préservatif peut éviter la violence de certains clients⁽¹⁶⁾.

Cependant, les tds interrogées ne vont jamais consulter pour ces deux problématiques majeures. Il serait intéressant de comprendre pourquoi. S'agit-il d'une question économique, les soins somatiques étant estimés plus importants ? S'agit-il d'un manque de connaissance quant à l'existence de prise en charge ou de soutien psychologique (y compris après un épisode d'agression) ? S'agit-il d'un manque d'information sur les lieux où se rendre pour ces problèmes psychologiques et pour des consultations de médecine des violences ? Les barrières linguistiques jouent peut être un rôle. Les aspects de différences culturelles quant à l'approche de ce type de problématiques sont aussi envisageables. Comme souvent lorsqu'il s'agit de thématiques concernant les disparités en santé et l'accès aux systèmes de soins, les réponses sont probablement multiples. Tout comme les moyens d'y pallier ! Comme le montre les réponses aux questionnaires, l'aspect financier est certainement important. Mais il est possible que ces femmes n'aient pas connaissances de ce genre de prise en charge. En effet d'autres problèmes de santé sont également rencontrés par les 30 tds interrogées, certainement dans une proportion moindre. Mais prenons l'exemple de la santé gynécologique : seules 3/30 femmes mentionnent les problèmes gynécologiques comme problème de santé récurrent, elles sont pourtant presque un tiers (9/30) à être aller consulter un médecin pour cette sphère de la santé. Bien entendu cela ne sous-entend pas que les coûts d'une consultation deviennent superflus, mais les tds estiment peut-être que la santé gynécologique est importante et sont donc prêtes à déboursier une certaine somme. Si ces femmes étaient sensibilisées à l'existence de prises en charge liées à la violence ou aux troubles psychologiques, peut-être iraient-elles consulter pour ces deux domaines de leur santé.

Ne faudrait-il pas ainsi proposer à ces femmes – à condition qu’elles soient intéressées par ce genre de services – des prestations globales, comprenant des consultations de santé sexuelle mais aussi des consultations psychologiques, des consultations médico-légales pour les tds victimes de violence et, tout aussi important, un accès à une médecine de premier recours. En prenant en compte les douleurs abdominales, les céphalées, les états grippaux, etc., la moitié des femmes (15/30) se plaignent de pathologies, et ce sans compter les troubles psychologiques, qui pourraient être prises en charge par une structure de premier recours. Notons que, selon Jeal et al.⁽²¹⁾, le médecin de premier recours est le prestataire de soin principal des tds.

C. Facteurs facilitateurs et obstacles aux dépistages des IST ainsi qu’à l’accès au système de soins

Presque un tiers (7/30) des femmes interrogées mentionne avoir dû renoncer à aller se faire dépister pour le VIH et d’autres IST et cela presque exclusivement pour des motifs économiques. Dans la littérature le prix des tests n’est par relevé comme entravant l’accès aux dépistages, mais cette faible mention des aspects financiers comme obstacle d’accès aux systèmes de soins peut s’expliquer par le fait que la plupart des prestations offertes dans les articles sélectionnés de la revue de littérature étaient gratuites. *A contrario*, en ville de Lausanne, où la gratuité n’était pas de mise avant l’instauration du projet S.W.I.S.S, ces aspects financiers semblent être l’obstacle le plus important pour permettre aux tds de réaliser ces tests. Elles sont par ailleurs plus du tiers (12/30) à demander une baisse de prix, voir même une gratuité des offres de dépistages. C’est certainement la raison majeure qui pousse les tds à réaliser ces tests en dehors de la Suisse, là où les prestations sont à un moindre coût voir même gratuites (comme par exemple en Italie, en Roumanie ou en Bulgarie pour ne mentionner que les pays où sont allées les tds interrogées). Rappelons que presque 2/3 des tds interrogée déclarent avoir du mal à payer les factures de leur ménage. Elles sont également peu nombreuses à avoir une assurance maladie Suisse. Cette vulnérabilité financière pousse naturellement ces femmes à chercher des lieux de dépistage les moins onéreux possibles. Même si celles-ci proposent un prix de dépistage en Suisse à environ CHF 50.-/100.-, ces

femmes font de fréquents allers retours dans leur pays d'origine ou dans d'autres pays européens et profitent de se faire dépister à ce moment-là. Alors que doivent proposer les services de santé suisses aux tds ? Même si des tests à des prix « abordables » étaient proposés, est-ce que ces femmes ne préféreraient-elles pas aller consulter dans des endroits où la gratuité est de mise ?

Il est important de souligner que la même proportion non négligeable de femmes (8/30) témoigne d'un renoncement aux soins pour des motifs économiques. Les barrières financières entravent donc globalement l'accès aux systèmes de soins.

Les aspects de stigmatisations ou la peur d'être jugée par le milieu médical n'a pas été soulevé par les tds interrogées, alors que dans la littérature ces aspects font figure d'obstacle conséquent à l'accès aux soins des tds. En effet, selon Lazarus et al.⁽²³⁾, l'« occupational sex work stigma » est fortement corrélé à des difficultés d'accès aux soins et ceci indépendamment de l'ethnicité, de la situation socio-économique et du type de prostitution exercé par les femmes. Selon Jeal et al.⁽²¹⁾, 45% des tds font part d'une peur de jugement vis-à-vis du corps soignant. Elles ne sont pourtant que 11% à souhaiter une consultation uniquement pour tds. Concernant les tds de Lausanne, aucune ne propose une consultation uniquement pour les tds.

Au travers du questionnaire il n'a pas été demandé si les femmes avaient déjà fait mention de leur travail à un soignant ou à leur médecin de premier recours. Mais la littérature nous apprend que ce n'est souvent pas le cas. Selon Cohan et al.⁽⁷⁾, 70% des tds à San Francisco n'ont jamais fait mention de leur travail à un soignant. Un tiers de ces femmes l'explique par des expériences négatives et/ou une gêne ou une peur d'être « désapprouvée ». Un autre tiers estime que la mention de leur métier n'était pas relevant pour leur problème de santé. Selon Sarah E. Romans et al.⁽²²⁾ (Nouvelle-Zélande) 30% des tds affirment avoir un MPR qui ne connaît pas leur métier. Toujours en ce sens, dans l'étude Jeal et al.⁽²¹⁾ (Bristol, UK), 83% des tds disent avoir un MPR. Environ deux tiers d'entres-elles n'ont jamais communiqué à leur MPR la nature de leur travail, alors que la même proportion de femme dit

souhaiter avoir un médecin qui connaisse leur travail. Et selon Lazarus et al.⁽²³⁾, près de la moitié des tds (49.6%) ont déjà fait face à des barrière pour accéder à un service de soin.

Un lieu de dépistage proche du lieu de travail est également suggéré à plusieurs reprises aux travers des entretiens semi-structurés tout comme une aide à l'interprétariat. On retrouve, par ailleurs dans la littérature, une myriade de ces barrières dites « structurelles » qui défavorisent la relation de ces femmes avec le système de santé. Notons par exemple les horaires ou la rigidité des heures de rendez-vous, les soucis asséculoologiques, l'absence d'adresse où envoyer les résultats de tests, le statut de séjour (illégal), les barrières linguistiques^(2,3,19) qui favorisent la non utilisation des services de santé par les tds^(3,21). A Bristol (UK)⁽²¹⁾, 51% des tds jugent difficile de garder un rendez-vous fixé. Elles sont par ailleurs 75% à suggérer un système sans rendez-vous (de type drop-in) et 68% suggèrent des ouvertures du soir. Les services de type « *outreach* » fonctionnent en ce sens bien car ils s'adaptent aux horaires, ont souvent un fonctionnement de type « drop-in », et contournent les dédales administratifs de la santé. De plus, l'esprit non-jugeant et de respect qui accompagne ces équipes mobiles limite les phénomènes de stigmatisation et favorise l'approche de ces femmes⁽³⁾.

A Lausanne, les aspects financiers semblent monopoliser le champ des barrières d'accès aux soins, mais soulignons que durant l'entretien les questions étaient formulées de manière ouverte sans proposition de réponse. S'il avait été proposé textuellement d'autres propositions, il n'aurait pas été étonnant que les thématiques évoquées ci-dessus aient été acceptées comme entravant l'accès de ces femmes aux services de santé. Qu'il s'agisse du prix, des horaires, du lieu de soins, de l'absence d'interprète, etc., les possibilités de transformer ces entraves en facilitateurs d'accès aux soins peuvent et devraient être envisagées.

D. Propositions de stratégies de prise en charge de la santé sexuelle des travailleuses du sexe

Abordons en premier lieu quelques pistes stratégiques que propose la littérature pour le dépistage et la prise en charge des tds. Selon l'OFSP, les tds doivent être

sensibilisés aux vues de leur situation estimée à risque et avoir accès à des structures dites « à bas seuil » facilitant le conseil et le dépistage. Toujours selon l'OFSP, il n'est pas recommandé de faire un screening systématique dans cette population, comme pour les autres populations jugées à haut risque (HSH, UDI, migrants), car malgré un bon rapport coût-efficacité possible d'une telle démarche cela pourrait être vécu comme stigmatisant pour les populations concernées. L'OFSP ajoute que cela pourrait même faire s'éloigner les personnes à risque des milieux de prévention (sans mentionner de sources corroborant cette hypothèse)⁽¹¹⁾. Par ailleurs, on a montré que le traitement présomptif des tds pour les IST bactériennes n'était efficace (en terme de réduction de prévalence) qu'à court terme et pour réduire une prévalence très élevée d'infections. A des taux d'infection plus bas et au long terme, ces traitements « à l'aveugle » ne sont plus efficaces et il devient nécessaire de mettre en place des programmes de prévention et de dépistage⁽⁹⁾. Le programme national de lutte contre le SIDA et les ISTs (PNVI) préconise la mise en place de structures à bas seuil susceptibles de faciliter l'accès aux dépistages des populations à risque (HSH, IDU, détenus en milieu pénitentiaire, tds). Ces structures devraient par ailleurs pouvoir offrir une possibilité de prise de sang sur place⁽¹¹⁾. Le reste de la littérature s'accorde à dire que ce genre de démarche intégrant prévention et dépistage est essentiel et permet une diminution des taux de VIH et d'IST^(3,7,9,16,18,21,25).

Le système des *outreach* (travail sur le terrain) est considéré comme un bon modèle notamment afin de familiariser les tds au système de santé. Cela leur permettrait d'accéder plus facilement à des services de soins en cas de nécessité (urgente) et de connaître les réseaux nécessaires dans le cas où certaines d'entre-elles sortiraient du milieu de la prostitution⁽³⁾. A Genève, la démarche d'Aspasie qui offrait un dépistage dans la rue (au sein d'un bus) a été très bien accueillie par les tds. Le nombre de femmes bénéficiaires a largement dépassé le nombre attendu en début de programme et un nombre considérable de dépistage a pu être réalisé (92 tests réalisés pour le VIH)⁽¹⁸⁾. Plusieurs articles encouragent aussi les modèles de *peer education*, ou éducation par les pairs, qui ont montré leur efficacité en permettant à ces femmes de devenir « acteurs » de leur santé. Il s'agit d'augmenter

l'*empowerment* dans cette population et ainsi de potentialiser la prévention effectuée. Les connaissances de ces femmes en matière de santé sexuelle, de prévention des risques et les connaissances en matière de dépistage ainsi que l'application de dépistage s'en retrouvent améliorés^(9,19,23,26,27). Cette approche communautaire a d'ailleurs montré une diminution des taux de VIH et d'IST dans les pays à bas et moyens revenus⁽²⁸⁾.

Afin de solidifier encore le rapport des tds au système de soins, les professionnels de la santé devraient être formés – en leur permettant d'acquérir un savoir-être nécessaire au bien-être des patientes. A un plus haut niveau, des structures spécialisées, évitant les stigmatisations et accessibles aux tds devraient être promues et mises en relation avec les structures sociales pour assurer le lien entre la rue et le lieu de soin^(3,21,23,29). Une prise en charge globale est par ailleurs recommandée, les problèmes de santé de ces femmes étant – rappelons-le – interconnectés et interdépendants. Une prise en charge ne s'intéressant qu'à la santé sexuelle semble insuffisante. Il est proposé par exemple des interventions antiviolences comme faisant parti à part entière de la lutte contre le VIH et les IST⁽⁷⁾. Il faudrait s'intéresser tant aux besoins somatiques qu'aux besoins psychiques et sociaux de ces femmes et promouvoir des interventions à visée structurelle. Dans un autre sens, il faudrait promouvoir intensément le safer-sex chez les tds IDU étant donné le taux de séroconversion VIH très important^(16,19).

Toutes ces stratégies de prévention et de dépistage s'articulent parfaitement avec les éléments relevés aux travers des 30 entretiens. Ainsi, il paraît important d'intégrer toutes les problématiques de ces femmes pour améliorer leur accès à la santé sexuelle et à la santé globale. En d'autres termes, la santé sexuelle n'est qu'un pendant de tous les aspects de la santé des tds. Même s'il s'agit de s'intéresser aux pistes stratégiques ayant un impact maximal sur la santé sexuelle des tds, partons d'une approche globale de ces femmes en matière de santé. Il s'agit de promouvoir au maximum un accès à la santé – à nouveau global – pour les tds. Car ces femmes ont des besoins multiples en terme de santé et ne considèrent pas comme problématique leur santé sexuelle, bien qu'elles restent à haut risque d'infections.

Il faudrait ainsi encourager des approches de type « outreach ». Et l'aide de médiateurs culturelle est aussi une piste à envisager. Ces programmes devraient encourager le « peer education » et favoriser « l'empowerment » des femmes pour permettre de les sensibiliser au mieux et de les rendre responsables vis-à-vis de leur santé sexuelle et de leur santé globale. Les structures sociales, sur le terrain, sont ainsi indispensables. Elles jouent également le rôle de lien entre la rue et les institutions de santé. En effet, des structures de soins spécialisées devraient être proposées avec des équipes soignantes formées pour prendre en charge de manière adéquate les tds. L'exclusivité d'une consultation réservée uniquement aux tds ne semble pas capitale. Il s'agit plutôt de pouvoir offrir à ces femmes les prestations nécessaires à leur besoins, en les accompagnant de la rue (grâce aux structures sociales et des approches communautaires sur le terrain) aux services formés et compétants, le tout motivé par une dynamique absolvant les phénomènes de stigmatisation et attentive aux vulnérabilités de ces femmes.

Si les soucis de santé publique premiers sont le VIH et les IST, la prise en charge de la globalité bio-psycho-sociale de tds semble être une condition *sine qua non* pour assurer une diminution maximale du risque de transmission de ces infections.

6. Limitations et contraintes

De part le temps nécessaire à la réalisation des entretiens, le nombre des tds abordées dans le cadre de l'étude s'est limité à 30 participantes. Ainsi, la représentativité des données récoltées est limitée. De plus, il est possible qu'il existe un biais de sélection des tds approchées. En effet, on peut penser que les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire sont des femmes plus à l'aise envers leur santé sexuelle et/ou leur santé globale. Les tds très isolées et particulièrement vulnérables sont aussi potentiellement moins enclines à fréquenter le bus de FdP. De plus, seules les femmes parlant le français, l'anglais ou une langue pouvant être traduite par les travailleuses sociales de FdP ont été interviewées. On peut également mentionner la possibilité d'un biais de rappel, beaucoup de questions faisant référence à des événements ayant eu lieu durant l'année précédant l'entretien. Enfin, il est possible que certaines femmes n'aient pas osé répondre

entièrement à certaines questions en voulant satisfaire le meneur d'enquête ou par peur d'être jugée négativement (biais de désirabilité sociale).

7. Conclusion

Les tds en ville de Lausanne ne placent pas au premier plan leur santé sexuelle. Elles considèrent néanmoins comme importante cette facette de leur santé. Elles estiment se protéger correctement lors de leurs rapports sexuels professionnels, tout en se donnant les moyens de réaliser des dépistages régulièrement. Cependant, ces femmes sont à risque en matière de santé sexuelle, particulièrement en matière d'IST bactériennes. Ce risque se traduit certainement au travers de leurs rapports sexuels privés. Mais également, comme relevé dans la littérature, au travers de pratiques sexuelles professionnelles pour lesquelles la protection est plus relative, notamment concernant les rapports bucco-génitaux.

Il est possible que ces femmes estiment maîtriser leur santé sexuelle, contrairement à d'autres problèmes de santé pour lesquelles elles ne vont jamais consulter et qu'elles considèrent comme récurrents. Il s'agit principalement des problèmes psychologiques et des problèmes liés à la violence. En totalité, d'autres problèmes de santé, qui peuvent être pris en charge par une médecine de premier recours, sont également récurrents. Il n'empêche qu'*in fine* les tds ne considèrent pas leur santé sexuelle comme problématique en comparaison à leur santé globale.

L'intérêt de la santé publique concernant cette population et la thématique du VIH et des IST paraît donc tout à fait légitime. Mais aux vues des différentes problématiques de santé qui font la réalité des tds, une approche globale est nécessaire.

Ainsi, il faudrait réduire les barrières d'accès aux systèmes de soins d'ordre structurel. Il s'agit en premier lieu de l'offre des dépistages en Suisse qui devrait s'aligner sur la gratuité des offres étrangères. Des consultations sur le lieu de travail des tds pourraient améliorer l'efficacité d'une démarche de dépistage à grande échelle. Cependant, une collaboration étroite entre les structures sociales présentes sur le terrain et les instituts spécialisés et formés à accueillir les tds semble être une

alternative envisageable. Enfin, une prévention spécifique devrait être appliquée en fonction des différents facteurs de risques qu'encourent les tds : une prévention accrue auprès des tds IDU, une sensibilisation du risque d'infection avec des partenaires privés, un meilleur enseignement des risques de transmission de ces infections lors de rapports bucco-génitaux et une attention particulière portée aux femmes allophones.

Finalement, une telle dynamique alliant des structures de terrains et des centres spécialisés doit prendre en considération la globalité bio-psycho-sociale des tds, et cela pour trois raisons. D'abord, pour pouvoir répondre à leurs besoins globaux en santé et ainsi réduire les risques de vulnérabilité selon un principe d'équité en santé. Ensuite, car ces « autres » problèmes de santé peuvent influencer directement ou indirectement la santé sexuelle des tds. Et dernièrement, afin de permettre une approche efficace des tds de la ville de Lausanne dans le but de mettre en place un programme de dépistages du VIH et des IST et de récoltes de données épidémiologiques.

Mots-clés

Travailleuses du sexe – VIH – IST – dépistage – santé globale

8. Bibliographie

1. Gloor E, et al. Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité ? *Revue Médicale Suisse*. 29 juin 2011;Volume 301(25):1429-33.
2. Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. *Postgrad Med J*. 7 janv 2013;89(1053):371-5.
3. Jeal N, Salisbury C. Protecting the health of sex workers: will the real agenda please stand up. *Postgrad Med J*. 7 janv 2013;89(1053):369-70.
4. WHO. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries. Recommendations for a public health approach. December 2012.
5. JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf.
6. Bodenmann P et Green A.R. Disparités en santé : réalités locales et défis futurs. *Revue médicale Suisse*. 28 nov 2012;Volume 364(41):2282-6.
7. Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloniger C, Herlyn A, Breyer J, et al. Sex worker health: San Francisco style. *Sex Transm Infect*. oct 2006;82(5):418-22.
8. Bugnon G, Chimienti M, Chiquet L. *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*. Sociograph, 2009
9. Steen R, Dallabetta G. Sexually Transmitted Infection Control with Sex Workers: Regular Screening and Presumptive Treatment Augment Efforts to Reduce Risk and Vulnerability. *Reprod Health Matters*. 1 nov 2003;11(22):74-90.
10. Morton AN, Wakefield T, Tabrizi SN, Garland SM, Fairley CK. An outreach programme for sexually transmitted infection screening in street sex workers using self-administered samples. *Int J STD AIDS*. nov 1999;10(11):741-3.
11. Office fédéral de la santé publique - PNVI 2011–2017 [Internet]. [cité 31 oct 2015]. Disponible sur: http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=fr
12. Meystre-Agustoni G. *Populations particulières et prévention du VIH/sida, les travailleurs du sexe : revue de littérature*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 98).
13. Lee DM, Binger A, Hocking J, Fairley CK. The incidence of sexually transmitted infections among frequently screened sex workers in a decriminalised and regulated system in Melbourne. *Sex Transm Infect*. 10 janv 2005;81(5):434-6.
14. Wilson DP, Heymer K-J, Anderson J, O'Connor J, Harcourt C, Donovan B. Sex workers can be screened too often: a cost-effectiveness analysis in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. 20 oct 2009;sti.2009.036673.
15. Ward H, Day S, Green A, Cooper K, Weber J. Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002. *Sex Transm Infect*. oct 2004;80(5):374-6.
16. Platt L, Jolley E, Rhodes T, Hope V, Latypov A, Reynolds L, et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*. 7 janv 2013;3(7):e002836.
17. Darling KEA, Diserens E-A, N'garambe C, Ansermet-Pagot A, Masserey E, Cavassini M, et al. A cross-sectional survey of attitudes to HIV risk and rapid HIV testing among clients of sex workers in Switzerland. *Sex Transm Infect*. oct 2012;88(6):462-4.
18. Rapport final Aspasie, Juin 2013 - Mise en place d'une consultation

d'information sur les IST et de dépistage du VIH pour les personnes exerçant la prostitution à Genève - Rapport d'activité de la phase pilote Novembre 2011-Mai 2013

19. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to health and social services for street-based sex workers. *J Health Care Poor Underserved*. mai 2005;16(2):345-61.
20. Barrasa A, Del Romero J, Pueyo I, de Armas C, Varela JA, Ureña JM, et al. [Prevalence of the HIV infection in patients seen at specialized diagnosis centers in 9 cities in Spain from 1992 to 2001]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 31 mai 2004;33(9):483-8.
21. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2004;54(504):515-9.
22. Sarah E. Romans KP. 'The Mental and Physical Health of Female Sex Workers.'. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(1):75-80.
23. Lazarus L, Deering KN, Nabess R, Gibson K, Tyndall MW, Shannon K. Occupational Stigma as a Primary Barrier To Health Care For Street-Based Sex Workers in Canada. *Cult Health Sex*. 2012;14(2):139-50.
24. Bugnon G, Chimienti M, Chiquet L. Marché du_sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices_et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et_promotion de la santé dans le marché du sexe en_Suisse. *Sociograph*, 2009
25. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health TM IH*. mai 2008;13(5):659-79.
26. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 17 déc 2005;366(9503):2123-34.
27. Jana S, Rojanapithayakorn W, Steen R. Harm reduction for sex workers. *The Lancet*. 17 mars 2006;367(9513):814.
28. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *The Lancet*. janv 2015;385(9963):172-85.
29. Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med*. juin 1997;73(3):161-8.
30. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T, et al. Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*. 6 janv 2013;89(4):311-9.