

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Mots-clefs.....	v
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vi
Table des matières.....	7
Introduction.....	10
1. Concepts Clefs.....	11
1.1. Contexte : Migration et travail du sexe.....	11
1.2. Le milieu travail du sexe.....	13
1.3. Promotion de la santé chez les TdS en contexte migratoire.....	13
2. La vulnérabilité.....	14
Figure 1 : Les dimensions de la vulnérabilité chez les TdS en contexte migratoire.	15
2.1. La vulnérabilité et ses dimensions.....	15
2.1.1. La migration/ clandestinité.....	15
2.1.2. La violence.....	16
2.1.3. La précarité.....	17
2.1.4. Les problématiques sexuelles.....	17
2.1.5. La discrimination/stigmatisation.....	18
2.1.6. L'isolement social.....	18
2.1.7. La barrière de la langue.....	19
2.1.8. Le manque de connaissance.....	19
2.2. Liens entre les dimensions de la vulnérabilité et l'accès aux soins.....	20
2.2.1. Le facteur migration/clandestinité.....	21
2.2.2. Le facteur précarité.....	21
2.2.3. Les facteurs violence et isolement social.....	22
2.2.4. Les facteurs problématiques sexuelles et discrimination/ stigmatisation 22	
2.2.5. Le facteur barrière de la langue.....	23
2.2.6. Le facteur manque de connaissances.....	23
2.3. Le bien-être.....	23

3.	Ancrage disciplinaire	24
3.1.	Biographie de Madeleine Leininger	24
3.2.	Paradigme, école de pensée & théorie de soins.....	25
3.2.1.	Paradigme.....	25
3.2.2.	Ecole de pensée	26
3.2.3.	Théories de soins.....	26
3.3.	Métaconcepts.....	27
3.3.1.	La personne	27
3.3.2.	Le soin	27
3.3.3.	La santé	28
3.3.4.	L'environnement.....	28
3.4.	Les hypothèses théoriques (assumptions)	28
3.5.	Le modèle du soleil	29
3.6.	Liens entre ancrage disciplinaire, concept clefs et vulnérabilité	32
3.6.1.	Liens entre les concepts clefs, la vulnérabilité et le concept du caring .	32
3.6.2.	Liens entre les concepts clefs, la vulnérabilité et le paradigme de la transformation	32
3.6.3.	Liens entre les métaconcepts et la vulnérabilité	33
4.	Problématique	34
5.	Méthode	35
5.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	36
5.2.	Diagramme de flux	41
6.	Résultats	42
6.1.	Tableau synoptique.....	49
6.1.1.	Les techniques d'approche des chercheurs auprès des TdS.....	51
6.1.2.	Les facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins	53
6.1.3.	Les moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins	55
6.1.4.	Les besoins des TdS selon les professionnels et selon elles.....	56
6.1.5.	Les comportements sexuels des TdS.....	57
7.	Discussion	58
7.1.1.	L'école du caring et techniques d'approche des chercheurs auprès des TdS	58
7.1.2.	La théorie transculturelle et le caring en lien avec les facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins	60

7.1.3. Les métaconcepts (l'environnement et la personne) selon Madeleine Leininger en lien avec les moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins	62
7.1.4. Le paradigme transformatif et les besoins des TdS selon les professionnels et selon elles.....	63
7.1.5. La vision du monde de Madeleine Leininger et les comportements sexuels des TdS.....	63
8. Conclusion.....	65
8.1. Apports et limites du travail	65
8.2. La situation en Suisse	66
8.3. Recommandations	68
9. References.....	70
10. Annexes	77
10.1. Tableau comparatif	77

INTRODUCTION

Avant d'entamer ce travail de recherche, il est important de définir ce qu'il faut entendre par « travail du sexe ». Dans la littérature, il existe plusieurs définitions de cette activité. Aussi, afin de clarifier l'objet de cette étude et éviter toute confusion, nous retiendrons une seule définition, celle de L'ONUSIDA : « Les travailleurs de l'industrie du sexe sont des adultes ou jeunes de sexe féminin, masculin ou transgenre qui reçoivent régulièrement ou occasionnellement de l'argent, un abri ou des biens en échange de services sexuels » (ONUSIDA, 2009, p.3).

Le travail du sexe est pratiqué de deux manières, le travail dit « outdoor » et le travail dit « indoor ». Dans le premier cas, les travailleurs du sexe exercent leur métier dans la rue, tandis que dans le second, le travail est pratiqué à l'intérieur de locaux tels que des salons de massage, des bars à champagne où les travailleurs du sexe sont appelés « hôtes/hôtesse », des cabarets où ils sont nommés « danseurs/danseuses ». Ces activités sont parfois même pratiquées dans des habitations communément appelées maisons closes (Gloor, & al., 2011).

Parmi ces travailleurs, certains exercent ce qu'on appelle : « la prostitution volontaire ». Plus particulièrement, ces personnes ont fait le choix d'exercer cette activité de manière totalement consentie, ce qui influence positivement leurs conditions de travail (Àgi, Chimenti, Bugnon, Favre & Rosenstein, 2006).

En revanche, d'autres n'ont pas cette chance et sont contraints d'exercer ce métier. Dans une telle hypothèse, les ouvrages spécialisés parlent de « prostitution forcée ». A cet effet, il est utile de préciser que cette situation est presque toujours liée au trafic du sexe, lequel peut être défini comme étant :

Une forme d'esclavage dans laquelle des êtres humains font l'objet d'un commerce à des fins d'exploitations sexuelles. Les victimes sont recrutées, transportées, transférées, hébergées par la force, la menace de recours à celle-ci ou d'autre forme de contrainte. [...] La participation des victimes est toujours involontaire, car même lorsqu'il y a consentement il est obtenu par la fraude, la tromperie, l'enlèvement, l'abus d'autorité ou par le profit d'une situation de vulnérabilité (Armée du salut, 2009, p.1).

Puis, d'autres exercent ce métier non par choix, mais parce qu'ils vivent dans une situation de pauvreté ou de chômage. Ils n'ont pas d'autres possibilités pour échapper à la précarité. Le travail du sexe reste un métier accessible et leur permet d'avoir une entrée d'argent rapide (Bugnon, Chimenti & Chiquet, 2009).

Le présent travail se limitera à l'étude des femmes migrantes de plus de 18 ans, issues de pays différents, et se bornera à examiner la situation des femmes qui exercent de force le travail du sexe mais aussi celles qui pratiquent ce métier pour pallier à des situations de précarité.

1. CONCEPTS CLEFS

1.1. Contexte : Migration et travail du sexe

Depuis l'existence de l'homme, des personnes quittent leur pays natal afin de s'installer dans un territoire susceptible de leur offrir un avenir meilleur. Ce processus est appelé la migration. Les motifs de ce phénomène sont bien souvent guidés par de multiples facteurs tels que : conditions de vie difficiles, guerres, fléaux naturels, problèmes économiques persistants et inégalités entre les personnes riches et pauvres (Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM], 2014). L'amélioration des moyens de mobilité au niveau mondial sont des éléments offrant à bon nombre de personnes la possibilité de partir dans un pays dont la qualité de vie, la sécurité et la stabilité sont meilleures (SEM, 2014).

La migration internationale est un phénomène qui ne cesse de s'accroître. En 2013, 2,2 millions de personnes dans le monde étaient issues de la migration internationale. 52 % des migrants des pays du Sud étaient des femmes contre 43% dans les pays du Nord. Il s'agit là de chiffres non négligeables qui démontrent l'ampleur de la féminisation du flux migratoire à travers le monde (Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] & Organisation des nations unies [ONU], 2013).

Ce phénomène migratoire, en constante progression, participe aussi à l'évolution de l'industrie du sexe. En effet, ce milieu comporte une grande proportion de femmes migrantes. À titre d'exemple, dans une étude réalisée à Lausanne, 96% des TdS étaient issues de la migration (Gloor & al., 2011).

En ce qui concerne les TdS en contexte migratoire au niveau international, aucune donnée épidémiologique n'a pu être trouvée dans la littérature scientifique. Ce manque de données peut notamment être expliqué par l'illégalité de l'industrie du sexe dans certains pays. En effet, les chercheurs et les professionnels de la santé présentent des difficultés à accéder à cette population, ce qui peut causer un frein aux différentes études épidémiologiques.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la proportion particulièrement élevée des femmes migrantes dans ce domaine. Tout d'abord, les chances professionnelles des femmes migrantes diffèrent des femmes originaires du pays d'accueil. En effet, une recherche scientifique réalisée par Kofman et Raghuram (2006) met en lien le phénomène migratoire avec l'exercice d'une activité lucrative chez les femmes. Les deux auteurs de l'étude ont constaté une grande différence concernant « l'intégration des femmes migrantes dans la vie professionnelle, le taux d'activité professionnelle et les chances sur le marché du travail [étant] plus difficiles pour cette population » (Kofler & Fankhauser, 2009).

De ce fait, certaines femmes migrantes se tournent vers le travail du sexe car c'est un domaine facilement accessible. En effet, les documents d'identités (tels que le passeport, visa, permis de séjour...) ne sont pas nécessaires pour exercer ce métier, celui-ci ne nécessitant au demeurant pas toujours d'être déclaré (Kofler & Fankhauser, 2009).

Le deuxième point qui explique la proportion élevée des femmes migrantes, est celui de la communication. En effet, ces femmes en provenance de pays divers ne parlent pas nécessairement la langue du pays d'accueil. Cet élément représente souvent un frein important lorsqu'il s'agit de la recherche d'emploi. La langue ne représentant pas une barrière dans le travail du sexe, contrairement aux autres métiers, ce domaine est donc plus accessible aux femmes migrantes, raison pour laquelle on constate un nombre élevé (Marlise et al., 2012).

Le contexte étant posé, il est intéressant de se pencher de manière plus approfondie sur les différents éléments qui constituent le travail du sexe afin de comprendre leurs impacts sur le quotidien de cette population.

1.2. Le milieu travail du sexe

La littérature décrit l'industrie du sexe comme étant un milieu marginalisé. L'organisation mondiale de la santé définit la marginalisation de la façon suivante : « Ce terme s'applique à des groupes de personnes qui, compte tenu des facteurs généralement considérés comme indépendants de leur volonté, n'ont pas les mêmes possibilités que d'autres groupes dans la société » (Organisation mondiale de la santé, 2015, p.26). En effet, le travail du sexe étant socialement connoté négativement, ces femmes peuvent subir de la discrimination ou recevoir de nombreux stigmates et risquent de se retrouver dans une situation de marginalisation (OMS, 2004).

Dans la littérature, d'autres éléments en plus de la discrimination et de la stigmatisation sont associés aux TdS et à la marginalisation de ces dernières. Ces éléments sont : la précarité, la violence, la migration/clandestinité, le manque de connaissance, la barrière de la langue et les problématiques sexuelles comme les IST et le VIH. Par conséquent, ce métier ne permet pas forcément à ces femmes d'avoir les mêmes droits que d'autres groupes présents dans la société.

Étant donné les problématiques de santé explicitées ci-dessus rencontrées par les TdS en contexte migratoire, la promotion de la santé est indispensable.

1.3. Promotion de la santé chez les TdS en contexte migratoire

La charte d'OTTAWA de 1986 définit la promotion de la santé de la façon suivante :
“La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu” (OMS, 1986, p.1).

Dans la littérature, la promotion de la santé chez les TdS est centrée sur trois thèmes : les infections sexuellement transmissibles/VIH, la violence à l'encontre des TdS et l'utilisation du préservatif. En effet, ce sont des thèmes importants pour réaliser des interventions afin de soutenir ces femmes dans le maintien de leur santé. Cependant, le fondement de base de la promotion de la santé sur lequel repose ces différentes interventions est la compréhension du contexte dans lequel elles pratiquent ce métier (OMS, 2012).

La migration des TdS semé d'embûches et le milieu du travail du sexe comportant de nombreuses problématiques, peuvent entraîner chez ces femmes une vulnérabilité. Par ailleurs, comme la promotion de la santé repose aussi sur la compréhension du contexte de ce métier, la vulnérabilité peut être explicitée.

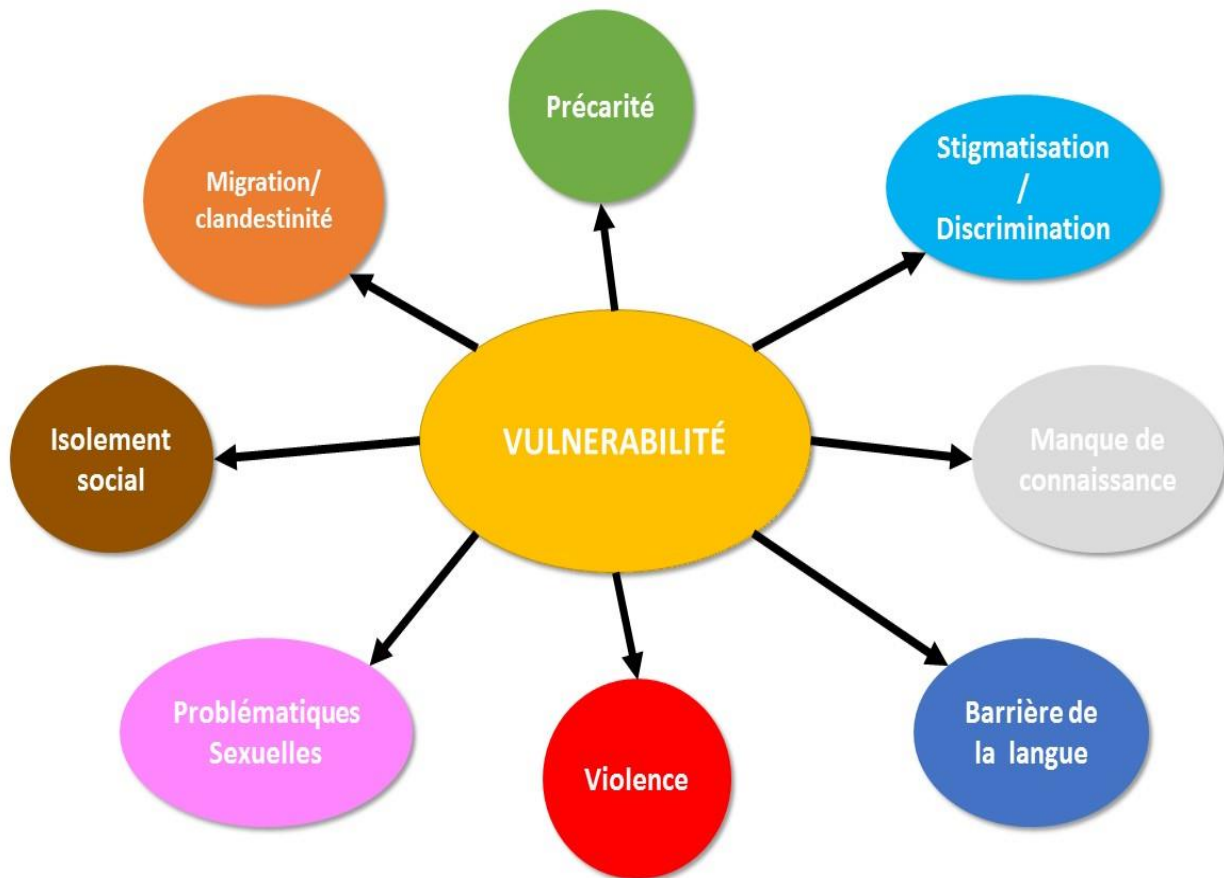
2. LA VULNÉRABILITÉ

La vulnérabilité se caractérise par un manque et par une faiblesse impactant l'intégrité de l'être (Bellier, Gregoire & Donaday, 2004). Selon l'auteur Pierre Tourev, "le degré de vulnérabilité dépend de la sensibilité face aux événements dommageables et de la capacité d'adaptation face à ceux-ci. Pour un être humain, la vulnérabilité peut avoir des conséquences en termes d'autonomie, de santé, d'espérance de vie, de dignité, d'intégrité physique ou psychique" (Tourev 2013).

Dans la littérature concernant les TdS, plusieurs problématiques telles que la migration/la clandestinité, la précarité, la stigmatisation/la discrimination, les problématiques sexuelles, l'isolement social, la violence, le manque de connaissance et la barrière de la langue sont mises en évidence. Toutes ces dimensions peuvent définir ce concept.

La figure suivante illustre la vulnérabilité et ses composantes chez les TdS en contexte migratoire :

Figure 1 : Les dimensions de la vulnérabilité chez les TdS en contexte migratoire.



2.1. La vulnérabilité et ses dimensions

2.1.1. La migration/ clandestinité

Comme expliqué dans la problématique, le phénomène migratoire en constante progression participe aussi à l'évolution de l'industrie du sexe. Ce dernier est donc une sphère comportant une grande proportion de femmes migrantes (Gloor & al., 2011). L'une des dimensions de la vulnérabilité est la migration. Celle-ci est expliquée par le fait que les différentes étapes de ce processus exposent cette population à de multiples dangers pouvant provoquer des traumatismes à la fois physiques et psychologiques (médecins sans frontières [MSF], 2013). De plus, dans la population des travailleuses de sexe, la migration est bien souvent associée à la clandestinité et s'ajoute aux dimensions de la vulnérabilité de ces femmes (Programme des Nations Unies pour le développement [PNUD], 2012). En effet, lorsqu'elles n'ont pas de permis de travail, elles ne peuvent pas se plaindre aux autorités des abus qu'elles subissent comme un loyer trop haut, un salaire trop bas ou des situations de violences (Gardon, 2004).

2.1.2. La violence

L'OMS définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations » (OMS, 2015, p. 44).

Il existe plusieurs formes de violence à l'encontre des TdS. La violence physique, sexuelle et psychologique ou émotionnelle. De plus, la violence à l'encontre des TdS est le fruit d'une stigmatisation concernant le travail du sexe et d'une discrimination liée à l'inégalité des genres (OMS, 2015).

Par ailleurs, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe peuvent subir de la violence de la part des autorités (policières, religieuses ou politiques), de leurs partenaires, mais aussi de leurs clients. En effet, ces femmes sont parfois confrontées à des pratiques sexuelles inhabituelles et violentes et ne sont pas dans la mesure de se défendre face à ces situations, ce qui peut parfois entraîner des comportements sexuels à risque comme le non-usage du préservatif et ainsi augmenter le risque de vulnérabilité face aux IST et au VIH. La violence a un impact sur leur psychique. A force de la subir, elles n'ont plus la force de négocier l'utilisation du préservatif, ce qui impacte directement la santé sexuelle. La violence psychologique que peuvent encourir les TdS conduit souvent à un mal-être et à un repli sur soi même, ce qui peut potentiellement impacter la vulnérabilité de ces femmes (Beattie & al., 2010).

En résumé, la violence altère la santé physique et mentale des individus (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009). De plus, chez les TdS en contexte migratoire, la violence peut entraîner une insécurité, ce qui peut conduire à des situations de précarité.

2.1.3. La précarité

La précarité peut être définie par le caractère incertain, irrégulier et instable du futur (Thomas, 2008).

Pour la plupart des TdS en contexte migratoire, la précarité se traduit par une instabilité financière souvent liée à l'absence d'un revenu stable et régulier (salaire dépendant du nombre de clients), par des dettes liées à l'exploitation de ces femmes entraînant ainsi un manque de sécurité et une incertitude face à l'avenir. Par ailleurs, leur situation de migrante/clandestine engendre une incertitude juridique (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009). La précarité que présentent les TdS impacte leur santé sexuelle. En effet, elles ne disposent pas forcément de moyens pour se payer des préservatifs ou des traitements (Frauenknecht, Lopes, Mathey, Pannatier, & Rausis, 2014).

2.1.4. Les problématiques sexuelles

En effet, les TdS font partie des populations les plus atteintes par le VIH depuis son apparition il y a 30 ans (OMS, 2012). La prévalence du VIH et des IST est donc plus élevée chez les TdS que dans la population de manière générale (OMS, 2012). Ceci s'explique notamment par un nombre élevé de partenaires sexuels, par des obstacles liés à l'utilisation du préservatif, par des conditions de précarité liées à ce métier et à l'accès limité et inéquitable à des services de santé (Frauenknecht & al., 2014).

Les TdS n'ont pas forcément accès aux informations concernant la santé sexuelle, ce qui constitue un frein pour maintenir leur santé sexuelle.

Les TdS travaillant dans la rue, de par leur manque de protections, sont plus sujettes à attraper des IST et à subir de la violence (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009). De plus, ces femmes, discriminées dans les endroits publics et sur leur lieu de travail, subissent davantage de stigmates si elles sont séropositives. Ainsi, les TdS séropositives sont d'autant plus discriminées dans les endroits publics et sur leur lieu de travail (Witzthum, Praz, Javurek, Suter & Maeder, 2014).

2.1.5. La discrimination/stigmatisation

Les NATIONS UNIES définissent la discrimination de la manière suivante : “La discrimination se rapporte à toute distinction, exclusion ou préférence qui a comme effet l’abolition ou la diminution de la jouissance équitable des droits [...]” (UNITED NATIONS, 1991 cité par OMS & Association mondiale de psychiatrie [WPA], 2002).

L’OMS et l’association mondiale de psychiatrie définissent la stigmatisation comme étant : “Le résultat d’un processus à travers lequel certaines personnes et groupes de personnes sont amenées à se sentir honteux, exclus et discriminés” (OMS & WPA, 2002).

La discrimination et la stigmatisation sont directement liées aux dimensions de la vulnérabilité chez les TdS en contexte migratoire. En effet, ces femmes sont victimes de nombreux préjugés en lien avec leur métier, leur statut de migrante mais aussi leur statut de femme (OMS, 2015). Ces préjugés sont véhiculés par la société, par les familles et les proches de ces femmes, par les autorités (politiques, policières ou religieuse) mais aussi par les professionnels de la santé. En effet, certains soignants peuvent faire preuve de jugement négatif envers les travailleuses de sexe ce qui représente pour ces femmes un frein potentiel à la consultation dans les lieux de soins. Par conséquent, les TdS ne parlent pas de leur métier au personnel soignant, ce qui entraîne une mauvaise alliance thérapeutique (Gloor & al., 2011).

La discrimination et la stigmatisation vécues par les TdS migrantes peut entraîner un isolement social.

2.1.6. L’isolement social

Dans la littérature, l’isolement social se traduit par “une attitude de repli sur soi et un mal être qui peut avoir souvent plusieurs origines, comme, par exemple, des problèmes de santé, professionnelles, familiales, psychiques, etc. Ce sont des situations qui sont difficilement repérables par les professionnels car ceux qui en souffrent manifestent rarement une demande d’aide. L’isolement social peut être présent chez un individu ou

un groupe de personne qui se trouve exclu des autres membres de la société” (Tourev, 2013).

L'isolement social s'ajoute aux différentes dimensions de la vulnérabilité des TdS en contexte migratoire mais il peut aussi être la conséquence de ces dimensions. En effet, la migration/clandestinité, la précarité, les problématiques sexuelles, la violence et la discrimination/stigmatisation peuvent engendrer un repli sur soi et un mal-être.

Par ailleurs, l'isolement social ne leur permet pas d'apprendre la langue du pays d'accueil.

2.1.7. La barrière de la langue

Les migrantes, arrivant dans le pays d'accueil, ne maîtrisent pas forcément la langue de ce pays (Kofler & Fankhauser, 2009). Les TdS peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité sanitaire avec la non maîtrise de la langue du pays dans lequel elles se trouvent. De ce fait, elles ne peuvent pas toujours être comprises par les professionnels de la santé. En effet, elles ne pourront avoir aucune prise en charge psychologique avec les différents professionnels de la santé, ne pourront pas comprendre les horaires de rendez-vous, la manière dont prendre les traitements et leurs diagnostics. Par ailleurs, les TdS en contexte migratoire ne bénéficient pas de la compréhension des campagnes de prévention, ne comprennent pas forcément la procédure d'emploi du préservatif et le fonctionnement des services de santé et leurs droits (Godefroy & Jouanno, 2013). La barrière linguistique est directement liée au manque de connaissance des femmes travaillant dans l'industrie du sexe. En effet, l'incompréhension de la langue du pays d'accueil empêche les TdS en contexte migratoire d'acquérir les connaissances nécessaires au maintien de leur santé.

2.1.8. Le manque de connaissance

Les TdS peuvent présenter un manque de connaissance concernant le port du préservatif, les autres moyens de contraception (pilule, stérilet, etc.), les infections sexuellement transmissibles et les différents services de santé existants dans le pays

d'accueil. Le manque de connaissance des TdS en contexte migratoire est donc un frein à l'accès aux soins et au maintien de leur santé (Bruckert, Parent, Pouliot, 2006).

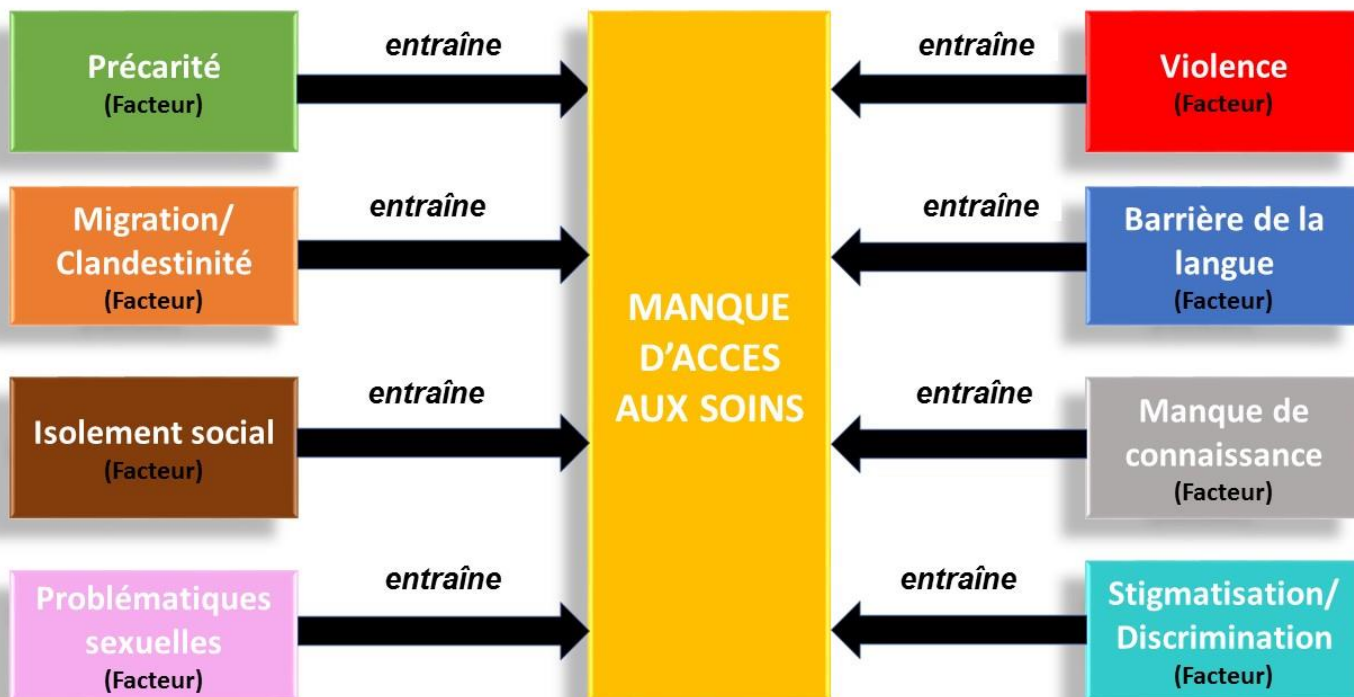
2.2. Liens entre les dimensions de la vulnérabilité et l'accès aux soins

L'accès aux soins peut être défini comme : "la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin" (OMS, 2008). Selon l'OMS (2015), l'accès aux soins découle du droit à la santé faisant partie intégrante des droits humains fondamentaux. Le droit à la santé implique la réunification de plusieurs critères tels que des services de santé disponibles, des conditions de travail sécurisantes, des logements adaptés et une alimentation avec un apport nutritif adéquat. Le manque d'accès aux soins est donc lié à l'absence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques ou autres lors de l'utilisation de services de santé.

Comme vu dans le précédent chapitre, il existe différents éléments qui composent le concept de vulnérabilité présent chez les TdS en contexte migratoire. Il faut savoir que chaque composant de la vulnérabilité peut potentiellement entraîner un manque d'accès aux soins pour cette population. En effet, lorsque les dimensions de la vulnérabilité sont isolées de manière indépendante, elles peuvent devenir des facteurs pouvant causer un manque d'accès aux soins.

La figure représentée ci-dessous illustre la relation entre les différents facteurs provenant des dimensions de la vulnérabilité et le manque d'accès aux soins chez les TdS en contexte migratoire :

Figure 2 : Les différents facteurs entraînant un manque d'accès aux soins des TdS en contexte migratoire.



2.2.1. Le facteur migration/ clandestinité

Le statut illégal de certaines TdS en contexte migratoire peut les empêcher de se rendre dans des services de santé afin de bénéficier de soins par peur de se faire arrêter par les autorités policières (Grenier, Ho, 2011).

Par ailleurs, dans certains pays, le travail du sexe est un métier illégal. Par conséquent, les TdS en contexte migratoire n'osent pas aller consulter de peur que les professionnels découvrent leur métier et les dénoncent également aux autorités policières (PNUD, 2012).

2.2.2. Le facteur précarité

La précarité présente dans la population des TdS en contexte migratoire constitue un facteur limitant à l'accès aux soins. En effet, l'instabilité financière directement liée à leur métier représente un frein important pour accéder à des services de santé. Comme vu

précédemment dans le travail, la précarité se traduit aussi par de la violence car elle peut créer un manque de sécurité et une incertitude face à l'avenir (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009).

De ce fait, le facteur de précarité et le facteur de violence sont étroitement liés (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009).

2.2.3. Les facteurs violence et isolement social

La violence que subissent les TdS en contexte migratoire constitue aussi un frein à l'accès aux soins. En effet, cette violence peut avoir un impact sur leur santé psychique, ce qui leur font perdre la motivation et la force de se faire aider et donc de se rendre dans des lieux de soins (Beattie & al., 2010). Par ailleurs, la violence peut entraîner un isolement social. C'est pourquoi les facteurs violence et isolement social sont mis en lien. De plus, le facteur isolement social peut lui aussi impacter la santé psychique des TdS en contexte migratoire et créer chez elles un repli sur soi ayant comme effets perte de motivation, manque de ressource et méfiance auprès des institutions de soins. Malheureusement, tous ces éléments favorisent le manque d'accès aux soins pour ces femmes (Beattie & al., 2010).

2.2.4. Les facteurs problématiques sexuelles et discrimination/stigmatisation

Les problématiques sexuelles et la discrimination/stigmatisation sont des facteurs qui sont directement liés, étant donné que le travail du sexe est un métier qui est jugé, stigmatisé et discriminé par la société notamment en véhiculant l'idée que la prostitution est un vecteur des IST et du VIH. Les TdS en contexte migratoire peuvent se méfier des soignants et ne pas vouloir consulter les différents services de santé en raison de tous ces préjugés (Witzthum & al., 2014).

2.2.5. Le facteur barrière de la langue

La barrière de la langue est aussi une limitation à l'accès aux soins des TdS en contexte migratoire. En effet, les difficultés de compréhension de la langue du pays d'accueil, restreint l'accès à l'information et aux soins de ces femmes (Godefroy & Jouanno, 2013).

2.2.6. Le facteur manque de connaissances

Le manque de connaissances des TdS en contexte migratoire concernant les différentes structures de soins du pays d'accueil ne les aident pas accéder à des services de santé (Bruckert & al., 2006).

2.3. Le bien-être

Dans la littérature, le concept de bien-être est associé à la santé. L'OMS en donne la définition suivante : "La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1946).

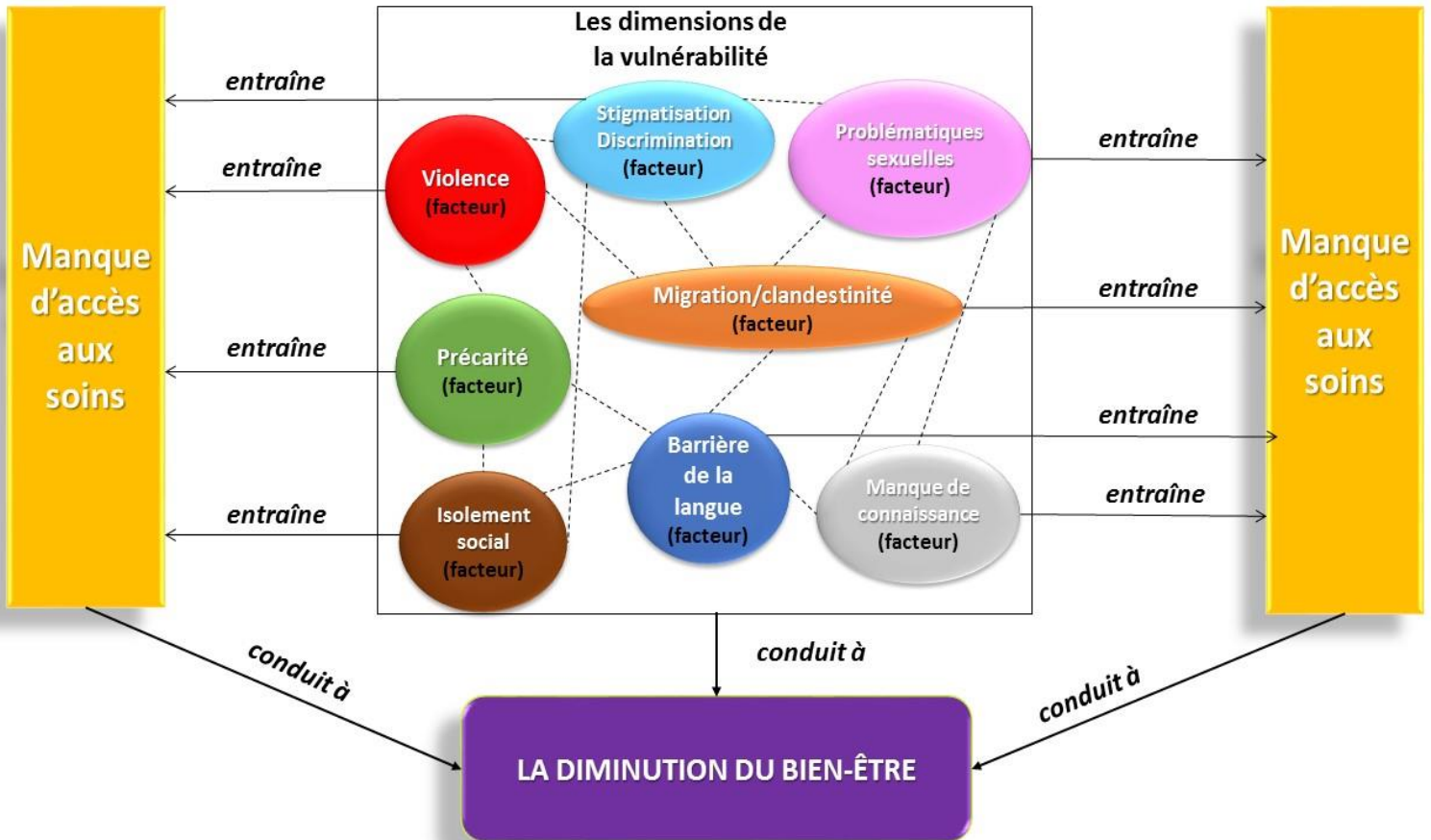
Le bien-être est donc "un état lié à l'équilibre de différents facteurs qui, ensemble, permettent l'harmonie avec soi et les autres" (Univers Santé ASBL, 2016).

Les différents composant de la vulnérabilité sont interreliés et peuvent empêcher les travailleuses de sexe d'accéder à des soins. Ainsi, le bien-être de ces femmes est remis au second plan que ce soit par la société ou par elles-mêmes.

En résumé, la vulnérabilité chez les TdS dans le contexte migratoire comporte plusieurs dimensions. Chaque composant de la vulnérabilité peut donc entraîner un manque d'accès aux soins et ce manque d'accès aux soins peut continuer d'alimenter la vulnérabilité de ces femmes. La conséquence ultime de ce schéma peut se traduire par l'altération du bien-être des TdS en contexte migratoire.

La figure suivante permet de visualiser la situation des TdS avec les concepts cités ci-dessus :

Figure 3 : Schéma des dimensions de la vulnérabilité, du manque d'accès aux soins et de la diminution du bien-être des TdS



3. ANCRAGE DISCIPLINAIRE

3.1. Biographie de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger est la fondatrice de la société des soins infirmiers transculturels à l'échelle mondiale. C'est elle qui développe la théorie transculturelle. La culture est un aspect qui l'a toujours intéressée car auparavant, les médecins ou infirmières étaient surtout focalisés sur les nouvelles technologies médicales et non pas sur la culture des personnes. Durant la deuxième guerre mondiale, elle a occupé le poste d'infirmière auprès des soldats américains. Après la seconde guerre mondiale, beaucoup d'immigrés et de réfugiés se rendent aux Etats-Unis. Le monde devient de plus en plus interculturel. Elle réalise donc que les infirmiers ont besoin de connaissances transculturelles pour prendre adéquatement en soin les patients et leurs proches (Parker & Smith, 2010).

Lorsqu'elle travaille en prenant soin d'enfants provenant de différentes cultures, elle développe ses connaissances culturelles et remarque que les enfants et leurs parents ont des besoins et des attentes différentes (selon leurs cultures) (Parker & Smith, 2010).

Durant son parcours scolaire, Madeleine Leininger réalise un Bachelor en soins infirmiers, puis, un master en science infirmière et en psychiatrie et un doctorat en sociologie et en anthropologie. Ensuite, elle devient professeure et doyenne en soins infirmiers dans plusieurs Universités aux Etats-Unis (Parker & Smith, 2010).

Ses différentes motivations étaient de découvrir différentes cultures, différentes valeurs, croyances et besoins en lien avec la culture des personnes (Parker & Smith, 2010).

Durant sa carrière, elle a rédigé une trentaine de livres, publié deux cent cinquante articles et a effectué mille deux cent conférences publiques aux Etats-Unis et à l'étranger. En 1970, elle a publié un livre intitulé "nursing and anthropology", le premier ouvrage qui met en lien les soins infirmiers et l'anthropologie. Puis, en 1989, elle a fondé le premier journal de soins transculturels dans le monde (Parker & Smith, 2010).

Finalement, c'est elle qui a initié l'idée d'une certification mondiale des infirmières préparées en soins infirmiers transculturels dans le but de protéger et respecter les besoins culturels et les modes de vie des personnes (Parker & Smith, 2010).

3.2. Paradigme, école de pensée & théorie de soins

3.2.1. Paradigme

Un paradigme est une façon de voir le monde, un ensemble de connaissances et de compétences construites par un groupe de personnes ayant des intérêts en communs (Malherbe & Kuhn, 1974). Dans la discipline infirmière, il existe trois paradigmes : catégorisation, intégration et transformation. Le paradigme dans lequel s'inscrit la théoricienne Madeleine Leininger est celui de la transformation. Le but de ce paradigme est de considérer chaque personne comme étant unique dans son environnement se développant constamment (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Son but en tant qu'infirmière est d'être avec les personnes ou la famille selon leur vision de la santé à partir de leurs savoirs, tout en respectant leurs valeurs culturelles, leurs croyances et

leurs convictions (Leininger & Rohrbach-Viadas, 1997). En somme, cette vision priorise les préoccupations de la personne et de sa famille (Pepin & al., 2010).

3.2.2. École de pensée

Dans la discipline infirmière, une école de pensée permet de classer les différentes théories de soins (Meleis, 2007). Celle dans laquelle s'inscrit Madeleine Leininger est l'école du "caring" (Pepin & al., 2010). Cette école de pensée postule que les infirmiers peuvent améliorer la qualité des soins en reconnaissant les ressources de toute personne. Puis, elle vise à préserver la santé et soulager la souffrance des personnes en faisant, par exemple, de la promotion de la santé. En effet, le concept du "caring" est intéressant pour aider les personnes à guérir ou de les amener à se faire soigner. La culture et la spiritualité sont prises en compte dans ce concept (Pepin & al., 2010).

3.2.3. Théories de soins

Elles permettent de développer la réflexion, la connaissance et l'orientation des interventions professionnelles. Les théories sont construites par des théoriciennes infirmières (F. Boukar & N. Delicado, communication personnelle [note de cours], 23 septembre 2014). La théorie de l'universalité et de la diversité des soins fondée par Madeleine Leininger a pour but de donner des soins infirmiers congruents en développant des connaissances scientifiques et humaines. L'approche des soins transculturels fait partie de ces connaissances pratiques et humanistes qui ont pour but de fournir des soins holistiques culturellement congruents afin de maintenir ou de rétablir la santé de la personne.

"Les soins infirmiers sont basés sur des connaissances transculturelles apprises par l'examen de la structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue et les contextes environnementaux de divers groupes culturels" (Pepin & al., 2010, p. 73). Un principe majeur de la théorie de Madeleine Leininger est que la vision du monde de la personne, sa religion, son contexte politique, économique et l'histoire culturelle sont des facteurs influençant les résultats de soins de santé (Pepin & al., 2010).

3.3. Métaconcepts

Les métaconcept (métaparadigmes) sont les concepts fondamentaux qui constituent les théories des soins infirmiers. Leininger les associe au caring. En effet, selon cette théoricienne, cette approche est la base des soins infirmiers (Fawcett, 2013 cité par Pepin & al., 2010). Ces métaconcepts sont la personne, le soin, la santé et l'environnement.

3.3.1. La personne

Selon Madeleine Leininger, le terme personne ne peut pas être utilisé car dans certaines cultures ce terme n'existe pas. Elle l'utilise donc comme "l'être humain". C'est la première qui utilise ce terme (Pepin & al., 2010). Leininger pense que l'être humain ne peut être dissocié de son bagage culturel et ne fait qu'un avec son environnement (Leininger & Rohrbach-Viadas, 1997).

3.3.2. Le soin

Le soin est centré sur l'être humain. Il est un art humaniste ayant été appris par l'infirmière. Il vise à prodiguer des soins culturels qui ont pour but de promouvoir les comportements qui améliorent la santé. Le soin est une action de soutien, d'assistance pour aider les personnes à retrouver leur santé et à améliorer leurs conditions de vie. Le soin a pour but de favoriser la croissance et la survie des individus. Selon Madeleine Leininger, il existe deux types de soin : le soin professionnel pour lequel les infirmières apprennent les soins grâce à la science, et le soin générique qui est traditionnel et qui vise le maintien de la vie et l'accompagnement vers la mort. Le soin devra être respectueux des valeurs et des perceptions culturelles de la personne que l'infirmière prend en soin (Pepin & al., 2010 cité par Leininger, 1988). Le soin devrait être spécifique et approprié à chaque culture (Pepin & al., 2010).

3.3.3. La santé

Selon Madeleine Leininger : “La santé signifie plus que l'absence de maladie” mais un état de bien-être (Pepin & al., 2010, p.73). Par ses croyances, ses valeurs et sa façon d’agir, l’individu va préserver et maintenir son bien-être ce qui lui permettra de continuer à exercer ses activités de la vie quotidienne. Cette vision de la santé change selon la culture de la personne. L’infirmière doit comprendre comment la personne voit la santé (Pepin & al., 2010).

3.3.4. L’environnement

L’environnement représente le contexte dans lequel vit la personne. Cela peut être des groupes culturels, des caractéristiques sociales, écologiques, physiques, de l’être humain. En somme, ce sont les facteurs influençant la personne sur son style de vie. En effet, l’environnement est externe aux individus mais il a une influence sur l’intérieur de ceux-ci (Pepin & al., 2010). L’infirmière devra prendre en compte l’environnement dans lequel la personne vit afin d’adapter ses soins.

3.4. Les hypothèses théoriques (assumptions)

Madeleine Leininger a postulé plusieurs hypothèses ou croyances fondamentales (Leininger, 1970,1977, 1981,1984, 1991a, 1997b, cité par Clarke, et al., 200, p.).

1. Les soins sont essentiels pour la croissance, le développement et la survie humaine mais aussi pour faire face à la mort.
2. Les soins sont essentiels au “curing” et au “healing”. Il ne peut y avoir de guérison sans prendre soin, c’est à dire sans le “caring”.
3. Les formes, les expressions, les modèles et les processus des soins humains varient selon toutes les cultures du monde.
4. Toutes les cultures ont des soins génériques (laïcs, folkloriques ou naturalistes), et la plupart ont des pratiques de soins professionnels.

5. Les valeurs et les croyances des soins de la culture sont intégrées dans les dimensions religieuses, artisanales, sociales, politiques, culturelles, économiques et historiques de la structure sociale et dans les contextes linguistiques et environnementaux.
6. Les soins infirmiers thérapeutiques ne peuvent être dispensé que lorsque les valeurs, expressions et / ou pratiques des soins culturels sont connues et utilisées explicitement pour fournir des soins humains.
7. Les différences entre les attentes des soignants et des bénéficiaires de soins doivent être comprises afin de fournir des soins bienfaisants, congruents et satisfaisants.
8. Les modes de soin culturellement congruents, spécifiques ou universels sont essentiels à la santé ou au bien-être des personnes de toutes les cultures.
9. Les soins infirmiers sont essentiellement une profession et une discipline de soins transculturels.

3.5. Le modèle du soleil

Le modèle du lever de Soleil ou "Sunrise model" est la représentation graphique de la théorie de diversité et d'universalité des soins culturels de Madeleine Leininger (Leininger, 1991 cité par Lazure & Vallée, 2003). Le but de ce modèle est de mettre en évidence les dimensions culturelles majeures et interreliées que l'infirmière doit connaître et approfondir (Lazure & Vallée, 2003).

Culture Care



Focus: Individuals, Families, Groups, Communities or Institutions in Diverse Health Contexts of



Transcultural Care Decisions & Actions

**Culture Care Presevation/Maintenance
Culture Care Accommodation/Negotiation
Culture Care Repatterning/Restructuring**

Culturally Congruent Care for Health, Well-being or Dying

Tiré de : CEUfast Nursing CE, 2016

La partie supérieure du demi-cercle représente la vision du monde. Cette dernière est définie comme : “la manière dont les personnes perçoivent l’univers en dégageant une image de leur vie et en définissant l’importance hiérarchique de leurs valeurs” (Lazure & Vallée, p.42, 2003). En somme, la vision du monde est le fondement de base des conceptions et des convictions en ce qui concerne les expériences de santé (Lazure & Vallée, 2003). Elle influence le soin et se lie étroitement à l’environnement et au langage (Leininger, 2002 cité par Lazure & Vallée, 2003).

La partie centrale du modèle du Soleil présente les différents facteurs qui composent la structure sociale. Il s’agit de la technologie, de la religion, de la philosophie, de la famille et des liens sociaux, des valeurs culturelles, des modes de vie, de la politique, des lois, de l’économie et pour finir de l’éducation (Lazure & Vallée, 2003).

Les différents facteurs qui forment la structure sociale sont dynamiques et se modifient selon l’époque. Les flèches présentes dans le modèle Sunrise sont en réalité des indicateurs d’influence. Ce modèle indique donc que les facteurs de la structure sociale influencent la santé (bien-être) et les expressions des soins (modèles et pratiques) situées dans la partie la plus inférieure du modèle (Leininger, 2002 cité par Lazure & Vallée, 2003).

À la suite de l’illustration du modèle Sunrise, Madeleine Leininger a formulé trois actions, modalités ou décisions en soins infirmiers visant à promouvoir la santé de l’individu, des familles, des groupes et des communautés en accord avec la culture de ces derniers (Pepin & al., 2010):

1. Conservation/maintien des soins culturels : activités d’assistance basées sur sa culture en visant à maintenir sa santé et son style de vie adéquatement (Pepin & al., 2010).
2. Adaptation/négociation des soins culturels : activités d’assistance adaptées, négociées au style de vie et à la santé de la personne (Pepin & al., 2010).
3. Remodelage/restructuration des soins culturels : activités d’assistance permettant à la personne de modifier ou de changer sa vision des soins afin d’avoir des résultats bénéfiques pour sa santé (Pepin & al., 2010).

3.6. Liens entre ancrage disciplinaire, concept clefs et vulnérabilité

3.6.1. Liens entre les concepts clefs, la vulnérabilité et le concept du caring

Le concept du caring est adapté à cette population car il vise au maintien de la santé des personnes et au soulagement de leurs souffrances. En effet, les TdS, de par leur mode de vie, leurs conditions de travail, leurs nombreux partenaires sexuels, sont vulnérables et ont donc besoin de préserver au mieux leur santé. Dans cette école de pensée, la promotion de la santé est prise en compte. Comme vu précédemment dans les concepts clefs, l’OMS explique que la promotion de la santé touche plusieurs aspects, notamment des interventions comme la lutte contre la violence, le dépistage des IST et/ou du VIH et l’utilisation du préservatif. Cependant, il a aussi été constaté que la base de la promotion de la santé auprès des TdS repose sur la compréhension de leur contexte de vie (OMS, 2012). Cette phrase peut être mise en lien avec le concept du caring qui tient compte des ressources des personnes. En effet, l’infirmière devrait tout d’abord comprendre le contexte de vie de ces femmes pour pouvoir ensuite repérer leurs ressources.

Par ailleurs, la discrimination que peuvent subir les TdS entraîne parfois une baisse d’estime de soi. De ce fait, l’infirmière pourrait agir en les aidant à trouver leurs ressources personnelles afin d’augmenter cette estime et favoriser ainsi leur bien-être. Le caring est une expérience partagée entre l’infirmière et l’être humain au cours de laquelle le sentiment “d’être” de l’être humain augmente. Ce facteur peut aussi les aider à reprendre confiance en elles. L’infirmière pourrait aussi valoriser leurs richesses personnelles afin qu’elles puissent apprendre à mieux se connaître et à s’accepter.

3.6.2. Liens entre les concepts clefs, la vulnérabilité et le paradigme de la transformation

Le paradigme de la transformation considérant chaque personne comme étant unique et en constante évolution semble adapté pour la prise en soin des TdS.

En effet, chacune de ces femmes est une personne unique avec un parcours de vie différent. L’infirmière prendra soin de chaque travailleuse du sexe de manière différente en tenant compte de leurs cultures respectives. Ensuite, elle devra partir des

préoccupations de la travailleuse du sexe, de sa famille et de ses proches dans le but de créer un lien de confiance, de cibler ses besoins et d'améliorer ainsi sa santé. Comme vu précédemment dans les dimensions de la vulnérabilité, il existe différentes problématiques rencontrées par la plupart des TdS telles que la violence, la discrimination, l'isolement social et des problèmes de santé sexuelle. Le paradigme de la transformation considérant chaque personne unique peut alors aider l'infirmière à ne pas faire des généralités sur les problèmes des TdS, par exemple, en considérant dans sa prise en soin les problématiques personnelles de chacune de ces femmes au lieu d'orienter ses interventions sur une problématique commune de cette population.

3.6.3. Liens entre les métaconcepts et la vulnérabilité

L'être humain selon Madeleine Leininger, ne peut être dissocié de son bagage culturel (Pepin & al., 2010). En effet, les TdS ont des croyances, des valeurs et un certain style de vie, faisant partie de leurs bagages culturels. Le style de vie des TdS est susceptible de les exposer à la vulnérabilité. L'infirmière devrait avoir des connaissances sur ces différents aspects afin de mieux s'adapter à cette population.

La santé, comme le décrit Madeleine Leininger est perçue différemment selon la culture de chaque être humain (Pepin & al., 2010). L'infirmière devrait tout d'abord s'intéresser à la vision de la santé de la travailleuse du sexe et essayer de comprendre sa perception de la santé avant d'intervenir auprès d'elle. Chacune va adopter différentes stratégies face à ses problèmes de santé auxquels l'infirmière devra s'adapter. Les problèmes de santé auxquels sont exposés les TdS peuvent engendrer une vulnérabilité. Le rôle de l'infirmière serait de cibler les problèmes de TdS pouvant altérer leur santé, leur bien-être et leur dignité. Nous pourrions imaginer que les dimensions de la vulnérabilité altèrent leur santé, leur dignité et leur bien-être. Ainsi, l'infirmière devrait agir sur ces dimensions.

La théoricienne décrit **le soin** comme une action d'assistance, de soutien et d'amélioration aux conditions de vie des êtres humains (Pepin & al., 2010). Le soin doit être adapté à la culture de l'être humain. Les TdS subissent parfois de la violence, travaillent dans des conditions difficiles et vivent dans la précarité. Par conséquent, des soins relationnels soutenant ces femmes et les aidants à améliorer leurs conditions de vie pourraient être pertinents. Le soin prodigué par l'infirmière pourrait être d'agir sur les

dimensions de vulnérabilité de ces femmes tout en intégrant dans sa prise en soin les valeurs, les croyances et les besoins de ces femmes qui peuvent être liés à leurs cultures.

L'environnement, selon Madeleine Leininger, est externe aux individus mais a un impact direct sur leur être intérieur (Pepin & al., 2010). En effet, le travail du sexe étant l'environnement des travailleuses, il influence leur style de vie et leur personne. Les horaires difficiles, le manque de temps ou d'argent, le manque de contraception, de connaissances liées à la santé sexuelle auxquels s'ajoutent la précarité et l'illégalité qui ne leur permettent pas forcément de consulter des lieux de soin pour différents problèmes de santé. L'environnement représente donc un impact majeur sur leur vie. L'infirmière devrait ainsi tenir compte de cet environnement vulnérabilisant dans la prise en soin de ces femmes.

4. PROBLÉMATIQUE

Après avoir défini puis explicité les trois concepts clés de ce travail de recherche c'est-à-dire le contexte : migration et travail du sexe, le milieu du travail du sexe et la promotion de la santé chez les TdS en contexte migratoire, de nombreux éléments présents dans la littérature ont été mis en avant.

Tout d'abord, en ce qui concerne la migration et le travail du sexe, la littérature explique que le processus migratoire au niveau international ne cesse d'augmenter, ce qui participe aussi à l'évolution de l'industrie du sexe (Gloor & al., 2011).

Ensuite, concernant le milieu du travail du sexe, ce dernier est décrit par la littérature comme étant un milieu marginalisé et considéré de façon négative par la société (OMS, 2004). Le milieu du travail du sexe entraîne ainsi souvent discrimination et stigmatisation à l'encontre des TdS. De plus, d'autres problématiques touchant la santé de ces femmes sont décrites dans la littérature. Il s'agit de la précarité, la violence, la migration/clandestinité, l'isolement social, les problématiques sexuelles, la barrière de la langue et le manque d'accès aux soins.

Pour terminer, il est expliqué dans la littérature que la promotion de la santé de cette population est basée sur la compréhension du contexte dans lequel ces femmes pratiquent ce métier (OMS, 2012).

Au cours de notre travail concernant les différents concepts clefs, plusieurs questions se sont alors posées. L'une d'entre elles semblait particulièrement pertinente et importante afin de poursuivre cette revue de littérature. La question est la suivante : Quels sont les éléments spécifiquement liés à la situation des TdS en contexte migratoire que l'infirmière doit connaître dans sa visée de prise en soins et de promotion de la santé ? Après cette première question, les recherches à travers la littérature, afin de prendre connaissance des éléments liés à la situation des TdS en contexte migratoire que l'infirmière doit connaître en vue de prendre en soins et promouvoir la santé de cette population ont permis de cibler un concept qui est la vulnérabilité. Par la suite, cet élément a permis de mettre en avant deux autres concepts étroitement liés à la vulnérabilité qui sont le manque d'accès aux soins et l'altération du bien-être chez les TdS en contexte migratoire.

En résumé, étant donné l'ampleur du phénomène migratoire, l'infirmière sera amenée à prendre en soin tout au long de sa carrière des personnes issues de la migration dont de nombreuses TdS. Ces dernières présentent donc des besoins de santé spécifiques liés à leur métier qui touchent différents aspects.

Après avoir défini et mis en lien le concept de vulnérabilité, ses composants, le manque d'accès aux soins et l'altération du bien-être, puis, avoir développé la théorie de l'universalité et de la diversité des soins de Madeleine Leininger, la question de recherche finale pourrait être formulée comme ceci :

Quelles seraient les interventions infirmières culturellement congruentes qui permettraient d'agir sur les facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins et une altération du bien-être des TdS en contexte migratoire ?

5. MÉTHODE

La méthode utilisée pour réaliser ce travail ne s'est pas déroulée d'une manière classique. En effet, nous avons élaboré notre question de recherche à partir des articles retenus et non pas utilisé la recherche des articles scientifiques pour répondre à notre question d'étude. Les raisons qui ont déterminé le choix de cette méthode sont : la difficulté de traduction des mots clefs de français à anglais, le nombre de données limitées causé par un manque d'accessibilité des chercheurs vers la population retenue

(TdS) et l'étendue du phénomène de l'industrie du sexe nous empêchant ainsi de cibler un seul pays.

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin d'élaborer notre travail, nous avons utilisé Pubmed et Google Scholar comme base de données scientifiques. Nous avons établi un PICO et avons traduit les termes du PICO du français à l'anglais à l'aide du "meSH bilingue".

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Date d'apparition de moins de 10 ans
- Textes complets et gratuits
- Textes en anglais ou en français

1er PICO

Pico	Termes en français	PubMed	Google Scoolar
Population	-Travailleuses du sexe -Sans-papiers	-Female sex workers -Undocumented -Illegal -Clandestin	-travailleuses du sexe -sans papiers
Intervention	-Promotion de la santé -Soins-infirmiers	-Nursing promotion	-promotion de la santé -soins infirmiers
Comparaison	/	/	/
Outcome	-Bien-être	-Welfare	-bien-être

À la suite de ce premier PICOT, 0 résultat est apparu sur PUBMED. Sur Google Scholar, le PICOT en français a donné 737 résultats. Cependant, les articles traitaient beaucoup de statistique sur le VIH et peu étaient des articles scientifiques. Nous avons donc changé notre PICO et élargi nos mots clefs.

2ème PICO

Pico	Termes en français	PubMed	Google Scolar
Population	-Travailleuses du sexe -Sans-papiers -migrantes -immigrantes	-Female sex workers -sex workers -Undocumented -Illegal -Clandestin	-travailleuses du sexe -clandestine
Intervention	-Promotion de la santé -Soins-infirmiers	-Nursing promotion -Health -Health access -Health promotion	-promotion de la santé -soins infirmiers - Health care
Comparaison	/	/	/
Outcome	Bien-être	-Welfare	-Bien-être

Pour ce deuxième PICO, trois critères d'inclusions n'ont pas varié soit en particulier :

- Date de publication de moins de 10 ans
- Textes complets et gratuits
- Textes en anglais ou en français

Deux critères d'inclusions ont été ajoutés :

- Structure IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats et Discussion)
- Population de plus de 18 ans

La sélection de nos articles a été faite sur la base du titre et de la lecture du résumé. Afin de nous assurer de la pertinence de nos articles, nous les avons lus intégralement, puis traduits en français pour notre bonne compréhension.

Nos critères d'exclusions nous ont permis de cibler notre question de recherche et étaient au nombre de deux :

- Sujet concernant l'épidémiologie du VIH sur les TdS et la santé reproductive
- Population de moins de 18 ans

Notre étude a été ciblée sur les recherches effectuées directement sur le terrain et sur l'environnement des TdS. Plus particulièrement, les articles se penchant sur la violence, la discrimination et le manque d'accès aux soins ont été choisis avec précaution.

Finalement, ce sont six équations qui ont été effectuées afin de trouver des articles adéquats et pertinents dans le cadre de la présente recherche. Ces équations sont abordées ci-dessous et démontrent l'importance du travail effectué.

Mesh terms utilisés dans PubMed

Equation 1 :

Sexworkers undocumented* sexual health

6 résultats dont 1 sélectionné

Montealegre, J. R., Risser, J. M., Selwyn, B.J., McCurdy, S. A., & Keith, S. (2013). Effectiveness of Respondent Driven Sampling to Recruit Undocumented Central American Immigrant Women in Houston, Texas for an HIV Behavioral Survey. *AIDS and Behavior* 17(2), 719-27. doi:10.1007/s10461-012-0306-y.

Equation 2 :

sex workers AND clandestine AND sexual health

10 résultats dont 1 sélectionné

Richter, M., Chersich, M. F., Vearey, J., Sartorius, B., Temmerman, M., & Luchters, S. (2012). Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of Female Sex Workers in Three South African Cities ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 16(1), doi:10.1007/s10903-012-9758-4.

Equation 3:

migrant AND female sex workers AND health access

906 résultats dont 1 sélectionné

Davis, A., Meyerson, B. E., Blessing, A., Brown, K., Watson, A., Muessig, K. E., Yang, L., ... Tucker, J. D. (2016). Barriers to Health Service Access among Female Migrant Ugandan Sex Workers in Guangzhou, China. *International Journal for Equity in Health* 15(1), . doi:10.1186/s12939-016-0453-2.

Equation 4 :

female sex work AND migrant AND health AND sex work

123 résultats dont 1 sélectionné

Perla, M. E., Ghee, A. E., Sánchez, S., Scott McClelland, R., Fitzpatrick, A. L., Suárez-Ognio, & Sánchez, J. (2012). Genital Tract Infections, Bacterial Vaginosis, HIV, and Reproductive Health Issues among Lima-Based Clandestine Female Sex Workers. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2012. doi:10.1155/2012/739624.

Mesh terms utilisés dans google scholar

Equation 5 :

Promotion de la santé travailleuses du sexe clandestines

1110 résultats dont 1 sélectionné

Berthé, A., Huygens, P., Ouattara, C., Sanon, A., Ouédraogo, A., & Nagot, N. (2008). Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 18(3), 163-173. Accès http://www.jle.com/download/san-280773-comprendre_et_atteindre_les_jeunes_travailleuses_du_sexe_clandestines_du_burkina_faso_pour_une_meilleure_riposte_au_vih--WS-TcX8AAQEAAADsRZi0AAAAJ-a.pdf

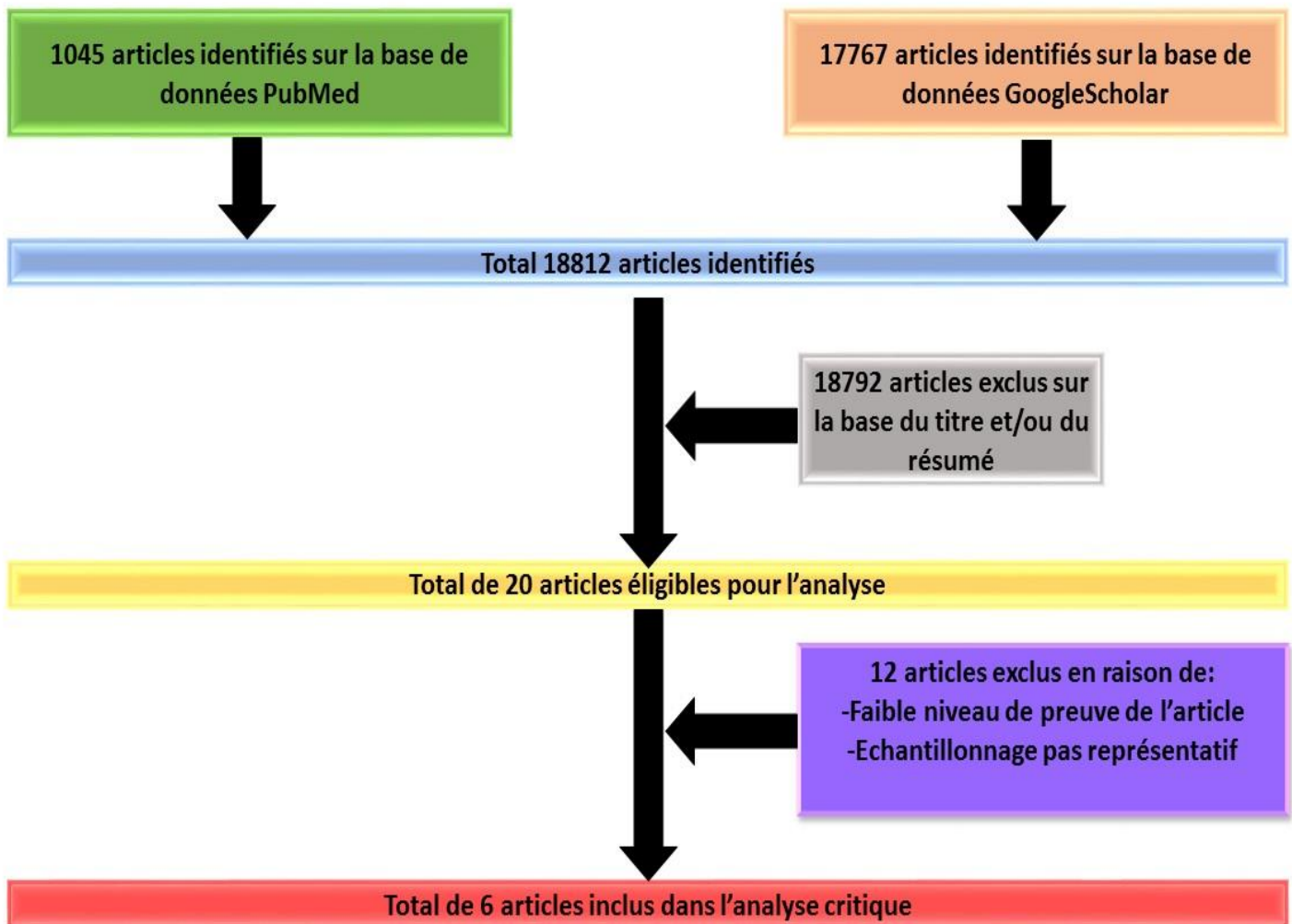
Equation 6:

female sex work migrant healthcare sex work

123 résultats dont 1 sélectionné

Huso, Y., Mantell, J. E., Wu, R., Lu, Z., Zeng, J., & Wan, Y. (2010). A Profile of HIV Risk Factors in the Context of Sex Work Environments among Migrant Female Sex Workers in Beijing, China. *Psychology, Health & Medicine* 15(2), 172-87. doi:10.1080/13548501003623914. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856119/pdf/nihms-170001.pdf>

5.2. Diagramme de flux



6. RÉSULTATS

Ce chapitre portera sur les différents résultats obtenus dans la sélection de nos six articles. Tout d'abord, chacun des articles est résumé de manière succincte. Puis, un tableau synoptique sera dressé dans lequel seront exposés et détaillés les principaux thèmes de nos articles.

Article 1:

Barriers to health service access among female migrant Ugandan sex workers in Guangzhou, China

Cet article décrit une étude qualitative, menée par Davis & al., (2016) auprès de 12 TdS ougandaises, celles-ci vivant en Chine et ayant plus de 18 ans. Toutes ont été recrutées par des représentants d'une organisation communautaire.

L'outil de cette étude se base sur des entretiens semi-structurés d'environ une heure.

L'objectif de l'étude est d'analyser les obstacles liés à l'accès aux soins de santé dans cette population et de lui donner des recommandations afin d'améliorer son accès aux soins.

Les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé sont la traite, le statut légal, le démantèlement économique, l'isolement social et la discrimination. Le manque de statut juridique de ces femmes constitue également un grand frein à l'accès aux soins. En effet, elles ont une crainte permanente d'être arrêtées si elles venaient à demander des soins. De plus, cette étude a pu mettre en évidence que les femmes se sentaient plus en sécurité en accédant au traitement d'une pharmacie de quartier de confiance que des hôpitaux locaux. Les femmes ont également eu accès aux soins de la part de médecins informels et avec des médicaments reçus des migrants entrants. A cet effet, il est précisé que l'accès à d'autres sources de soins de santé est fréquent chez les personnes qui n'ont pas accès au système officiel de soins de santé.

Ces femmes déclarent avoir envoyé leurs fonds à leurs familles, vivant dans leur pays d'origine, et que cela était prioritaire par rapport à l'achat de traitement de maladie non menaçante.

Cette étude atteint toutefois rapidement ses limites compte tenu du fait qu'elle ne porte que sur un échantillon limité de TdS, soit en l'occurrence douze. Ce petit échantillon n'est alors que peu représentatif et ne reflète pas toute la diversité des expériences de cette population. Cette étude a également été limitée par le fait que certaines femmes ont refusé de participer à l'étude, craignant que la recherche médicale puisse entraîner des répercussions sur leur sort.

Article 2:

Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of female Sex Workers in Three South African Cities

Cet article décrit une étude transversale menée par Richter & al., (2012) auprès de 1653 TdS provenant de Johannesburg. Ces femmes étaient migrantes internes (nées dans différentes provinces d'où elles travaillent), transfrontalières (nées dans différents pays d'où elles travaillent) et non-migrantes (travaillant dans la même province d'où elles sont nées). Avant de débiter l'étude, les chercheurs ont collaboré avec deux organisations non-gouvernementales. Les éducateurs sexuels des organisations et certaines TdS ont participé à un atelier de formation créé par les chercheurs, celui-ci portant sur l'éthique de la recherche, la sélection des participantes et sur des questionnaires. L'instrument de mesure qualitatif a quant à lui été des entretiens. L'instrument de mesure quantitatif était des questionnaires semi-structurés.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer certains déterminants structurels de la vulnérabilité des TdS comme l'environnement économique et les conditions de travail. Il s'agissait également de déterminer si l'accès aux soins varie entre les non-migrantes, les migrantes internes et les migrantes transfrontalières.

Suite à cette étude, les chercheurs ont relevé que les travailleuses migrantes internes étaient les plus vulnérables. Par ailleurs, elles étaient plus exposées à la discrimination, avaient moins accès aux soins et étaient moins susceptibles d'utiliser des préservatifs.

Les limites de cette étude sont l'utilisation d'un plan d'échantillonnage non aléatoire. Puis, d'autres variables auraient pu être prises en compte telles que les contacts négatifs avec les proxénètes, un voisinage violent et l'absence d'approvisionnement en préservatif.

Bien que les questionnaires aient été traduits dans cinq langues, il n'est pas à exclure que certaines migrantes transfrontalières puissent ne pas être familiarisées avec ces questions et que le questionnaire soit au final lui-même un élément qui limite la participation.

Article 3:

A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China

Cette étude transversale est menée par Huso & al., (2010). Elle a été réalisée auprès de 348 TdS migrantes en Chine étant dans trois catégories :

1. Les "Et-FSW's" travaillant dans des établissements de divertissement (bars, karaoké, boîte de nuit).
2. Les "Ps-FSW's" travaillant dans des services personnels (salons de coiffure, sauna, salon de massage).
3. Les Sb-FSW's travaillant dehors (stations, borde de route).

Un centre d'accueil offrant divers services de santé a établi un partenariat avec différentes structures de travail du sexe par l'intermédiaire de bénévoles et des gestionnaires de TdS. Les différentes structures ont contacté les propriétaires des établissements de travail du sexe pour les informer de l'étude et pour recruter des TdS souhaitant participer à celle-ci. L'instrument de mesure était quantitatif, il s'agissait de questionnaires en chinois ou en anglais.

Les objectifs de cette étude ont été de comprendre comment les différents types de contexte de travail sexuel peuvent être associés aux antécédents sociodémographiques des travailleuses migrantes, aux conditions de travail et à divers facteurs de risque pour la santé. Le deuxième objectif a été d'évaluer les besoins de cette population.

Les Sb-FSW's sont plus vulnérables que les deux autres catégories. En effet, elles savent moins gérer la violence ont un plus faible niveau d'éducation, ont un niveau de

connaissances plus bas concernant le VIH, leurs clients utilisent moins le préservatif, elles subissent plus de sexe forcé et se sont plus arrêtées par la police.

Cependant les ET-FSW's sont celles qui subissent le plus de harcèlement sexuel, d'agressions verbales et des refus de payer de la part des clients par rapport aux deux autres groupes.

Comme l'étude a été menée à partir d'un centre d'accueil dans un quartier de faible à moyen revenu dans un district du nord-ouest de Pékin, les participantes n'ont été recrutées que dans ce centre et seuls les femmes acceptant de participer à l'étude ont été retenues (échantillon cible et non pas aléatoire). Par conséquent, l'échantillon d'étude pourrait ne pas être représentatif de toutes les FSW à Beijing, ce qui limite la généralisation des résultats de l'étude à d'autres populations de FSW.

Article 4:

Genital Tract Infections, Bacterial Vaginosis, HIV, and Reproductive Health Issues among Lima-Based Clandestine Female Sex Workers

Cet article décrit une étude transversale et descriptive menée par Perla & al., (2012) auprès de n=207. Plusieurs critères d'inclusions étaient présents dans cette recherche scientifique. Tout d'abord, les travailleuses de sexe péruviennes devaient être âgées de 18 à 59 ans. Elles ne devaient pas avoir participé à une enquête gouvernementale sur la surveillance du VIH au cours de l'année écoulée. Par ailleurs, ces femmes devaient avoir reçu moins de deux soins médicaux pour les GTI au cours des quatre derniers mois, avoir eu des rapports sexuels avec neuf clients durant la dernière semaine et pour finir, signaler aux chercheurs lors de la réalisation de l'étude, des problèmes d'utilisation du préservatif au cours des six derniers mois.

Les expérimentateurs sont allés à la rencontre des TdS sur leurs différents lieux de travail (parc, rue) afin d'avoir un premier contact avec elles et de les recruter pour l'étude. Après ceci, une clinique a été ouverte pour une durée de 9 mois dans un endroit discret et accessible à toutes les TdS.

Premièrement, les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire concernant les comportements que ces femmes adoptent en matière d'accès à la santé. Ensuite, des examens cliniques ont été réalisés ainsi que des tests de dépistage d'IST et du VIH.

L'objectif de cette étude est de fournir la prévalence de la GTI, de décrire l'état de santé et les comportements sexuels et pour finir, exposer leurs actions pour accéder à la santé parmi les TdS péruviennes.

La plupart des TdS ont au moins une GTI, d'autres en ont deux, et quelques une en ont trois.

Ces femmes, de par leur discrimination et leur stigmatisation, étaient réticentes à se rendre dans des lieux de soins. Lorsqu'elles avaient des problèmes de santé sexuelle, elles se rendaient le plus souvent dans des pharmacies, demandaient parfois de l'aide dans une clinique publique, à leurs amis, utilisaient des herbes médicinales ou ne faisaient rien.

Concernant l'utilisation du préservatif, ces femmes l'utilisaient avec des clients irréguliers, mais pas avec leur partenaire stable. Quelques femmes n'ont même jamais utilisé le préservatif. D'autres ont eu des problèmes tels que des ruptures ou des glissements.

Les limites de cette étude est la taille de l'échantillon faible.

Article 5:

Effectiveness of Respondent Driven Sampling to Recruit Undocumented Central American Immigrant Women in Houston, Texas for an HIV Behavioral Survey

Cette étude quantitative de Montealegre & al., (2012) réalisée à Houston dans le Texas, a été menée auprès de 226 femmes immigrantes sans passeport valide, en provenance d'Amérique centrale et âgées de 18 à 25 ans.

Les chercheurs ont commencé l'étude par un examen approfondi de la littérature sur l'immigration, des observations sur le terrain, des entretiens approfondis avec des immigrantes d'Amérique centrale (explication de l'étude et sélection des participantes initiales) et de la création d'une carte répertoriant les différentes origines des américaines centrales à Houston. Le recrutement des futures participantes de l'étude

s'est déroulé après l'évaluation formative grâce à la méthode « respondent driven sampling » (RDS) permettant au participant d'être à la fois recruteur et recruté. Tout le recrutement se fait par un petit nombre de participant (répondant) sélectionnés. Ces derniers sont invités à recruter un nombre fixe de personnes pour participer à l'étude, cela se déroule ainsi : Tout d'abord, trois personnes ont été recrutées et ont reçu trois coupons. Elles ont distribué ces coupons à d'autres qui ont continué la chaîne. Les coupons décrivaient brièvement l'étude, le numéro de téléphone du projet, le nom et l'adresse et l'heure du site des entretiens, et la date limite pour participer à l'étude.

Cette méthode a pour but d'accéder à des populations cachées tels que travailleuses de sexe, homosexuels et usagers de drogues à travers leurs réseaux sociaux.

Les objectifs de l'étude ont été :

1. Explorer et décrire l'efficacité de la méthode d'échantillonnage piloté par le répondant (RDS) pour recruter des membres de la population immigrantes et sans papiers provenant de l'Amérique Centrale à participer à une étude sur le comportement sexuels à risque et la prévalence du VIH.
2. Examiner comment les réseaux sociaux des immigrants sans papiers peuvent affecter la RDS.
3. Explorer les caractéristiques des réseaux sociaux incluant le nombre de liens, la fréquence des rencontres et la diversité des origines du réseau des immigrantes.

Trois femmes ont été recrutées par les chercheurs de l'étude et ont reçu trois coupons. Elles ont ensuite distribué ces coupons à d'autres personnes qui ont continué la chaîne. Les coupons décrivaient brièvement l'étude. Au total, 627 coupons ont été distribués à partir de ces trois personnes. 54 % des participantes ont recruté 0 pairs, 12% ont recruté une personne et 24% en ont recruté trois. La plupart des femmes ayant effectué l'étude recrutaient des personnes de leur entourage comme les amis, la famille ou le voisinage et de la même origine qu'eux.

Article 6 :

Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH

Cette étude qualitative, socio anthropologique, de cohorte réalisée par Berthé & al., (2008), s'est déroulée au Burkina Faso dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Cette recherche scientifique a été menée auprès de 700 femmes âgées de 18 à 25 ans travaillant dans l'industrie du sexe. Les chercheurs ont débuté l'étude par une revue de littérature.

Pour réaliser cette revue de littérature, les expérimentateurs se sont alors déplacés dans la ville pour repérer les lieux du travail du sexe en sollicitant la population locale.

À la suite de ceci, ils ont effectué une cartographie de tous les lieux de travail du sexe. Pendant trois mois, les chercheurs ont observé et visité les lieux dans lesquels les TdS burkinabè travaillent et ont pris le temps d'établir une relation de confiance avec ces jeunes femmes afin de solliciter leur participation volontaire à l'étude.

Les instruments de mesure utilisés pour effectuer cette recherche scientifique sont des entretiens d'une durée d'environ 4 heures.

Les objectifs de cette étude ont été :

1. Trouver des stratégies pour que les jeunes filles participent à l'étude.
2. Analyser la nature des relations entre ces jeunes filles et les membres de leur entourage afin de passer par ces derniers pour atteindre ces jeunes femmes dans le but de réaliser une sensibilisation.
3. D'identifier le processus par lequel les jeunes filles de 18 à 25 ans travaillent clandestinement.

Les TdS exercent leur métier clandestinement afin d'éviter d'être stigmatisées. Celles qui sont analphabètes tendent vers le travail sexuel car elles n'ont pas accès à d'autres métiers.

Ces jeunes femmes sont étrangères, ont un faible niveau de capital et doivent assumer des charges familiales. Cette précarité les rend vulnérables, ainsi que leurs familles parce qu'elles ne peuvent pas satisfaire à leurs besoins. Les travailleuses ne se rendent pas aux funérailles, aux baptêmes, aux mariages ou à d'autres événements pour rester cachées et ont très peu de relations sociales.

La santé et la sécurité des TdS dépendent de leur considération sociale et du lieu où elles exercent leur métier.

6.1. Tableau synoptique

Nous avons ressorti cinq thèmes de ces études scientifiques : technique d'approche des chercheurs auprès des TdS, facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins, moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins, besoin des TdS selon les professionnels et selon elles et le comportement des TdS. Nous avons ciblé ces thèmes car ils nous semblent primordiaux pour comprendre le contexte dans lequel vivent les TdS et aussi parce que certains ressortent dans plusieurs articles. Les dimensions de la vulnérabilité, les comportements sexuels des TdS étaient déjà citées brièvement dans nos concepts clefs.

Thèmes principaux	Technique d'approche des chercheurs auprès des TdS	Facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins	Moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins	Besoin des TdS selon les professionnels et selon elles	Comportement sexuel des TdS
Davis. et al. (2016)	- recrutement effectué par un représentant de sexe féminin	- précarité - migration/clandestinité - isolement social - discrimination/stigmatisation	- utilisation des pharmacies de proximité - reçoivent des médicaments	- soutien financiers auprès de leur famille	X

			de leurs proches migrants		
Richter. et al. (2012)	- participation de certaines travailleuses des sexes au recrutement	-migration/clandestinité - discrimination/stigmatisation	X	X	- utilisation ou non du préservatif
Huso et al., (2010)	-solicitation des bénévoles et des "mamans gestionnaires" des TdS" pour recruter et informer les TdS de l'étude	- violence	X	-évaluation des besoins dans la communauté des TdS - besoin de savoir comment gérer la violence	-utilisation ou non du préservatif
Perla et al., (2013)	- chercheurs sur le terrain pour aller à la rencontre des TdS - échantillonnage boule de neige - utilisation d'un endroit discret et accessible de la clinique pour réaliser l'étude	-discrimination/stigmatisation	- pharmacies - plantes -conseils à leurs amis - cliniques	X	- utilisation ou non du préservatif et des moyens de contraceptions - analyse du nombre de partenaire
Montealegre et al., (2012)	-Utilisation de la méthode "boule de neige". - recherche effectuée dans un lieu où se trouve beaucoup de personnes issues de l'immigration.	X	X	X	X

Berthé et al., (2008)	-identification des lieux de travail du sexe à l'aide de travailleurs qui sont la rue - chercheurs prennent du temps pour établir une relation de confiance avec les TdS	- migration/clandestinité -discrimination/stigmatisation - précarité - isolement social - violence	X	X	X
--------------------------	--	--	---	---	---

6.1.1. Les techniques d'approche des chercheurs auprès des TdS

Dans cette revue de littérature, les techniques d'approches des chercheurs auprès des TdS, sont en réalité les différentes méthodes employées par ces derniers pour réussir à accéder à cette population et réaliser ainsi leurs recherches scientifiques.

Dans les six articles retenus pour notre travail, les techniques d'approche des chercheurs auprès des TdS ont été exploitée de multiples façons :

Dans l'article des auteurs **Davis & al. (2016)**, les expérimentateurs ont tout d'abord pris contact avec des organisations communautaires travaillant avec la population des TdS afin de leur expliquer l'étude.

Ce sont les représentants de ces organisations qui ont alors contacté les futures participantes de l'étude. Les chercheurs ont aussi formé à la réalisation des entretiens, deux personnes partageant le même contexte raciale (une femme Afro-Américaine et un étudiant Kenyan) que les TdS ougandaises. Les représentants des organisations communautaires étaient aussi présents durant les entretiens.

Dans l'article de **Richter & al. (2012)**, les chercheurs ont collaboré avec deux organisations non-gouvernementales ; la SWEAT (Sex Worker Education and Advocacy Taskforce) et Sisonke Sex Worket Movement. Ces deux organisations se composaient d'éducateurs sexuels mais aussi de TdS. Les chercheurs les ont ensuite fait participer à

des ateliers de formation portant sur l'éthique de l'étude, la sélection des participantes et les questionnaires. Les expérimentateurs ont donc sollicité la participation de certaines TdS au recrutement des femmes désirant effectuer l'étude.

Huso & al., (2012), ont collaboré avec un centre d'accueil pour les TdS (Institut Aizhiaing). Ce centre d'accueil a établi plusieurs partenariats avec divers sites de travail du sexe. Des bénévoles et des "mamans gestionnaires" des TdS sollicités par l'institut Azhianing, ont contacté les propriétaires des établissements de travail du sexe qui les ont informés de l'étude.

Dans l'article de **Perla & al., (2012)**, les chercheurs faisant parti d'une organisation non-gouvernementale répondant au nom d'association Impacto-civil ou Clinique IMPACTA, ont collaboré avec la direction générale de l'épidémiologie du ministère de la Santé du Pérou pour mener cette étude.

Tout d'abord, les chercheurs sont allés à la rencontre des TdS sur leurs différents lieux de travail (parc, rue...) afin d'avoir un premier contact avec elles et de les recruter pour l'étude. Cette technique d'approche a pu être mise en place grâce au partenariat avec les TdS et les gardiens des différents lieux du travail du sexe. Ensuite, sur une période de 9 mois, la Clinique IMPACTA a réalisé dans ses locaux, des séances hebdomadaires pour la communauté féminine et clandestine du travail du sexe. Le but était d'effectuer l'étude dans un lieu discret et accessible pour cette population. Pour finir, les TdS ayant participé à l'étude ont également à leur tour informé leur collègue de l'étude et les ont invitées à participer (méthode "boule de neige")

Dans l'étude scientifique de **Montealegre & al., (2012)**, La population cible n'était pas des TdS mais des femmes immigrantes provenant de l'Amérique centrale. Les chercheurs ont utilisé comme technique d'approche la méthode RDS (Respondent - Driven Sampling) ou plus communément appelée méthode "boule de neige" pour recruter les futures participantes à l'étude. Pour commencer, les chercheurs ont réalisé une évaluation formative qui consistait à un examen approfondi de la littérature concernant l'immigration, une élaboration d'une carte répertoriant les origines des femmes d'Amérique centrale vivant à Houston et des entretiens avec des immigrantes d'Amérique centrale (explication de l'étude et sélection des premières participantes). Après avoir réalisé l'étude avec les premières participantes, les chercheurs leur ont donné trois coupons résumant l'étude afin qu'elles puissent les distribuer à leur

entourage. Le but étant que les personnes sollicitées par les participantes initiales puissent également effectuer l'étude et distribuer à leur tour 3 coupons et ainsi de suite. La méthode Rds ou "boule de neige" permet aux personnes d'être à la fois recruteur et participant de l'étude.

Dans l'article de **Berthé & al., (2008)**, les chercheurs se sont déplacés durant deux semaines dans la ville afin de repérer les différents lieux où les TdS exercent leur métier. Ils ont alors demandé de l'aide à la population locale pour les aider dans leur démarche de recherche des lieux de travail des TdS. Après avoir réalisé ce repérage, les chercheurs ont produit une cartographie des endroits de prostitution. Pendant trois mois, les expérimentateurs se sont rendus jour et nuit dans les établissements du travail du sexe. Le but de cette démarche était d'établir une relation de confiance avec les TdS afin de solliciter leur participation volontaire à l'étude.

6.1.2. Les facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins

Dans nos articles scientifiques, les facteurs de vulnérabilité des TdS entraînant un manque d'accès aux soins sont les suivants : l'isolement social, la migration/clandestinité, la violence, la discrimination/stigmatisation, la précarité, les problématiques sexuelles. Le manque de connaissances et la barrière de la langue sont abordés dans les 6 études scientifiques mais ils ne sont pas explicités en tant que facteur de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins.

Dans l'article de **Davis & al., (2016)**, aucune participante ne possédait de visa valide durant l'étude. La situation de précarité des femmes ougandaises travailleuses de sexe constitue un obstacle à l'accès aux soins. L'isolement social en raison de la peur d'être discriminée en tant que femme africaine, de leur métier ou de leur statut de migrante illégale créent chez les TdS ougandaises travaillant en Chine, un sentiment de méfiance envers les organisations chinoises y compris les hôpitaux. De plus, toutes ces femmes se sentent jugées, maltraitées ou pas respectées par les professionnels de la santé chinois.

Les résultats de l'article de **Richter & al., (2012)** montrent que les TdS migrantes font face à une plus grande discrimination que les TdS non migrantes. De plus, les TdS

migrantes ont moins d'accès aux soins de santé et aux services sociaux et juridiques que les TdS non-migrantes.

Dans l'article d'**Huso & al., (2012)**, le harcèlement sexuel répandu, les agressions verbales, le refus des clients de payer les sommes négociées avec les TdS, l'obligation de ces femmes de s'engager dans des pratiques sexuelles non-désirées, les abus physiques et les dépouilles personnelles étaient plus fréquent chez les ET-FSW que chez les autres groupes. Alors que la moitié des ET-FSW (48%) et (36%) des PS-FSW ont reçu de l'aide de leur "maman" ou "gestionnaires" en matière de protection contre la violence, seulement 3 SB-FSW ont signalé une telle protection. En effet, les SB-FSW ont signalé qu'elles n'avaient pas de compétences pour se protéger de la violence et 41% de ces TdS ont traité la problématique de violence par elles-mêmes.

Plus de la majorité des FSW (79%) ont déclaré avoir au moins un symptôme d'IST au cours de la dernière année. Par ailleurs, les symptômes d'IST les plus fréquemment signalés sont les troubles vaginaux (52%), l'inconfort dans la région génitale (37%) et des douleurs au niveau du bas de l'abdomen pendant la non menstruation (30%).

Dans l'article de **Perla & al., (2012)**, la stigmatisation et la discrimination des TdS Péruviennes crée une réticence les empêchant ainsi de consulter les services de santé. Au niveau des problématiques de santé sexuelles, 80,1% de ces femmes étaient positives au HSV-2 (212 femmes au total) et 88% ont été diagnostiquées avec au moins un GTI.

Dans l'article de **Berthé et al., (2008)**, l'étude réalisée à Bobo-Dioulasso a montré que quasiment toutes les TdS exercent ce métier clandestinement. En effet, le commerce sexuel est condamné par les autorités religieuses et fait l'objet de stigmatisation familiale. Les jeunes filles adoptent donc des stratégies pour éviter d'être identifiées par leur partenaire/famille. De plus, lorsque les parents apprennent le travail de leur fille, ces derniers agissent de manière violente.

Les résultats de cette recherche montrent aussi que la santé et la sécurité des TdS de Bobo-Dioulasso dépendent de la considération sociale et de leur lieu de travail.

Pour terminer, la plupart des femmes participants à cette étude proviennent de familles défavorisées et certains récits de vie indiquent qu'une majeure partie de ces jeunes filles

assument les charges familiales. De plus, le faible capital financier de la famille ne permet pas à la jeune fille TdS de satisfaire ses besoins ce qui rend cette dernière vulnérable.

6.1.3. Les moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins

Dans cette revue de littérature, les TdS présentent généralement un manque d'accès aux soins. Par conséquent, elles utilisent plusieurs méthodes pour se soigner différemment que de se rendre dans des lieux hospitaliers. Sur les six articles scientifiques, deux traitent ce sujet.

Dans l'article **Davis & al., (2016)**, les TdS immigrantes ougandaises en Chine, se rendent dans des pharmacies de leur quartier, plutôt que de se rendre dans un hôpital. La plupart de ces femmes ont déclaré que les soins de santé étaient de meilleures qualités dans les hôpitaux que dans d'autres lieux de santé comme par exemple les pharmacies. Cependant, elles ne pouvaient pas se rendre dans les hôpitaux par peur qu'on leur demande un visa valide. Une autre méthode qu'elles utilisent pour se soigner est de recevoir des médicaments de leurs amies immigrantes ougandaises arrivant en Chine. Celles-ci leur donnent des analgésiques, des antibiotiques, des médicaments contre le paludisme et contre le VIH.

Dans l'article **Perla & al., (2012)**, la majorité des femmes ayant des symptômes d'infection sexuellement transmissible tels que des décharges vaginales ou ulcérations des muqueuses déclarent avoir cherché de l'aide dans une pharmacie (55%). Près de 30% ont demandé de l'aide dans une clinique publique. Environ 20% des femmes fournissent des réponses qualitatives décrivant d'autres comportements de premier recours : demander conseils à leurs amis, suivre leur régime intravaginal standard de lavage ou d'utilisation d'herbes. Dans ces 30% quelques femmes déclarent ne rien faire face à problèmes de santé sexuelle.

6.1.4. Les besoins des TdS selon les professionnels et selon elles

Les TdS présentent différents besoins. Ceux-ci sont traités dans deux de nos articles scientifiques, soit ceux mentionnés ci-dessous.

Dans l'article **Davis & al., (2016)**, les TdS ont besoin d'offrir un soutien financier à leurs familles restées dans leur pays d'origine. En effet, toutes ces femmes ont déclaré que l'envoi d'argent à leur famille était prioritaire par rapport aux traitements des maladies non-menaçantes.

Dans l'article **Huso & al., (2010)**, les chercheurs évaluent les besoins de la communauté des TdS à travers des questionnaires distribués à celles-ci.

Dans ces questionnaires leurs besoins suivants sont ressortis : Ces dernières n'ont pas de compétences pour se protéger et pour gérer la violence. En effet, Les Sb-FSW (TdS exerçant dans la rue) ont signalé qu'elles n'avaient pas de compétences pour se protéger de la violence : 41% ont traité la violence par elles-mêmes ; 22% ne savaient pas comment gérer la violence ; 21% se sentaient abandonnées ou désespérées.

En ce qui concerne les sources d'information sur le VIH, les Sb-FSW (TdS de rue) étaient moins susceptibles de recevoir des informations sur le VIH par les médias (par exemple, les journaux, les magazines et l'Internet) que les Et-FSWs (TdS bar, karaoké) et les Ps-FSW (ts salon de coiffure, salon de massage), (21%, 38% vs 65%, respectivement). Les TdS en contexte migratoire nécessitent donc d'avoir plus d'informations concernant le VIH.

Dans l'ensemble des TdS migrantes, seul 22% ont été dépisté durant l'année précédente. Les Sb-FSW (12%) étaient moins susceptibles que les ET-FSW (18%) et les Ps-FSW (33%) à se faire dépister.

6.1.5. Les comportements sexuels des TdS

Dans trois articles sur six, les comportements sexuels sont analysés.

Richter & al., (2012) traite sur l'utilisation du préservatif. En Afrique du Sud, à Hillbrow, lieu où les TdS présentent le contact avec la santé le plus élevé, celles ayant un statut de non-migrantes sont plus susceptibles d'utiliser un préservatif avec leur dernier partenaire. 94,6% des non migrantes utilisent un préservatif avec leur dernier partenaire. 90,6% des migrantes transfrontalières utilisent le préservatif avec leur dernier client, puis 89,1% des migrantes internes utilisent le préservatif avec leur dernier partenaire.

Huso & al., (2010) traite aussi l'utilisation du préservatif. Dans les résultats de cette analyse, 32% des TdS signalent ne jamais utiliser de préservatifs ou parfois avec les clients, 76% déclarent que les clients refusent de l'utiliser. Le taux de refus de l'utilisation du préservatif de la part des clients est nettement plus élevé chez les travailleuses exerçant le travail sexuel dans la rue (FB-FSW).

Lorsque les clients refusent d'utiliser le préservatif, 56% des travailleuses refusent d'avoir des rapports sexuels. Cependant 10% des femmes déclarent que cela dépend de la situation, parfois elles sont obligées d'accepter des rapports sexuels non-protégés. Les TdS utilisent moins souvent le préservatif avec les partenaires réguliers qu'avec les partenaires irréguliers.

Le groupe de TdS (PS-FSW'S) travaillant dans des saunas, des salons de coiffures, et dans des salons de massage étaient plus susceptible de subir du sexe forcé (66%).

Perla & al., (2012) traite sur l'utilisation du préservatif, des méthodes de contraceptions et le nombre de partenaires sexuels qu'ont les TdS. Celles-ci ont en moyenne 31 à 54 partenaire par semaine.

Ces travailleuses ont déclaré utiliser les préservatifs pendant presque toutes les actions sexuelles (clients occasionnels, régulier, stables, amis). En revanche les préservatifs ont été utilisés dans 12% des actes sexuels avec des amis significatifs et 3% dans actes sexuels avec des maris ou des partenaires stables.

73% ont utilisé un préservatif avec leur 3 partenaires les plus récents, 26% avec 1 ou 2 de leurs partenaires les plus récents et 3 femmes déclarent ne jamais avoir utilisé de préservatif.

Parmi les femmes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec les 3 dernières relations, 12% ont connu avoir un glissement ou une rupture du préservatif. Moins elles ont d'éducation, moins elles utilisent le préservatif. Concernant les moyens de contraception, 37% utilisent la contraception orale.

7. DISCUSSION

Dans cette partie, nous allons discuter des résultats obtenus par l'analyse des articles sélectionnés. Nous reprendrons les différents thèmes abordés au chapitre précédent afin de faire des liens avec le modèle transculturel de Madeleine Leininger et avec la question de recherche.

Analyse des résultats par thèmes en lien avec la théorie de Madeleine Leininger

7.1.1. L'école du caring et techniques d'approche des chercheurs auprès des TdS

Dans cinq de nos articles scientifiques sélectionnés, les chercheurs font soit partie d'organisations travaillant avec les TdS soit collaborent directement avec les représentants de ces différentes organisations.

Nous pouvons donc voir que le partenariat entre les chercheurs et les organisations spécialisées dans le milieu du travail du sexe est un élément clef afin d'atteindre cette population difficilement accessible.

Dans l'article de *Perla et al., (2012)* et de *Berthé et al., (2008)*, les chercheurs sont allés à la rencontre des TdS, ce qui leur a permis d'avoir un premier contact, de repérer les lieux où elles exercent leur métier, de créer un lien de confiance, de prendre

connaissance de leur entourage et de leurs conditions de travail pour ensuite les recruter à l'étude.

Cette démarche peut être mise en lien avec l'école du Caring dans laquelle s'inscrit la théorie transculturelle de Madeleine Leininger. Comme cité dans l'ancrage disciplinaire, cette école postule que les infirmiers peuvent améliorer la qualité des soins en reconnaissant les ressources de toute personne (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010).

En effet, les chercheurs de ces deux études ont repéré les ressources de ces femmes en prenant connaissance de leur entourage et créer un lien de confiance en allant directement à la rencontre de cette population.

En somme, les actions des chercheurs citées ci-dessus pourraient être utilisées par l'infirmière dans une perspective de prise en soin selon Madeleine Leininger afin d'améliorer la qualité des soins auprès des TdS. Dans notre travail, l'amélioration de la qualité des soins représente en réalité l'amélioration de l'accès aux soins des TdS.

Cependant, dans les articles de **Davis et al., (2016)**, **d'Huso et al., (2012)** et de **Richter et al., (2012)**, les expérimentateurs ne se sont pas rendus auprès des TdS mais ont soit collaboré avec un centre d'accueil qui était en partenariat avec divers sites de travail du sexe soit sollicité les représentants des différentes organisations communautaires pour le recrutement de l'étude. Cette technique d'approche présente à la fois des éléments positifs et négatifs. Etant donné que ces personnes travaillent quotidiennement avec la population des TdS ou partagent le même métier que ces femmes, les relations de confiance étaient déjà construites.

De ce fait, le risque de refus de participer aux différentes études pouvait être potentiellement diminué. Les chercheurs ont donc bien repéré et utilisé les ressources de ces femmes mais le fait de ne pas se rendre auprès d'elles afin de créer un lien ne permet pas forcément de s'imprégner du sujet ou de connaître la réalité de ce milieu, par exemple. Pourtant ce sont des éléments bénéfiques pour une recherche scientifique. L'implication des chercheurs est donc bien différente lorsque ces derniers se rendent ou non sur le terrain ce qui peut influencer la recherche scientifique.

Dans l'article de **Montealegre & al., (2012)**, les chercheurs n'ont pas ciblé leur étude sur la population des TdS mais sur les femmes immigrantes d'Amérique centrale et le

fonctionnement de la méthode “RDS” de recrutement. Cependant, les auteurs expliquent que cette méthode peut aussi être adaptée aux populations dites “cachées” comme les TdS. Des similitudes sont présentes avec les cinq articles cités précédemment. En effet, en passant dans un premier temps des entretiens avec trois femmes immigrantes et en utilisant leurs ressources (entourage), les chercheurs ont créé un lien de confiance avec ces femmes.

7.1.2. La théorie transculturelle et le caring en lien avec les facteurs de vulnérabilité entraînant un manque d'accès aux soins

Les articles de *Davis & al., (2016)*, de *Richter & al., (2012)*, et de *Perla & al., (2012)* traitent de la discrimination et mettent cela en corrélation avec un manque d'accès aux soins. Dans l'article de *Davis & al., (2016)* et de *Perla & al., (2012)*, la discrimination faite par les soignants entraîne une réticence face aux services de santé. Il est intéressant de voir que ces deux études réalisées dans des pays différents avec des populations cible diverses, font état du même sentiment de méfiance vis-à-vis des lieux de soins.

Nous pouvons imaginer que cette discrimination a un impact sur l'estime de soi. De ce fait, le concept du caring étant une expérience partagée entre l'infirmière et l'être humain au cours de laquelle le sentiment d'être de la personne augmente peut s'adapter pour aider les TdS à les aider à garder une bonne estime d'elles-mêmes malgré la discrimination qu'elles endurent. En effet, l'infirmière qui fait preuve d'écoute, d'empathie, de non-jugement et qui considère la travailleuse du sexe comme une personne unique en valorisant cette dernière, l'aidera à remonter son estime d'elle-même.

Davis & al., (2016) explique que la discrimination que subissent les TdS ougandaises par les professionnels chinois entraîne l'isolement social. *Berthé & al., (2008)* décrivent précisément la manière dont les TdS burkinabé sont isolées (absence lors de mariage, baptêmes et funérailles). *Davis & al., (2016)* démontrent la cause de l'isolement social c'est-à-dire la discrimination alors que *Berthé & al., (2008)* expliquent les causes (stigmatisation familiale) et les conséquences de cet isolement.

Les conséquences de l'isolement social sont importantes à identifier pour l'infirmière afin de pouvoir agir sur cette problématique et de ce fait réduire la vulnérabilité et améliorer l'accès aux soins des TdS. Nous avons donc comparé ces deux articles scientifiques tout en gardant à l'esprit que ces deux études ont été réalisées dans deux pays différents.

De ce fait, la vision du travail du sexe n'est pas la même selon le pays et joue un rôle majeur sur la discrimination/stigmatisation des femmes travaillant dans ce milieu.

Comme cité dans notre problématique, pour la plupart des TdS migrantes, la précarité peut se traduire par l'instabilité financière mais aussi par la violence présente dans ce milieu et qui entraîne un manque de sécurité (Bugnon, Chimienti, & Chiquet, 2009).

Berthé & al., (2008) expliquent que les TdS venant de familles défavorisées et devant assumer des charges familiales sont dans une situation de précarité.

Huso & al., (2010) parlent de la violence (physique et verbale) que subissent les TdS en Chine par les clients et **Berthé & al., (2008)** nous parlent de la violence qu'elles subissent dans leur propre cercle familial. Nous pouvons constater que suivant les différents contextes de vie, la violence peut être présente à la fois dans leur métier et dans leur vie personnelle. De plus, **Huso & al., (2010)** expliquent que selon leurs conditions de travail, les TdS sont plus ou moins protégées face à la violence. En somme, la précarité et la violence entraînent un manque de sécurité et impactent le bien-être de la personne. En effet, selon Leininger, "la santé signifie plus que l'absence de maladie" mais un état de bien-être (Pepin & al., 2010, p.73). L'infirmière dans une perspective de prise en soin selon Madeleine Leininger, prendra connaissance de chaque aspect agissant sur le bien-être de la TdS afin d'orienter ses interventions.

Dans l'article **Davis & al., (2016)**, toutes les participantes sont issues de la migration et de la traite.

Dans l'article **Richter & al., (2012)**, l'un des groupes des participantes sont issues de migration et ce groupe est le plus vulnérable. En effet, les migrantes utilisaient moins le préservatif que les non-migrantes et, par conséquent, elles étaient plus susceptibles de contracter des IST.

Dans les articles d'*Huso & al., (2010)* et de *Perla & al., (2012)*, la majorité des TdS ont des infections sexuellement transmissibles : 79% pour l'étude d'Huso & al., (2010) et 80.1% dans l'étude de Perla & al., (2012). Le concept du caring auquel se réfère Madeleine Leininger considère la promotion de la santé comme étant primordiale. Etant donné la proportion élevée d'IST, la promotion de la santé pourrait donc se révéler utile.

7.1.3. Les métaconcepts (l'environnement et la personne) selon Madeleine Leininger en lien avec les moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque d'accès aux soins

Dans deux de nos articles, les TdS se rendent dans des pharmacies pour se soigner. Le premier article, *Davis & al., (2016)*, est qualitatif et nous aide à comprendre pourquoi les femmes se rendent dans des pharmacies (méfiance envers les professionnels de la santé chinois, discrimination, manque d'argent, absence de visa valide) plutôt que de se rendre dans des lieux de soins. Le deuxième article, *Perla & al., (2012)*, est quantitatif et nous montre donc l'ampleur du phénomène. En effet, nous pouvons savoir que ce processus, de se rendre dans des pharmacies, touche un certain nombre de femmes. Ces deux articles pourraient se compléter s'ils traitaient de la même population car l'un expose les causes de ce phénomène et l'autre démontre les statistiques concernant celui-ci.

Leininger expose que l'environnement impacte sur l'être des personnes. En effet, comme l'expose l'article de *Davis & al., (2016)*, le statut illégal, la discrimination, et la précarité empêchent les TdS de se rendre dans des hôpitaux et font qu'elles se rendent dans des pharmacies. Le statut illégal, la discrimination et la précarité font parties de l'environnement des TdS et impactent leur être.

Ces différents facteurs font partie de l'environnement des TdS et ils impactent leur style de vie et leur être intérieur en ayant une conséquence sur leur santé.

Le fait que ces femmes vont chercher de l'aide dans des pharmacies ou auprès de leurs amis migrants fait partie de leurs ressources. Leininger postule que chaque être humain possède des ressources et qu'il est favorable de les prendre en compte dans sa prise en soin.

7.1.4. Le paradigme transformatif et les besoins des TdS selon les professionnels et selon elles

L'article de **Davis & al., (2016)** explore les priorités des TdS grâce à des entretiens pendant lesquels les femmes peuvent exprimer leurs besoins. Dans l'article d'**Huso & al., (2010)**, les questionnaires orientent les réponses des travailleuses, nous ne pouvons donc pas être certains des besoins réels de ces femmes.

Dans le paradigme transformatif dont fait partie la théorie de Madeleine Leininger, les préoccupations de la personne et de sa famille sont à considérer (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010). Dans l'article de **Davis & al., (2016)** nous pouvons considérer que le fait d'envoyer de l'argent à la famille des TdS sont les préoccupations des TdS et de leur famille.

7.1.5. La vision du monde de Madeleine Leininger et les comportements sexuels des TdS

Les comportements sexuels sont identifiés dans trois articles. Celui de **Richter & al., (2012)**, et celui d'**Huso & al., (2010)** se ressemblent dans le sens où trois groupes sont comparés. Dans chacun de ces articles, il se présente un groupe où les TdS utilisent moins le préservatif. Ce type d'article est donc approprié pour identifier les groupes les plus vulnérables. Dans l'article de Richter & al., (2012), la cause du manque d'utilisation du préservatif n'est pas explorée et il ne parle pas des clients. Une des hypothèses est que les TdS ne reçoivent pas de préservatif gratuitement. En effet, étant une population précaire, devoir acheter des préservatifs n'est pas la priorité de toutes les TdS.

Dans l'article d'**Huso & al., (2010)**, la question des clients des TdS est abordée. Par leur refus, leur violence, ils sont responsables de la non utilisation du préservatif. Cet article et celui de **Perla & al., (2012)** expliquent que les TdS utilisent moins le préservatif avec des partenaires fréquents qu'avec les autres.

Perla & al., (2012) présente des éléments supplémentaires par rapport aux autres articles. Sont abordés le nombre de partenaires par semaine et la question des accidents

qui peuvent se passer avec l'utilisation du préservatif (glissement, rupture). Puis, il est spécifié que le nombre d'années d'étude a un impact sur l'utilisation du préservatif.

Les chercheurs auraient pu, en premier lieu, essayer de comprendre la vision de la santé de chacune de ces travailleuses et selon cela, comprendre les différentes causes du manque d'utilisation du préservatif. Leininger a cette vision de la santé. Elle dépend donc de chaque personne. Cette vision peut être propre à chaque TdS et nous ne pouvons pas la connaître sans la rechercher.

8. CONCLUSION

8.1. Apports et limites du travail

Nous avons eu plusieurs limites dans ce travail. Tout d'abord, nous n'avons pas réussi à limiter notre recherche sur un seul pays puisque les résultats de cette recherche, à savoir nos articles, provenaient de six pays différents. Cependant, nous avons pu nous apercevoir que même si les articles ne traitaient pas du même pays, les problématiques auxquelles étaient exposées les TdS étaient parfois commune à tous les pays.

Par ailleurs, nous n'avons pas ciblé une seule problématique mais plusieurs. En effet, nous trouvions plus intéressant de nous pencher sur la globalité des problématiques des TdS plutôt que de se limiter à une seule thématique. Plus précisément, de nombreux auteurs se sont penchés sur le VIH et ses aspects, publiant à cet effet de nombreuses documentations, mais ce n'était pas le but recherché. Nous désirions plutôt nous pencher sur ce qui n'avait pas encore été beaucoup documenté et surtout sur le contexte dans lequel vivent les TdS. Ce sont finalement les dimensions de la vulnérabilité qui ont été retenus dans le cadre de cette présente recherche.

Le fait de ne pas avoir une pathologie spécifique peut être une limite mais aussi un apport. En effet, si nous nous étions penchées sur une seule thématique, nous aurions pu l'approfondir davantage. Toutefois, cette méthode présente le désavantage d'aborder la problématique sans vision globale. Or, le fait d'aborder plusieurs thématiques présente un avantage dans la mesure où le sujet est abordé sous différents aspects. Ainsi, nous avons une image globale de la TdS et plus réaliste de ce qu'elle peut vivre.

Durant notre recherche, nous nous sommes rendues compte de l'importance de pouvoir apprendre à connaître les TdS et, en particulier, d'aller à leur rencontre, sur le terrain. Les campagnes de prévention qui ne vont pas sur le terrain risquent de manquer leur cible en ne s'intéressant qu'aux statistiques. De même, nous pensons que notre travail présente des limites sur ce point, aucunes vérifications, n'ayant pu avoir lieu sur le terrain. En outre, nous avons examiné différents articles rédigés en anglais ce qui a pu altérer notre compréhension des termes et notions utilisées propre à chaque pays, des notions propres à l'anglais, qui peuvent être difficilement être transposées en français.

8.2. La situation en Suisse

Après avoir analysé nos différents articles scientifiques qui provenaient de plusieurs pays, nous avons décidé de nous intéresser à la situation des TdS ayant migré vers la Suisse. Pour cela, une recherche de Mme Mireille Wehrli et de Mme Delphine Zwigart répondant du nom de : “Autonomisation par un cours de sensibilisation des travailleuses du sexe arrivant à Genève” a été utilisée. Nous nous sommes également rendues sur le lieu de travail (association Aspasia Genève) de l’une des auteures (Mireille Wehrli) afin de lui poser des questions. Ces dernières portaient sur les différents thèmes sélectionnés dans nos résultats afin de pouvoir les évaluer en contexte Suisse. Ces différents paragraphes sont une combinaison des réponses de l’auteure à nos questions, et des éléments de son article.

Concernant la thématique des techniques d’approches, l’auteure explique l’importance de se rendre sur le terrain, de se présenter en tant qu’infirmière et de donner une brève explication de l’association Aspasia. L’article explique qu’il est favorable que le professionnel qui se rend vers la TdS soit sincère, qu’il offre un message respectueux, non stigmatisant et sans jugement (Zwigart & Wehrli, 2015). Par exemple, à Genève, l’infirmière signale que c’est le médecin cantonal qui l’envoie et qu’elle est présente pour l’aider. Si l’infirmière est accompagnée de pairs (anciennes TdS ou TdS) l’approche est facilitée. De ce fait, les TdS peuvent donc se sentir comprises et non jugées.

L’auteur nous explique que le bouche à oreille entre les TdS est une bonne technique afin d’être au courant pour un certain nombre de TdS qu’il existe des permanences.

Puis, les séances d’information peuvent aussi être un bon moyen pour approcher les TdS. A Zurich, cela est mis en place, elles ont lieu trois fois par semaine de 9 heures à 13 heures sans rendez-vous. Ces séances sont individuelles, cela permet aux TdS de moins se sentir jugée (Zwigart & Wehrli, 2015).

Concernant la thématique de la vulnérabilité, la dimension qui est le plus ressortie durant l’entretien avec l’auteure est la précarité. Les TdS sont prêtes à tout pour pouvoir nourrir leurs enfants. De plus, elles vivent souvent des contraintes économiques (dettes, obligation d’aide financière à la famille, prix prohibitifs des loyers), des dépendances financières vis-à-vis de leur responsable de salon ou tenanciers en chambre (Zwigart & Wehrli, 2015). La précarité peut conduire à de nombreuses dimensions de la

vulnérabilité (manque de sécurité, manque d'accès aux soins, accepter de ne pas se protéger pour avoir plus d'argent etc). Par ailleurs, l'accès aux soins n'est pas gratuit en Suisse. En effet, l'assurance maladie en Suisse est compliquée à comprendre. Les TdS prennent la franchise la plus haute pour pouvoir payer le montant le plus bas chaque mois, mais le jour où elles ont un souci de santé, elles doivent payer les premiers milliers de francs, ceci les expose à une plus grande vulnérabilité car elles ne peuvent pas forcément se soigner. L'infirmière essaye donc de négocier avec les médecins pour des soins gratuits.

Concernant la discrimination, l'infirmière valorise les TdS en leur expliquant qu'elles font un métier légal, que celui-ci a des règles et des lois en Suisse comme les autres métiers. Par ailleurs, l'infirmière offre de l'information aux TdS pour éviter des situations de violence et du soutien pour faire face aux conséquences de celle-ci (Zwigart & Wehrli, 2015).

Concernant la thématique des moyens qu'utilisent les TdS pour pallier au manque de soins, elles utilisent internet et se rendent à la pharmacie. L'auteure préconise que l'infirmière essaye de trouver les prestations les moins chères auprès des médecins pour permettre aux TdS de consulter lors de problèmes de santé.

Concernant la thématique des besoins des TdS, en Suisse, ce sont probablement des tests de dépistages réguliers dont elles ont besoin. Les permanences ouvertes à toutes les TdS peut être une bonne technique afin de répondre aux mieux à leurs besoins (Zwigart & Wehrli, 2015).

Concernant la thématique des comportements sexuels à risque, c'est le manque de méthode de contraception qui comporte des risques. Malheureusement, le manque d'utilisation du préservatif est présent. L'une des causes est la précarité. Comme les TdS sont en manque d'argent, lorsqu'un client leur propose de leur donner plus d'argent si elles n'utilisent pas le préservatif, pour la plupart du temps, elles vont accepter. L'infirmière peut leur apporter des connaissances sur comment conserver et utiliser des préservatifs (Zwigart & Wehrli, 2015).

A Genève, dans les lieux « outdoor », il existe désormais l'encouragement de « safer sex », en mettant des affiches encourageant les clients à se protéger. De plus, la mise en place de séances d'information pour les TdS est mis en place. Cela est mis en œuvre

sur leurs lieux de travail par des personnes compétentes (infirmières, assistantes sociales etc). Puis, la communauté de TdS met en place des groupes de paroles et d'échange, les TdS peuvent encourager leurs collègues à se protéger et peuvent partager leurs savoir-faire. L'infirmière donne des conseils pour négocier les conditions de travail, le droit de refuser des clients et de porter des préservatifs (Zwigart & Wehrli, 2015).

Comme les cultures sont très diverses, des médiatrices linguistiques accompagnent les infirmières dans les salons afin de traduire et pouvoir aborder les TdS dans leur langue. L'infirmière ne connaît pas chaque culture de chacune des TdS, cela constitue une limite. Par contre, les informations sur les IST peuvent être données par des personnes qualifiées et dans la langue que les TdS comprennent.

Finalement, en tant qu'infirmière, il est important pour considérer la santé des TdS de considérer leur dimension psychique et sociale autant que la dimension physique (Zwigart & Wehrli, 2015).

8.3. Recommandations

A travers nos articles et nos idées, voici des recommandations qui pourraient s'appliquer à l'infirmière pour prendre en soin les TdS. Ces recommandations font aussi référence aux thèmes sélectionnés dans les résultats.

Concernant les techniques d'approche, nous pensons que l'infirmière devrait faire comme le préconisent les auteurs du chapitre précédent, se présenter, puis avoir une attitude non-jugeante et ouverte.

Pour aider les TdS à oser venir chercher de l'aide, nous pensons qu'il serait favorable de créer un endroit discret, à la portée de chaque TdS, afin qu'elle puisse venir poser des questions et demander de l'aide. Comme les auteurs du chapitre précédent le préconisent, nous pensons aussi que si dans ces lieux, il y a aussi des TdS ou anciennes TdS qui sont aussi là pour répondre à leurs questions, cela peut les aider à venir. Etant donné leurs conditions de travail, leurs horaires, nous pensons que de les laisser venir quand elles veulent, sans horaire de rendez-vous pourrait être bénéfique.

Concernant les dimensions de la vulnérabilité, l'infirmière devrait agir sur chacune d'elle. L'infirmière devrait valoriser les ressources de TdS, les aider à avoir une bonne estime d'elles-mêmes. Pour éviter qu'elles soient isolées, partager et apprendre à connaître les différentes cultures des TdS, les professionnels pourraient organiser des moments de détente comme des activités de musique, de danse ou de cuisine. Les TdS pourraient donc penser à autre chose, passer des bons moments, montrer leurs ressources et ainsi remonter leur estime. Cela leur permettrait aussi d'avoir des bonnes relations entre elles et créer un esprit de solidarité.

Concernant les besoins des TdS, l'infirmière devrait aussi s'adapter à chacune des TdS et être à l'écoute de leurs problèmes. Partir de leurs préoccupations serait favorable pour cibler leurs besoins, l'infirmière pourrait leur demander ce qui serait important pour elles et ce dont elles auraient besoin.

Concernant les problématiques de santé sexuelle, l'infirmière devrait voir ce qui est envisageable (contraception, port du préservatif) pour chacune des TdS et agir en fonction de ce qui est envisageable. Elle pourrait aussi agir au niveau des clients, car ce sont souvent eux qui ne veulent pas porter le préservatif. Elle pourrait leur expliquer l'importance du port du préservatif en leur expliquant que non seulement ils risquent d'attraper des IST, mais que cela peut apporter des IST au TdS.

Finalement, comme le postule aussi l'article de Wehrli et Zwigart, nous pensons qu'il est très important de prendre en soin la TdS dans sa globalité, que ce soit dans son aspect psychologique, physique, spirituel et culturel.

9. REFERENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Les travailleurs de l'industrie du sexe - Section 6- Populations spécifiques - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.*

Accès <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-6-7-fra.php>.

Àgi, F., Chimienti, M., & Bugnon, G. (2007). *Marché du sexe et violences à Genève.* Univ. de Genève Faculté des sciences économiques sociales Département de sociologie.

Accès

<http://prostitutionetsociete.fr/IMG/pdf/2006foldhazichimientimarcheviolencesgeneve.pdf>

André, C. L'estime de soi. (2005). *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 26-30.

Accès <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-26.htm>.

Beattie, T., Bhattacharjee, P., Ramesh, B-M., Gurnani, V., Anthony, J., Isac, S., ... Moses, S., (2010). Violence against female sex workers in Karnataka state, south India: impact on health, and reductions in violence following an intervention program. *BMC public health* 10(1), 476.

Bellier, F., Gregoire, F. & Donaday, F. (2004). *Etude du concept de vulnérabilité une notion d'avenir...*

Accès http://www.v1.agora21.org/ari/doc2005/bellier_gregoire_donadey.pdf

Berthé, A., Huygens, P., cile Ouattara, C., Sanon, A., & Nagot, N. (2008). Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH. *Cahiers Santé*, 18(3). Accès [http://www.ile.com/download/san-](http://www.ile.com/download/san-280773-)

[280773-comprendre_et_atteindre_les_jeunes_travailleuses_du_sexe_clandestines_du_burkina_faso_pour_une_meilleure_riposte_au_vih--WS-TcX8AAQEAAADsRZi0AAAAJ-a.pdf](http://www.ile.com/download/san-280773-comprendre_et_atteindre_les_jeunes_travailleuses_du_sexe_clandestines_du_burkina_faso_pour_une_meilleure_riposte_au_vih--WS-TcX8AAQEAAADsRZi0AAAAJ-a.pdf)

Boukar, F. & Delicado, N. (2014). *Théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture dans la pratique infirmière.* Genève : Haute école de Santé.

Bungay, V., Kolar, K., Tindal, S., Remple, V.P., Johnston, C.L. & Ogilvie, G. (2013). Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets. *Health promotion practice, 14*(2), 247–255.

CEUfast Nursing CE. (2016). *Culture Care* [Figure].

Accès: <https://ceufast.com/course/cultural-competency>

Clarke, P., McFarland, M., Andrews, M. & Leininger, M. (2009). Caring: Some Reflections on the Impact of the Culture Care Theory by McFarland & Andrews and a Conversation With Leininger. *Nursing Science Quarterly, 22*(3), 233-239. doi:10.1177/0894318409337020.

Comte, J. (2010). Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Déviante et Société 34*(3), 425. doi:10.3917/ds.343.0425.

Davis, A., Meyerson, B. E., Blessing, A., Brown, K., Watson, A., Muessig, K. E., Yang, L., ... Tucker, J. D. (2016). Barriers to Health Service Access among Female Migrant Ugandan Sex Workers in Guangzhou, China. *International Journal for Equity in Health 15*(1), doi:10.1186/s12939-016-0453-2. Accès https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064915/pdf/12939_2016_Article_453.pdf

Frauenknecht, J., Lopes, A., Mathey, M.P., Pannatier, M. & Rausis, L. (2014). *Travailleuses du sexe clandestine : Complexité de l'accès aux soins*. *Revue Médicale Suisse, 10*, 1625-1627. Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-440/Travailleuses-du-sexe-clandestines-complexite-de-l-acces-aux-soins>

Glarion, 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., Meystre-Agostoni, G., Ansermet-Pagot, A., Vaucher, P., Durieux-Paillard, S., Bodenmann, P. & Cavassini, M. (2011). Travailleuses du sexe. *Rev Med Suisse, 7*, 1428–1432. Accès https://www.researchgate.net/profile/Paul_Vaucher/publication/51546130_Sex_workers_limited_access_to_healthcare/links/09e414ff5b20bc7865000000.pdf

Harcourt, C., O'Connor, J., Egger, S., Fairley, C. K., Handan, W., Marcus Y., C., ... Basil, D. (2010). The Decriminalisation of Prostitution Is Associated with Better Coverage of Health Promotion Programs for Sex Workers ». *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 34(5), 482-86. doi:10.1111/j.1753-6405.2010.00594.x.

Huber, U., Dieter S., Huber, A., Krebs, U., Seifert, K., & Spini, D. (2011). PS:INFO-Des nouvelles de Pro Senecute. Pro Senectute Suisse édition.

Huso, Y., Mantell, J. E., Wu, R., Lu, Z., Zeng, J., & Wan, Y. (2010). A Profile of HIV Risk Factors in the Context of Sex Work Environments among Migrant Female Sex Workers in Beijing, China. *Psychology, Health & Medicine* 15(2), 172-87. doi:10.1080/13548501003623914.

Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856119/pdf/nihms-170001.pdf>

Kofler, A. Ch. & Fankhauser, L. (2009). Femmes en migration l'image des migrantes dans la perception de l'opinion publique et de la politique, ainsi que dans la recherche actuelle. *Commission fédérale pour les question de migration CFM, 420.923.F. 36- 39*

Accès https://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_frauen_f.pdf.

Holroyd, E. & Wc Wong, W. Migrant Chinese Women and Sexual Health: A Role for the Advanced Specialist Community Nurse in Singapore. *Singapore Nursing Journal*, 38(4) 22-25. Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdad336c-4b5d-41fc-8fd8-f620f3065188%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4212>

Kaya, B. (2007). Document de base sur la question « migration et santé » *Office fédéral de la santé publique (OFSP), 316.200.f, 56.*

Accès https://help.quint-essenz.ch/fr/files/Migration_et_sante.pdf

Kotobi, L. (2000). Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital. *Hommes et migrations*, 1225, 62–72.

Accès http://www.hommes-et-migrations.fr/docannexe/file/1225/1225_07.pdf

Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, R., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Shannon, K. (2012). Occupational Stigma as a Primary Barrier to Health Care for Street-Based Sex Workers in Canada. *Culture, Health & Sexuality* 14(2), 139-50. doi :10.1080/13691058.2011.628411.

Lazure, G., & Vallée, M-N. (2003). Le développement de la compétence culturelle des infirmières un défi pour la formation. *Perspective soignante* 18, 35-49.

Malherbe, J.F., & Kuhn, T.S. (197). La structure des révolutions scientifiques. In: Revue Philosophique de Louvain. Quatrième série, tome 72(15), 634-639. Accès http://www.persee.fr/doc/phlou_00353841_1974_num_72_15_5809_t1_0634_000_2

Manzanares, L. & Ruggia, L. (2016). Le VIH/sida et autre infection sexuellement transmissible auprès de la population migrante. Office fédéral de la santé publique OFSP. Accès http://www.bag.admin.ch/pdf_link.phplang=fr&download=Migrants_VIH_IST_Research_2011.

Meleis, A. I. (2007). Development & Progress. Theoretical Nursing 4. Accès https://books.google.ch/books?id=REG21RVBS14C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Montealegre, J. R., Risser, J. M., Selwyn, B.J., McCurdy, S. A., & Keith, S. (2013). Effectiveness of Respondent Driven Sampling to Recruit Undocumented Central American Immigrant Women in Houston, Texas for an HIV Behavioral Survey. *AIDS and Behavior* 17(2), 719-27. doi:10.1007/s10461-012-0306-y.

Niina, E., Maija, H. & Leino-Kilpi, H. (2014). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143-150. doi:10.1111/phn.12120.

Office fédéral de la statistique. (2015). *Population selon le statut migratoire. Communiqué de presse.* Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9937>.

Organisation mondiale de la Santé & Association Mondiale de Psychiatrie. (2002). *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux.* Accès http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa*. Accès http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Mettre en oeuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe: Approches pratiques tirées d'interventions collaboratives*. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176015/1/9789242506181_fre.pdf?ua=1&ua=1

Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Accès http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2004). *PROGRAMME VIH/SIDA- 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://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85330/1/9789242504743_fre.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Santé et droit de l'homme*. Aide-mémoire 323. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires*. Accès. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf

Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice 3rd Edition*. F.A DAVIS COMPANY. Philadelphie: F.A DAVIS.

Perla, M. E., Ghee, A. E., Sánchez, S., Scott McClelland, R., Fitzpatrick, A. L., Suárez-Ognio, & Sánchez, J. (2012). Genital Tract Infections, Bacterial Vaginosis, HIV, and Reproductive Health Issues among Lima-Based Clandestine Female Sex Workers. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 2012*. doi:10.1155/2012/739624. Accès <https://www.hindawi.com/journals/idoq/2012/739624/>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal (Québec): Chenelière éducation .

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2010). Le VIH et le commerce du sexe - Note d'orientation de L'ONUSIDA. Accès <https://doc-10-aodocs.googleusercontent.com/docs/securesc/84abf373aoh781kv5kdesgh0rtt2jlhj/0k2p8lq0p376ik7qq9s90jdo0fnt8lj5/1496232000000/02001796960861051579/02176234432881653945/0B0vMypfVGFdrVWhBQ04tcjBncEU?e=download>.

Programme des Nations Unies pour le développement. (2012). *Risques, droit et santé* Accès <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html>

Rausa- de Luca, F. (2004). La population issue de la migration: résultats du module mobilité et migration de l'ESPA 2003. *Office fédéral de la statistique OFS*.

Richter, M., Chersich, M. F., Vearey, J., Sartorius, B., Temmerman, M., & Luchters, S. (2012). Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of Female Sex Workers in Three South African Cities ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 16(1), doi:10.1007/s10903-012-9758-4. Accès

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895178/pdf/10903_2012_Article_9758.pdf

Rietschin, R. (2015). INFORMATIONS STATISTIQUES Bilan et état de la population du canton de Genève en 2014. *Office cantonal de la statistique (OCSTAT)*. Accès http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2015/informations_statistiques/autres_themes/is_population_09_2015.pdf.

Rohrbach-Viadas, C. & Leininger, M. (1997). En Suisse, les soins infirmiers transculturels sont indispensables. *Krankenpflege SOINS INFIRMIERS*, 65-66.

Sanders, T. (2004). A Continuum of Risk? The Management of Health, Physical and Emotional Risks by Female Sex Workers. *Sociology of Health & Illness* 26(5), 557–574.

Secrétariat d'État aux migrations SEM. (2016). *Les causes de la migration*.

Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration.html>.

Secrétariat d'État aux migrations SEM. (2015). *Livret F (pour étrangers admis provisoirement)*. Accès

https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f_v_orlaeufig.html.

Secrétariat d'État aux migrations SEM. (2015). *Statistiques sur l'immigration : les étrangers en Suisse*. Accès

<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/monitor/2015/statistik-zuwanderung-2015-06-q2-f.pdf>.

Statistique Suisse (2007). *Migration et intégration- Indicateurs Population issue de la migration*.

Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/04.html>

Swendeman, Dallas, Ishika Basu, Sankari Das, Smarajit, J., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Empowering Sex Workers in India to Reduce Vulnerability to HIV and Sexually Transmitted Diseases ». *Social Science & Medicine* 69(8), 1157-66. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.035

Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824563/pdf/nihms176945.pdf>

Thomas, H. (2008). *Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc.* Recueil Alexandries: Collection Esquisses. Accès <http://www.reseau-terra.eu/article697.html>

Tourev, P. (2013). La toupie. Accès <http://www.toupie.org/>

Univers Santé ASBL. (2016). Accès <http://www.univers-sante.be/thematiques/bien-etre/>

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

Zwygart, D. & Wehrli, M. (2015). *Autonomisation par un cours de sensibilisation des travailleuses du sexe arrivant à Genève*. Université de Genève faculté de Médecine Institut de santé globale. Accès https://www.unige.ch/medecine/isg/files/8514/4412/4359/memoire_de_DZ_et_MW.pdf

10. ANNEXES

10.1. Tableau comparatif

Tableau comparatifs – 6 articles scientifiques :

1^{ère} ARTICLE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Davis & al., (2016)</p> <p>Titre original: Barriers to health service access among female migrant sex workers in Guangzhou, China</p>	<p>N=19</p> <p>TdS ougandaises âgées de 18 ans et plus à Guangzhou, en Chine</p> <p>Etude qualitative</p>	<p>Analyser les obstacles liés à l'accès aux soins chez les TdS ougandaises à Guangzhou et donner des recommandations afin d'améliorer l'accès aux soins de ces femmes.</p>	<p>Intervention : Recrutement : Le recrutement des TdS ougandaises pour participer à l'étude a été effectué par des représentants d'une organisation communautaire dans une période de 4 mois (avril jusqu'à juillet 2014)</p> <p>Méthode /Instrument de mesure : entrevue semi-structurée d'environ une heure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 19 femmes ougandaises TdS ont participé à l'étude -12 femmes ont signalé des antécédents de traite - Aucune participante n'avait de visa valide durant cette étude. - Toutes ces femmes ont déclaré ne pas savoir qu'elles venaient à Guangzhou pour le travail du sexe, mais pensaient qu'elles venaient pour travailler dans d'autre domaine (magasin de vêtement ou salon de coiffure) -La situation de précarité des femmes ougandaises travailleuses de sexe constituait un autre obstacle à l'accès aux services de santé. -Le manque de ressources financières constituait un obstacle au dépistage du VIH. -Le manque de statut juridique concernant le travail du sexe en Chine représentait aussi un obstacle à l'accès aux services de santé de ces femmes. -L'isolement social en raison de la peur d'être discriminée en tant que femme africaine, de leur métier ou de leur statut de migrante illégale entraînait chez les femmes ougandaises TdS en Chine, un sentiment profond de méfiance envers les organisations chinoises y compris les hôpitaux. -Toutes ces femmes se sentaient jugées, maltraitées ou pas respectées par les professionnels de la santé Chinois. -Le manque de réseau de soutien était aussi un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins de santé des TdS ougandaises. -Plusieurs femmes de cette étude ont déclaré prendre soin de leur propre santé ou consulter des pharmaciens de quartier au lieu de fréquenter un hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> -Étude menée auprès d'un petit échantillon de TdS ougandaises dans la ville de Guangzhou. -Possibilité que l'échantillon ne reflète pas pleinement la diversité des expériences de cette population. -certaines TdS ougandaises ont refusé de participer à cette étude par crainte que cette dernière entraîne des répercussions juridiques.

				<p>-La plupart de ces femmes ont déclaré que les soins de santé étaient de meilleure qualité dans les hôpitaux que dans d'autres lieux de santé comme par exemple les pharmacies, mais qu'elles ne pouvaient pas se rendre dans ces lieux hospitaliers par peur qu'on leur demande un visa valide.</p> <p>-La moitié de l'échantillon d'étude a déclaré envoyer des fonds vers leur pays d'origine pour aider leur famille ce qui a aggravé la situation financière de ces femmes et généré chez elles une pression importante.</p> <p>-Toutes ces femmes ont déclaré que l'envoi d'argent à leur famille était prioritaire par rapport au traitement des maladies non-menaçantes.</p> <p>-Toutes ces femmes ont eu accès à des soins prodigués par des personnes non qualifiées et ont eu accès à des médicaments reçus par des migrants entrant en Chine.</p>	
--	--	--	--	---	--

2ème ARTICLE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Richter & al., (2012)</p> <p>Titre original: Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of female Sex Workers in Three South African Cities</p>	<p>N=1653</p> <p>TdS: Migrantes internes, transfrontalières et non-migrantes en provenance de Johannesburg (Hillbrow et Sandton), Rustenburg et au Cap</p> <p>Type d'étude : Étude transversale</p>	<p>Évaluer certains déterminants structurels de la vulnérabilité des FSW female sex workers comme l'environnement économique et les conditions de travail.</p> <p>-Déterminer si l'accès aux soins de santé varie entre les FSW non-migrantes, les FSW migrantes internes et les FSW</p>	<p>Intervention : Collaboration des chercheurs universitaires et de deux organisations non gouvernementales (SWEAT et Sisonke Sex Worker Movement). Les éducateurs sexuels des organisations non gouvernementales et certaines TdS ont participé à un atelier de formation créé par les chercheurs portant sur l'éthique de la recherche, la sélection des participantes de l'étude et les questionnaires.</p> <p>Méthode /Instrument de mesure :</p>	<p>-Plus de 40% des participantes de tous les groupes (TS migrantes internes, transfrontalières et non-migrantes) avaient passé cinq ou plus d'années dans le travail du sexe.</p> <p>- Plus de 40% des participantes de tous les groupes ont eu des contacts avec la police au cours de la dernière année avec plus d'un tiers ayant eu une expérience négative.</p> <p>-Près de 60% des participantes de chaque groupe ont interagi avec le service de santé au cours du dernier mois. Toutefois, dans une sous-analyse de l'utilisation au Cap, les non-migrantes ont eu plus de contacts que les TdS transfrontalières (72,8 contre 50,0%, P = 0,002) et 81,8% des non-migrantes ont eu des contacts au cours du dernier mois à Hillbrow contre 75,0% des migrantes transfrontalières</p> <p>-Dans cette enquête, près de la moitié des TS étaient des migrantes transfrontalières.</p>	<p>-Utilisation d'un plan d'échantillonnage non aléatoire et ne comprend que les données auto déclarées.</p> <p>-Bien que des questionnaires soient disponibles dans cinq des langues les plus répandues, certaines migrantes transfrontalières peuvent ne pas être familiarisées avec ces questions, ce qui exclut leur participation.</p> <p>-Les trois variables de résultats sélectionnées ne décrivent qu'un nombre limité de facteurs de risque associés à la mauvaise santé des TdS alors que plusieurs autres facteurs devraient aussi être évalués.</p>

		migrantes transfrontaliers.	<p>-Questionnaire semi-structuré de 43 items à environ 60 TdS</p> <p>-Entrevue de 1669 TdS.</p>	<p>-Les deux tiers des travailleurs sexuels transfrontaliers de Hillbrow ont émigré du Zimbabwe voisin, reflétant l'escalade de la migration zimbabwéenne vers l'Afrique du Sud en quête d'une amélioration des moyens de subsistance suite à l'instabilité politique et économique au Zimbabwe depuis le début des années 2000.</p> <p>-Le contact des TdS avec les services de santé était beaucoup plus élevé à Hillbrow que dans d'autres sites.</p> <p>-Les TS non-migrantes étaient plus susceptibles d'utiliser un préservatif lors de rapports sexuels avec leur client (217/230, 94,6%) que les TdS migrantes internes (558/626, 89,1%, P =0,02, données non présentées) ou les TS migrantes transfrontalières (677 / 747, 90,6%, P = 0,08).</p> <p>-Les travailleuses sexuelles migrantes font face à une plus grande discrimination que les TdS non-migrantes. Ensuite, les TdS migrantes ont moins accès à la santé et aux services sociaux et juridiques que les TdS non migrantes.</p>	<p>Des autres facteurs tels qu'un contact négatif avec des proxénètes, un voisinage violent et le manque d'approvisionnement en préservatifs dans les lieux de travail du sexe devraient être pris en compte dans les facteurs de risque associés à la mauvaise santé des TS.</p> <p>Il peut arriver que les femmes choisissent d'être des travailleuses sexuelles à temps plein en raison de gains comparatifs plus élevés (et non parce qu'elles n'ont pas d'autres alternatives). De ce fait, ces dernières peuvent gagner suffisamment d'argent pour résister aux propositions des clients concernant les rapports sexuels non protégés.</p>
--	--	-----------------------------	---	--	--

3^{Eme} ARTICLE

Auteurs- Année	Population Type étude	But de l'étude	Intervention Méthode Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Huso & al., (2010)</p> <p>Titre original: A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China</p>	<p>Population : N= 348 FSW (female sex workers) ou travailleuses de sexe migrantes en Chine de plus d 18 ans travaillant dans trois milieux différents :</p> <p>1. établissement de divertissement (bars, karaoké, boîte de nuit) Abréviation : « Et-FSW's »</p> <p>2. services personnels (salons de coiffure, sauna, salon de massage) Abréviation : « Ps-FSW's »</p> <p>3. Dans la rue (stations, bord de la route etc.) Abréviation « Sb-FSW's »</p> <p>Type d'étude : Étude transversale</p>	<p>-Comprendre comment les différents types de contexte de travail sexuel peuvent être associés aux antécédents sociodémographiques des travailleuses migrantes, aux conditions de travail et à divers facteurs de risque pour la santé.</p> <p>-Evaluer les besoins dans la communauté des TdS.</p>	<p>Intervention : Institut Aizhixing (Centre d'accueil pour les FSW offrant divers services de santé) a établi un partenariat avec différentes structures de travail du sexe par l'intermédiaire de bénévoles et des « mamans » c'est-à-dire les gestionnaires des FSW. Ces dernières ont contacté les propriétaires des établissements de travail du sexe pour les informer de l'étude et recruter les FSW qui souhaitaient participer à l'étude (période de novembre 2008 à janvier 2009).</p> <p>Méthode /Instrument de mesure : -questionnaire d'enquête en chinois et en anglais.</p>	<p>-Le niveau d'éducation des trois groupes a été observé : 87% des Et-FSW ont terminé l'école intermédiaire ou secondaire, contre 76% des Ps-FSW et 41% des Sb-FSW.</p> <p>- Dans l'ensemble, environ un tiers (32%) ont signalé une utilisation incompatible des préservatifs (c.-à-d. soit jamais, soit parfois) avec les clients.</p> <p>- Environ les trois quarts (76%) des trois groupes ont déclaré rencontrer des situations où leurs clients refusaient d'utiliser un préservatif (clients ayant consommé de l'alcool et ceux qui n'appréciaient pas la sensation du préservatif).</p> <p>-Les taux de refus des clients de l'utilisation du préservatif étaient significativement plus élevés chez les Sb-FSW par rapport aux autres groupes.</p> <p>- Lorsque les clients ont refusé d'utiliser un préservatif, plus de la moitié des FSW (56%) ont refusé de faire l'amour avec eux et 32% ont convaincu les clients d'utiliser un préservatif ; Cependant, 10% ont répondu que l'utilisation du préservatif dépendait de la situation ou acceptaient les rapports sexuels non-protégés lorsqu'un client refusait d'utiliser un préservatif.</p> <p>-l'utilisation inconditionnelle du préservatif dans cet échantillon d'étude était plus élevée avec les partenaires de la sphère privée (mari, conjoint etc.) qu'avec les clients.</p> <p>-Le harcèlement sexuel répandu, les agressions verbales (71%), le refus des clients de payer des frais négociés (57%), l'obligation de s'engager dans des pratiques sexuelles non désirées (48%), les abus physiques (29%) et les dépouilles personnelles (26%), étaient plus fréquents chez les Et-FSW.</p> <p>-Le sexe forcé (66%) était plus fréquent parmi les PS-FSW que les deux autres groupes.</p>	<p>Comme l'étude a été menée à partir d'un centre d'accueil dans un quartier de faible à moyen revenu dans un district du nord-ouest de Pékin, les participantes n'ont été recrutées que dans ce centre et seuls les femmes acceptant de participer à l'étude ont été retenues (échantillon cible et non pas aléatoire). Par conséquent, l'échantillon d'étude pourrait ne pas être représentatif de toutes les FSW à Beijing, ce qui limite la généralisation des résultats de l'étude à d'autres populations de FSW.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Alors que la moitié des Et-FSW (48%) et 36% des Ps-FSW ont reçu l'aide de leurs « mamans » ou de leurs gestionnaires en matière de protection contre la violence, seules trois Sb-FSW ont signalé une telle protection. - Les Sb-FSW ont signalé qu'elles n'avaient pas de compétences pour se protéger de la violence : 41% ont traité la violence par elles-mêmes ; 22% ne savaient pas comment gérer la violence ; 21% se sentaient abandonnées ou désespérées. - 62% des Sb-FSW ont déclaré avoir été arrêtés par la police comparativement à 30% des Et-FSW et 15% des Ps-FSW - Les Sb-FSW ont un niveau de connaissance du VIH inférieur à celui des deux autres groupes de FSW. -Malgré leur inquiétude face à l'infection par le VIH, seulement 22% des FSW de tous les groupes ont déclaré avoir réalisé les tests de dépistage du VIH durant l'année précédente. - La majorité des FSW (79%) ont déclaré avoir au moins un symptôme d'IST au cours de la dernière année. - Les symptômes d'IST les plus fréquemment signalés étaient des troubles vaginaux (52%), de l'inconfort dans la région génitale (37%) et des douleurs abdominales inférieures pendant la non-menstruation (30%). 	
--	--	--	--	---	--

4^{ème} ARTICLE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Perla & al., (2012) Titre original: Tract Genital Infections, Bacterial Vaginosis, HIV, and Reproductive Health Issues among Lima-Based Clandestine Female Sex Workers</p>	<p>Critère d'inclusion : Tout d'abord, les travailleuses de sexe péruviennes devaient être âgées de 18 à 59 ans. Elles ne devaient pas avoir participé à une enquête gouvernementale sur la surveillance du VIH au cours de l'année écoulée. Par ailleurs, ces femmes devaient avoir reçu moins de deux soins médicaux pour les GTI au cours des 4 derniers mois, avoir eu des rapports sexuels avec neuf clients durant la dernière semaine et pour finir, signaler aux chercheurs lors de la réalisation de l'étude, des problèmes d'utilisation du préservatif au cours des six derniers mois.</p> <p>Etude descriptive et transversale N= 207</p>	<p>L'objectif de cette étude est de fournir la prévalence de la GTI, de décrire l'état de santé et les comportements sexuels et pour finir, exposer leurs actions pour accéder à la santé parmi les TdS péruviennes.</p>	<p>Instruments de mesure : Enquête comportementale basée sur des questionnaires Examens cliniques, test de dépistage</p> <p>Intervention : Tout d'abord, des chercheurs sont allés à la rencontre des TdS sur leurs différents lieux de travail (parc, rue) afin d'avoir un premier contact avec elles et de les recruter pour l'étude.</p> <p>Durant 9 mois une clinique a été ouverte dans un endroit discret et accessible à toutes les TdS. Dans cette clinique, tout d'abord, elles ont dû répondre à un questionnaire concernant leurs comportements en matière de santé.</p> <p>Puis, des examens cliniques ont été réalisés ainsi que des tests de dépistage d'IST. Une gynécologue a réalisé un examen pelvien, des infirmières ont prélevé du sang pour le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'herpès.</p> <p>Après deux semaines, une visite a été réalisée afin de donner les résultats des dépistages, des conseils ont été donnés et une distribution de matériel pédagogique et de préservatifs a été réalisée. Les participants ayant un diagnostic d'IST ont reçu un traitement selon les directives du ministère de la Santé.</p> <p>Les femmes ayant participé à l'étude étaient encouragées à inviter leur collègue à y participer. (Échantillonnage boule de neige= efficace pour recruter des populations difficiles à atteindre)</p>	<p>-Pour la plupart elles avaient fait 9 ans d'étude.</p> <p>-Elles avaient en moyenne 31 à 54 partenaires par semaine.</p> <p>-92% n'utilisaient pas de méthode contraceptive.</p> <p>-Parmi 207 femmes, 37% utilisaient des contraceptifs oraux et 10% le préservatif.</p> <p>-La stigmatisation, la discrimination faisaient qu'elles étaient réticentes à aller dans des services de soins.</p> <p>-Moins elles avaient d'éducation et moins elles utilisaient le préservatif.</p> <p>-Prévalence de GTI : (212 femmes) 80,1 % étaient positifs au HSV-2 Dans l'ensemble 88% ont été diagnostiqués avec au moins un GTI. 36,7% ont été co infectées avec deux GTI différentes et 11,5% ont été infectés par trois ou plus.</p> <p>-Comportement de TdS vers les soins : 76% des femmes ayant des problèmes vaginaux demandaient des renseignements concernant l'accès aux soins de santé. Parmi ces femmes 30% demandaient de l'aide à une clinique publique. 20% de celles-ci avec des problèmes vaginaux répondaient que soit elles ne faisaient rien, soit elles demandaient conseils à leur ami, soit elles utilisaient des herbes.</p>	<p>Taille de l'échantillon faible.</p>

				<p>38% avec des symptômes vaginaux ont déclaré n'avoir eu aucune consultation dans une clinique de santé sexuelle au cours de la dernière année. Finalement, la plupart allaient chercher de l'aide dans une pharmacie (55%).</p> <p>-L'utilisation du préservatif : Les TdS ont déclaré utiliser les préservatifs pendant presque toutes les actions sexuelles (clients occasionnels, régulier, stables, amis). En revanche, les préservatifs ont été utilisés dans 12% des actes sexuels avec des amis significatifs et 3% dans actes sexuels avec des maris ou des partenaires stables. Quelques femmes déclaraient ne jamais avoir utilisé de préservatifs.</p> <p>73% ont utilisé un préservatif avec leur 3 partenaires les plus récents, 26% avec 1 ou 2 de leurs partenaires les plus récents et 3 femmes déclarent ne jamais avoir utilisé de préservatif. Parmi les femmes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec les 3 dernières relations, 12% ont connu avoir un glissement ou une rupture du préservatif.</p>	
--	--	--	--	--	--

5^{ème} ARTICLE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Montealegre & al.,(2012) Titre original: Effectiveness of Respondent Driven Sampling to Recruit Undocumented Central American Immigrant Women in Houston, Texas for an HIV Behavioral Survey</p>	<p>Femmes immigrantes entre 18 et 50 ans, provenant du Guatemala, d'Honduras ou du Salvador. Ces femmes n'ont pas de visa valide et habitent à Houston. N= 226 Etude quantitative</p>	<p>Explorer et décrire l'efficacité de la méthode d'échantillonnage piloté par le répondant (RDS) pour recruter des membres de la population immigrantes et sans papiers provenant de l'Amérique Centrale à participer à une étude sur les comportements sexuels à risque et la prévalence du VIH.</p> <p>Examiner comment les réseaux sociaux des immigrants sans papiers peuvent affecter la RDS. (bcp de réseaux sociaux = augmentation efficacité RDS, versus peu de réseaux sociaux= peu d'efficacité?)</p> <p>Explorer les caractéristiques des réseaux sociaux incluant le nombre de liens, la fréquence des rencontres et la diversité des origines du réseau des immigrantes.</p>	<p>Instrument de mesure : Méthode de récolte de données principale = Questionnaires, complétés de manière accompagnée sous forme d'un RDV. Majorité des données = Quantitatif. + Certaines Données qualitatives récoltées par observation de « l'interviewer » ou expérimentateur (comme la description physique du participant). RDS: Il s'agit d'une méthode qui consiste à accéder à des populations cachées tels que TdS, homosexuels et usagers de drogues à travers leurs réseaux sociaux. Tout le recrutement se fait par un petit nombre de participant (répondant) pas sélectionné au hasard. Ces derniers sont invités à recruter un nombre fixe de personnes pour participer à l'étude.</p> <p>Intervention : Début de l'étude par une évaluation formative qui consistait à un examen approfondi de la littérature sur l'immigration, des observations sur le terrain, des entretiens approfondis avec des immigrantes d'Amérique centrale (explication de l'étude et sélection des participantes initiales), création d'une carte répertoriant les différentes origines des américaines centrales à Houston.</p> <p>Recrutement : Tout d'abord, 3 personnes ont été recrutées et ont reçu trois coupons. Elles ont distribué ces coupons à d'autres qui ont continué la chaîne. Les coupons décrivaient brièvement l'étude, le numéro de téléphone du projet, le nom et l'adresse et l'heure du site des entretiens, et la date limite pour participer à l'étude. Sur ceux-ci, il était indiqué que l'étude était un « sondage sur la santé des femmes d'Amérique centrale à Houston ».</p> <p>Des entretiens (anonyme) ont été réalisés en espagnol par le chercheur principal. Les sujets abordés étaient : -la d Afin d'éviter que les femmes immigrantes participent plusieurs fois à l'étude, les chercheurs effectuant les entretiens étaient limités au nombre de deux et enregistraient une brève description de l'apparence physique de ces femmes.</p>	<p>- 627 coupons ont été distribués, 36% des coupons ont été échangés, sur 226 coupons distribués, participaient aux critères d'inclusion de l'étude, 221 ont donné leur consentement, 220 ont participé à l'entretien mais 6 participants ont été jugés pas admissible.</p> <p>-54 % des participants ont recruté 0 pairs, 12% ont recruté une personne et 24% en ont recruté trois.</p> <p>-La plupart des participantes ont recruté des amis 72%, puis de la famille 14% ou des voisins 12%. Moins d'1% a été recruté par des étrangers.</p> <p>-Grâce aux modifications dès la semaine 8, le taux de participation a augmenté de 20,8 recrues par semaines.</p> <p>-Les salvadoriens était le groupe le plus important (36%), suivis par les guatémaltèques (32%) et les honduriens (32%).</p> <p>-48% étaient au chômage et 25% avaient un revenu familial mensuel de 800 \$ ou moins.</p> <p>-70,6% des personnes étaient mariées, ou vivaient comme mariées.</p>	<p>Le temps de l'étude était un frein car il était court et donc un obstacle à la participation.</p> <p>De la semaine 1 à la semaine 7, il fallait prendre rendez-vous pour venir à ces questionnaires en téléphonant au lieu de l'étude, certaines femmes n'osaient pas téléphoner et cela était un frein à la participation. C'est pourquoi, dès la 8ème semaine ils ont supprimé ce besoin de téléphoner jusqu'à la fin.</p> <p>Certaines femmes hésitaient à appeler pour prendre rendez-vous, celle qui ont hésité à appeler ont pour la plupart manqué leur rendez-vous.</p> <p>Le lieu. Cette recherche s'est effectuée dans des appartements, dans des lieux où il y a beaucoup d'immigrés. Comme les horaires étaient de nuit, (2h-9h) certaines femmes n'osaient pas sortir de leur lieu de travail pour</p>

			<p>Les participantes ont reçu 20 dollars à la fin des entretiens et 5 dollars de plus pour recruter de nouvelles personnes.</p> <p>Finalement, chaque participante a reçu une brochure d'information sur la santé sexuelle et des formulaires de demande pour les lieux de soins.</p> <p>L'évaluation du réseau social des participantes a été réalisée en leur demandant le nombre de femmes d'Amérique latine sans papiers, de plus de 18 ans et vivant à Houston qu'elles connaissaient.</p> <p>Afin d'examiner le type de relation qu'entretenait le recruteur et le recruté, les chercheurs ont évalué le temps de la distribution du coupon entre ces deux personnes.</p> <p>Une attention démographique, -l'utilisation des services de soins -les comportements sexuels. particulière a été portée sur la description des obstacles à la participation et au recrutement à l'étude en fonction de l'observation et des conversations informelles avec les informateurs clés.</p>	<p>-46,6% des participantes sont sans emplois.</p> <p>-35% détiennent un salaire de 800 dollars ou moins.</p> <p>-Heures nocturnes sont préférées pour les femmes de se déplacer à l'entretien.</p> <p>-La plupart des participantes recrutaient des personnes qui étaient de la même origine qu'elles.</p> <p>-Les guatémaltèques et les salvadoriens ont plus de réseaux sociaux (21,6-24,9 liens sociaux) que les honduriens (15,1 liens sociaux).</p> <p>-Concernant les immigrants, ceux qui sont établis 41% de la population recrutent 62% du temps des immigrants établis. Ceux-ci ont plus de réseaux sociaux que les immigrants récents (24 liens sociaux pour les établis et 17,3 pour les récents.) Les récents qui sont à 51% de la population recrutent 53% de temps des immigrants récents.</p>	<p>aller là-bas car il y a des activités criminelles dans la région. Dès la 8^{ème} semaine les horaires ont changé (9h-17h).</p> <p>Manque général de compréhension de la méthode de recrutement. Dès la 8^{ème} semaine ils ont changé de méthode. Le temps de l'entretien était aussi assez long, donc pas toutes les femmes n'avaient le temps de prendre le temps de faire cela.</p>
--	--	--	--	--	---

6^{ème} ARTICLE

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Berthé & al., (2008) Titre original : Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH</p>	<p>Etudes socio anthropologique, de cohorte et qualitative TdS de 18 à 25 ans. N= 700</p>	<p>Trouver les stratégies pour que les jeunes filles entrent dans l'étude de cohorte.</p> <p>Analyser la nature des relations entre ces jeunes filles et les membres de leur entourage afin de passer par ceux-ci pour atteindre ces filles dans le but de faire de la sensibilisation.</p> <p>Identifier le processus par lequel les jeunes filles de 18 à 25 ans travaillent clandestinement.</p>	<p>Tout d'abord, cela a commencé par une revue documentaire. Durant 3 semaines, 2 anthropologues se sont déplacés dans la ville pour connaître les différents lieux où les TdS exercent leur métier. Ils ont demandé de l'aide à la population locale pour connaître ces différents lieux. Ils ont une cartographie de tous les lieux de prostitution.</p> <p>Puis, durant 3 mois, le lieu où les prostituées exercent leur métier a été observé et visité de jour et de nuit. Ensuite, les chercheurs prennent le temps nécessaire pour établir une relation de confiance avec ces jeunes filles afin de solliciter leur participation volontaire à l'étude.</p> <p>Pour réaliser des récits des jeunes filles, 2 ou 3 entretiens de 4 heures étaient nécessaires ; aucune prise de note durant l'entretien, tout était retranscrit après.</p>	<p>-13 récits de jeunes filles ont été réalisés.</p> <p>-A Bobo-Dioulasso, quasiment toutes TdS exercent clandestinement car le commerce sexuel est condamné par les autorités religieuses et fait l'objet de stigmatisation familiale.</p> <p>-La plupart des jeunes filles avaient un faible niveau de scolarisation et étaient étrangères.</p> <p>-Elles provenaient pour la plupart de familles défavorisées et des récits de vie indiquaient qu'une majeure partie de ces jeunes filles assument des charges familiales.</p> <p>-Le faible capital financier de la famille ne permettait pas à la jeune fille et à la famille de satisfaire ses besoins, cela la rend donc vulnérable.</p> <p>-Les jeunes filles analphabètes n'ont pas accès à d'autres métiers. Si elles ont accès à d'autres métiers le recruteur de ceux-ci demande de l'expérience. Dans le commerce sexuel il n'y a pas besoin d'expérience.</p> <p>-La clandestinité obligeant ces femmes à ne pas révéler leur métier évite la stigmatisation sociale.</p> <p>-La santé et la sécurité des travailleuses du TdS dépend de leur considération sociale et de leur lieu de travail.</p> <p>-La plupart ont débuté le commerce sexuel vers l'âge de 16 ans. Toutes ont connu un partenaire sexuel avant d'entrer dans le travail du sexe. La plupart des TdS ont été initiées par des pairs expérimentées « des marraines » qui leur ont expliqué des manières d'agir, de penser, ainsi que leurs devoirs.</p> <p>-Les jeunes filles adoptaient des stratégies pour éviter d'être identifiées par leur famille/partenaire.</p> <p>-Les gains de ces jeunes filles étaient irréguliers. Par exemple, en période de ramadan les clients étaient rares.</p>	

				<p>-Les voisins avaient une attitude d'évitement ou de stigmatisation à l'égard des TdS. Les clandestines, n'ayant que peu de relations avec les gens, n'assistaient pas aux mariages, aux funérailles, aux baptêmes.</p> <p>-Les parents agissaient violemment lorsqu'ils apprenaient le travail de leur fille.</p> <p>-Dans les familles les plus pauvres, souvent le travail du sexe était "contagieux", quand l'aînée faisait ce travail, la petite sœur le faisait aussi.</p> <p>-Pour les clients réguliers, les TdS baissaient les prix.</p>	
--	--	--	--	---	--

