

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

Décembre 2012





**PRÉVENTION ET TRAITEMENT DU VIH ET DES AUTRES  
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES  
TRAVAILLEUSES DU SEXE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE  
OU INTERMÉDIAIRE**

Recommandations pour une approche de santé publique

Décembre 2012

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

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.

1.Prostitution. 2.Infections à VIH - prévention et contrôle. 3.Maladies sexuellement transmissibles. 4.Partenaire sexuel. 5.Comportement sexuel à risque. 6.Comportement sexuel. 7.Pays en voie de développement. 8.Directives. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250474 3

(classification NLM : WC 503.7)

**© Organisation mondiale de la Santé 2012 - Réimprimé en 2013 avec des modifications**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Mise en page : L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens (Suisse).

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Sigles et Abréviations</b> .....	<b>6</b>
<b>Résumé D'orientation</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>10</b>
1.1 Considérations générales .....	10
1.2 Raison d'être des présentes recommandations .....	11
1.3 Objectifs et public visé .....	12
1.4 Définitions .....	12
1.5 Portée des recommandations .....	12
<b>2. Méthodologie et Processus</b> .....	<b>13</b>
2.1 Méthodologie GRADE .....	13
2.2 Processus .....	14
<b>3. Recommandations en Matière de Bonnes Pratiques</b> .....	<b>16</b>
3.1 Définition .....	16
3.2 Considérations générales .....	16
3.3 Recommandations en matière de bonnes pratiques .....	17
<b>4. Recommandations Techniques</b> .....	<b>19</b>
4.1 Autonomisation de la communauté .....	19
4.2 Promotion du préservatif .....	22
4.3 Dépistage des IST asymptomatiques .....	24
4.4 Traitement présomptif périodique des IST .....	26
4.5 Conseil et dépistage volontaire du VIH .....	30
4.6 Traitement antirétroviral .....	32
4.7 Programmes de fourniture d'aiguilles et de seringues .....	35
4.8 Vaccination contre le virus de l'hépatite B .....	36
<b>5. Aspects Opérationnels</b> .....	<b>37</b>
<b>6. Lacunes en Matière de Recherche et Adaptations Futures des Recommandations</b> .....	<b>39</b>
6.1 Autonomisation de la communauté .....	39
6.2 Dépistage des IST .....	39
6.3 Diagnostic et traitement des IST .....	40
6.4 TAR à visées préventives .....	40

<b>7. Conclusions</b> .....	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>42</b>

### **Annexes**

Toutes les annexes sont disponibles (en anglais seulement) sur Internet à l'adresse [www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex\\_worker/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/).

- Annexe 1 : Questions PICO et autres recommandations
- Annexe 2 : Présentation schématique des critères de jugement
- Annexe 3 : Profils des preuves et tables de décision
- Annexe 4 : Rapport sur les valeurs et les préférences
- Annexe 5 : Stratégies de recherche
- Annexe 6 : Résumés des études

## REMERCIEMENTS

Les présentes recommandations sont le fruit du travail de nombreux experts qui ont bien voulu mettre leur temps et leurs compétences au service de ce projet.

### **Administrateurs de programmes nationaux**

Ministère de la Santé, Brésil : Ângela Pires Pinto et Marcia Rejane Colombo  
Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire : Marguerite Thiam-Niangoin  
Programme national de lutte contre le sida, Iran : Kianoush Kamali  
Programme national de lutte contre le sida, Sri Lanka : C. D. Wickramasuriya  
Centre national de lutte contre les MST, Chine : Xiang-Sheng Chen  
Service d'État sur le VIH et les autres maladies socialement dangereuses, Ukraine : Tetyana Aleksandrina

### **Chercheurs**

Ashodaya Samithi, Inde : Sushena Reza-Paul  
British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Canada : Kate Shannon  
Centre for Advocacy on Stigma and Marginalisation, Inde : Meena Seshu  
Columbia University New York, États-Unis d'Amérique : Joanne Csete  
Erasmus University MC, Pays-Bas : Richard Steen  
Human Sciences Research Council, Afrique du Sud : Sean Jooste  
Institut de Médecine tropicale, Belgique : Bea Vuylsteke  
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique : Caitlin Kennedy et Deana Kerrigan  
Sonagachi Research & Training Institute, Inde : Smarajit Jana  
American University of Beirut, Liban : Elie Akl  
UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work, Inde : Nandinee Bandyopadhyay  
University of Witwatersrand, Afrique du Sud : Mathew Chersich et Marlise Richter

### **Représentants des travailleuses du sexe**

African Sex Workers Alliance and WONETHA, Ouganda : Kyomya Macklean  
Asia Pacific Network of Sex Workers, Malaisie : Khartini Slamah  
Asociacion en PRO Apoyo a Servidores, Mexique : Alejandra Gil Cuervo  
Bar Hostess Empowerment and Support Programme, Kenya : Peninah Mwangi  
Danaya So, Mali : Housnatou Tembely  
Empower Foundation, Thaïlande : Chantiwipa Apisuk  
Guyana Sex Work Coalition : Cracey Annatola Fernandes  
Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs, Kenya : John Mukabaru Mathenge  
Indonesia Sex Worker Organization, Indonésie : Pardamean Napitu  
International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe, France/Royaume-Uni : Thierry Schaffauser  
Movimiento de trabajadoras sexuales del Perú, Pérou : Angela Villón Bustamente  
Sex Workers' Rights and Advocacy Network, Hongrie : Marianne Bodzsar  
The Global Network of Sex Work Project : Anna-Louise Crago (Canada), Andrew Hunter (Thaïlande) et Ruth Morgan Thomas (Royaume-Uni)  
Ukrainian League Legalife, Ukraine : Nataliia Isaeva  
Veshya Anyay Mukti Parishad, Inde : Shabana Dastagir Goundi

### **Partenaires au développement**

Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis d'Amérique : Tisha Wheeler  
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse : Tonya Nyagiro  
Agence des États-Unis pour le Développement international, États-Unis d'Amérique : Clancy Broxton

### **Lecteurs scientifiques extérieurs**

Ashodaya Samithi, Inde : Sushena Reza-Paul  
Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis d'Amérique : Gina Dallabetta  
Programme national de lutte contre le sida, Thaïlande : Petchsri Sirirund  
Consultant en santé publique, Mexique : Fernando Zacarias  
Consultant en santé publique, Thaïlande : Graham Neilsen

### **Organismes du système des Nations Unies**

Siège de l'ONUSIDA : Els Klinkert, Susan Timberlake et Alison Crocket  
Siège du PNUD : Susana Fried  
Siège de l'UNFPA : Jenny Butler  
Bureau régional de l'UNFPA pour l'Asie et le Pacifique : Chaiyos Kunanusont  
Bureau régional de l'UNFPA pour l'Europe orientale et l'Asie centrale : Tim Sladden  
Bureau de l'UNFPA en Thaïlande : Taweessap Siraprapasiri

### **Organisation mondiale de la Santé**

Siège de l'OMS : Avni Amin, Rachel Baggaley, Nicolas Clark,  
Jesus Maria Garcia-Calleja, Antonio Carlos Gerbase, Gottfried Hirnschall, Ying-Ru Lo,  
Manjula Lusti-Narasimhan,  
Francis Ndowa, Lori Newman, Kevin O'Reilly, Michelle Rodolph, Igor Toskin, Annette Verster  
et Marco Vitoria  
Bureau régional OMS de l'Afrique : Innocent Ntaganira et Frank Lule  
Bureau régional OMS de l'Europe : Brenda José Van den Bergh  
Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est : Iyanthi Abeyewickreme  
Bureau régional OMS du Pacifique occidental : Pengfei Zhao

### **Coordination générale**

Rachel Baggaley, Antonio Carlos Gerbase, Ying-Ru Lo et Annette Verster du Département VIH/sida de l'OMS, et Jenny Butler de l'UNFPA

Le projet de recommandations a été rédigé par Bea Vuylsteke et sa version définitive par Rachel Baggaley, Jenny Butler, Alison Crocket, Antonio Gerbase, Ying-Ru Lo, Ruth Morgan Thomas, Michelle Rodolph et Annette Verster. Préparation du texte pour la publication : Bandana Malhotra.

## Financement et déclarations d'intérêts

L'élaboration des présentes recommandations a été financée par la Deutsche Gesellschaft für International Zusammenarbeit (GIZ), le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et l'UNFPA. Les membres de chaque groupe de travail ont rempli une déclaration d'intérêts. 11 conflits d'intérêts potentiels ont été déclarés. Le Secrétariat de l'OMS les a examinés et a déterminé qu'ils ne justifiaient pas d'exclure de l'élaboration des recommandations les 11 participants concernés.

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>AID des États-Unis</b>	Agence des États-Unis pour le Développement international
<b>ARV</b>	antirétroviral
<b><i>C. trachomatis</i>/CT</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<b>CDV</b>	conseil et dépistage volontaire
<b>ECR</b>	essai contrôlé randomisé
<b>ELISA</b>	épreuve immuno-enzymatique
<b>Fonds mondial</b>	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
<b>GC</b>	Gonococcus
<b>GDG</b>	groupe de travail chargé d'élaborer des directives
<b>GIZ</b>	Deutsche Gesellschaft für International Zusammenarbeit
<b>GRADE</b>	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
<b>GRC</b>	Comité d'examen des directives de l'OMS
<b>GUD</b>	maladies accompagnées d'ulcère ou d'érosion de l'appareil génital
<b>HAART</b>	traitement antirétroviral hautement actif
<b>IC</b>	intervalle de confiance
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>mhGAP</b>	Mental Health Gap Action Programme
<b><i>N. gonorrhoeae</i></b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<b>NSWP</b>	Réseau mondial des projets sur le travail du sexe
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OR</b>	odds ratio
<b>PCR</b>	amplification génique
<b>PICO</b>	Population, Intervention, Comparison and Outcome
<b>PTME</b>	prévention de la transmission mère-enfant
<b>RPR</b>	test rapide de la réagine plasmatique
<b>RR</b>	risque relatif, rapport de risques
<b>sida</b>	syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TAN</b>	test d'amplification des acides nucléiques
<b>TAR</b>	traitement antirétroviral
<b>TPHA</b>	test d'agglutination de <i>Treponema pallidum</i>
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory
<b>VHB</b>	virus de l'hépatite B
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine

## RÉSUMÉ D'ORIENTATION

En bien des endroits, les travailleuses du sexe sont très vulnérables au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) en raison de nombreux facteurs, parmi lesquels le nombre important de partenaires sexuels, des conditions de travail dangereuses et les obstacles qui les empêchent d'exiger l'utilisation régulière du préservatif. De plus, les travailleuses du sexe ont souvent peu de prise sur ces facteurs du fait de leur marginalisation sociale et parce qu'elles encourent des sanctions pénales. Parfois, l'alcool, la drogue et la violence accroissent encore leur vulnérabilité et les risques auxquels elles sont exposées.

L'infection par le VIH et les autres IST sont des risques professionnels importants dans le travail du sexe. Les clients peuvent contaminer les prostitué(e)s, qui sont susceptibles à leur tour de transmettre l'infection à d'autres clients, dont les partenaires sexuels seront contaminés eux aussi. La prévention de l'infection chez les travailleuses du sexe non seulement protège la santé de ces personnes, mais ralentit aussi la transmission du VIH et des IST dans une population plus large. Les interventions mises en place de bonne heure dans des pays aussi différents que le Brésil, l'Inde, le Kenya et la Thaïlande ont permis de réduire la transmission des IST dans le milieu de la prostitution grâce à un usage plus généralisé du préservatif, ce qui s'est traduit par de meilleurs résultats sanitaires pour les travailleuses du sexe et a permis d'endiguer rapidement les épidémies de VIH et d'IST.

Le présent document contient des recommandations techniques sur les interventions qui permettent de prévenir et de traiter efficacement le VIH et les autres IST chez les travailleuses du sexe et leurs clients. Ces recommandations s'adressent aux responsables nationaux de la santé publique et aux administrateurs des programmes de lutte contre le VIH/sida et les IST, aux organisations non gouvernementales, y compris les organisations communautaires et appartenant à la société civile, ainsi qu'aux agents de santé. Les Régions et les pays sont encouragés à les adapter pour assurer des services acceptables pour les travailleuses du sexe en tenant compte du contexte épidémiologique et social. Elles pourront aussi intéresser les organismes de financement internationaux, les médias scientifiques, les responsables des politiques de santé et les personnes qui militent en faveur de la santé.

L'OMS a dirigé l'élaboration des recommandations en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. La méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) a été appliquée pour déterminer de façon structurée, précise et transparente la valeur des données et parvenir à un consensus sur les recommandations. Trois chercheurs indépendants ont procédé à une revue systématique et à l'évaluation de la qualité des preuves concernant : 1) l'autonomisation des travailleuses du sexe ; 2) le dépistage des IST ; et 3) le traitement présomptif périodique des IST. Il existait des analyses systématiques ou des lignes directrices apparentées pour d'autres questions comme l'utilisation du préservatif, le conseil et le dépistage volontaire, le traitement antirétroviral, les programmes de fourniture d'aiguilles et de seringues et la vaccination contre le virus de l'hépatite B. Des profils GRADE récapitulant les données ont été établis pour indiquer la qualité et la force des preuves pour chaque question. Le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe a réalisé une enquête qualitative sur les valeurs et les préférences des travailleuses du sexe concernant les interventions envisagées dans les recommandations.

Les recommandations sont récapitulées ci-dessous. Il s'agit de recommandations faites sur la base de données factuelles selon la méthodologie GRADE et de recommandations en matière de bonnes pratiques.

- Les recommandations en matière de bonnes pratiques sont des principes généraux qui ne se fondent pas sur des observations scientifiques mais sur le bon sens, l'éthique et les droits de l'homme. Bien que n'ayant pas été formulées selon la méthodologie GRADE, elles devraient être vivement préconisées pour toutes les interventions visant les travailleuses du sexe.
- Les recommandations techniques reposent non seulement sur des observations scientifiques mais aussi sur l'expérience des travailleuses du sexe du monde entier telle qu'elle ressort d'une enquête sur les valeurs et les préférences communautaires et de la réunion de consensus sur les recommandations.

## RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

### Recommandations en matière de bonnes pratiques

1. Tous les pays devraient s'attacher à dépénaliser le travail du sexe et à mettre fin à l'application de lois et de règles non pénales injustes aux travailleuses du sexe.<sup>†</sup>
2. Les gouvernements devraient légiférer pour protéger les travailleuses du sexe contre la discrimination, la violence et les autres formes de violation des droits de l'homme dont celles-ci sont victimes afin de faire respecter leurs droits et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH et l'impact du sida. Des lois et les règles antidiscriminatoires devraient garantir aux travailleuses du sexe le droit de bénéficier de services sociaux, sanitaires et financiers.
3. Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services accessibles et acceptables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé.
4. La violence à l'encontre des travailleuses du sexe est un facteur de risque de transmission du VIH. Il faut la prévenir et la combattre en partenariat avec les travailleuses du sexe et les organisations qui les représentent.

<sup>†</sup> Voir : Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le Droit : risques, droit et santé, juillet 2012 ; Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/14/20, 2010 ; Le VIH et le travail du sexe – Note d'orientation de l'ONUSIDA, 2012.

## Recommandations fondées sur des données factuelles

1. Nous recommandons un ensemble d'interventions visant à autonomiser les travailleuses du sexe.  
*(recommandation forte, preuves de très faible qualité)*
2. Nous recommandons l'utilisation correcte et régulière du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients.  
*(recommandation forte, preuves de qualité moyenne)*
3. Nous suggérons de proposer aux travailleuses du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques.  
*(recommandation optionnelle, preuves de faible qualité)*
4. Nous suggérons de proposer aux travailleuses du sexe, dans les contextes de forte prévalence des IST et d'accès limité aux services cliniques, un traitement présomptif périodique des IST asymptomatiques.  
*(recommandation optionnelle, preuves de qualité moyenne à grande)*
5. Nous recommandons de proposer des services de conseil et dépistage volontaire du VIH aux travailleuses du sexe.  
*(en accord avec les recommandations existantes de l'OMS)*
6. Pour les travailleuses du sexe vivant avec le VIH, nous préconisons l'application des lignes directrices actuelles sur l'utilisation du traitement antirétroviral contre l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent.  
*(en accord avec les recommandations existantes de l'OMS)*
7. Nous recommandons de suivre les recommandations actuelles de l'OMS sur la réduction des effets préjudiciables pour les travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues.  
*(en accord avec les recommandations existantes de l'OMS)*
8. Nous recommandons d'inclure les travailleuses du sexe dans la population ciblée par les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB dans les contextes où la couverture par la vaccination des nourrissons n'est pas totale.  
*(en accord avec les recommandations existantes de l'OMS)*

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Considérations générales

Les **travailleuses du sexe\*** comptent parmi les populations les plus touchées par le VIH depuis le début de l'épidémie. Dès 1985, 62 % des prostituées à Nairobi (Kenya) étaient porteuses du VIH (1) et, en 1988, à Kinshasa (République démocratique du Congo), 35 % des « femmes libres » étaient positives pour le VIH (2). À la fin des années 1980 et au début des années 1990, les taux de prévalence du VIH atteignaient 88 % et 89 % respectivement chez les travailleuses du sexe à Butare (Rwanda) et Abidjan (Côte d'Ivoire) (3,4). Dernièrement, une étude réalisée dans le même centre de santé pour travailleuses du sexe à Abidjan a révélé une prévalence de 50 % chez les hommes prostitués (5).

D'après les données communiquées entre 2007 et 2011, la prévalence globale du VIH chez les travailleuses du sexe, toutes régions confondues, est de 11,8 %, avec d'importants écarts entre les régions, qui tiennent aux taux de prévalence de base. C'est en Afrique subsaharienne que le taux de prévalence est le plus élevé (36,9 %), suivie de l'Europe orientale (10,9 %), de l'Amérique latine et des Caraïbes (6,1 %) et de l'Asie (5,2 %) ; le taux le plus faible s'observe au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (1,7 %) (6). Que les épidémies soient concentrées ou généralisées, la prévalence du VIH est considérablement plus élevée chez les travailleuses du sexe que dans la population générale (6-9).

La probabilité, calculée à la naissance, d'être contaminé par le VIH est plus grande pour les travailleuses du sexe que pour la population générale à cause de nombreux facteurs de risque, parmi lesquels le nombre important de partenaires sexuels, des conditions de travail dangereuses et les obstacles qui empêchent d'imposer l'utilisation régulière du préservatif, l'impossibilité de se procurer des lubrifiants adéquats, la forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) et le partage du matériel d'injection. D'après une étude réalisée dernièrement, le risque de contracter le VIH est 13,5 fois plus élevé chez les travailleuses du sexe que chez les autres femmes de 15 à 49 ans, y compris dans les pays à forte prévalence du VIH (9). En outre, les travailleuses du sexe n'ont généralement pas de prise sur ces facteurs de risque à cause de l'environnement et du contexte dans lesquels elles vivent et travaillent (10,11). Ce sont les raisons pour lesquelles les travailleuses du sexe sont considérées comme une population clé auprès de laquelle il est essentiel d'intervenir pour endiguer l'épidémie (12,13).

Étant donné qu'elles changent fréquemment de partenaires et qu'elles travaillent dans des conditions dangereuses, les travailleuses du sexe sont souvent exposées à l'infection et risquent fortement d'être contaminés par le VIH, qu'elles peuvent ensuite transmettre à leurs clients, dont certains sont très mobiles. Ceux-ci peuvent à leur tour propager l'infection en contaminant d'autres partenaires sexuels.

Le niveau de sécurité financière de même que l'environnement et les conditions de travail des travailleuses du sexe influent sur leur autonomie et leur aptitude à préserver leur propre santé (14). Dans de nombreux endroits, la stigmatisation et la discrimination, le caractère délictueux

\* Remarque: Il a été décidé d'utiliser dans ce texte le nom féminin « travailleuses du sexe » pour parler de l'ensemble des travailleurs et travailleuses du sexe au lieu de « travailleurs du sexe » comme les règles grammaticales du français l'exigeraient. Cette décision n'a bien sûr pas pour objectif d'invisibiliser les travailleurs du sexe masculin ou transgenres mais plutôt de visibiliser une majorité de femmes travailleuses du sexe tout en gardant un style d'écriture lisible et cohérent.

du travail du sexe, la violence, les difficultés financières, les dettes et l'exploitation rendent les travailleuses du sexe plus vulnérables encore (15-19). Il est donc important de comprendre le contexte dans lequel se pratique le travail du sexe, les structures de pouvoir qui l'entourent ainsi que les besoins sanitaires et sociaux des travailleuses du sexe pour concevoir des interventions à leur intention.

Des interventions efficaces auprès des travailleuses du sexe sont une composante importante des stratégies complètes de prévention et de traitement du VIH. Il est amplement attesté que les programmes ciblés de prévention du VIH destinés à réduire la transmission du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe sont faisables et efficaces (4,20-25). Malheureusement, beaucoup de ces programmes ont eu un effet limité sur la dynamique de la transmission du VIH tout simplement parce qu'ils sont appliqués à une échelle si petite et si localisée que la plupart des travailleuses du sexe n'en profitent pas. De plus, certains groupes sont souvent complètement laissés de côté, notamment les hommes et les transsexuels. L'un des principaux enjeux de la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe est de combler cette lacune (26).

L'OMS a publié des lignes directrices sur l'utilisation de la prophylaxie préexposition chez les couples sérodiscordants et chez les hommes qui ont des rapports homosexuels. Jusqu'à présent, l'OMS n'a pas publié de recommandation sur l'utilisation de la prophylaxie préexposition par voie orale chez les travailleuses du sexe (27).

## 1.2 Raison d'être des présentes recommandations

Les interventions destinées à réduire la transmission du VIH chez les travailleuses du sexe et leurs clients sont considérées comme un élément essentiel des programmes de lutte contre le VIH. Partout dans le monde, les données d'expérience tendent à indiquer que toutes les interventions efficaces auprès des travailleuses du sexe ont certains éléments en commun (11,26). Mais les lignes directrices sur ce qui fait l'efficacité des programmes anti-VIH dans le contexte du travail du sexe demeurent rares.

Cette carence est un obstacle important à l'extension des interventions visant les travailleuses du sexe, laquelle est indispensable pour atteindre les cibles en matière d'accès universel. Faute de lignes directrices et de normes reconnues au niveau mondial, les pays qui veulent mettre en place des programmes de lutte contre le VIH dans le contexte du travail du sexe sont contraints d'improviser et souvent de « réinventer la roue ». Il y a cinq ans, le Département VIH de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenté de remédier à cette carence en publiant sous le titre *HIV/AIDS sex work toolkit* un recueil annoté de recommandations et de matériels de formation provenant de différentes régions (28). Compte tenu de l'expérience accumulée depuis lors et puisqu'on a besoin de données factuelles, les pays ont demandé à l'OMS et au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) de mettre au point des lignes directrices qui aideront à concevoir, appliquer et superviser des interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH et des IST chez les travailleuses du sexe (femmes, hommes et transsexuels).

### 1.3 Objectifs et public visé

Le présent document se veut un ensemble de recommandations techniques pour la prévention et le traitement du VIH et des autres IST chez les travailleuses du sexe et leurs clients. Ces recommandations s'adressent aux responsables de la santé publique et aux administrateurs des programmes de lutte contre le VIH/sida et les IST, aux organisations non gouvernementales (ONG), y compris les organisations communautaires et appartenant à la société civile, ainsi qu'aux agents de santé. Elles pourront aussi intéresser les organismes de financement internationaux, les médias scientifiques, les responsables des politiques de santé et les personnes qui militent en faveur de la santé.

### 1.4 Définitions

On entend par travailleuses du sexe « les adultes et les jeunes (18 ans et plus) de sexe féminin ou masculin, et transsexuels, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement » (19). Il importe de noter que le travail du sexe s'entend de relations sexuelles consenties entre adultes, qui prennent de nombreuses formes et varient d'un pays et d'une communauté à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur même des pays et des communautés. Le travail du sexe peut être plus ou moins « structuré » ou organisé.

### 1.5 Portée des recommandations

Le présent document contient des recommandations techniques pour concevoir un ensemble minimum d'interventions et de services de prévention et de traitement du VIH et d'autres IST chez les travailleuses du sexe et leurs clients. Ces recommandations visent essentiellement les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais elles peuvent s'appliquer aussi aux pays à revenu élevé.

Si l'on veut prévenir efficacement le VIH, il faut étendre l'application de multiples interventions qui agissent en synergie pour un impact maximum. L'extension de la prévention du VIH consiste à faire en sorte que la couverture, l'utilisation, l'intensité et la durée d'un assortiment adéquat de stratégies préventives fondées sur des données factuelles soient suffisantes pour que ces stratégies aient un effet optimal sur la santé publique (26). Toutefois, il n'existe pas de solution universelle et les programmes doivent être adaptés à la situation locale. Les éléments de base sont les mêmes, mais la façon dont les programmes sont appliqués et les aspects privilégiés peuvent varier d'un pays à l'autre.

C'est pourquoi l'OMS et les autres organismes coparrainant l'ONUSIDA collaborent avec les bureaux et les partenaires dans les régions et les pays pour : a) diffuser ces recommandations de portée mondiale et fondées sur des données factuelles, et b) faciliter leur adaptation aux niveaux régional et national en tenant compte des considérations opérationnelles et en optant pour des méthodes de mise en œuvre adaptées au contexte local du travail du sexe et à la capacité des systèmes de santé.

## 2. MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS

### 2.1 Méthodologie GRADE

L'OMS suit la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour élaborer et analyser les recommandations. De plus en plus d'organisations dans le monde adoptent cette méthodologie pour évaluer la qualité des preuves et la force des recommandations (29). Il s'agit d'une démarche structurée, précise et transparente pour établir une cotation des recommandations et parvenir à un consensus (29).

La méthodologie GRADE distingue, d'une part, l'évaluation de la qualité des preuves et, d'autre part, la cotation des recommandations.

#### Qualité des preuves

S'agissant de recommandations, la qualité reflète la confiance avec laquelle on peut considérer que les estimations de l'effet permettent d'étayer une recommandation donnée (30). Selon le système GRADE, l'échelle de qualité des preuves comporte quatre degrés : qualité grande, moyenne, faible et très faible. La qualité est d'abord évaluée par critère de jugement, puis de manière globale. La qualité des preuves fournies par des essais contrôlés randomisés (ECR) est a priori cotée comme grande, mais elle peut être minorée pour plusieurs raisons, notamment le risque de biais, le manque de cohérence des résultats, le caractère indirect des preuves, l'imprécision et les biais de publication (31–35). La qualité des preuves tirées d'études d'observation est a priori cotée comme faible, mais elle peut être majorée si l'effet du traitement est de très grande ampleur, si la relation dose-réponse est attestée et dans les cas où tous les biais plausibles conduiraient à une sous-estimation de l'effet (36).

#### Force des recommandations

La force d'une recommandation évalue la confiance avec laquelle on peut considérer que les effets souhaitables d'une intervention l'emportent sur ses effets indésirables (37). Dans le système GRADE, les recommandations peuvent être classées selon leur force comme fortes ou optionnelles. Une recommandation peut être favorable ou défavorable à l'intervention considérée. Par conséquent, il y a quatre cas de figure possibles :

- recommandation forte en faveur de l'intervention
- recommandation optionnelle en faveur de l'intervention
- recommandation optionnelle contre l'intervention
- recommandation forte contre l'intervention.

La force des recommandations et le sens dans lequel elles vont dépendent des facteurs suivants : la qualité des preuves, le rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs, les valeurs et les préférences, les ressources mises en œuvre et la faisabilité de l'intervention.

## 2.2 Processus

Le Département VIH/sida de l'OMS a dirigé l'élaboration des recommandations sous la surveillance du Comité d'examen des directives de l'OMS (GRC), en collaboration avec le Département de l'OMS Santé et recherche génésiques, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP).

Le processus s'est déroulé en plusieurs étapes :

### 1. Identification des questions portant sur la population, l'intervention, la comparaison d'interventions et le critère de jugement (questions PICO)

Un groupe de travail chargé de l'élaboration des recommandations a été constitué et s'est réuni en août 2010. Il était composé de deux représentants d'organisations de travailleuses du sexe (désignés par le NSWP), de sept scientifiques et chercheurs, de deux administrateurs de programme, d'un partenaire d'exécution (l'AID des États-Unis) et de fonctionnaires des Nations Unies se consacrant aux questions du VIH/sida et du travail du sexe.

Après examen, le groupe est convenu de la portée et de la structure des recommandations. Il a dégagé les questions PICO pertinentes (annexe 1) et s'est déclaré d'accord avec la représentation schématique des critères de jugement (annexe 2). Il a également décidé des revues systématiques à réaliser.

### 2. Revues systématiques et tableaux GRADE

Trois chercheurs indépendants ont procédé à des revues systématiques selon la méthodologie standard. Ils ont consulté toutes les bases de données électroniques pertinentes et ont sélectionné les publications répondant aux critères. Leurs recherches ont porté sur les bases de données suivantes : PubMed, PsycINFO, Sociological Abstracts, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EMBASE et MEDLINE. Parmi les documents retenus dans la recherche figuraient des articles dans une langue autre que l'anglais avec un résumé en anglais. Chaque fois que possible, ils ont procédé à une méta-analyse des données tirées des études retenues et ont évalué la qualité des preuves pour chaque question PICO. Ils ont ensuite établi des profils de preuves GRADE présentant une synthèse quantitative de ces preuves et une évaluation de leur qualité (annexe 3). En décembre 2010, une réunion technique a été organisée à Baltimore (États-Unis d'Amérique) pour faire le point sur les revues systématiques.

### 3. Enquête sur les valeurs et les préférences

Le NSWP a réalisé une enquête qualitative sur les valeurs et les préférences des travailleuses du sexe, qui a pris fin en octobre 2011 (38). Un échantillon de commodité de travailleuses du sexe a été constitué à partir de 33 pays appartenant à six régions. Les participants ont été

contactés par l'intermédiaire de groupes régionaux représentant les travailleuses du sexe et des projets relatifs au travail du sexe. Toutes les personnes interrogées appartenaient à des groupes locaux ou nationaux représentant les travailleuses du sexe. Plus de 50 travailleuses du sexe ont participé à l'enquête. Les entretiens se sont déroulés en présentiel, par téléphone ou, dans quelques cas, par courrier électronique. Dans certains pays, les participants ont choisi de donner une réponse collective. Les entretiens ont eu lieu en anglais, en espagnol, en français, en indonésien, en russe et dans plusieurs autres langues avec l'aide d'interprètes choisis par les répondants. Les entretiens ont été menés en s'appuyant sur un guide d'entretien semi-structuré destiné à évaluer les préférences quant aux différentes interventions envisagées dans les recommandations. Les résultats de l'enquête ont été présentés à la réunion de consensus. Le rapport complet et le guide d'entretien figurent à l'annexe 4.

#### **4. Formulation des recommandations**

La réunion de consensus devant permettre d'établir la version finale des recommandations a eu lieu à Montreux (Suisse) du 2 au 4 février 2012. Ont participé à cette réunion de deux jours et demi une soixantaine de personnes de différentes régions, parmi lesquelles sept administrateurs de programme, 17 représentants des travailleuses du sexe, 11 chercheurs et 18 représentants du système des Nations Unies (12 représentants du Secrétariat de l'OMS, quatre de l'UNFPA et deux du Secrétariat de l'ONUSIDA). Un comité de rédaction a été constitué pour rédiger et superviser l'établissement de la version finale des recommandations.

Pour chaque question PICO, l'analyste ou un membre du groupe de travail a présenté les résultats de la revue systématique et l'évaluation des facteurs influant sur la recommandation, y compris la qualité des preuves, le rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs, les valeurs et les préférences des travailleuses du sexe et les ressources à mettre en œuvre. S'agissant des questions PICO pour lesquelles il n'y avait pas eu de nouvelle revue systématique de la littérature, ils ont présenté les revues et les tableaux récapitulatifs établis précédemment et/ou les lignes directrices existantes. Les participants ont aussi examiné les recommandations en matière de bonnes pratiques. Ils se sont entendus sur toutes les recommandations et sur les conditions dont elles devaient être assorties.

Une version provisoire des recommandations, établie lors de la réunion de consensus, a été distribuée aux membres du groupe de rédaction, composé de membres du groupe de travail, des travailleuses du sexe ayant participé à la réunion de consensus et de lecteurs scientifiques extérieurs, afin qu'ils donnent leur avis. Les coordonnateurs du projet ont tenu compte des observations des lecteurs scientifiques intérieurs et extérieurs dans la version finale des recommandations. Un exposé complet des revues systématiques et toutes les autres annexes (en anglais seulement) peuvent être consultés en ligne à l'adresse [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex\\_worker/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/).

## 3. RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE BONNES PRATIQUES

### 3.1 Définition

Les recommandations en matière de bonnes pratiques sont des principes généraux qui ne se fondent pas sur des observations scientifiques mais sur le bon sens, l'éthique et les droits de l'homme. Elles n'ont pas été soumises à un processus GRADE formel.

### 3.2 Considérations générales

Comme tout être humain, les travailleuses du sexe ont droit à la pleine protection de leurs droits, ainsi que le stipulent les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme (39,40). Les droits de l'homme comprennent la non-discrimination ; la sécurité de la personne et le respect de la sphère privée ; l'égalité devant la loi et la garantie d'une procédure régulière ; le meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre ; l'emploi et des conditions d'emploi justes et favorables ; le droit de réunion pacifique et la liberté d'association ; le droit en vertu duquel nul ne peut être arbitrairement arrêté ni détenu ; le droit de ne pas être soumis à un traitement cruel et inhumain ; et la protection contre la violence (41).

Il faut reconnaître aux travailleuses du sexe un rôle essentiel de partenaires et de leaders pour mener des programmes efficaces de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et pour trouver des solutions adaptées à l'environnement dans lequel elles vivent et travaillent. Les lois qui, directement ou indirectement, soumettent à la sanction du droit pénal ou pénalisent les travailleuses du sexe, leurs clients et les tiers, une répression abusive ainsi que la stigmatisation et la discrimination que suscitent l'infection à VIH et le travail du sexe peuvent compromettre l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et empêcher les travailleuses du sexe et leurs clients de bénéficier de ces programmes (41,42). La violence dont les travailleuses du sexe sont victimes est particulièrement préoccupante, de même que la répression abusive de la police – harcèlement, extorsion, arrestation et détention arbitraires, violence physique et sexuelle. La stigmatisation, la discrimination et le refus de soins dans les structures de santé sont eux aussi un sujet de préoccupation. Étant donné que les organisations dirigées par les travailleuses du sexe elles-mêmes sont d'une importance cruciale pour qu'elles puissent se protéger contre la discrimination, la contrainte et la violence, les mesures les empêchant de se réunir et de s'organiser posent aussi un important problème.

Un effort particulier et des ressources sont nécessaires pour prévenir, signaler et réparer les violences faites aux travailleuses du sexe, notamment en défendant leur droit individuel et collectif à l'autoorganisation et à l'autodétermination.

Il faut promouvoir un environnement juridique et social qui protège les droits de l'homme et qui garantisse l'accès à l'information, aux services et aux produits nécessaires à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien, et cela sans discrimination, pour combattre efficacement l'épidémie de VIH dans le respect des droits et pour promouvoir la santé publique, y compris dans le contexte du travail du sexe.

### 3.3 Recommandations en matière de bonnes pratiques

#### Recommandation 1

**Tous les pays devraient s'attacher à dépenaliser le travail du sexe et à mettre fin à l'application de lois et de règles non pénales injustes aux travailleuses du sexe (19,43,101).\***

#### Conséquences

- La police ne devrait plus pouvoir faire de la possession de préservatifs la preuve qu'une personne s'adonne au travail du sexe ni en prendre motif pour arrêter les travailleuses du sexe.
- La police ne devrait plus avoir la latitude d'arrêter et de détenir les travailleuses du sexe sans cause valable, notamment d'invoquer les lois de protection de l'ordre public pour empêcher les travailleuses du sexe de se trouver dans des lieux publics, et la pratique de l'extorsion devrait être éliminée.
- Il faudrait faire en sorte que les travailleuses du sexe soient moins exposées à la peur et à la stigmatisation afin qu'elles puissent plus facilement consulter et utiliser les services de santé et autres.

#### Recommandation 2

**Les gouvernements devraient légiférer pour protéger les travailleuses du sexe contre la discrimination, la violence et les autres formes de violation des droits de l'homme dont elles sont victimes afin de faire respecter leurs droits et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH et l'impact du sida. Les lois et les règles antidiscriminatoires devraient garantir aux travailleuses du sexe le droit de bénéficier de services sociaux, sanitaires et financiers (41).†**

#### Conséquences

- Les responsables du choix des politiques, les parlementaires, les chefs religieux et d'autres personnalités publiques devraient collaborer avec la société civile et les organisations représentant les travailleuses du sexe pour faire front contre la stigmatisation, la discrimination et la violence dont celles-ci font l'objet et pour transformer les normes juridiques et sociales répressives ainsi que les pratiques qui stigmatisent et marginalisent les travailleuses du sexe en normes et pratiques qui protègent leurs droits. Les représentants des institutions des Nations Unies devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour soutenir ce processus national.
- Des programmes de vulgarisation juridique et de services juridiques devraient être mis en place à l'intention des travailleuses du sexe afin qu'elles connaissent leurs droits et les lois applicables et qu'elles puissent accéder au système judiciaire en cas de préjudice.

\* Voir : Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit : risques, droit et santé, juillet 2012 ; Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/14/20, 2010 ; Le VIH et le travail du sexe – Note d'orientation de l'ONUSIDA, 2012.

† Voir *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, directive 5, paragraphe 22 : « Les États devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/sida et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil ».

### **Recommandation 3**

**Les travailleuses du sexe devraient avoir à leur disposition des services accessibles et acceptables fondés sur l'absence de stigmatisation, la non-discrimination et le droit à la santé.**

#### *Conséquences*

- La dépénalisation du travail du sexe devrait réduire la stigmatisation. Des mesures complémentaires devraient être prises pour réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des travailleuses du sexe en milieu de soins et dans la communauté.
- Des programmes devraient être mis en place pour faire un travail de sensibilisation et de pédagogie auprès du personnel soignant concernant la non-discrimination, le droit des travailleuses du sexe à des soins de grande qualité et non coercitifs, à la confidentialité et au consentement éclairé.
- Les groupes et les organisations représentant les travailleuses du sexe devraient se voir attribuer un rôle de partenaires essentiels et de leaders dans la conception, la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé.
- Les services de santé essentiels destinés aux travailleuses du sexe doivent comprendre l'accès universel aux préservatifs masculins et féminins et aux lubrifiants, l'accès à des services complets de santé sexuelle et génésique et un accès équitable à tous les services de soins de santé existants, soins de santé primaires compris.

### **Recommandation 4**

**La violence à l'encontre des travailleuses du sexe est un facteur de risque de transmission du VIH. Il faut la prévenir et la combattre en partenariat avec les travailleuses du sexe et les organisations qu'elles dirigent.**

#### *Conséquences*

- Il faut surveiller et signaler les actes de violence perpétrés contre les travailleuses du sexe et instaurer des voies de recours pour rendre justice aux victimes.
- Il faut enseigner aux forces de l'ordre ainsi qu'aux dispensateurs de services médicaux et sociaux à respecter et à défendre les droits des travailleuses du sexe et ils doivent répondre de leurs actes, y compris d'actes de violence, s'ils portent atteinte aux droits des travailleuses du sexe.
- Des services d'aide doivent être mis à la disposition des travailleuses du sexe victimes d'actes de violence.

## 4. RECOMMANDATIONS TECHNIQUES

### 4.1 Autonomisation de la communauté

#### Considérations générales

Les travailleuses du sexe sont souvent exposées au VIH et autres IST et cumulent les facteurs de risque de contamination, notamment la multiplicité des partenaires sexuels, les difficultés pour imposer l'utilisation régulière du préservatif et une forte prévalence des IST (6,14). De plus, elles ont rarement pris sur ces facteurs de risque, car l'environnement juridique, politique et social ainsi que le contexte dans lequel elles vivent et travaillent les rendent vulnérables au VIH et aux IST (15).

Les programmes qui visent exclusivement le risque individuel auquel les travailleuses du sexe ou leurs clients sont exposés auront probablement un impact limité. Les interventions environnementales et structurelles comme l'autonomisation de la communauté destinée à rendre les travailleuses du sexe moins vulnérables peuvent permettre à celles-ci de mieux maîtriser leurs conditions de travail et, partant, le risque de contamination (19,26,44-47). L'autonomisation de la communauté est un processus collectif par lequel les travailleuses du sexe lèvent les obstacles structurels qui restreignent leur santé, leurs droits et leur bien-être pour amener des changements sociaux et comportementaux et pour accéder aux services de santé qui leur permettront de réduire le risque de contamination par le VIH. Les interventions appliquées selon un modèle d'autonomisation de la communauté sont notamment l'engagement prolongé auprès des travailleuses du sexe locaux pour mieux leur faire prendre conscience de leurs droits, la création de centres de consultation sans rendez-vous gérés par la communauté, la formation de collectifs qui déterminent la gamme de services à fournir, ainsi que l'action d'information et de persuasion. On trouvera de plus amples informations dans les résumés des études à l'annexe 6.1. Les interventions d'autonomisation de la communauté visent à créer un espace sûr, en faisant fond sur la solidarité et sur l'efficacité collective pour revendiquer de plus grands moyens d'action et une plus grande maîtrise dans la société, et à remettre en question les structures de pouvoir qui privent ce groupe de moyens d'action et leur refusent un traitement juste (48,49).

#### Preuves disponibles

On a procédé à une revue systématique pour déterminer les effets de l'autonomisation de la communauté sur les résultats considérés : morbidité et mortalité associées au VIH et aux IST (voir la présentation schématique des critères de jugement pour les interventions de prévention à l'annexe 2). L'autonomisation a été définie comme un processus d'action sociale qui facilite la participation des individus, des organisations et des communautés pour donner plus de moyens d'action aux individus et aux communautés, pour une plus grande efficacité politique, pour une vie en communauté de meilleure qualité et pour plus de justice sociale (49). L'analyse a porté sur 10 études au total.

D'une manière générale, on a constaté des tendances positives concernant l'impact des interventions d'autonomisation de la communauté menées auprès des travailleuses du sexe sur les critères de jugement liés au VIH. (Pour plus de précisions, voir les tableaux de preuves à l'annexe 3.)

### 1. Réduction de la prévalence du VIH

Trois études mesurent la prévalence de l'infection à VIH en tant que critère de jugement, et seules les deux études comportant un suivi à court terme (2,5 ans en moyenne) font état d'une diminution statistiquement significative de cette prévalence (odds ratio [OR] = 0,84).

### 2. Réduction de la prévalence des IST

Six études mesurent un critère de jugement ou une combinaison de critères de jugement concernant les IST. L'une d'elles fait apparaître une réduction statistiquement significative de la prévalence combinée de l'infection à *N. gonorrhoeae* (gonorrhée) et de l'infection à *C. trachomatis* (chlamydie) entre la situation initiale et celle observée après 12 mois de suivi (OR = 0,51). Quatre études indiquent une réduction statistiquement significative de la prévalence de la gonorrhée (OR = 0,65) sur une période de suivi de deux ans en moyenne. Quatre études mesurant la prévalence de la chlamydie et quatre mesurant le résultat pour la syphilis mettent en évidence un effet positif de l'autonomisation de la communauté, mais cet effet n'est pas statistiquement significatif.

### 3. Renforcement de l'utilisation du préservatif

Neuf études de types différents ont mesuré l'utilisation du préservatif. L'autonomisation de la communauté est associée à une augmentation significative de l'utilisation du préservatif avec les clients (OR = 1,96-5,87).

## Qualité des preuves

Les preuves globales de l'effet de l'autonomisation de la communauté sur les critères de jugement liés au VIH sont de très faible qualité. Sur les 10 études prises en compte dans la synthèse quantitative, une était qualifiée d'essai contrôlé randomisé, une autre était de type longitudinal et huit autres encore de type transversal. Dans l'ECR, un seul site a été randomisé pour chaque bras, ce qui fait perdre la possibilité de maîtriser les facteurs de confusion. D'ailleurs, l'étude comporte des différences statistiquement significatives concernant des caractéristiques de départ importantes comme la situation de famille, la connaissance d'au moins une méthode de prévention du VIH et l'utilisation du préservatif. Sa qualité est en outre compromise par le fait qu'elle n'est pas réalisée en aveugle et que le taux d'attrition n'est pas mentionné. Si l'on ajoute à cela le caractère indirect du critère de jugement (utilisation rapportée du préservatif), les preuves fournies par l'étude ont été jugées de faible qualité. L'étude longitudinale comportait un risque de biais important, car plus de la moitié des participants avaient été perdus de vue au bout d'un an. Sept des huit études transversales présentaient un risque de biais.

## Rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs

Les effets bénéfiques de l'autonomisation de la communauté sont grands et l'emportent sur les effets négatifs. Ils sont énumérés dans les résumés des études (annexe 6.1). Aucun effet négatif n'a été mis en évidence d'après les critères de jugement évalués dans cette analyse. L'autonomisation de la communauté est considérée comme un critère de jugement important en soi, mais nous n'avons pas trouvé d'étude sur cette autonomisation qui puisse être évaluée selon la méthodologie GRADE. On trouvera des informations supplémentaires dans la table de décision (annexe 3.1b).

### **Acceptabilité (valeurs et préférences)**

L'autonomisation collective a été considérée comme absolument nécessaire pour améliorer les conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe, pour mettre au point des stratégies d'intervention en faveur de leur santé et de leurs droits et dont la direction leur soit confiée, et pour faire recours en cas de violation des droits de l'homme. En réponse aux questions sur les moyens d'aider les travailleuses du sexe à préserver leur santé, les répondants ont souvent évoqué les liens entre droits individuels et droits collectifs et les moyens d'influer sur les conditions de vie et de travail (38).

### **Faisabilité et ressources mises en œuvre**

Les interventions d'autonomisation de la communauté menées auprès des travailleuses du sexe s'avèrent faisables dans différents contextes. L'autonomisation de la communauté nécessite des ressources humaines et financières.

### **Autres points de discussion**

Le concept d'autonomisation de la communauté peut être interprété de nombreuses façons, ce qui rend son évaluation complexe et difficile (48). Il faudrait tenir compte des différents éléments de l'autonomisation de la communauté et des méthodes pratiques employées, lesquelles ne sont pas standardisées pour le moment et peuvent énormément varier d'un endroit à l'autre. En outre, les essais contrôlés randomisés ne conviennent pas pour répondre aux questions sur l'efficacité des interventions, car les chaînes de causalité entre les interventions visant les travailleuses du sexe et l'impact sur la santé sont complexes et peuvent être influencées par nombre de caractéristiques de la population, du système de santé ou de l'environnement (50). L'autonomisation de la communauté a été approuvée à l'unanimité par les participants à la réunion de consensus – administrateurs de programmes nationaux, chercheurs du milieu universitaire, représentants d'organismes donateurs et travailleuses du sexe n'ayant pas participé à l'enquête sur les valeurs et les préférences. Cette recommandation est forte parce que l'autonomisation de la communauté a des effets bénéfiques importants, parce qu'elle n'a pas d'effets négatifs et qu'elle nécessite peu de ressources.

---

### **Recommandation**

Nous recommandons un ensemble d'interventions visant à autonomiser les travailleuses du sexe.

*Recommandation forte, preuves de très faible qualité*

Remarques :

- Les interventions appliquées selon un modèle d'autonomisation de la communauté sont notamment l'engagement prolongé auprès des travailleuses du sexe locaux pour mieux leur faire prendre conscience de leurs droits, la création de centres de consultation sans rendez-vous dirigés par la communauté, la formation de collectifs qui déterminent la gamme de services à fournir, ainsi que l'action d'information et de persuasion.
- L'autonomisation de la communauté est un élément nécessaire des interventions visant les travailleuses du sexe et elles devraient en avoir la direction.
- Les effets bénéfiques sont importants, il n'y a pas d'effets négatifs et les ressources nécessaires sont relativement modestes.

## 4.2 Promotion du préservatif

### Considérations générales

Pendant longtemps, les préservatifs ont été la seule méthode connue pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle. Ils sont recommandés pour se prémunir contre l'infection à VIH depuis le milieu des années 1980. Pour être efficaces, ils doivent être employés correctement et régulièrement. De nombreux facteurs, qui tiennent notamment aux personnes qui les utilisent, aux partenaires, à la régularité avec laquelle ils sont utilisés et à l'usage correct qui en est fait, déterminent leur impact sur la santé publique (51).

Les programmes de promotion du préservatif, y compris ceux dirigés par les communautés, ont conduit à une utilisation plus fréquente du préservatif dans le cadre du travail du sexe. Ils ont été associés à des taux très élevés d'utilisation du préservatif et à une baisse de la prévalence des IST et du VIH dans de nombreux endroits en Afrique, en Asie et en Amérique latine (4,24,52).

Il convient d'utiliser un lubrifiant hydrosoluble pour atténuer les nombreux effets secondaires gênants qu'entraîne l'utilisation fréquente de préservatifs par les travailleuses du sexe et leurs clients. Il faut réduire l'utilisation de lubrifiants inadaptés qui endommagent les préservatifs. Dans une étude menée en Thaïlande, 95 % environ des travailleuses du sexe se sont déclarées disposées à utiliser régulièrement des lubrifiants hydrosolubles, expliquant qu'ils diminuent le temps que les clients mettent à éjaculer, qu'ils atténuent les douleurs vaginales et l'inconfort et réduisent le risque de rupture du préservatif (53). Les lubrifiants sont aussi recommandés pour les rapports anaux et sont particulièrement importants pour réduire le risque de lésions chez les hommes et les transsexuels, et par conséquent le risque de transmission du VIH. La disponibilité et la promotion des préservatifs féminins et masculins et des lubrifiants vont de pair avec les messages de prévention du VIH.

Bien qu'on ne dispose pas directement de preuves de son efficacité dans la prévention du VIH, l'utilisation du préservatif féminin est encouragée depuis 1994 en remplacement du préservatif masculin et pourrait rendre les femmes mieux à même de se protéger pendant un rapport sexuel. Les études réalisées auprès des travailleuses du sexe font état d'une plus grande protection quand le préservatif féminin est ajouté aux systèmes de distribution du préservatif masculin (54,55).

### Preuves disponibles

Les preuves sont tirées d'une revue Cochrane examinant l'efficacité du préservatif masculin pour faire diminuer la transmission hétérosexuelle du VIH (56). Treize cohortes de couples hétérosexuels sérodiscordants utilisant toujours le préservatif masculin et 10 cohortes ne l'utilisant jamais ont été comparées ; le rapport de risques (RR) était de 0,17. Étant donné qu'aucune preuve nouvelle n'est apparue depuis la publication de cette revue Cochrane en 2009, le groupe chargé d'élaborer les recommandations n'a pas jugé nécessaire d'entreprendre une autre revue systématique.

### **Qualité des preuves**

Toutes les études retenues sont des études d'observation, mais elles relèvent un effet très important. Globalement, la qualité des preuves a été cotée comme moyenne. Il n'y a aucune raison de penser que l'utilisation du préservatif par les travailleuses du sexe n'a pas la même efficacité que dans la population générale.

### **Rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs**

Les effets bénéfiques de l'utilisation du préservatif l'emportent sur ses risques. L'efficacité globale du préservatif est de 82,9 % si l'on compare ceux qui l'utilisent toujours et ceux qui ne l'utilisent jamais. Les considérations ayant trait à la qualité de vie n'ont pas été étudiées.

### **Acceptabilité (valeurs et préférences)**

Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête du NSWP étaient unanimement favorables à la promotion du préservatif et à sa distribution aux travailleuses du sexe. Toutes les travailleuses du sexe ont dit souhaiter que les préservatifs masculins soient plus largement disponibles, en particulier sur les lieux où s'exerce le travail du sexe. Certains répondants ont déploré la mauvaise qualité ou l'odeur désagréable des préservatifs masculins distribués gratuitement. Les préservatifs féminins n'étaient généralement pas disponibles ou étaient trop chers. Les répondants ont souligné qu'il fallait distribuer des lubrifiants hydrosolubles parallèlement à la promotion du préservatif (38).

### **Faisabilité et ressources mises en œuvre**

Les preuves programmatiques recueillies dans des pays à revenu faible ou intermédiaire montrent que la promotion et l'utilisation du préservatif sont faisables. Les préservatifs masculins sont peu coûteux.

### **Recommandation**

Nous recommandons l'utilisation correcte et régulière du préservatif par les travailleuses du sexe et leurs clients.

*Recommandation forte, preuves de qualité moyenne*

Remarques :

- Les programmes de promotion du préservatif ne doivent pas faire appel à la contrainte.
- La possession de préservatifs ne doit pas être utilisée comme une preuve d'une activité délictueuse liée au travail du sexe.
- Il convient de distribuer des lubrifiants hydrosolubles avec les préservatifs.

## 4.3 Dépistage des IST asymptomatiques

### Considérations générales

Les IST sont une source de préoccupation non seulement en raison de la gêne que provoque l'infection aiguë, mais aussi parce qu'il y a plus de chances qu'elles soient asymptomatiques ou qu'elles passent inaperçues chez les femmes que chez les hommes. Le traitement s'en trouve retardé, la prévalence augmente et des complications graves peuvent apparaître, comme des cancers du col ou des infections génitales hautes pouvant entraîner la stérilité, des douleurs chroniques, une grossesse extra-utérine et une mortalité maternelle associée (57).<sup>†</sup>

Par conséquent, il ne faut pas attendre que les symptômes apparaissent, surtout chez les travailleuses du sexe. Le dépistage en laboratoire des IST que l'on peut traiter, après un risque d'exposition ou à intervalles prédéterminés, a pour but de mettre en évidence et de traiter les infections asymptomatiques qui autrement ne seraient pas détectées (11). Pour les IST symptomatiques, le groupe s'est référé au *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* publié par l'OMS en 2003, qui est en cours d'actualisation (58).

### Preuves disponibles

On a procédé à une revue systématique pour déterminer si le dépistage des IST chez les travailleuses du sexe par des analyses de laboratoire contribuait à réduire la prévalence ou l'incidence des IST. Au total, 10 études ont été prises en compte dans cette revue. D'une manière générale, on a constaté des tendances positives concernant l'impact du dépistage des IST sur leur prévalence et leur incidence. (Pour plus de précisions, voir les tableaux de preuves à l'annexe 3.)

#### 1. Syphilis

Le dépistage de la syphilis a été effectué au moyen de tests rapides comme le test rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Quatre études avec dépistage tous les trois mois ont mis en évidence une baisse de la prévalence de la syphilis (RR non disponible). Une étude avec dépistage tous les six mois ne montre pas de baisse de la prévalence de la syphilis.

#### 2. Gonorrhée

Neuf études ont été recensées, pour lesquelles différents moyens de dépistage ont été utilisés, allant de l'examen visuel du col à la mise en culture de cellules endocervicales. Le dépistage est associé à un recul de la gonorrhée (RR = 0,77), mais cette baisse n'est pas statistiquement significative.

#### 3. Infections à *Chlamydiae*

Neuf études ont été recensées, pour lesquelles différents moyens de dépistage ont été utilisés, allant de l'examen visuel du col au dosage immuno-enzymatique. Huit études ont mis en évidence une réduction initiale ou à long terme des taux de chlamydirose.

#### 4. Trichomonase

<sup>†</sup> Note : les présentes recommandations ne traitent pas du dépistage du papillomavirus humain (PVH) et du cancer du col, qui font l'objet d'autres lignes directrices.

Après dépistage par simple examen d'une préparation humide, une réduction à court terme des infections à *Trichomonas* a été observée dans la majorité des neuf études retenues, mais cette baisse ne se maintient pas à long terme.

### **Qualité des preuves**

Globalement, les preuves montrant que le dépistage des IST chez les travailleuses du sexe entraîne une baisse de l'incidence des IST sont de faible qualité. Les 10 études prises en compte dans l'analyse quantitative comprennent un essai contrôlé randomisé et neuf études longitudinales. La qualité de l'essai contrôlé randomisé a été revue à la baisse en raison de ses importants défauts de conception et de son imprécision. La plupart des études sont de type observationnel et ne prévoient pas de groupe témoin extérieur. Il est probable que ces études comportaient un biais de confusion important, car le dépistage n'était que l'une des interventions délivrées.

### **Rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs**

Les effets bénéfiques du dépistage des IST chez les travailleuses du sexe l'emportent probablement sur ses risques. On observe une baisse rapide et des diminutions cohérentes de la prévalence de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydie. On constate d'importantes disparités concernant les effets bénéfiques du dépistage de la trichomonase. Les bénéfices plus larges du dépistage des IST sont la prévention des complications et de la transmission des infections et les possibilités accrues de délivrer des conseils et d'avertir les partenaires. Les études ne relèvent pas les effets négatifs potentiels (faux positifs et discrimination).

### **Acceptabilité**

Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête du NSWP sur les valeurs et les préférences étaient à l'unanimité favorables au dépistage volontaire périodique des IST (38). Lors d'un atelier à Madagascar, les travailleuses du sexe ont demandé un dépistage sérologique volontaire régulier de la syphilis et un examen au spéculum (59).

### **Faisabilité et ressources mises en œuvre**

Le dépistage de la syphilis à l'aide de tests simples comme le RPR ou le test rapide exige des moyens de laboratoire minimaux, et ces tests sont largement disponibles. En revanche, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydie et de la trichomonase fait appel à de nouveaux tests perfectionnés et coûteux à effectuer au point de soins, comme l'amplification génique (PCR). Ces tests ne sont pas disponibles dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire.

### **Autres points de discussion**

Les tests de dépistage utilisés dans les études examinées comprenaient l'examen visuel du col, la numération leucocytaire par examen microscopique d'un frottis cervical et la mise en culture de cellules endocervicales. Aucun de ces tests n'est hautement sensible pour mettre en évidence la gonorrhée et la chlamydie (60,61). Avec de nouveaux tests plus sensibles comme les tests d'amplification des acides nucléiques, l'effet du dépistage aurait été probablement

plus grand. Il convient de souligner cependant que ces tests sont chers et la plupart du temps indisponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

### **Recommandation**

Nous suggérons de proposer aux travailleuses du sexe le dépistage périodique des IST asymptomatiques.

*Recommandation optionnelle, preuves de faible qualité*

Remarques :

- Le dépistage des IST ne doit être ni coercitif ni obligatoire.
- Le dépistage de la syphilis exige une formation et un matériel de laboratoire minimum et il est peu coûteux. Le contrôle de la qualité est capital.
- Le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie nécessite pour le moment des tests perfectionnés et très coûteux.
- Le dépistage des IST doit faire partie d'un ensemble complet de services de prévention et de prise en charge des IST.

## **4.4 Traitement présomptif périodique des IST**

### **Considérations générales**

Contre la majorité des IST bactériennes, on dispose, dans la plupart des pays, d'un traitement efficace et abordable, faisant appel à des antibiotiques sans danger et sous forme de dose unique. Cependant, comme indiqué dans la partie consacrée au dépistage des IST asymptomatiques (partie 4.3), la plupart des IST se développent chez les femmes sans faire apparaître de symptôme et les tests de dépistage fiables sont onéreux et rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (62). Pour toutes ces raisons, on prescrit aux travailleuses du sexe un traitement présomptif périodique (TPP) pour réduire la lourde charge d'infections pour une grande part non détectées qu'elles supportent (63). Le TPP est défini comme le traitement des IST curables au vu du risque important pour cette catégorie d'individus d'être infectés et de la prévalence de ces infections, plutôt que sur la base des symptômes, des signes ou des résultats d'analyses de laboratoire (62). Le TPP pourrait être considéré comme similaire dans la démarche au traitement présomptif des femmes symptomatiques sur la base d'une évaluation des risques ou des partenaires sexuels identifiés des cas indicateurs d'IST.

### **Preuves disponibles**

Une revue systématique a été réalisée pour déterminer si le TPP était efficace dans la réduction de la prévalence ou de l'incidence des IST chez les membres féminins de la profession (travailleuses du sexe). Les résultats de cette revue ont fait apparaître des réductions compatibles de la prévalence de ces infections (pour en savoir plus, se référer aux tableaux de preuves de l'annexe 3). Au total, 12 études ont été retenues pour l'analyse. Dans toutes ces études sauf une, on utilisait 1 gramme d'azithromycine (dose unique), seule ou en association avec un autre antibiotique. La fréquence du traitement était variable et allait d'une fois par mois à tous les 3-6 mois.

- Réduction de la prévalence de la gonorrhée  
Toutes les études sur la gonorrhée ont mis en évidence une diminution significative de la prévalence de cette maladie. Le risque relatif (RR) était de 0,46 dans un essai contrôlé randomisé (ECR) publié.
- Réduction de la prévalence des infections à *Chlamydiae*  
Toutes les études sauf une ont fait apparaître une diminution significative de la prévalence de ces infections. Le RR était de 0,38 dans un ECR publié.
- Réduction de la prévalence des ulcères génitaux  
Des études d'observation ont mis en évidence une diminution de la prévalence des ulcères génitaux chez les travailleuses du sexe (RR = 0,23) et chez leurs clients masculins (RR = 0,21).
- Effet du TPP sur l'utilisation du préservatif  
Huit études ont mis en évidence une augmentation ou un maintien de l'utilisation du préservatif après le TPP, et une étude une diminution non significative.

### **Qualité des preuves**

Globalement, la qualité des preuves des effets du TPP allait de moyenne à grande. Sur les 12 études analysées, deux étaient des ECR et quatre des études transversales ajustées. Dans les études fournissant des preuves de grande qualité, le TPP était utilisé dans le cadre de services de santé génésique plus complets. Les preuves étaient de grande qualité pour la gonorrhée et les infections à *Chlamydiae*. Elles étaient de qualité moyenne pour la syphilis, le VIH/sida et les maladies accompagnées d'ulcération ou d'érosion de l'appareil génital (études d'observation relevant un effet de grande ampleur).

### **Rapport entre effets bénéfiques et effets négatifs**

Les bénéfices du TPP outrepassent les risques de cette intervention. On a observé une réduction de toutes les IST sauf la syphilis. Dans les situations où la prévalence des IST était élevée, les effets observés du TPP ont été plus importants.

Les effets négatifs que pourrait avoir le TPP sont ceux inhérents à l'utilisation d'antibiotiques

et ceux liés au risque compensatoire d'une moindre utilisation des préservatifs. Des effets secondaires gastrointestinaux bénins dus à l'emploi d'antibiotiques ont été remarqués lors de la mise en œuvre du TPP dans certaines études. L'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* présentant une sensibilité diminuée et une résistance aux céphalosporines est une source d'inquiétude (64). Les revues systématiques n'ont pas relevé l'apparition d'une résistance aux antibiotiques en association avec la délivrance du TPP. Enfin, une augmentation ou un maintien au même niveau du taux d'utilisation des préservatifs ont été rapportés par huit études, tandis qu'une étude enregistrait une diminution non significative de ce taux.

### **Acceptabilité (valeurs et préférences)**

L'enquête du NSWP sur les valeurs et les préférences a conclu que les risques potentiels du TPP pour les travailleuses du sexe outrepassaient les bénéfices potentiels de ce traitement. Les travailleuses du sexe avaient signalé des conséquences négatives de l'introduction et de l'emploi du TPP (38). Un consensus a été atteint sur la nécessité de n'utiliser le TPP que dans les conditions les plus strictes et dans des circonstances où les travailleuses du sexe peuvent avoir accès à toutes les informations pertinentes leur permettant de prendre une décision éclairée. En outre, le TPP ne doit être proposé que si sa prise est volontaire et non imposée dans le cadre de mesures de santé publique à caractère coercitif ou obligatoire.

Les participants à l'enquête et à la réunion étaient unanimement d'accord pour dire que le TPP ne doit être proposé que :

- lorsque des services complets de santé génésique (comprenant notamment dépistage, traitement et soins) sont en cours de mise en place ;
- dans le cadre d'un module complet d'interventions visant la prévention, le traitement et la prise en charge sur le plan des soins du VIH et des IST, qui comprennent l'autonomisation de la communauté, des interventions ciblées à l'intention des clients et la promotion des préservatifs.

Ils ont aussi demandé à ce qu'une surveillance permanente des effets négatifs pouvant résulter de la prise du TPP par les travailleuses du sexe soit exercée et à être tenus pleinement informés des éléments nouveaux concernant le TPP et ses effets secondaires.

### **Faisabilité et ressources mises en œuvre**

Inclure le TPP parmi les services de lutte contre les IST à l'intention des travailleuses du sexe s'est avéré faisable dans divers pays (62). La faisabilité de la mise en œuvre à grande échelle d'une combinaison d'interventions comprenant le TPP, avec des taux de couverture et d'utilisation élevés par les travailleuses du sexe, a été démontrée par l'Avahan India AIDS Initiative (65). Le TPP n'est pas une intervention grande consommatrice de ressources, car il ne nécessite ni dépenses financières conséquentes ni moyens humains importants. L'azithromycine et le céfixime peuvent être administrés ensemble sous forme de dose unique et sont disponibles pour un prix d'achat inférieur à US \$1 dans de nombreux pays.

### **Autres points de discussion**

### **Le TPP ne devra être mis en œuvre qu'en tant que mesure d'urgence de courte durée**

en cas de forte prévalence des IST, par exemple plus de 15 %, en attendant d'être supprimé progressivement dès que possible, par exemple au bout de six mois, même si cette prévalence n'a pas baissé, car d'autres mesures devront avoir été mises en place pour maintenir l'effort de lutte contre ces maladies. Sur le plan opérationnel, cela suppose :

- le développement de services de santé génésique appropriés et complets en collaboration avec les travailleuses du sexe ;
- l'utilisation d'antibiotiques sous forme d'associations médicamenteuses en dose unique pour obtenir des taux de guérison élevés ;
- le renforcement de la promotion des préservatifs, avec notamment des mesures pour garantir leur qualité et leur disponibilité dans l'objectif de réduire les taux de réinfection ;
- le renforcement des actions de proximité auprès des travailleuses du sexe pour améliorer la connaissance et l'utilisation des services, ainsi que le taux de couverture correspondant ;
- le renforcement du soutien pour améliorer la sécurité des conditions de travail et augmenter les possibilités d'imposer l'utilisation d'un préservatif ; et
- le recours au TPP seulement s'il est accompagné des autres composantes ci-dessus visant à renforcer la lutte contre les IST et la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe et leurs clients (66).

### **Recommandation**

Nous suggérons de proposer aux travailleuses du sexe exerçant dans des contextes de forte prévalence des IST et d'accès limité aux services cliniques un traitement présomptif périodique contre les IST asymptomatiques.

*Recommandation optionnelle, preuves de qualité moyenne à grande*

Remarques:

1. Le TPP ne doit être mis en œuvre qu'en tant que mesure de courte durée dans les contextes de forte prévalence des IST, par exemple une prévalence des infections à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* supérieure à 15 %.
2. Le TPP contre la gonorrhée et la chlamydiae doit toujours être gratuit, volontaire et confidentiel, s'accompagner de conseils et faire l'objet d'un consentement éclairé.
3. Le TPP contre la gonorrhée et la chlamydiae ne doit être proposé que dans le cadre de services complets de santé génésique (comprenant notamment l'autonomisation de la communauté, la promotion des préservatifs, le dépistage et le traitement des IST et les soins associés à ces infections) ou lorsque des services de lutte contre les IST et le VIH sont en cours de mise en place.
4. Il convient d'exercer une surveillance permanente des effets bénéfiques et négatifs que pourraient subir les travailleuses du sexe du fait de la prise du TPP.

## 4.5 Conseil et dépistage volontaire du VIH

### Considérations générales

Les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH font partie intégrante des stratégies de prévention et de soins visant le VIH/sida partout dans le monde. En associant des conseils personnalisés et la communication du statut VIH, ces services peuvent contribuer à motiver les intéressés à changer de comportements pour prévenir la transmission du virus (67). Ils permettent non seulement aux personnes de faire des choix informés concernant leur vie, mais aussi d'accéder aux services de traitement, de prévention et de soins. La connaissance du statut VIH peut inciter les travailleuses du sexe à privilégier des comportements plus sûrs dans le domaine sexuel ou à conserver de tels comportements et peut également permettre à ceux ou celles vivant avec le VIH d'accéder à des conseils visant à les soutenir, au traitement des infections opportunistes et au traitement antirétroviral (TAR).

### Lignes directrices de l'OMS concernant le conseil et le dépistage volontaire du VIH

L'OMS a mis au point les lignes directrices suivantes s'appliquant à différents contextes :

*Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, 2007 (68).*

L'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA appuient vigoureusement l'élargissement du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du client, mais reconnaissent la nécessité de disposer d'approches innovantes et diversifiées supplémentaires. Les établissements de soins représentent un point de contact clé pour les personnes vivant avec le VIH et ayant besoin d'une intervention préventive, d'un traitement, de soins ou d'un soutien en rapport avec ce virus. D'après des éléments provenant aussi bien de nations industrialisées que de pays à ressources limitées, on laisserait échapper de nombreuses opportunités de diagnostiquer et de conseiller les individus dans les établissements de soins, et le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant faciliteraient le diagnostic et l'accès aux services liés au VIH. Les inquiétudes quant aux risques de contrainte exercée sur les patients, de violation du secret médical et de conséquences préjudiciables de la révélation du statut VIH soulignent l'importance d'une formation appropriée et d'une supervision pour les prestataires de soins de santé, et la nécessité d'une surveillance étroite et d'une évaluation rigoureuse des programmes de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du soignant.

*Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte, 2010 (69).*

Les personnes peuvent continuer d'avoir des pratiques à haut risque (et être infectées après avoir subi le test de dépistage du VIH) ou avoir eu un rapport sexuel à haut risque dans les trois mois précédant ce test de dépistage (et contracté une infection aiguë donnant un résultat négatif à ce test). Par conséquent, l'OMS préconise actuellement que l'on demande aux individus de subir à nouveau un test de dépistage du VIH au bout de six semaines, puis d'être testés ensuite au moins une fois par an.

*Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach, 2012 (70).*

Ces lignes directrices recommandent de proposer davantage le conseil et le dépistage volontaire du VIH aux couples et aux partenaires, en leur apportant un soutien dans la révélation mutuelle de leur statut VIH. Elles recommandent également de proposer le TAR pour prévenir la transmission du VIH à l'intérieur des couples sérodiscordants.

### **Prérequis pour le conseil et le dépistage du VIH**

Il est indispensable que le conseil et le dépistage du VIH respectent les principes de base d'autodétermination, de confidentialité, de prise de décisions de manière éclairée et de protection. Les mêmes principes essentiels doivent être appliqués que le dépistage du VIH soit effectué chez des travailleuses du sexe ou dans la population générale :

- **Recours aux services de dépistage volontaire**  
Le dépistage obligatoire ou forcé n'est jamais une bonne option, que la contrainte provienne de la législation, d'un prestataire de soins ou encore d'un partenaire ou d'un parent.
- **Consentement**  
Les personnes faisant l'objet d'un dépistage du VIH doivent donner leur consentement éclairé à ce dépistage et recevoir des conseils.
- **Confidentialité**  
Les services de conseil et de dépistage du VIH sont confidentiels, ce qui signifie que le contenu de la discussion entre le prestataire de soins et le ou les clients ne pourra être révélé à un tiers, quel qu'il soit, sans le consentement éclairé du client ou des deux partenaires dans un couple (dans le cas des dépistages de couples).
- **Conseil**  
Les services de conseil et de dépistage du VIH doivent être accompagnés avant le test d'informations appropriées et de qualité et, après le test, de conseils. Des mécanismes d'assurance de la qualité et des systèmes de supervision positive doivent être en place pour garantir la délivrance de conseils de grande qualité.
- **Résultats de dépistage corrects**  
Les personnes délivrant des conseils et assurant le dépistage du VIH devront s'efforcer de proposer des services de dépistage de grande qualité. Des mécanismes d'assurance qualité doivent être en place pour garantir la délivrance de résultats de dépistage corrects à la personne testée. Le dispositif d'assurance de la qualité peut aussi comprendre des mesures internes et externes et faire appel au laboratoire national de référence si nécessaire.

- Liens vers d'autres services

Les services de conseil et de dépistage du VIH incluent l'orientation efficace vers des services exerçant un suivi approprié [par exemple TAR ou prévention de la transmission mère–enfant (PTME) selon l'indication, y compris la prévention et le soutien thérapeutique à long terme].

### **Acceptabilité (valeurs et préférences)**

Les répondants à l'enquête et les participants à la réunion ont exprimé à l'unanimité leur désapprobation vigoureuse à l'égard du dépistage obligatoire ou forcé (38). Dans de nombreux pays, il a été signalé que le dépistage obligatoire était utilisé par la police comme menace pour intensifier les manœuvres d'extorsion et exercer un plus grand contrôle sur les travailleuses du sexe. Les résultats sont souvent communiqués à des tierces parties, parmi lesquelles les gérants du travail du sexe et le personnel de proximité. De nombreuses personnes interrogées soulignent qu'une plus large disponibilité du TAR pour les travailleuses du sexe supposerait qu'elles soient plus nombreuses à connaître leur statut VIH, d'où la nécessité de services de dépistage qui leur soient accessibles et qui puissent bénéficier de leur confiance.

### **Recommandation**

Nous recommandons de proposer des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH aux travailleuses du sexe.

*En accord avec les recommandations existantes de l'OMS*

#### Remarques

- Le dépistage du VIH doit être gratuit, volontaire et confidentiel et s'accompagner de conseils et du consentement éclairé de la personne dépistée.
- Le dépistage du VIH doit être lié aux services en rapport avec ce virus.

## **4.6 Traitement antirétroviral**

### **Considérations générales**

Les progrès des traitements contre le VIH/sida ont conduit à des augmentations substantielles de la longévité et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans les pays développés (71). Bien que des études pilotes aient démontré la faisabilité clinique et l'efficacité des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) dans divers pays comme l'Afrique du Sud, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Inde, le Kenya, le Malawi, l'Ouganda et le Sénégal (72–74), l'accès au TAR dans les pays pauvres est limité. Récemment, les perspectives d'élargissement de l'accès au TAR dans les pays pauvres se sont grandement améliorées sous l'effet des efforts nationaux et internationaux pour réduire le coût des antirétroviraux (ARV), de la disponibilité grandissante de génériques bon marché et de l'accroissement du financement apporté par le Fonds mondial de lutte contre la sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Plan d'urgence du

Président des États-Unis d'Amérique pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et autres (74). Cette amélioration de l'accès a soulevé l'espoir de pouvoir sauver de nombreuses vies (75).

En général, il est plus difficile pour les travailleuses du sexe que pour les personnes appartenant à la population générale de rester sous traitement et d'observer correctement celui-ci en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont elles font l'objet en milieu de soins et de leur faible mobilité qui peut être due à de nombreuses raisons, dont le désir d'éviter le harcèlement de la police ou des tenanciers de bordels et la nécessité de rechercher des clients (76). Cependant, délivrer un TAR aux travailleuses du sexe est une opération faisable et aussi efficace que dans la population générale. Des études ont montré que des critères de jugement cliniques et biologiques tels que l'augmentation de la numération des CD4 pouvaient être maintenus chez les travailleuses du sexe (77).

Outre le bénéfice pour les travailleuses du sexe pris individuellement, délivrer le TAR à cette catégorie d'individus peut avoir un impact énorme sur l'épidémie de sida. En effet, les travailleuses du sexe infectées par le VIH ont de nombreux partenaires sexuels et appartiennent à des réseaux sexuels étendus, de sorte qu'il est possible de diminuer le risque de transmission aux autres membres de la collectivité en réduisant notablement leur charge virale par l'administration d'un TAR efficace (78).

### **Lignes directrices de l'OMS concernant le TAR**

Des lignes directrices de l'OMS concernant l'utilisation du TAR pour lutter contre l'infection à VIH chez l'enfant ou l'adolescent ont été publiées initialement en 2002, puis révisées en 2003 et 2006. De nouvelles preuves ont servi de base à l'élaboration des recommandations révisées contenues dans les lignes directrices de 2010. Le processus de formulation s'est appuyé sur des profils GRADE, des revues systématiques et ciblées, des analyses risques/bénéfices, des rapports techniques et l'évaluation de l'impact, de la faisabilité et des coûts (79). L'OMS a entrepris la mise au point de lignes directrices consolidées sur l'utilisation du TAR, qui devraient être publiées en 2013.

Les quatre messages clés véhiculés par les lignes directrices de 2010 peuvent être résumés comme suit :

1. Débuter plus tôt le TAR, c'est-à-dire administrer le traitement avant que le patient ne tombe malade, en commençant à traiter lorsque la numération des CD4 est inférieure ou égale à 350 cellules/mm<sup>3</sup>. Les lignes directrices antérieures recommandaient de démarrer le TAR lorsque cette numération était inférieure ou égale à 200 cellules/mm<sup>3</sup>.
2. Faire appel à des options moins toxiques et moins pénibles pour le patient : réduire le risque d'effet indésirable en employant des médicaments moins toxiques et améliorer l'observance en prescrivant des associations médicamenteuses à dose fixe.
3. Améliorer la prise en charge des co-infections tuberculose/VIH et hépatite B/VIH ; débiter le TAR chez toutes les personnes infectées par le VIH et présentant une tuberculose évolutive ou une hépatite B chronique évolutive, quel que soit le nombre de CD4.

- Promouvoir l'utilisation stratégique de la surveillance en laboratoire : tirer parti de mesures relevant de la surveillance en laboratoire comme la numération des CD4 et la détermination de la charge virale pour améliorer l'efficacité et la qualité du traitement et des soins liés au VIH.

### **Considérations s'appliquant spécifiquement aux travailleuses du sexe sous TAR**

Les principes d'utilisation du TAR, et notamment le moment de débiter le traitement et son contenu, sont identiques pour toutes les populations infectées par le VIH. En conséquence, la prise en charge clinique des travailleuses du sexe séropositives pour le VIH ne doit pas différer de celle d'autres populations et n'impose aucune exigence spéciale. Il n'est donc pas nécessaire de réaliser une revue systématique ou un contrôle des preuves spécifiques supplémentaires.

Certains problèmes peuvent se poser du fait des comorbidités plus fréquentes (avec des IST ou des hépatites, par exemple), d'éventuelles interactions pharmacologiques (dues à l'usage concomitant de drogues légales ou illicites), de traitements par une substance concurrente (thérapie de maintien à la méthadone), du manque de continuité des soins et d'interruptions du traitement (pour emprisonnement ou migration). Les soignants doivent être alertés de la présence de telles problématiques et les gérer conformément aux lignes directrices existantes.

L'accès au traitement et la disponibilité de celui-ci pour les travailleuses du sexe sont un problème relevant des droits de l'homme, qui est traité dans la partie Recommandations essentielles.

### **Acceptabilité (valeurs et préférences)**

Les répondants aux consultations des travailleuses du sexe organisées par le NSWP se sont prononcés en faveur de l'utilisation des mêmes protocoles de TAR que pour les autres adultes infectés par le VIH (38). Il a été vivement insisté sur la nécessité d'un traitement universellement accessible, notamment pour les migrants et les sans-papiers.

#### **Recommandation**

Pour les travailleuses du sexe vivant avec le VIH, nous préconisons l'application des lignes directrices actuelles sur l'utilisation du traitement antirétroviral contre l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent.

*En accord avec les recommandations existantes de l'OMS*

#### Remarques

- Ce n'est pas l'efficacité qui prime en ce qui concerne les travailleuses du sexe, mais l'accès équitable au traitement.
- Le TAR doit être mis à la disposition des travailleuses du sexe infecté(e)s par le VIH dans le cadre d'une démarche globale de soins et de soutien.

## 4.7 Programmes de fourniture d'aiguilles et de seringues

### Considérations générales

Dans certaines zones géographiques, le partage du matériel d'injection est une voie de transmission du VIH parmi les travailleuses du sexe plus importante que les rapports sexuels non protégés. En Asie, en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique latine, il existe un recouvrement substantiel entre les activités de consommation de drogues par injection et de travail du sexe. Dans de nombreux pays, la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est significativement plus élevée chez celles qui s'injectent des drogues que chez les autres (80-84). Outre le risque de contracter le VIH/sida à travers le partage du matériel d'injection, une étude menée au Viet Nam a montré que les travailleuses du sexe consommatrices de drogues avaient une probabilité environ deux fois moindre d'utiliser des préservatifs que celles ne se droguant pas (85).

### Lignes directrices existantes

*Evidence for action technical papers: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. 2004 (86).*

Cette publication ainsi que les autres documents de la même série (y compris ceux sur le traitement de substitution aux opiacés, les interventions de proximité par des pairs et le TAR) visent à rendre accessibles aux décideurs et aux responsables de la planification des programmes les preuves de l'efficacité d'une série d'interventions clés dans la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Les interventions examinées vont de l'apport d'informations et de matériel d'injection stérile au traitement de la dépendance et à son impact sur la prévention du VIH/sida. Chaque publication résume la littérature publiée et examine les implications pour la planification des programmes en accordant une attention particulière aux pays à ressources limitées.

*OMS, ONUDC, ONUSIDA : guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida – 2012 Révision. 2012 (87).*

Ce document contient des recommandations techniques destinées à aider les pays à définir des objectifs ambitieux mais réalisables pour parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables.

Ce guide technique fournit aux pays :

- un cadre et un processus pour définir des cibles nationales
- une série complète d'interventions clés à l'intention des consommateurs de drogues injectables
- un jeu d'indicateurs et de cibles indicatives (ou « repères ») utilisables pour fixer des objectifs programmatiques et suivre et évaluer les interventions contre le VIH destinées aux consommateurs de drogues injectables
- des exemples de sources de données.

---

**Recommandation**

Nous recommandons d'appliquer les recommandations actuelles de l'OMS sur la réduction des effets préjudiciables pour les travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues.

*En accord avec les recommandations existantes de l'OMS*

## 4.8 Vaccination contre le virus de l'hépatite B

### Considérations générales

Plus de 400 millions de personnes de par le monde sont chroniquement infectées par le virus de l'hépatite B (VHB). Ce virus est à l'origine de plus de 300 000 cas de cancer du foie chaque année, soit 82 % des cas de cancer hépatique dans le monde (88). Le VHB se transmet entre les individus par contact avec du sang ou d'autres fluides corporels provenant d'une personne infectée (89). Il peut aussi se transmettre par contact sexuel ou consommation de drogues injectables. Il existe une association entre les pratiques sexuelles à risque et le travail du sexe et l'infection par le VHB dans différentes régions du monde (90–92). Dans diverses études (92,93), les tests de dépistage du VHB se sont révélés positifs chez 22,0 % des hommes, 40,2 % des transsexuels et 51,6 % des femmes qui se prostituent. Heureusement, des vaccins hautement efficaces contre ce virus sont disponibles (94).

### Lignes directrices existantes

*Vaccins anti-hépatite B – Note de synthèse position de l'OMS (2009) (95).*

Le vaccin contre l'hépatite B est efficace à 95 % dans la prévention de l'infection par le VHB et de ses conséquences chroniques. Les vaccins anti-hépatite B actuels font appel à la technologie de l'ADN recombinant et sont sans danger. Trois doses sont nécessaires à une immunisation et à une protection complètes contre une éventuelle infection par le VHB d'après la Note de synthèse position de l'OMS sur les vaccins anti-hépatite B (2009) (95). L'OMS a également publié des recommandations sur la prévention des hépatites virales chez les personnes qui s'injectent des drogues (96).

---

**Recommandation**

Nous recommandons d'inclure les travailleuses du sexe dans la population ciblée par les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB dans les contextes où la couverture par la vaccination des nourrissons n'est pas totale.

*En accord avec les recommandations existantes de l'OMS*

## 5. ASPECTS OPÉRATIONNELS

Si elle est appliquée dans le respect des bonnes pratiques, chacune des recommandations techniques évaluées est en mesure de renforcer les interventions à l'intention des travailleuses du sexe et de contribuer à réduire la transmission du VIH et d'autres IST. Néanmoins, l'ampleur de l'impact dépendra souvent d'une série de facteurs opérationnels et des conditions structurelles sous-jacentes qui influent sur le travail du sexe. Les lignes directrices opérationnelles planifiées prendront en compte ces facteurs de manière plus précise.

Les interventions les plus fructueuses auprès des travailleuses du sexe associent plusieurs composantes, dont la mise en œuvre bénéficie d'une forte implication communautaire et de l'appui des politiques de soutien, et qui permettent de maximiser les résultats positifs. Qu'ils lancent les politiques de promotion des préservatifs au niveau national ou à celui des services de proximité sous direction communautaire, ces programmes reposent sur des combinaisons d'interventions régies par des associations de travailleuses du sexe, sur la promotion des préservatifs et sur les services cliniques préconisés dans ces recommandations. En acquérant de l'expérience, de nombreux programmes ont trouvé des moyens d'accroître la participation des travailleuses du sexe, ce qui a permis d'améliorer leur complétude et leur capacité à répondre aux besoins de cette catégorie sociale et de rendre les environnements plus propices à la prévention du VIH et à l'exercice du travail du sexe.

L'un des objectifs opérationnels les plus importants est d'atteindre les populations concernées et de faire naître chez elles progressivement un sentiment de confiance à l'égard des services proposés. Dans certains cas, les interventions mises en place initialement sous la direction de travailleuses du sexe se sont développées pour devenir des réponses communautaires fortes, remédiant avec succès aux conditions structurelles de vulnérabilité du travail du sexe. Les interventions sous direction communautaire sont un outil puissant, capable d'amener des changements de comportement individuels et de créer un environnement propice à la pratique sans risque du travail du sexe. Il a été constaté que les programmes organisant des actions de proximité sous direction communautaire contribuaient à accroître les connaissances sur le VIH et l'utilisation de préservatifs, et à faire régresser les comportements sexuels à risque chez les travailleuses du sexe de divers pays (4,47,48,97). L'autonomisation de la communauté est un processus dirigé par les travailleuses du sexe faisant intervenir une action collective pour remettre en cause les structures de pouvoir qui dénie à cette catégorie d'individus l'accès aux ressources sociales et matérielles, y compris, mais non exclusivement, les services en rapport avec la santé et le VIH.

Les travailleuses du sexe ont besoin de soins médicaux accessibles, acceptables et de bonne qualité à tous les niveaux, pouvant être prodigués par divers canaux tels que les services sous la direction d'associations de travailleuses du sexe, y compris les services de médecine clinique, de réduction des effets préjudiciables et de traitement médicamenteux, et les services intégrés délivrés par les centres de santé sexuelle et génésique et les centres de santé primaire. Quel que soit le modèle utilisé, les caractéristiques importantes sont entre autres le caractère accessible et approprié du lieu, des horaires d'ouverture pratiques, des soins de santé abordables voire gratuits, la confidentialité et une attitude exempte de jugement des prestataires de services (98,99). La promotion des services cliniques dans la communauté, ainsi

que les messages de renforcement des changements comportementaux et de promotion des préservatifs délivrés dans la pratique clinique contribueront à renforcer encore la synergie prévention/soins.

L'environnement politique et les facteurs structurels ont également une importance critique. Les programmes d'action de proximité et de promotion des préservatifs et les services cliniques sont des interventions essentielles, mais dont l'efficacité peut être restreinte par des environnements hostiles ou répressifs. Les programmes ayant réussi à introduire des changements « structurels » pour améliorer les conditions d'exercice du travail du sexe font aussi partie de ceux ayant obtenu les résultats les plus impressionnants en matière de prévention du VIH/des IST. Ces changements sont notamment les suivants : a) rendre possible l'utilisation des préservatifs dans les établissements où se pratique le travail du sexe, et b) réduire les niveaux de discrimination, de harcèlement et de violence qui empêchent les travailleuses du sexe d'accéder à ces services et de participer activement aux programmes. Les politiques destinées à promouvoir ces changements et approuvées à un haut niveau politique facilitent grandement la mise en œuvre des programmes et leur élargissement à l'échelle nationale.

## 6. LACUNES EN MATIÈRE DE RECHERCHE ET ADAPTATIONS FUTURES DES RECOMMANDATIONS

La plus grande priorité pour la recherche est peut-être de rendre ces recommandations opérationnelles dans différents contextes. La recherche opérationnelle liée aux interventions doit faire partie du processus d'adaptation et de mise en œuvre des recommandations.

Les présentes recommandations ont été élaborées à partir des questions PICO formulées en 2010. Comme le corpus de données étayant les interventions liées au VIH s'accroît constamment, des connaissances nouvelles peuvent apparaître et des stratégies de santé publique s'en inspirant peuvent voir le jour. Cela peut conduire à formuler de nouvelles questions PICO auxquelles devront répondre les futures revues et adaptations de ces recommandations. En outre, les revues systématiques réalisées aux fins des présentes recommandations ont révélé d'importantes lacunes dans les preuves que nous exposons ci-après. Les recherches futures devront entre autres viser à combler ces lacunes.

### 6.1 Autonomisation de la communauté

L'autonomisation de la communauté est définie de manière très large et ses différentes composantes ne sont pas clairement explicitées. Il est nécessaire de mener des recherches sur le plan qualitatif pour mieux caractériser et comprendre l'autonomisation de la communauté et ce en quoi elle diffère des activités de mobilisation. Il faut également mettre au point et valider des instruments de mesure pour évaluer les critères de jugement aux niveaux communautaire et individuel liés à cette autonomisation.

Les preuves des effets de l'autonomisation de la communauté en matière de prévention du VIH ont été évaluées comme de très faible qualité en appliquant le processus GRADE. Néanmoins, les ECR ne conviennent pas pour répondre à ces types de questions. Il conviendrait de mener des études plus qualitatives et descriptives. Ces études devront aussi être réalisées dans des lieux géographiques plus diversifiés. Par exemple, la majorité des études prises en compte dans la revue actuelle ont été menées en Inde et certaines en Amérique latine. Il est nécessaire de réaliser davantage d'études dans d'autres régions du monde, et notamment en Asie et en Afrique.

L'autonomisation de la communauté est un critère de jugement important en soi. Par conséquent, ses autres impacts en matière de santé et de droits devront faire l'objet d'une documentation plus poussée.

### 6.2 Dépistage des IST

La plupart des études et des mesures de santé publique portant sur le dépistage des IST et le TPP ont concerné des femmes, car on considère que celles-ci ont une plus grande probabilité de souffrir d'infections asymptomatiques que les hommes et qu'elles supportent une charge importante d'IST non traitées et de complications associées. Cependant, il existe des éléments

indiquant que le pourcentage d'IST asymptomatiques peut également être considérable chez les hommes (5,100). Des recherches supplémentaires devront être menées sur les stratégies de dépistage à appliquer aux travailleurs du sexe masculins et transsexuels.

### 6.3 Diagnostic et traitement des IST

Pour les travailleurs du sexe masculins et plus spécifiquement pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des algorithmes de prise en charge des IST rectales ont été proposés mais n'ont pas encore été validés. Il est nécessaire de mettre au point et de valider des algorithmes pour le diagnostic des IST pharyngées et rectales (5). Il convient de noter que les femmes, y compris les travailleuses du sexe, ont aussi des rapports sexuels anaux et oraux et cet aspect devra être pris en compte dans les recherches à venir.

L'absence de tests au point de soins abordables, simples et rapides pour les infections à *Chlamydiae* et pour la gonorrhée constitue l'un des principaux obstacles au dépistage et au diagnostic des IST tant chez les hommes que chez les femmes. La mise au point de tels tests est considérée comme une priorité absolue pour la recherche sur les IST par les administrateurs de programmes de lutte contre ces maladies et les spécialistes du domaine.

### 6.4 TAR à visées préventives

Un ECR a démontré que l'administration précoce du TAR réduisait de plus de 96 % la transmission du VIH par voie sexuelle chez les couples sérodiscordants (78). L'impact pratique de ces résultats et leur importance en termes de santé publique doivent encore être évalués. Néanmoins, l'effet du traitement précoce sur les travailleuses du sexe et leurs partenaires pourrait être considérable, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'efficacité et les aspects opérationnels d'une telle stratégie. Les recommandations de l'OMS pour le conseil et le dépistage du VIH à l'intention des couples préconisent de proposer le TAR pour prévenir la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants, y compris les travailleuses du sexe en situation de couple sérodiscordant (70).

## 7. CONCLUSIONS

Les travailleuses du sexe font partie des populations les plus touchées par les IST et le VIH depuis le début de l'épidémie. Les interventions efficaces visant cette catégorie d'individus sont des composantes importantes des stratégies globales de prévention du VIH et des IST. Cependant, les indications sur la façon de constituer des programmes efficaces pour lutter contre le VIH dans le contexte du travail du sexe restent rares.

Ces recommandations sont les premières reposant sur des éléments factuels pour concevoir, mettre en œuvre et surveiller des interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH et des IST chez les hommes, les femmes et les transsexuels qui se prostituent. Elles formeront la trame de guides de mise en œuvre pratiques qui pourront différer selon les pays.

Une révision de ces recommandations est prévue en 2016, date avant laquelle des plans seront mis au point pour évaluer leur qualité, leur utilité et leur impact.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4(2):139–144.
2. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5(6):715–721.
3. Hunt CW. Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, 1989, 30(4):353–373.
4. Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16(2):251–258.
5. Vuylsteke B et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire: need for services tailored to their needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 11 February 2012; doi:10.1136/sextrans-2011-050276.
6. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 15 March 2012; doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
7. Gragnic G et al. HIV-1 and HIV-2 seropositivity among female sex workers in the Tenere Desert, Niger. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 92(1):29.
8. Mgone CS et al. Human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among female sex workers in two major cities in Papua New Guinea. *Sexually Transmitted Diseases*, 2002, 29(5):265–270.
9. Morison L et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2001, 15 (Suppl 4):S61–S69.
10. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*, 2005, 366(9503):2123–2134.
11. Vuylsteke B. Preventing HIV among sex workers. In: Mayer K, Pizer HF, eds. *HIV prevention: a comprehensive approach*. Burlington, MA, Academic Press, 2009: 376–406.
12. Plummer FA et al. The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. *AIDS*, 1991, 5:S169–S176.
13. Thomas JC, Tucker MJ. The development and use of the concept of a sexually transmitted disease core. *Journal of Infectious Diseases*, 1996, 174:S134–S143.
14. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81(3):201–206.
15. Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Annual Review of Sex Research*, 2001, 12:242–289.
16. UNAIDS. *Sex work and HIV/AIDS*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
17. Platt L. *Profile of sex workers in Moscow*. Moscow, AIDS Infoshare, 1998.
18. Dehne KL et al. Update on the epidemics of HIV and other sexually transmitted infections in the newly independent states of the former Soviet Union. *AIDS*, 2000, 14 (Suppl 3):S75–S84.
19. ONUSIDA. *Le VIH et le travail du sexe – Note d'orientation de l'ONUSIDA*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, mise à jour 2012. Disponible en anglais à l'adresse : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2009/jc1696\\_guidance\\_note\\_hiv\\_and\\_sexwork\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2009/jc1696_guidance_note_hiv_and_sexwork_fr.pdf) (consulté le 6 juin 2012).
20. Laga M et al. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet*, 1994, 344(8917):246–248.
21. Alary M et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 2002, 16(3):463–470.
22. Ghys PD et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS*, 2001, 15(11):1421–1431.
23. Wi T et al. STI declines among sex workers and clients following outreach, one time presumptive treatment, and regular screening of sex workers in the Philippines. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(5):386–391.

24. Levine WC et al. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS*, 1998, 12(14):1899–1906.
25. Steen R et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27(1):1–8.
26. Global HIV Prevention Working Group. *Bringing HIV prevention to scale: an urgent global priority*. June 2007. Available at: [http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG-HIV\\_prevention\\_report\\_FINAL.pdf](http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG-HIV_prevention_report_FINAL.pdf) (consulté le 6 juin 2012).
27. OMS. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible en anglais à l'adresse : [http://www.who.int/hiv/pub/guidance\\_prep/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/) (consulté le 28 septembre 2012). WHO. *HIV/AIDS sex work toolkit – targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*, Geneva, WHO, 2004. Available at: <http://who.arvkit.net/sw/en/contentdetail.jsp?ID=33&d=sw.00.03> (accessed on 06 June 2012).
28. OMS. *HIV/AIDS sex work toolkit – targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible en anglais à l'adresse : <http://who.arvkit.net/sw/en/contentdetail.jsp?ID=33&d=sw.00.03> (consulté le 6 juin 2012).
29. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–926.
30. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):401–406.
31. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):407–415.
32. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence – publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1277–1282.
33. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 6. Rating the quality of evidence – imprecision. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1283–1293.
34. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence-inconsistency. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1294–1302.
35. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence-indirectness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1303–1310.
36. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1311–1316.
37. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7652):1049–1051.
38. Network of Sex Worker Projects. *Female, male and transgender sex workers' perspective on HIV and STI prevention and treatment services: a global sex worker consultation*. Edinburgh, NSWP, 2011. Disponible en anglais à l'adresse : [http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-%20WHO%20Consultation%20Report%20updated\\_0.pdf](http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-%20WHO%20Consultation%20Report%20updated_0.pdf) (consulté le 4 juillet 2012).
39. Nations Unies. Déclaration *universelle des droits de l'homme*. 1948. Disponible en français à l'adresse : <http://www.un.org/fr/documents/udhr/> (consulté le 6 juin 2012).
40. *La Déclaration et le Programme d'action de Vienne*. Vienne, Assemblée générale, 12 juillet 1993 (A/CONF.157.23) adoptés (le 25 juin 1993) par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme. Disponible en français à l'adresse : [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.conf.157.23.fr](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.conf.157.23.fr) (consulté le 6 juin 2012).
41. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales. Version consolidée*. Genève, ONUSIDA, 2006. (HR/PUB/06/9). Disponible en français à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2006/>.
42. HCDH et OMS. *Le droit à la santé : Fiche d'information N° 31*. Genève, Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la Santé, 2008. Disponible en français à

l'adresse : <http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/FactSheets.aspx> (consulté le 6 juin 2012). United Nations General Assembly. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Anand Grover*. Avril 2010 (UN doc. no. A/HRC/14/20). Available at: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf> (accessed on 06 June 2012).

43. Assemblée générale des Nations Unies. *Rapport spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover*. Avril 2010 (UN doc. no. A/HRC/14/20). <http://www2.ohchr.org/french/bodies/hrcouncil/14session/A.HRC.14.20.pdf> (consulté le 6 juin 2012).
44. Sweat MD, Denison JA. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS*, 1995, 9 (Suppl A):S251–S257.
45. Sweat M et al. Cost-effectiveness of environmental–structural communication interventions for HIV prevention in the female sex industry in the Dominican Republic. *Journal of Health Communication*, 2006,11 (Suppl 2):123–142.
46. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS*, 2000, 14 (Suppl 1):S11–S21.
47. Kerrigan D et al. Environmental–structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(1):120–125.
48. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 2001, 16(2):179–185.
49. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6(3):197–205.
50. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3):400–405.
51. Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Studies in Family Planning*, 2004, 35(1):39–47.
52. Hanenberg RS et al. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344(8917):243–245.
53. Rojanapithayakorn W, Goedken J. Lubrication use in condom promotion among commercial sex workers and their clients in Ratchaburi, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1995, 78(7):350–354.
54. Fontanet AL et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14):1851–1859.
55. Hoke TH et al. Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers. *International Journal of STD and AIDS*, 2007, 18(7):461–466.
56. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Library*, 2009: DOI: 10.1002/14651858.CD003255.
57. Wasserheit JN. The significance and scope of reproductive tract infections among Third World women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics (Supplement)*, 1989, 3:145–168.
58. OMS. *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Disponible en français à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241546263/fr/index.html> (consulté le 6 juin 2012).
59. Behets FM et al. Evidence-based treatment guidelines for sexually transmitted infections developed with and for female sex workers. *Tropical Medicine and International Health*, 2003, 8(3):251–258.
60. Vuylsteke B et al. Clinical algorithms for the screening of women for gonococcal and chlamydial infection: evaluation of pregnant women and prostitutes in Zaire. *Clinical Infectious Diseases*, 1993, 17(1):82–88.
61. Sloan NL et al. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):55–68.

62. Steen R et al. Periodic presumptive treatment of curable sexually transmitted infections among sex workers: a systematic review. *AIDS*, 2012, 26(4):437–445.
63. Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection control with sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(22):74–90.
64. OMS. *Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible en anglais sur : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf) (consulté le 11 juin 2012).
65. Das A et al. Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among female sex workers in two cities of India. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2011, 2011:494769.
66. Steen R, Chersich M, de Vlas SJ. Periodic presumptive treatment of curable sexually transmitted infections among sex workers: recent experience with implementation. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2012, 25(1):100–106.
67. Denison JA et al. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 2008, 12(3):363–373.
68. OMS. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Disponible en français à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/> (consulté le 8 juin 2012).
69. OMS. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible en français à l'adresse : [http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/index.html) (consulté le 8 juin 2012).
70. OMS. *Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible en anglais à l'adresse : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf) (consulté le 8 juin 2012).
71. Jacobson LP et al. Evaluation of the effectiveness of highly active antiretroviral therapy in persons with human immunodeficiency virus using biomarker-based equivalence of disease progression. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(8):760–770.
72. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358(9279):404–409.
73. Kasper T et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource poor settings. *Essential Drugs Monitor*, 2003, 32:20–21.
74. Attawell K, Mundy J. *Provision of antiretroviral therapy in resource-limited settings: a review of experience up to August 2003*. Report prepared by the Health Systems Resource Centre for the UK Department for International Development in collaboration with the World Health Organization. London, DFID, 2003.
75. OMS. *La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel : rapport de situation 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. Disponible en français à l'adresse : <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44866> (consulté le 6 juin 2012).
76. Mills EJ et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e438.
77. Huet C et al. Long-term virological, immunological and mortality outcomes in a cohort of HIV-infected female sex workers treated with highly active antiretroviral therapy in Africa. *BMC Public Health*, 2011, 11:700.
78. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(6):493–505.
79. OMS. *ART guidelines for adults and adolescents – evidence map*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible en anglais à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/evidence/en/index.html> (consulté le 6 juin 2012).
80. Chen XS et al. Sexually transmitted infections among female sex workers in Yunnan, China. *AIDS Patient Care and STDs*, 2005, 19(12):853–860.

81. Sethi G et al. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male sex workers in London over a 10 year period. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(5):359–363.
82. Todd CS et al. Prevalence and correlates of human immunodeficiency virus infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Sexually Transmitted Diseases*, 2006, 33(8):496–501.
83. Tran TN et al. HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 39(5):581–586.
84. Verster A et al. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997–1998. *AIDS Care*, 2001, 13(3):367–372.
85. Monitoring the AIDS Pandemic Network. *Sex work and HIV/AIDS in Asia: MAP report*. 2005. Available at: [http://aidsdatahub.org/dmdocuments/MAP\\_Report\\_2005\\_Sex\\_Work\\_and\\_HIVAIDS\\_in\\_Asia.pdf](http://aidsdatahub.org/dmdocuments/MAP_Report_2005_Sex_Work_and_HIVAIDS_in_Asia.pdf) (accessed on 06 June 2012).
86. OMS. *Evidence for Action technical papers. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible en anglais à l'adresse : [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/effectivenesssterileneedle.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf) (consulté le 8 juin 2012).
87. OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA*. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>.
88. Lee WM. Hepatitis B virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(24):1733–1745.
89. Lemon SM, Lok A, Alter M. Viral hepatitis. In: Holmes KK et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. New York, McGraw-Hill, 2008.
90. Todd CS et al. HIV, hepatitis B, and hepatitis C prevalence and associated risk behaviors among female sex workers in three Afghan cities. *AIDS*, 2010, 24 (Suppl 2):S69–S75.
91. Nuttbrock L et al. Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52(3):417–421.
92. Nguyen CH et al. Prevalence of HBV infection among different HIV-risk groups in Hai Phong, Vietnam. *Journal of Medical Virology*, 2011, 83(3):399–404.
93. Dos Ramos Farias MS et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *International Journal of Infectious Diseases*, 2011, 15(9):e635–e640.
94. Lai CL et al. Viral hepatitis B. *Lancet*, 2003, 362(9401):2089–2094.
95. OMS. Vaccins anti-hépatite B. Note de synthèse position de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:405–420. Disponible en français à l'adresse : <http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf> (consulté le 6 juin 2012).
96. OMS. *Guidance on prevention of viral hepatitis among people who inject drugs*. Geneva, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html> (consulté le 6 novembre 2012).
97. Geibel S et al. The impact of peer outreach on HIV knowledge and prevention behaviours of male sex workers in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 13 February; doi:10.1136/sextrans-2011-050224.
98. Vuylsteke B et al. Quality of sexually transmitted infections services for female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9(5):638–643.
99. Nyamuryekung'e K et al. STD services for women at truck stop in Tanzania: evaluation of acceptable approaches. *East African Medical Journal*, 1997, 74(6):343–347.
100. Heiligenberg M et al. High prevalence of sexually transmitted infections in HIV-infected men during routine outpatient visits in the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 2012, 39(1):8–15.
101. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, Rights & Health*. New York, UNDP, 2012.



Pour en savoir plus, veuillez contacter :

Organisation mondiale de la Santé  
Département of VIH/sida  
20, avenue Appia  
CH-1211 Genève 27  
Suisse

Courriel: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

<http://www.who.int/hiv/fr>

ISBN 978 92 4 150474 3

