



examen des preuves

Des interventions qui visent la prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH chez les travailleuses du sexe et chez leurs clients payants et leurs partenaires non payants au Canada

Introduction

Les travailleuses du sexe (TS) constituent un groupe hétérogène qui offre des services sexuels en échange d'argent, de biens ou de services (1). Nous n'avons pas de chiffres approximatifs sur le nombre de TS et de

Le présent examen des preuves s'inscrit dans une série sur la prévention et le contrôle du VIH et est organisé par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Il a pour objectif de renseigner les praticiens de la santé publique et les travailleurs communautaires tout en orientant leur pratique.

clients au Canada (2), mais certains suggèrent que les TS pourraient compter dans les dizaines de millions à l'échelle mondiale et que le nombre de clients hommes pourraient se chiffrer à des centaines de millions (3). Les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe proviennent de divers groupes marginalisés et leurs fonctions varient en allant de travailleuses du sexe de la rue à des travailleuses dans des maisons de prostitution à des travailleuses dans des bureaux d'hôtesse. Malgré le fait qu'au Canada, jusqu'à 80 % des TS travaillent à l'intérieur, tel que dans des studios de massage, des bureaux d'hôtesse et dans des maisons de prostitution privées qui offrent des visites sur les lieux ou à l'extérieur,

Faits saillants

- Une évaluation rigoureuse des interventions en matière de prévention du VIH et des ITS chez les travailleurs du sexe s'avère difficile.
- Il se pourrait que le fait d'aborder les déterminants de la santé à un plus haut niveau au moyen d'interventions organisationnelles et améliorées aide à rompre le cycle de l'inégalité, de la pauvreté et de mauvais résultats évitables en matière de santé chez les xTS.
- Les interventions qui réduisent les comportements sexuels à risque, qui font la promotion de l'utilisation régulière du condom et qui améliorent l'accès au traitement des ITS pourraient réduire ou empêcher l'infection à VIH ou les ITS chez les travailleurs du sexe.
- Il n'existe que peu de données probantes qui indiquent que le dépistage ponctuel des ITS et les traitements périodiques des ITS dans les pays développés offrent une protection efficace contre le VIH.
- Les interventions organisationnelles, les changements en matière de politiques et l'autonomisation des travailleurs du sexe pourraient améliorer les programmes de prévention actuels, ce qui aurait pour effet de réduire la prévalence du VIH et des ITS.
- La mise en œuvre des interventions qui prônent une utilisation du condom à 100 % a été réussie dans les pays de l'Asie du Sud-Est à ceux des Caraïbes en donnant des résultats favorables en matière de santé.
- Les programmes de prévention du VIH et des ITS devraient encourager les TS et leurs partenaires non payants à utiliser le condom.

presque toute la recherche est axée sur les travailleurs du sexe plus visibles dans la rue (4). De plus, bien que le travail de prostitution fasse forcément intervenir deux personnes, la plupart des efforts de prévention du VIH se sont concentrés sur les TS et non sur leurs clients payants ou sur leurs partenaires non payants.

Le présent examen des preuves décrit la prévalence et les risques du VIH chez les TS au Canada et il énonce plusieurs interventions qui pourraient réduire la transmission par voie sexuelle du VIH parmi les TS, leurs clients et leurs partenaires non payants. Bon nombre de ces interventions ont été étudiées dans le contexte de pays ayant peu de ressources et l'application de ces interventions au Canada reste à déterminer.

Quelle est la prévalence du VIH chez les TS?

À l'échelle mondiale, la prévalence du VIH chez les TS varie en allant de moins de 2 % en Europe (5), en Chine, en Australie, en Bolivie et au Mexique (3), à jusqu'à 68 % en Zambie et 73 % en Éthiopie (6). Les Pays-Bas se situent au milieu de l'échelle et affichent un taux de prévalence de 7 % chez les TS (7).

Au Canada, la proportion des femmes nouvellement dépistées pour des infections à VIH a augmenté de 11 % en 1997 à 28 % en 2006 (8). De 2001 à 2006, 62 % des nouvelles infections chez les femmes avaient été contractées par voie sexuelle et 32 % étaient liées à l'utilisation de drogues injectables (9). La proportion de ces infections qui seraient attribuables au travail de prostitution n'est pas connue.

Les TS les plus à risque pour le VIH sont celles qui s'injectent de drogues ou qui ont des antécédents d'UDI, ou qui ont des partenaires non payants à risque élevés.

Il est difficile d'obtenir des échantillons représentatifs de TS à des fins d'estimations de la prévalence du VIH (10, 11). Cependant, on a estimé la prévalence du VIH chez certaines sous-populations de TS. Les TS les plus à risque pour le VIH sont celles qui s'injectent de drogues ou qui ont des antécédents d'UDI (12, 13), ou qui ont des partenaires non payants à risque élevés (14). Parmi les échantillons de TS de la rue qui fréquentaient des haltes-accueils du quartier Est du centre-ville de Vancouver, environ 25 % ont fait des tests positifs pour le VIH et de ce chiffre, 57 % étaient utilisatrices de drogues injectables et 13 % partageaient le nécessaire des drogues à injecter avec les clients (15, 16). Parmi les échantillons de femmes de la rue situées à Vancouver et à Montréal, 29 % étaient infectées au VIH sans distinction entre celles qui offraient des services sexuels et celles qui n'en offraient pas (17). Les résultats d'une étude de surveillance menée par l'Agence de la santé publique du Canada indiquaient que, parmi les utilisatrices de drogues injectables (UDI), presque un tiers (N = 266/799) a admis qu'elles avaient eu des relations sexuelles avec des clients hommes au cours des six derniers mois; parmi les femmes qui avaient des clients hommes, 80 % avaient toujours utilisé des condoms. En revanche, parmi les utilisateurs de drogues injectables, 8 % (N = 124/1544) avaient admis avoir payé pour des services sexuels au cours des six derniers mois dont 65 % utilisaient toujours des condoms (18).

Quel est le risque de la transmission du VIH des TS et de leurs clients hommes?

Les clients hommes agissent d'intermédiaires dans la transmission du VIH par les TS aux femmes à faible risque de la population générale (19). On renvoie souvent à la population passerelle lorsqu'on fait mention de ces clients hommes. En 1998, le taux de prévalence du VIH se chiffrait à 41 % chez les TS, à 8 % chez les clients et à 16 % chez les partenaires non payants comparativement aux taux de prévalence du VIH respectif de 3,3 % et de 3,4 % chez les hommes et les femmes de la population générale de Cotonou du Bénin. Les résultats d'un sondage indiquaient que 30 % des hommes pourraient visiter une TS au cours d'une année donnée et les estimations des études de modélisation indiquent que 1 % des femmes qui ne travaillent pas dans l'industrie du sexe auraient été exposées au VIH au cours de la dernière année par suite à des relations sexuelles non protégées avec des clients hommes des TS (20). D'après ce modèle, il se pourrait que la plupart des nouvelles infections à VIH chez les femmes qui ne travaillent pas dans l'industrie du sexe de Cotonou au Bénin s'expliquent par la transmission du VIH par les clients hommes. Ce n'est pas un fait universel que les TS soient à risque élevé pour le VIH. Quoiqu'il soit important de ne pas trop prêter d'importance au rôle des TS dans l'épidémie mondiale, il est tout aussi important de ne pas négliger les taux d'infection élevés chez certains groupes et leurs clients ou partenaires hommes (1).

Les partenaires non payants des TS sont-ils à risque de contracter le VIH?

Les TS sont moins portées à utiliser des condoms avec leurs partenaires intimes qu'avec leurs clients payants (5, 21 à 24). Dans une étude qualitative qui comprenait 69 TS menée à Halifax (Nouvelle-Écosse), la plupart des femmes ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom avec leurs partenaires non payants (22). On considérait que l'utilisation du condom était impersonnelle et donc appropriée avec les clients, mais inappropriée lorsqu'elles désiraient une intimité affective avec leurs partenaires intimes (21 à 24).

Les déterminants sociaux de la santé sont-ils associés au risque d'infection à VIH?

Les déterminants sociaux de la santé constituent les conditions sociales, économiques et organisationnelles qui influent sur la santé des personnes et des collectivités en définissant les ressources à la disposition des personnes de manière à ce qu'elles puissent bien fonctionner au sein de leur milieu et répondre à leurs besoins (25). Les TS, particulièrement les TS de la rue, font face à toute une gamme de défis qui affectent leur santé, y compris la violence, la discrimination, l'isolement social, la pauvreté, un logement instable, le sans-abrisme et les dépendances. (12, 16, 27 à 29). Les obstacles à l'accès aux services de santé et sociaux comprennent les installations de services de santé qui offrent des heures d'ouverture restreintes, le manque de services à l'intention des femmes, les préoccupations sur la vie privée et sur la divulgation, et un service de transport réduit aux points de service (15, 30). Les obstacles à la participation aux services de traitement antirétroviral (ARV) comprennent la peur des effets secondaires, un manque de connaissances liées au traitement ARV, le fait de ne pas être en mesure de prendre des médicaments tous les jours et la peur que les autres personnes les soupçonnent d'être positifs pour le VIH (15).

Les femmes d'origine autochtone, qui sont plus susceptibles d'abus sexuel, sont surreprésentées dans les nouvelles infections à VIH au Canada, font l'objet d'un niveau de discrimination considérable et font face à un nombre d'obstacles appréciable lorsqu'elles tentent de se prévaloir de services (31). La stigmatisation des TS limite leurs possibilités sur le plan économique et social aussi bien que leur autonomie personnelle, et elle accroît leur risque d'abus et d'infections transmises sexuellement (ITS).

Les études ont conclu que 90 % des TS de la rue du quartier Est du centre-ville de Vancouver avaient été agressées et que 78 % avaient été abusées sexuellement par un client (14, 32). Les rues, notamment celles dont l'éclairage est faible, constituent un milieu qui augmente le risque de violence comparé aux endroits où les services sexuels sont offerts à l'intérieur (22). Des études menées antérieurement sur les TS ont indiqué que la violence agissait à titre d'obstacle organisationnel important dans les efforts de prévention du VIH (33 à 37).

Les obstacles organisationnels et environnementaux servent-ils à réduire l'utilisation du condom?

Les données probantes ont indiqué que les lois qui régissent le travail de prostitution de la rue ont l'effet de renforcer la présence policière et les descentes, et de déplacer les marchés du sexe aux quartiers périphériques. Le phénomène perturbateur réduit indirectement l'utilisation du condom chez les TS (37 à 39). Par exemple, l'étude menée par Shannon et autres a trouvé que parmi 205 TS de Vancouver qui utilisaient également des drogues, celles qui ont quitté les rues principales en raison de la police de la localité et des restrictions de zones (attribuables à des accusations de sollicitation ou liées à la drogue), ont connu une triple augmentation de la probabilité d'avoir des relations sexuelles sous pression et sans condom, et celles qui offraient leurs services aux clients à l'intérieur de voitures ou dans des endroits publics connaissaient une double augmentation (37). Les facteurs attribuables à la double augmentation de la probabilité des relations sexuelles non protégées comprenaient des TS qui étaient sous l'effet du crack lorsqu'elles fournissaient des services sexuels et des TS qui étaient menacées d'acte de violence par un client (37). Cette étude fournit des données probantes qui confirment qu'un renforcement de la présence policière et le déplacement des services sexuels des travailleurs du sexe de la rue à des endroits publics et autres contribuent à l'augmentation du risque de relations sexuelles non protégées.

Une étude ethnographique sur le démantèlement de la zone de prostitution de Goa appelée Baina laissait entendre que les employés du milieu de la prostitution qui étaient concentrés, homogènes et situés dans des maisons de prostitution en Inde ont vu une évolution rapide vers des marchés de travailleurs du sexe hétérogènes, clandestins et déplacés (40). Le contexte social de l'industrie du sexe qui s'est dégagé du démantèlement de Baina a eu pour effet un risque plus élevé des relations sexuelles non protégées. Les services bien établis liés au VIH ont été abolis et on n'a pas pu faire de suivi auprès des clients des TS qui s'étaient déplacés aux quartiers périphériques. Le harcèlement policier persistant des travailleuses du sexe par suite au démantèlement a réduit l'autonomie personnelle et la prise en charge des TS, et a aggravé leur marginalisation et leur exclusion. Une étude subséquente menée par les mêmes personnes comparait l'incidence du VIH et des ITS chez les travailleuses du sexe qui offraient leurs services à l'intérieur lorsqu'elles étaient dans la zone de prostitution de Baina et l'incidence de celles qui n'avaient jamais travaillé dans la zone de Baina (41). On a trouvé que les travailleuses du sexe qui avaient été situées dans la zone de prostitution de Baina étaient moins aptes à contracter des ITS non guérissables (rapport de cotes ajusté de 0,27), étaient plus susceptibles d'avoir été initiées à la prévention du VIH et disaient utiliser le condom plus régulièrement lorsque avec des clients que les travailleuses du sexe qui n'avaient jamais travaillé à Baina (41). L'étude sur le démantèlement de la zone de prostitution de Goa a mis en valeur la peur, l'insécurité et les besoins économiques comme étant les facteurs primaires responsables de la remise en question de la priorité de la santé-sexualité des travailleuses du sexe à court terme (40). À Vancouver, on a trouvé que la violence et la présence policière ont entraîné le déplacement des TS de la rue aux secteurs industriels et aux rues secondaires où il n'existe pas de services de soutien sociaux et en matière de santé (36, 37).

Quelles sont les interventions qui réduisent les méfaits?

Bon nombre d'examen et de méta-analyses sur les interventions de réduction des méfaits visant la réduction de l'infection à VIH ont confirmé que les programmes d'échange de seringues (PES), les sites d'injection supervisés (SIS) et le traitement à la méthadone sont efficaces et servent à réduire le partage d'aiguilles et à améliorer l'accès aux services de santé, au traitement pour toxicomanie et aux ressources d'appui (42 à 46). Dans le cadre d'une étude menée à Vancouver sur les TS utilisatrices de drogues injectables (N = 116), 60 % des participantes avaient accès à des seringues distribuées par le personnel d'un PES itinérant, 56 % avaient eu accès à des seringues distribuées par le personnel d'un PES, 47 % avaient eu accès à un SIS et 11 % avaient obtenu des seringues de travailleurs d'approche (36). Un programme itinérant qui se concentrait sur le traitement des toxicomanes destiné aux TS de la ville de New York (N = 144), a eu pour effet la détoxication de 35 % et le traitement à la méthadone de 43 % des 78 utilisatrices d'héroïne (14). Les résultats d'un autre programme itinérant offert de l'intérieur d'un fourgon à Vancouver ont indiqué que plus de 90 % (N = 90) des clients ont dit que le fourgon leur donnait un sentiment de sécurité dans la rue; 16 % des clients ont rappelé un incident précis où la présence du fourgon les avait protégés d'une agression physique, tandis que 10 % des clients ont rappelé un incident où la présence du fourgon avait empêché une agression sexuelle (47). Puisque de nombreuses TS travaillent pendant la nuit et dorment pendant la journée, les services itinérants leur permettent un accès aux services de santé et aux services complémentaires.

Les données probantes ont indiqué que les lois qui régissent le travail de prostitution de la rue ont l'effet de renforcer la présence policière et les descentes, et de déplacer les marchés du sexe aux quartiers périphériques.

Les TS ne peuvent pas se fier à la police pour qu'elle les protège contre des actes de violence et de viol (36, 37, 48, 49). Au Canada, l'article 213(1) du *Code criminel* stipule que le fait de communiquer avec quelqu'un à des fins de prostitution en public constitue une infraction, ce qui fait qu'il soit impossible d'effectuer ses fonctions de travailleur du sexe sans enfreindre la loi, et que le fait d'exploiter une maison de prostitution soit illégal. Certains prétendent que la décriminalisation du travail de prostitution pourrait réduire les actes de violence commis par les clients, la police et les tierces partis, et pourrait améliorer l'accès aux services de santé et de soutien (15, 37). Des pays tels que la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et l'Australie ont décriminalisé certains aspects du travail de prostitution (15, 19). La décriminalisation et l'application uniforme des lois ont réussi à réduire les méfaits au moyen de tests de dépistage obligatoires pour le VIH des TS dans les maisons de prostitution du Nevada (50). La Suède tente de légiférer en faveur de la criminalisation des clients qui cherchent à payer quelqu'un pour des services sexuels plutôt que les travailleurs du sexe,

mais on craint que cette approche pourrait faire du travail de prostitution un acte clandestin (15). Quatre régions de l'Australie (Victoria, le territoire du Nord, le territoire de la capitale australienne et l'Ouest de l'Australie) ont décriminalisé la prostitution, mais elles ont réglementé l'industrie à l'aide d'un mécanisme de délivrance de permis qui oblige les travailleurs du sexe à subir des tests pour le VIH, la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée toutes les 12 semaines (51). Les tests obligatoires en plus d'une utilisation presque universelle du condom ont donné un faible taux d'incidence du VIH et des ITS chez les TS australiennes. Par contre, les prévisions découlant d'études de modélisation mathématique indiquent que le système de tests obligatoires actuel de Victoria en Australie n'est pas rentable. Par exemple, on estime que les dépenses liées au dépistage se chiffrent à quatre millions de dollars australiens pour la prévention de chaque infection à VIH. Les auteurs recommandent que les tests pour le VIH soient administrés une fois toutes les 40 semaines environ et que les tests pour la chlamydia soient donnés environ une fois l'an à un coût estimatif de 50 000 \$ australiens pour chaque année de vie gagnée et ajustée pour la qualité (51). Qui plus est, dans les quatre régions australiennes susmentionnées, il y a une interdiction complète de la prostitution dans la rue. À Queensland et à Victoria, par exemple, les propriétaires de maisons de prostitution sont accrédités (52). Un rapport publié en 2004 indiquait que les conditions des TS de la rue auraient pu se dégrader après l'adoption d'une loi légalisant la prostitution au sein des maisons de prostitution accréditées au milieu des années 1980 en raison d'une exécution policière accrue contre le commerce du sexe de la rue (53). Ce rapport met en relief le contraste entre les services de prostitution légalisés et offerts à l'intérieur (où les femmes ont accès aux services de santé appropriés en milieu de travail et sont plus à l'abri d'actes de violence) et les services de prostitution illégaux et offerts dans la rue (où les femmes font constamment l'objet d'actes de violence et où le taux d'utilisation de drogues illicites et de troubles de la santé est élevé).

Il existe peu de données probantes qui démontrent que l'utilisation du condom féminin donne de meilleurs résultats lorsqu'on compare la promotion de l'utilisation régulière du condom masculin et celle de l'utilisation régulière du condom féminin.

Quelles sont les interventions efficaces en matière de comportement?

La promotion de l'utilisation individuelle du condom

La plupart des interventions en matière de comportement ciblent les TS de façon individuelle et font la promotion du port régulier du condom masculin lors de relations sexuelles avec les clients. Les études laissent croire que ces programmes sont efficaces (14, 15, 19, 21, 54, 55) et elles indiquent que l'utilisation non régulière du condom lors de relations sexuelles avec des

clients sert de prédicteur de la contraction d'une ITS (5). Les résultats d'une étude sur une population ont conclu que les programmes de promotion du port du condom bien conçus et ciblés aux groupes ayant une fréquence d'échanges de partenaires élevée sont efficaces dans la réduction de la transmission du VIH (56).

Les programmes thaïlandais et cambodgiens qui prônent une « utilisation du condom à 100 % » ont été mis en œuvre avec succès des pays de l'Asie du Sud-Est aux pays des Caraïbes (57, 58). Les programmes ciblaient les propriétaires de commerces du sexe qui étaient responsables d'assurer que leurs clients respectent l'utilisation du condom à 100 %. On a connu une augmentation de l'utilisation régulière du condom dans l'industrie du sexe en allant de 14 % au début de 1989 à plus de 90 % en 1992 et le taux d'ITS a chuté de 80 % chez les clients thaïs et cambodgiens (57, 58).

Il existe peu de données probantes qui démontrent que l'utilisation du condom féminin donne de meilleurs résultats lorsqu'on compare la promotion de l'utilisation régulière du condom masculin et celle de l'utilisation régulière du condom féminin. Cependant, le condom féminin est une méthode qui dépend de la femme dans la prévention du VIH, des ITS et des grossesses; il devrait donc être offert de pair avec le condom masculin. Dans une étude zimbabwéenne qui tentait de déterminer si l'accès aux condoms masculin et féminin pourrait augmenter le nombre de relations sexuelles protégées, les TS ont été randomisées et organisées en deux groupes visés par l'intervention (59). Les participantes du groupe A (N = 99) pouvaient choisir entre le condom masculin et le condom féminin, tandis que celles du groupe B n'avaient que le condom masculin (N = 50). L'utilisation régulière du condom masculin a augmenté de 0 % à 52 % chez le groupe A et de 0 % à 82 % chez le groupe B; cependant, cette divergence n'était pas importante du point de vue statistique. Seulement qu'entre 3 % et 9 % des TS ont utilisé le condom féminin régulièrement lors de relations sexuelles avec les clients; on citait comme raisons principales de ce faible résultat l'inexpérience et un manque de confiance dans ce préservatif (59).

Un essai contrôlé randomisé (ECR) de Madagascar étudiait l'effet de la promotion de deux stratégies d'intervention qui visaient, à la fois, les hommes et les femmes (l'éducation par les pairs seulement comparée à l'éducation par les pairs accompagnée de services de counselling individuel en clinique) et qui portaient sur la prévalence des ITS chez les TS. On avait divisé, au hasard, les TS participantes en groupes selon les deux stratégies. Aux participantes d'un groupe, on avait offert des échantillons de condoms masculins et féminins en leur conseillant de faire l'achat d'autres condoms qu'elles pouvaient se procurer au meilleur prix aux sites de l'étude en ville. Cette étude a trouvé que le groupe qui avait reçu un suivi plus personnalisé dans le cadre des séances de counselling sur l'utilisation des condoms masculin et féminin avait affiché peu d'avantages dans les comportements documentés et le taux d'ITS (60).

On a divisé les participants d'un autre ECR mené dans des commerces du sexe de quatre villes en Thaïlande en groupes : un groupe utilisait le condom masculin (groupe du condom masculin, N = 255) et un groupe utilisait le condom féminin si les clients refusaient ou ne pouvaient pas utiliser le condom masculin (groupe du condom masculin ou féminin, N = 249) (61). D'après l'analyse de la proportion des condoms masculins utilisés par les deux groupes (88 % pour le groupe qui utilisait le condom masculin ou féminin et 97 % pour le groupe qui utilisait le condom masculin), il était évident que les femmes du groupe qui utilisait le condom masculin ou féminin insistaient moins sur le port du condom masculin que les femmes du groupe qui n'utilisait que le condom masculin. Cependant, on doit noter que la diminution du port du condom masculin a fait contre-poids à l'utilisation du condom féminin dans 12 % de tout acte sexuel, ce qui contribue de façon importante à une réduction statistique de 17 % de la proportion des actes sexuels non protégés chez les participants du groupe qui utilisait le condom masculin ou féminin (61).

Dans un ECR mené en Chine sur les jeunes TS (âge moyen = 22 ans), les participants ont été divisés en deux groupes : un groupe qui utilisait le condom féminin (N = 165) et un groupe qui utilisait le condom masculin (N = 165) pendant une période de deux mois (62). Aux utilisatrices du condom féminin, un clinicien a fourni des renseignements sur le condom féminin et leur a offert une sensibilisation. À l'aide de questionnaires, on a déterminé à quel point l'utilisation du condom féminin était acceptable, recommandée et désirée. Les auteurs n'ont communiqué aucune comparaison entre le groupe qui utilisait le condom féminin et celui qui utilisait le condom masculin. Après un suivi, les TS ont dit qu'il y avait eu une augmentation de l'acceptation du condom féminin de la part des clients allant de 27 % à 92 % et que le nombre de TS qui recommanderaient volontairement l'utilisation du condom féminin à d'autres était passé de 19 % à 70 %. Une étude zimbabwéenne effectuée à l'aide d'interviews structurées, citait un taux d'acceptabilité élevé du condom féminin, mais une utilisation intermittente et faible du condom féminin (59). Une discussion des groupes de réflexion (N = 37) a indiqué que les TS craignaient perdre des clients en présentant une méthode inconnue.

Cibler les clients et partenaires hommes

Les interventions qui ciblent les clients et partenaires hommes retiennent de plus en plus l'attention des décideurs, mais les données probantes ne figurent toujours pas dans la documentation (3). Une intervention auprès des TS de la République dominicaine, qui a suivi le modèle des interventions thaïes et cambodgiennes, a réussi à faire augmenter l'utilisation du condom (24). L'intervention a compris : des ateliers ponctuels qui incorporaient les jeux de rôle dans le but d'accroître la solidarité et de pratiquer des techniques de négociation favorisant l'utilisation du condom; l'affichage de matériel pédagogique dans des établissements liés à l'industrie du sexe sur l'utilisation du condom; l'offre de services cliniques et de counselling sur l'utilisation du condom; le contrôle de l'utilisation et des stocks de condoms, de la présence des travailleurs du sexe aux examens mensuels de dépistage des ITS et du manque de diagnostics positifs pour une ITS chez les TS des commerces du sexe; la promotion du respect des politiques gouvernementales qui exigent que les propriétaires des commerces du sexe assurent l'utilisation du condom par les TS et leurs clients. L'étude de la République dominicaine a montré des augmentations appréciables dans l'utilisation du condom avec les partenaires non payants (de 13 % à 29 %) et des diminutions de la prévalence des ITS (de 29 % à 16 %) (24). Une autre intervention qui ciblait les clients hommes des TS était un programme de déjudiciarisation à l'intention des clients hommes des TS (John School Diversion program) mis sur pied en 1996, à Toronto (63, 64). Le programme, offert pendant toute la journée, offrait une alternative à l'arrestation aux délinquants primaires et comprenaient des cours sur l'industrie du sexe et sur la santé. Cependant, ces programmes ont été critiqués parce qu'on croyait que les clients hommes étaient vus comme étant « des croquemitaines immoraux qui avaient besoin d'être réhabilités » et on a abandonné les programmes par la suite puisque le fait de choisir la déjudiciarisation plutôt que le procès était perçu comme un aveu automatique de culpabilité (64).

Selon les conclusions d'une étude d'ethnographie récente sur les TS du Royaume-Uni qui travaillaient à l'intérieur, on a suggéré que les TS pourraient agir de source importante en donnant accès aux clients hommes à l'éducation à la santé, à la transmission des renseignements et au changement du comportement (65).

La prise en charge par les pairs

La prise en charge que les TS pourraient gagner en travaillant à titre de pairs éducatrices pourrait mener à une réduction de leur risque d'infection à VIH (3, 55, 66 à 69). Par exemple, les connaissances et l'estime de soi que le processus de formation pourrait offrir aux TS en adoptant le rôle de pairs éducatrices serviraient peut-être à accroître leur sentiment

d'autonomie personnelle en négociant en faveur de l'utilisation du condom avec les clients (22). De fait, des études du Zimbabwe, du Kenya et de l'Inde indiquent que la participation des TS à l'éducation par les pairs a développé les connaissances sur le VIH, les ITS et sur l'utilisation du condom, et a réduit les taux de séroprévalence du VIH (66 à 68). Les TS du Kenya qui avaient été ciblées par des interventions par les pairs utilisaient le condom presque à 90 % du temps lorsqu'elles étaient avec leurs clients comparativement à 64 % chez les TS qui n'avaient pas été ciblées par les interventions par les pairs (68). Le projet de Sonagachi a démontré une augmentation considérable de l'utilisation du condom chez les TS lors d'une intervention de prise en charge échelonnée sur une période de 16 mois (N = 110) comparativement aux participantes du groupe témoin (N = 106) qui n'avaient reçu que les soins habituels offerts par une clinique d'ITS, tels que la promotion du port du condom et une éducation par les pairs (67, 69). Les stratégies de prise en charge ont donné les résultats non négligeables suivants : (a) une meilleure connaissance des ITS et une utilisation accrue du préservatif; (b) une validation du travail de prostitution, ce qui a augmenté le taux de divulgation de la profession et la demande d'une formation supplémentaire; (c) des meilleures techniques de négociation en faveur de relations sexuelles protégées; (d) une meilleure participation au soutien social et à l'aide aux pairs; (e) de meilleures économies et une autre source de revenu (69). D'autres programmes ont fait intervenir la police à un dialogue qui visait à réduire la violence et l'interférence policières, et de communiquer les actes de violence contre les TS (70). En Inde, l'organisation des TS en groupes a renforcé le sens de solidarité et a établi un système d'alerte de rendez-vous violents qui sert à avertir les TS des clients violents possibles (66).

Les services de dépistage et de counselling liés au VIH destinés aux TS sont importants dans le dépistage précoce des nouvelles infections.

Les services de dépistage et de counselling liés au VIH et aux ITS

Les services de dépistage et de counselling liés au VIH destinés aux TS sont importants dans le dépistage précoce des nouvelles infections et pour assurer que les TS soient renseignées sur l'importance de l'utilisation du condom de sorte à empêcher la transmission du VIH et des ITS, surtout au début de l'infection lorsque les chances de transmission sont meilleures. Les plaies ouvertes entraînées par les ITS augmentent les chances que l'on soit infecté par le VIH si on y est exposé; par conséquent, le traitement d'ITS existantes pourrait avoir un effet sur la prévention ou le retard de l'infection à VIH (71). Le dépistage est également important dans la détection du VIH puisqu'il permet de commencer dès que possible le traitement antirétroviral de manière à retarder la morbidité et à réduire les chances de transmission du virus aux partenaires (72). De plus, le diagnostic et le traitement des ITS peuvent réduire les complications telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne et l'infertilité (71). Dans un essai randomisé sur la prévention du VIH au Kenya, on a offert des services de counselling communautaires et en clinique, et des renseignements sur la gestion des ITS à 172 TS séronégatives (73). Une fois l'essai terminé 1,2 année plus tard, on a vu

une augmentation importante de l'utilisation du condom comparativement aux données statistiques de la base de référence; seulement que 5,2 % des participantes étaient atteintes d'une ITS et l'incidence du VIH avait chuté de 3,7 par 100 années-personnes (base de référence) à 1,6 par 100 années-personnes.

Dans le cadre d'une étude nicaraguayenne, on a distribué des bons d'échange aux TS leur donnant droit à des soins et à des services prévention d'ITS et du VIH gratuits offerts par des cliniques (74). Parmi environ 1150 TS, plus de 40 % avaient échangé leurs bons d'échange entre 1995 et 2002. Plus de 15 000 bons d'échange ont été distribués et plus de 6000 visites médicales ont eu lieu (75). L'incidence des maladies transmises sexuellement a chuté de 65 % chez les utilisateurs de bons d'échange depuis le début du programme (55). Une intervention qui ciblait les TS tanzaniennes dans les bars comprenait l'offre de rendez-vous ponctuels à 600 TS pour des services de dépistage, de gestion et de counselling liés au VIH et aux ITS (quatre fois l'an). Cette intervention a réussi à réduire la prévalence du gonocoque (de 22 % à 7 %) et les taux de toute autre ITS, sauf le herpès génital et la vaginose bactérienne (76). L'incidence du VIH a diminué en allant de 14 par 100 années-personnes à 5 par 100 années-personnes sur trois périodes distinctes de 9 mois (76).

Un milieu plus sécuritaire pour les TS, y compris le travail de prostitution à l'intérieur, réduirait le risque d'infection à VIH et augmenterait l'accès aux services de santé.

Les résultats d'une étude du Québec indiquaient qu'une promotion efficace de la santé-sexualité auprès des TS devrait inclure des services liés aux besoins physiques et psychologiques, et à la toxicomanie en plus de la prévention et le traitement des ITS (77). Dans une étude menée à Rome, auprès des TS transsexuelles et immigrantes qui avaient assisté aux séances de counselling dans le but d'aborder des troubles de santé et affectifs, et d'accroître leur autonomie et de perfectionner leurs compétences de résolution de problèmes, on a vu une augmentation considérable de l'utilisation régulière du condom lors de relations sexuelles avec leurs clients en allant de 43 % en 1993 à 79 % en 2003 (78).

Quoique beaucoup d'études ont conclu que le dépistage ponctuel du VIH et des ITS chez les TS aidait à réduire la prévalence des ITS, les résultats du seul examen systématique sur les interventions de prévention du VIH et des ITS qui ciblait les TS dans les pays pauvres en ressources, remettent en question l'efficacité de la promotion de l'utilisation du condom accompagnée d'un accès ponctuel aux services de gestion des ITS dans le but de réduire le fardeau des ITS (55). Les auteurs de cet examen systématique ont trouvé peu de preuves qui confirmeraient que les services de dépistage ponctuel des ITS ou le traitement périodique des ITS accorderait une protection contre le VIH. Inversement, les interventions organisationnelles, les modifications aux politiques ou les interventions

qui prônent la prise en charge des travailleurs du sexe se sont montrées efficaces dans la réduction de la prévalence du VIH et des ITS.

Les lacunes en matière de connaissances

Étant donné le fait que le travail de prostitution soit illégal dans la plupart des pays, la majorité des échantillons des populations utilisés dans les études jusqu'ici ne sont probablement pas représentatifs. Il y a un manque de recherche sur les TS canadiennes qui travaillent à l'intérieur et sur celles qui travaillent dans la rue, mais qui n'utilisent pas de drogues injectables. De plus, il existe aussi une insuffisance de données sur les interventions de prévention du VIH les plus efficaces relativement aux TS canadiennes, leurs clients et leurs partenaires non payants. Il serait avantageux d'étudier les effets de la décriminalisation des activités liées au travail de la prostitution et à la transmission du VIH au Canada. Enfin, il est essentiel au succès de la planification et de la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH ciblant cette population vulnérable de connaître la proportion des TS qui ont accès aux services de prévention du VIH, d'approche et de soins de santé au Canada, et le type d'obstacles auxquels elles font face.

Quelles sont les recommandations qu'on peut formuler?

Il faut s'éloigner des interventions qui ne se penchent que sur la personne et mettre en œuvre des interventions organisationnelles et environnementales telles que des réformes judiciaires qui faciliteraient des milieux plus sécuritaires pour le travail de prostitution et pour la prévention du VIH (37). Les auteurs d'un examen systématique effectué à un niveau macro des facilitateurs et des obstacles organisationnels liés à la prévention du VIH laissent croire qu'il faut une réforme des lois pour ce qui est des politiques économiques, de la migration, de l'inégalité des sexes et du travail de prostitution (79). Le fait d'aborder les obstacles aux services de prévention du VIH et les déterminants sociaux de la santé qui peuvent améliorer les résultats en matière de santé est critique dans les interventions de la réduction des méfaits et dans les politiques qui ciblent les TS.

Un milieu plus sécuritaire pour les TS, y compris le travail de prostitution à l'intérieur, réduirait le risque d'infection à VIH et augmenterait l'accès aux services de santé. Shannon et collègues ont exprimé leurs conclusions face à la situation du quartier Est du centre-ville de Vancouver de la façon suivante : « ...on a documenté l'aggravation des méfaits, y inclus la violence, les mauvais traitements et le risque d'infection à VIH liée à la drogue, et ces facteurs sont associés au travail du sexe dans la rue et découlent de l'application de lois prohibitives sur le travail de prostitution » (*traduction libre*) (15, 37).

Le travail de prévention par les pairs (67, 69), les services d'approche et itinérants (36, 47) ont réduit la transmission du VIH et des ITS. Les éléments importants d'un programme exemplaire pourraient comprendre : une formation professionnelle, un logement stable, une formation en autodéfense, une assistance juridique, des méthodes de communication des rendez-vous violents ou des actes de violence à la police qui protègent l'identité, des services de garde et de santé, des services liés aux dépendances et à la santé mentale dans des endroits et à des heures convenables aux TS, des haltes-accueils de situation de crise ouverts tous les jours 24 heures sur 24, des lignes directes animées par les pairs et une collaboration de la part de la police (16). Les cliniques qui comprennent des tests ponctuels et des services de counselling réussissent à augmenter l'utilisation du condom et à réduire l'incidence du VIH et des ITS. Enfin, les programmes qui ciblent les clients et les partenaires hommes et qui préconisent une utilisation du condom à 100 % et une sensibilité envers les sexes sont en mesure de réduire la transmission des infections à VIH (5, 24).

Liste de références

1. Avert. AIDS & prostitution. Horsham, England: Avert; 2008.
2. Vandepitte J, Lyaerla R, Dallabetta G, Crabbé F, Alary M, Buvé A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect.* 2006; 82(Suppl 3):iii18-25.
3. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. Chapter 5 – At risk and neglected: Four key populations. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2006.
4. Benoit C, Millar A. Dispelling myths and understanding realities: Working conditions, health status, and exiting experiences of sex workers [final report]. Victoria, BC: Prostitutes Empowerment, Education and Resources Society; 2001.
5. Ward H, Day S, Green A, Cooper K, Weber J. Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985-2002. *Sex Transm Inf.* 2004; 80(5):374-76.
6. UNAIDS/World Health Organization. Report on the global AIDS epidemic. Washington, DC: UNAIDS/WHO; 2006.
7. van de Laar MJ, van Veen MG, van der Helm TC, Prins M, Al Taqatqa W, et al. Prevalence of HIV and related risk behaviour among sex workers in the Netherlands: Bangkok, Thailand: Proceedings of the 15th International Conference on AIDS; 2004 Jul 11-16.
8. Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada: Surveillance report to December 31, 2006. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Ottawa, Canada: PHAC; 2007.
9. Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi Updates, November 2007. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Ottawa, Canada: PHAC; 2007.
10. Benoit C, Jansson M, Millar A, Phillips R. Community-academic research on hard-to-reach populations: Benefits and challenges. *Qual Health Res.* 2005; 15(2):263-82.
11. Shaver FM. Sex work research: Methodological and ethical challenges. *J Interpers Violence.* 2005; 20(3):296-319.
12. Shannon K, Rusch M, Morgan M, Oleson M, Kerr T, Tyndall MW. HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine users and dual users of injection drugs. *Subst Use Misuse.* 2008; 43(3-4):521-34.
13. Patterson TL, Semple SJ, Staines H, Lozada R, Orozovich P, Bucardo J, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *J Infect Dis.* 2008; 197(5):728-32.
14. Nuttbrock LA, Rosenblum A, Magura S, Villano C, Wallace J. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2004; 27(3):233-9.
15. Shannon K, Bright V, Duddy J, Tyndall MW. Access and utilization of HIV treatment and services among women sex workers in Vancouver's Downtown Eastside. *J Urban Health.* 2005; 82(3):488-97.
16. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care.* 2008; 20(2):228-34.
17. Spittal PM, Bruneau J, Craib KJ, Miller C, Lamothe F, Weber AE, et al. Surviving the sex trade: A comparison of HIV risk behaviors among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. *AIDS Care.* 2003; 15(2):187-95.
18. Public Health Agency of Canada. I-Track: Enhanced surveillance of risk behaviours among people who inject drugs. Phase I report, August 2006. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Ottawa, Canada: PHAC; 2006.
19. Ward H, Aral SO. Globalisation, the sex industry, and health. *Sex Transm Infect.* 2006; 82(5):345-7.
20. Lowndes CM, Alary M, Labbé A-C, Gnintoungbè C, Belleau M, Mukenge L, et al. Interventions among male clients of female sex workers in Benin, West Africa: An essential component of targeted HIV preventive interventions. *Sex Transm Infect.* 2007; 83(7):577-81.
21. Jackson L. HIV prevention programmes and female prostitutes: The Canadian context. In: Amaratunga C, Gahagan J, editors. *Striking to the heart of the matter: Selected readings on gender and HIV.* Halifax, NS: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health; 2002: 87-104.
22. Jackson L, Bennett C, Ryan D, Sowinski B. Sex trade workers in Halifax, Nova Scotia: What are their risks of HIV at work and at home? Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia. *Cdn Woman Stud.* 2001; 21(2):44-8.
23. Ojimba A. Barriers to condom use among sex workers during non-transactional sex. Bangkok, Thailand: Proceedings of the 15th International Conference on AIDS; 2004 Jul 11-16.
24. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, Barrington C, et al. Environmental - structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *Am J Public Health.* 2006; 96(1):120-5.
25. Dennis R, editor. *Social determinants of health: Canadian perspectives, first edition.* Toronto, Canada: Canadian Scholars' Press Inc.; 2004.
26. Cusick L. Sex workers to pay the price: A street sex worker responds to new government strategy. *BMJ.* 2006; 332(7537):362.
27. Sanders T. A continuum of risk? Management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Social Health Illn.* 2004; 26(5):557-74.
28. Gilchrist G, Gruer L, Atkinson J. Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addict Behav.* 2005; 30(5):1019-23.
29. Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sex Transm Infect.* 2006; 82(5):413-7.
30. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to health and social services for street-based sex workers. *J Health Care Poor Underserved.* 2005; 16(2):345-61.
31. Mehrabadi A, Craib KJ, Patterson K, Adam W, Moniruzzaman A, Ward-Burkitt B, et al. The Cedar project: A comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy.* 2008; 19(2):159-68.
32. Farley M, Lynne J, Cotton AJ. Prostitution in Vancouver: Violence and the colonization of First Nations women. *Transcult Psychiatry.* 2005; 42(2):242-71.
33. Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg W. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Educ Prev.* 2006; 18(5):420-9.
34. Craib KJ, Spittal PM, Wood E, Laliberte N, Hogg RS, Li K, et al. Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *CMAJ.* 2003; 168(1):19-24.
35. El-Bassel N, Gilbert L, Golder S, Wu E, Chang M, Fontdevila J, Sanders G. Deconstructing the relationship between intimate partner violence and sexual HIV risk among drug-involved men and their female partners. *AIDS Behav.* 2004; 8(4):429-39.
36. Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW, et al. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *Int J Drug Policy.* 2008; 19(2):140-7.
37. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: Implications for HIV-prevention strategies and policy. *Am J Public Health.* 2009; 99(4):659-65.
38. Day SE, Ward H. British policy makes sex workers vulnerable. *BMJ.* 2007; 334 (7586):187.
39. Blankeaship KM, Koester S. Criminal law: Policing policy and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *J Law Med Ethics* 2002; 30(4):548-559.
40. Shahmanesh M, Woyal S, Andrew G, Patel V, Cowan FM, Hart G. HIV prevention while the bulldozers roll: Exploring the effect of the demolition of Goa's red-light area. *Soc Sci Med.* 2009; 69(4):604-12.
41. Shahmanesh M, Woyal S, Copas A, Patel V, Mabey D, Cowan F. A study comparing sexually transmitted infections and HIV among ex-red-light district and non-red-light district sex workers after the demolition of Baina red-light district. *JAIDS.* 2009; 52(2):253-257.
42. National Collaboration Centre for Infectious Diseases. Programs for injection drug users – A harm reduction approach. Winnipeg, Canada: NCCID; 2008.
43. Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001; 15(1):1329-41.
44. Gowing LR, Farrell M, Bornemann R, Sullivan LE, Ali RL. Brief report: Methadone treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(2):193-5.

45. Wood E, Tyndall MW, Montaner J, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *CMAJ* 2006; 175(11):1399-404.
46. Kerr T, Kimber J, Debeck K, Wood E. The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2007; 4(4):158-64.
47. Janssen PA, Gibson K, Bowen R, Spittal PM, Petersen KL. Peer support using a mobile access van promotes safety and harm reduction strategies among sex trade workers in Vancouver's Downtown Eastside. *J Urban Health.* 2009; 86(5):804-9.
48. Aitken C, Moore D, Higgs P, Kelsall J, Kerger M. The impact of a police crackdown on a street drug scene: Evidence from the street. *Intern J Drug Policy.* 2002; 13:189-98.
49. Maher L, Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *Brit J Criminol.* 1999; 39:488-512.
50. Brents BG, Hausbeck K. Violence and legalized brothel prostitution in Nevada: Examining safety, risk and prostitution policy. *J Interpers Violence.* 2005; 20(3):270-95.
51. Wilson DP, Heymer KJ, Anderson J, O'Connor J, Harcourt C, Donovan B. Sex workers can be screened too often: A cost-effectiveness analysis in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect.* 2009 Oct 20. [Epub ahead of print]
52. Jeffrey L-A, Sullivan B. Canadian sex work policy for the 21st century: Enhancing Rights and Safety, Lessons from Australia. *Cdn Pol Sci Review.* 2009; 3(1):57-76.
53. Woodward C, Fischer J, Najman JM, Dunne M. Selling Sex in Queensland 2003. Brisbane, Australia: Prostitution Licensing Authority; 2004.
54. Smoak ND, Scott-Sheldon LA, Johnson BT, Carey MP, the SHARP Research Team. Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase overall frequency of sexual behavior: A meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *JAIDS.* 2006; 41(3):364-384.
55. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: A systematic review. *Trop Med Int Health.* 2008; 13(5):659-79.
56. Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS* 2000; 14(Suppl. 2):S68-84.
57. Saphonn V, Sopheab H, Sun LP, Vun MC, Wantha SS, et al. Current HIV/AIDS/STI epidemic: Intervention programs in Cambodia, 1993-2003. *AIDS Educa Prev.* 2004; 16(Suppl A):64-77.
58. Rojanapithayakorn W. The 100% condom use programme in Asia. *Reprod Health Matters.* 2006; 14(28):41-52.
59. Ray S, van De Wijgert J, Mason P, Ndowa F, Maposhere C. Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban Zimbabwe. *J Urban Health.* 2001; 78(4):581-92.
60. Hoke TH, Feldblum PJ, Damme KV, Nasution MD, Grey TW, Wong EL, et al. Randomised controlled trial of alternative male and female condom promotion strategies targeting sex workers in Madagascar. *Sex Transm Infect.* 2007; 83(6):448-53.
61. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraleus P, Ruggao S, 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):1851-9.
62. Yimin C, Zhaohui L, Xianmi W, Shiyong W, Lingzhi H, Yueying X, et al. Introductory study on female condom use among sex workers in China. *Contraception.* 2002; 66(3):179-85.
63. Gordon-Lamoureux RJ. Exploring the possibility of sexual addiction in men arrested for seeking out prostitutes: A preliminary study. *J Addict Nurs.* 2007; 18(1):21-9.
64. Lewis J, Shaver F. Safety, security and the well-being of sex workers: A report submitted to the House of Commons Subcommittee on Solicitation Laws. Windsor, Ontario: Sex Trade Advocacy and Research Team; 2005.
65. Sanders T. Female sex workers as health educators with men who buy sex: Utilising narratives of rationalizations. *Soc Sci Med.* 2006; 62(10):2434-44.
66. Halli SS, Ramesh BM, O'Neil J, Moses S, Blanchard JF. The role of collectives in STI and HIV/AIDS prevention among female sex workers in Karnataka, India. *AIDS Care.* 2006; 18(7):739-49.
67. Basu I, Jana S, Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Lee S-J, et al. HIV prevention among sex workers in India. *JAIDS.* 2004; 36(3):845-52.
68. Luchters S, Chersich MF, Rinyiru A, Barasa M-S, King'ola N, Mandaliya K, et al. Impact of five years of peer-mediated interventions on sexual behavior and sexually transmitted infections among female sex workers in Mombasa, Kenya. *BMC Public Health.* 2008; 8:143-153.
69. Swendeman D, Basu I, Das S, Jana S, Rotheram-Borus MJ. Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. *Soc Sci Med.* 2009; 69(8):1157-66.
70. World Health Organization. Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections. Information Bulletin Series, number 3. Washington, DC; WHO: 2005.
71. Genuis SJ, Genuis SK. Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(2):591.
72. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med.* 1998; 338(13):853-60.
73. Ngugi EN, Chakkalackal M, Sharma A, Bukusi E, Njoroge B, Kimani J, et al. Sustained changes in sexual behavior by female sex workers after completion of a randomized HIV prevention trial. *JAIDS.* 2007; 45(5):588-94.
74. Gorter A, Sandiford P, Segura Z, Villabella C. Improved health care for sex workers: A voucher programme for female sex workers in Nicaragua. *Research for Sex Work Newsletter* 1999;2:11-3
75. Gorter A, Segura Z, Zuñiga E, Torrentes R. The ICAS voucher scheme to combat HIV/AIDS, Nicaragua. Brighton, UK; DfID Safe Passages to Adulthood & WHO Expert Meeting: December 2001.
76. Riedner G, Hoffman O, Rusizoka M, Mmbando D, Maboko L, et al. Decline in sexually transmitted infection prevalence and HIV incidence in female barworkers attending prevention and care services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS* 2006; 20(4):609-15.
77. Nguyen MN, Venne T, Rodrigues I, Jacques J. Why and according to what consultation profiles do female sex workers consult health care professionals? A study conducted in Laval, Quebec. *Health Care Women Int.* 2008; 29(2):165-82.
78. Zaccarelli M, Spizzichino L, Venezia S, Antinori A, Gattari P. Changes in regular condom use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: A 12 year study. *Sex Transm Infect.* 2004; 80(6):541-5.
79. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS* 2000; 14(Suppl. 1):S22-32.



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Téléphone : (204) 943-0051
Télécopieur : (204) 946-0927
nccid@icid.com
www.ccnmi.ca

445, avenue Ellice, bureau 413
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3P5