

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

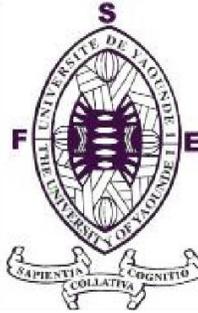
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH CENTRE AND
TRAINING SCHOOL IN SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING
SCHOOL IN EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTEMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

**MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT
SOCIOEDUCATIF ET RÉDUCTION DE LA
PRÉVALENCE DU VIH /SIDA CHEZ LES
TRAVAILLEUSES DE SEXE DE LA VILLE DE
YAOUNDÉ.**

*Mémoire présenté et soutenu le 28 Juillet 2023 en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Sciences de l'éducation.*

Option : Intervention et Action Communautaire

Par :

NGUETSA SIGNING IDRIS ANDERSON

Licencié en Français et études francophones

Matricule : 21V3613

Jury

Qualités	Noms et grade	
Président	Henri Rodrigue NJENGOUE NGAMALEU, MC	UYI, FSE
Rapporteur	NDJONMBOG Joseph Roger, CC	UYI, FSE
Examineur	BANINDJEL Joachen, CC	UYI, FSE



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	vii
TABLEAUX.....	vii
FIGURES.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	5
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
CHAPITRE 2 : ÉTAT DE LA QUESTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE	39
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES	80
DEUXIEME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	89
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	90
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	118
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	154
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	167
BIBLIOGRAPHIE	169
ANNEXES.....	175
TABLE DE MATIERES.....	193

A

Mes parents

- Mon feu père SIGNING JEAN-PIERRE
- Ma feue mère FEUDJIO TEKIA BRIGITTE

REMERCIEMENTS.

Je voudrais tout d'abord adresser ma gratitude à mon directeur de mémoire le Dr NDJONMBOG JOSEPH ROGER, pour son aide toute au long de ce travail ; son expertise et ses conseils furent des outils essentiels. Son ouverture d'esprit, son immense culture et sa vision de la recherche. A son contact, j'ai structuré et donné du sens aux actions entreprises sur le terrain pour mener à bien ce travail. Cette rencontre aura probablement été déterminante dans mon parcours. J'ai particulièrement apprécié son tact et son respect par rapport à mon besoin d'autonomie. Je le remercie très sincèrement d'avoir accompagné cette recherche et de m'avoir permis de briser les stéréotypes qui tourne autour du phénomène de la recherche dans notre pays en ce qui concerne les encadreurs.

Au Dr SONG FRÉDÉRIC ISAÏË, pour tout l'accompagnement reçu durant tout le long de ses deux dernières années, il a su être le père enseignant dont j'avais besoin, merci pour tout le soutien, les encouragements, les retours critiques et constructifs quand bien le découragement s'installait il avait les mots justes pour me redonner la force de continuer, mille merci à vous mon père.

Aux Dr NDI SIMON, et Dr NEME BASILE pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à mon travail en me faisant l'honneur de me relire.

Au Pr NJENGOUE NGAMALEU HENRI RODRIGUE pour son ouverture d'esprit et ses précieux conseils durant ses enseignements qui sont venus confortés mon choix sur ce sujet quand bien même au 21^e siècle certains personnes trouvent encore tabous d'échanger sur certains des sujets comme le travail de sexe au Cameroun.

À tous le personnel de l'éducation spécialisée pour la qualité de formation qu'ils m'ont permis d'acquérir et pour avoir suscité en moi le goût de la recherche à travers les enseignements dispensés en Master 1.

Aux personnels des OBC notamment à ACAFEM, H F, et YDF qui m'ont été d'un immense apport et m'ont permis d'entrer en contact avec leurs bénéficiaires afin de faciliter la collecte de nos données. Aussi, j'aimerais remercier chaleureusement toutes les participantes d'avoir ainsi consacré de leur temps en répondant au questionnaire. Elles sont au cœur de cette recherche.

À Daniel Henri Joseph BOUN merci pour son apport et sa disponibilité et aussi à tous mes camarades pour les merveilleux moments passés ensemble durant cette formation.

Finalement, à ma petite famille et mes amis pour leur amour inconditionnel, la force qu'ils m'apportent au quotidien pour leur aide morale et leur encouragement de tous les jours. Ce soutien irremplaçable était vital surtout lorsque je manquais de motivation.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

ACAFEM : Association Camerounaise des femmes médecins.

AGR : Activités Génératrices de Revenus.

ARV : Antirétroviraux.

CAMPHIA : Cameroon Population based HIV Impact Assessment (évaluation de l'impact du VIH dans la population du Cameroun).

CCCS : Communication pour le Changement du Comportement Social

CD4: Lymphocytes T.

CDC: Centers for Disease Control.

CHILL: Community HIV/AIDS Investments for Longer and Healthier Lives in Cameroon.

CHP : Care Health Program.

CHRS : Centre d'Hébergement et réadaptation sociale.

CMV : Cytomégalovirus.

CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA.

COTOREP : Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

CPN : Consultation Pré Natale.

CRTV : Cameroon Radio Television.

CTA : Centre de Traitement Agrée.

CV : Charge Virale.

DIC : Drop-In- Center.

Dr : Docteur.

EPSR : Equipes de Préparation, de Suite et de Reclassement.

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine.

FMO : Force de Maintien de l'Ordre.

FNARS : Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale.

HF : Horizons Femmes.

HG : Hypothèse Générale.

HR : Hypothèse de Recherche.

HS : Hypothèse Spécifique.

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes.

HSR : Hypothèse Spécifique de Recherche.

IBBS : Integrated Biological and Behavioral Survey (étude biologique et comportementale intégrée).

IEC : Information, Education, Conseil.

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LEMP : Leucoencéphalopathie Multifocale Progressive.

MINAS : Ministère des Affaires Sociales.

MINPROF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

MINSANTE : Ministère de la santé publique.

OBC : Organisation à base communautaire.

ODD : Objectif du Développement Durable.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

OSC : Organisation de la Société Civile.

PEC : Prise En Charge.

PEPFAR : President's Emergency Plan For AIDS Relief (Plan d'urgence Américain visant à mettre fin à l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde.

PG : Population Générale.

PIDCP : Pacte Internationale relatif aux Droits Civiques et Politiques.

PPE Prime Pour l'Emploi.

Pr : Professeur.

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition.

PSN : Plan Stratégique National.

PTME : Prévention de la Transmission du virus de l'Immunodéficience Humaine de la Mère à l'Enfant.

PVVIH : Personnes Vivants avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

QR : Question de recherche.

QSR : Question Spécifique de recherche.

RMI : Revenu Minimum d'Insertion.

RSA : Revenu de Solidarité Active.

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

STRASS : Syndicat du Travail Sexuel.

TasP : Treatment as Prevention.

TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique.

TS : Travailleuse de Sexe.

UDI : Utilisateur de Drogues Injectable.

UFTAA : Fédération Universelle des Associations d'Agents de voyages.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

VI : Variable Indépendante.

VD : Variable Dépendante.

VHB : Virus de l'Hépatite B.

VHC : Virus de l'Hépatite C.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

VS: Variable Stimulus.

YDF: Youth Development Fondation.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1: Représentation synoptique des variables, modalités et indices.....	96
Tableau 2: Répartition de la taille de la population par commune dans la ville de Yaoundé ..	106
Tableau 3: Distribution de l'échantillon selon la classe d'âge d'appartenance.....	118
Tableau 4 : Distribution de l'échantillon selon le niveau d'éducation	119
Tableau 5: Distribution de l'échantillon selon le niveau le plus élevé	119
Tableau 6: Distribution de l'échantillon selon la fréquence du test de dépistage du VIH/SIDA.....	120
Tableau 7: Distribution de l'échantillon selon les lieux de tests de dépistage du VIH Sida.....	120
Tableau 8 : Distribution de l'échantillon selon les raisons du refus du test de dépistage.....	121
Tableau 9: Distribution de l'échantillon selon la réception gratuite du matériel de prévention.....	121
Tableau 10: Evaluation de la quantité de matériel reçu	122
Tableau 11: Distribution de l'échantillon selon les avis que les intervention des professionnelles de santé et agents de santé communautaire contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuse de sexe	122
Tableau 12: Distribution de l'échantillon selon les avis que L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe	123
Tableau 13 : Distribution de l'échantillon selon les avis que le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.....	123
Tableau 14: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.	124
Tableau 15: Distribution de l'échantillon selon les avis que Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté.	124

Tableau 16: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les descentes professionnels de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe	125
Tableau 17: Distribution de l'échantillon selon les avis que le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.....	126
Tableau 18: Distribution de l'échantillon selon les avis que l'éducation (l'information, Le counseling psycho-social, le coaching et le soutien psychologique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de S.....	126
Tableau 19: Distribution de l'échantillon selon les avis que la sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence.	127
Tableau 20: Distribution de l'échantillon selon les avis que l'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.....	128
Tableau 21: Distribution de l'échantillon selon les avis que les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA	128
Tableau 22: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les Tests de diagnostics rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe	129
Tableau 23: Distribution de l'échantillon selon les avis que la distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe.....	130
Tableau 24: Distribution de l'échantillon selon les avis que la prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe .	130
Tableau 25: Distribution de l'échantillon selon les avis que la mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectes par le VIH et anciens cas perdus de vus (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA.....	131
Tableau 26: distribution de l'échantillon selon l'avis que la prophylaxie pré-exposition et la prophylaxie poste exposition contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA...	131

Tableau 27: distribution de l'échantillon selon les avis que L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.....	132
Tableau 28: Distribution de l'échantillon selon les avis que Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.....	133
Tableau 29: Distribution de l'échantillon selon les avis que proposez-vous pour la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ? (Les besoins des travailleuses de sexe	133
Tableau 30: tableau de contingence pour HR1a.....	137
Tableau 31: résultats du test statistique.....	137
Tableau 32: tableau de contingence pour HR1b.....	139
Tableau 33: test statistique du khi deux	139
Tableau 34: contingence pour HR1c.....	140
Tableau 35: résultats du Test statistique Khi deux	141
Tableau 36: Contingence pour HR2a.....	142
Tableau 37: Résultat des tests statistiques khi deux	143
Tableau 38: contingence pour HR2b.....	144
Tableau 39: Résultat du test du Khi deux.....	145
Tableau 40: tableau de contingence pour HR2c	146
Tableau 41: résultat du test du Khi deux.....	147
Tableau 42: contingence pour HR3a.....	148
Tableau 43: résultat du test du khi deux.....	149
Tableau 44: contingence pour HR3b.....	150
Tableau 45: résultat du test du khi deux.....	151
Tableau 46: contingence pour HR3c.....	152
Tableau 47: résultat du test du khi deux.....	153

FIGURES

Figure 1: Répartition d'acquisition des nouvelles infections à VIH par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde en 2021	13
Figure 2: Risque relative d'acquisition du VIH au niveau mondial chez les populations clés...	14
Figure 3: Prévalence VIH parmi les populations clés, Cameroun (2011 – 2018) Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH.	15
Figure 4: Modèle de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)	82
Figure 5: carte du Cameroun et ses 10 régions	105
Figure 6: répartition de la taille de la population de la ville de Yaoundé par commune.....	107

RÉSUMÉ

La littérature sur le travail du sexe est aujourd'hui fort abondante. Les chercheurs, analystes et militants abordent tour à tour des dimensions théoriques de la question, documentent empiriquement les activités des différentes formes de pratiques, se penchent sur les composantes du travail qui peuvent affecter la santé des travailleuses de sexe, soumettent aux critiques différentes politiques criminelles mises en œuvre et proposent des solutions. Mais les recherches sur les besoins des travailleuses du sexe, sur les services offerts et sur ceux qui seraient susceptibles de répondre de façon compréhensive à leurs besoins sont encore peu nombreuses. Cette situation apparaît d'autant plus paradoxale qu'au premier regard, leurs besoins s'avèrent considérables, surtout en ce qui concerne les travailleuses du sexe de rue. En 2021, on estime encore à 1,5 millions le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2021). La prévention du VIH reste donc un enjeu de santé publique dans le monde ainsi qu'au Cameroun. Les données épidémiologiques montrent que le VIH n'est pas seulement une maladie physiologique, c'est également une maladie sociale. En effet, celle-ci touche de façon inégale les différentes populations. Au Cameroun, les personnes les plus touchées par le VIH sont les HSH, avec près de 44% des nouvelles infections dans cette population en 2017 (IBBS, 2016), suivi des Travailleuses de sexe avec un taux de 36,9%. C'est dans ce contexte de santé publique que s'inscrit notre sujet de recherche intitulé modalités d'accompagnement socioéducatif et réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé. Ce sujet naît d'une observation et d'une analyse des données qui témoignent à suffisance de l'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe alors qu'on observe une baisse de la prévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale. La présente recherche vise à contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/ SIDA chez les travailleuses de sexe à travers la proposition des nouvelles modalités d'accompagnement socioéducatif. Une fois de contribuer à l'atteinte des objectifs du développement durable sur la santé et le bien-être.

Mots clés : accompagnement socioéducatif, réduction, prévalence, VIH /SIDA, travailleuses de sexe

ABSTRACT

The literature on sex work is now abundant. Researchers, analysts and activists have addressed the theoretical dimensions of the issue, empirically documented the activities of the various forms of practice, looked at the components of the work that can affect the health of sex workers, criticized the various criminal policies that have been implemented and proposed solutions. But there is still very little research into the needs of sex workers, the services on offer and the services that could provide a comprehensive response to their needs. This situation is all the more paradoxical given that, at first glance, their needs appear to be considerable, especially where street sex workers are concerned. In 2021, an estimated 1.5 million people worldwide will be newly infected with HIV (UNAIDS, 2021). HIV prevention therefore remains a public health issue throughout the world and in Cameroon. Epidemiological data show that HIV is not just a physiological disease, but also a social one. It affects different populations unequally. In Cameroon, the people most affected by HIV are men who have sex with men, accounting for almost 44% of new infections in this population in 2017 (IBBS, 2016), followed by sex workers with a rate of 36.9%. This is the public health context in which our research project, entitled Modalities of socio-educational support and reduction of HIV/AIDS prevalence among female sex workers in Yaoundé, is being conducted. This subject arose from observation and analysis of the data, which provide ample evidence of the inflation of the HIV/AIDS prevalence rate among sex workers, while the prevalence of HIV/AIDS among the general population is falling. The aim of this research is to help reduce the prevalence of HIV/AIDS among sex workers by proposing new socio-educational support methods. The aim is to contribute to achieving the sustainable development goals on health and well-being.

Key words: socioeducational support, reduction, prevalence, HIV/AIDS, sex workers

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En 2021, on estime encore à 1,5 millions le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2021). Dans le cas plus précis du Cameroun, 14 451 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2021 (CNLS _GTC_ Newsletter_N003_Juin_2022). Cela signifie que le VIH/SIDA reste un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays notamment en Afrique subsaharienne. La prévention du VIH reste donc un enjeu de santé publique dans le monde ainsi qu'au Cameroun. Les données épidémiologiques montrent que le VIH n'est pas seulement une maladie physiologique, c'est également une maladie sociale. En effet, celle-ci touche de façon inégale les différentes populations. Pour un ensemble de raisons comportementales, physiologiques, économiques et sociales, la probabilité d'être infecté par le VIH est plus élevée pour les travailleuses de sexe, les usagers de drogues injectables, les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les femmes transgenres ainsi que les clients des travailleuses de sexe et les partenaires sexuels des personnes appartenant aux groupes précédemment mentionnés (UNAIDS, 2018).

Au Cameroun, les personnes les plus touchées par le VIH sont les HSH, avec près de 44% des nouvelles infections dans cette population en 2017 (IBBS, 2016), suivi des Travailleuses de sexe avec un taux de 36, 9%. Ce taux de nouvelles infections est principalement dû à l'utilisation insuffisante du préservatif, mais aussi à la stigmatisation et la criminalisation liée aux pratiques homosexuelles et au travail de sexe. Parmi ces conséquences, la stigmatisation à l'encontre des travailleuses de sexe favorise la mise en œuvre de comportements à risque (Berg, Ross, Weatherburn, & Schmidt, 2013 ; Jeffries et al., 2013 ; Preston et al., 2007).

C'est dans ce contexte que l'efficacité d'un nouveau moyen de prévention a été mise sur pied récemment, la prophylaxie préexposition (PrEP). La PrEP s'adresse particulièrement aux personnes à haut risque d'exposition au VIH comme les travailleuses de sexe. La PrEP se prend sous la forme de comprimés et est associée à un suivi médical malgré le caractère préventif de son utilisation. Malgré les différents moyens mis en œuvre par le gouvernement du Cameroun via son ministère de la santé publique pour limiter le taux de nouvelles infections par le virus du VIH/SIDA il s'avère que la prévalence a du mal à baisser au sein des populations clés et vulnérables alors qu'on, observe une baisse du taux de prévalence au sein de la population générale. Cependant, le taux d'inflation reste élevé au sein de la communauté des travailleuses de sexe et c'est dans ce contexte que s'inscrit notre travail de recherche qui porte sur le thème santé communautaire et

développement durable avec pour sujet modalités d'accompagnement socioéducatif et réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

Ce sujet naît d'une observation et d'une analyse des données qui témoignent de l'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe alors qu'on observe une baisse de la prévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale.

Face à ce problème d'inflation, il y a lieu de rechercher des voies et moyens pour trouver des solutions rapides et durables. La recherche de ses solutions passe nécessairement par la connaissance des origines du problème. Il paraît important de savoir s'il existe des facteurs qui entravent la qualité des modalités d'accompagnements existants auprès des travailleuses de sexe car il est clair que ses modalités sont insuffisantes ou alors inefficaces. Face à cette problématique, nous nous sommes posés de façon générale la principale interrogation de savoir : Quelle est l'incidence des modalités d'accompagnement socioéducatif sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ? De cette interrogation découlent trois autres questions spécifiques qui sont :

- QSR 1 : l'accès aux soins de santé peut-il contribuer à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?
- QSR 2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe peut-il avoir une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe ?
- QSR 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCCS) a-t-elle un apport considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?

Pour conduire ce travail, l'hypothèse générale de recherche retenue est la suivante : Les modalités d'accompagnement socioéducatif ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville Yaoundé. Trois hypothèses spécifiques ont été également formulées à savoir :

- HSR 1 : l'accès aux soins de santé contribue à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.
- HSR 2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.

- HSR 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCCS) a un apport considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

Notre objectif général dans cette étude vise à contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/ SIDA chez les travailleuses de sexe à travers la proposition des nouvelles modalités d'accompagnement socioéducatif.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Décrire le phénomène d'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ;
- Analyser les facteurs d'inflation du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe ;
- Proposer des mesures/stratégies, des modèles visant à réduire du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe.

Ce travail de recherche propose donc une nouvelle approche pour contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe à partir des modalités d'accompagnement socioéducatif. Pour ce faire, ce travail s'organise en différentes parties. Premièrement une cadre théorique et méthodique qui s'articule en trois chapitres.

Le premier chapitre aborde la problématique de l'étude construite et structurée autour du contexte et justification de l'étude, de la formulation du problème, des questions de recherche, des objectifs de l'étude, de son intérêt, de la pertinence des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettront de traiter le sujet choisi. Le second chapitre qui porte sur l'État de lieux et la revue de la littérature synthétise l'Etat des lieux du VIH/SIDA et l'Etat des lieux sur le travail de sexe dans le monde et en Afrique et plus précisément au Cameroun. Le troisième concerne les théories explicatives inhérentes à notre sujet, axées sur les théories du changement de comportement et les théories de la prévention qui traitent des enjeux autour de l'accompagnement dans le champ de la santé et de la prévention et notamment la relation patient-médecin ainsi que le rôle des pairs communautaires dans ce domaine.

La seconde partie porte sur le cadre méthodologique et opératoire qui est également articulé autour de trois chapitres que sont le chapitre 4 qui traite de la méthodologie de recherche où sera abordé le type de recherche, les caractéristiques de la population sur laquelle nous allons travailler, l'explication et la justification des méthodes et les instruments que nous utiliserons pour appréhender et collecter les données. Nous décrirons enfin le déroulement de la collecte des données et indiquerons le plan d'analyse des données.

Le chapitre 5 quant à lui traite de la présentation et de l'analyse des résultats collectés et enfin pour terminer le chapitre 6 est essentiellement axé sur, l'interprétation et la mise en perspective de nos résultats afin de formuler des pistes de recherches futures ainsi que des pistes d'actions concrètes pour contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre de la prévention du VIH auprès des travailleuses de sexe afin de réduire le taux de prévalence du VIH au sein de cette communauté et atteindre les objectifs visés par l'Organisation Mondiale de la Santé sur le VIH/SIDA .

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1. LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Cette partie étant le chapitre introductif de notre mémoire est la composante essentielle de notre travail. Elle sera construite et structurée autour du contexte et justification de l'étude, de la formulation du problème, des questions de recherche, des objectifs de l'étude, de son intérêt, de la pertinence des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettront de traiter notre sujet choisi.

1.1. Contexte et justification

Il s'agira tout au long de cette sous partie de décrire le contexte dans lequel l'on souhaite mener l'étude. Nous présenterons les lois, les décrets et circulaires qui régissent le phénomène du travail de sexe et le VIH/SIDA et par la suite, nous allons exposer les choix et les motivations du thème et de notre sujet de recherche.

La problématique liée au VIH/SIDA reste et demeure un gros fléau qui mine le monde et a d'énormes répercussions sur la vie humaine et le fonctionnement de la société. Si ce problème cristallise toutes les attentions sur le plan mondial, il constitue aussi une préoccupation majeure pour le gouvernement du Cameroun, car on enregistre chaque année des milliers de morts dus à cette maladie. S'il est vrai que les chiffres sont décroissants et qu'on enregistre une baisse du taux de prévalence chaque année où l'on est passé de 5,5% à 2,7% sur le plan national au sein de la population générale selon le Plan stratégique national VIH 2012 -2015 il est important de souligner que les couples stables et les clients des travailleuses de sexe contribuent à 83,4 % dans le taux de nouvelles infections (Plan Stratégique National 2012 – 2015). Ce fort taux de contribution peut se justifier par le taux de prévalence quasi constant et très élevé auprès des travailleuses de sexe soit 36,9% selon la page web de la CRTV du 21/09/2016. Les travailleuses de sexe occupent donc la première place au classement en terme de prévalence élevée du VIH /SIDA chez les populations clés, suivi des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui affolent respectivement un taux de 24,2% dans la ville de Douala et 44,3 % dans la ville de Yaoundé selon l'étude menée par IBBS en 2016. Notons qu'actuellement au Cameroun plus de 496 000 personnes vivent avec le virus du VIH/SIDA. De ce fait l'Etat du Cameroun est très impliqué dans la lutte contre ce fléau et le chef de l'État son excellence monsieur PAUL BIYA dans l'un de ses discours s'adressant à la nation le 31/12/2002 disait :

...Pour ce qui est du SIDA, nous avons lancé une véritable croisade contre ce fléau des temps modernes avec l'aide des sommités médicales dans le domaine. Déjà, les thérapies les plus efficaces ont été mises à la portée d'un grand nombre de malades. L'information, la prévention ne sont pas laissées de côté. Nous ne relâcherons pas nos efforts.

Plan Stratégique National 2011-2015 en vue de mettre fin à cette pandémie à l'horizon 2030 et d'atteindre l'un des Objectifs du Développement Durable(ODD) sur la santé et le bien-être.

Pour atteindre ces objectifs et les objectifs visés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le gouvernement du Cameroun prend, des dispositions et mobilisent chaque année plusieurs milliards de Francs CFA dans la lutte et la prise en charge du VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire nationale. Selon le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA le budget prévisionnel du gouvernement du Cameroun est passé de 290 834 705 892 FCFA entre 2012-2015 à 412 156 442 790 pour 2018 à 2022. p.72. PSN 2018-2022.

Au regard des chiffres évoqués ci-dessus et au vu de l'ampleur de la situation dans laquelle le Cameroun se trouve et des dégâts causés par ce fléau , J'ai pensé qu'il serait judicieux de mener une intervention dans ce secteur pour le bien-être et l'épanouissement des populations camerounaises en général mais en particulier auprès de celles-là qui sont encore plus vulnérables et plus exposées à ce virus de par l'exercice de leur métier mais aussi de par les violences et dangers qu'elles subissent car en à croire l'ancien premier ministre, chef du gouvernement du Cameroun Philémon YANG

« Le SIDA, la tuberculose et le paludisme représentent les plus fortes incidences de mortalité et de morbidité du pays ». PSN 2011-2015

De plus de par mes observations de terrain et dans l'exercice de mon activité professionnelle en tant que conseiller psychosocial et gestionnaire de cas , je me suis rendu compte durant ces dernières années lors des séances de counseling individuels , des sensibilisations en communauté et même lors des activités de groupe que plusieurs travailleuses de sexe étaient ignorantes de beaucoup d'informations au sujet du virus du VIH et de la maladie du SIDA et de tout ce qui gravitent autour tels que les moyens de prévention et la prise en charge des personnes infectées. Ce manque d'instruction autour de la pandémie les rendait encore doublement

vulnérables et très exposées à côté de l'insuffisance des dispositifs d'accompagnements auprès de ces dernières qui sont on dirait presque abandonner à elles-mêmes.

La prostitution et le racolage sont punis au Cameroun par l'article 343 (ordonnance présidentielle numéro 72-16 du 28 septembre 1972) qui stipule que :

« - Est puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20 000f à 500 000 FCFA toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui se livre habituellement moyennant rémunération à des actes sexuels avec autrui. »

« - Est puni des mêmes peines celui qui en vue de la prostitution ou de la débauche procède publiquement par geste, parole écrits ou par tout autre moyen au racolage de l'un ou de l'autre sexe. ».

Depuis l'entrée en vigueur de cette loi, l'article 343 des ordonnances de 1972 qui pénalise la prostitution et le racolage au Cameroun, les conditions des travailleuses de sexe(TS) n'ont cessé de se dégrader à cause de la clandestinité dans laquelle elle exerce leur métier : augmentation des viols, stigmatisation, escroquerie, tracasseries et rafles par la police et la gendarmerie. Ces femmes subissent une litanie de difficultés en fonction des milieux dans lesquels elles se trouvent en raison soit de leur statut, leur travail ou de style et son pour la plupart du temps victimes des arrestations arbitraires, des condamnations basées sur la base des stéréotypes ou suppositions. Parmi les abus nous pouvons citer entre autres les violences physiques, psychologiques, économiques, la stigmatisation, les pratiques discriminatoires, les exploitations sexuelles et les harcèlements sexuels qui constituent les violations de plusieurs droits de l'homme à savoir le droit à un meilleur état de santé, le droit à la liberté et la sûreté contre les arrestations et les détentions arbitraires, le droit d'aller et de venir, le droit à la vie privée etc....

Ces violations constituent dont un enfreint sur le plan sanitaire et au plein épanouissement des Hommes de la société et en particulier pour les populations clés notamment les travailleuses de sexe , les utilisateurs et utilisatrices des drogues injectables (UDI) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) chez qui on note entre autre : une auto stigmatisation, la perte de l'estime de soi, le découragement, les troubles psychologiques, les instabilités émotionnelles et même le suicide toute chose qui constitue un obstacle pour l'atteinte des objectifs fixés par l'OMS en lien avec le VIH/SIDA et l'un des objectifs du développement durable (ODD) sur la santé et le bien-être. Or, le Cameroun est un pays de droits et de devoirs régis

par des instruments nationaux, régionaux et internationaux. Lesquels instrument protègent et encadrent les droits des citoyens.

Dans la Déclaration Universelle des droits de l'Homme des Nations Unies il est stipulé dans son article premier que : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». Le Cameroun est un pays qui a ratifié plusieurs conventions relatives à la protection des droits de l'homme et avec pour obligation de prendre toutes les mesures pour que les droits des femmes, des enfants et des minorités soient respectés. La charte africaine des droits de l'Homme et des peuples du 20/06/1989, le protocole de Maputo du 28/05/2009, le Pacte Internationale relatif aux Droits Civiques et Politiques (PIDCP) du 27/06/1984 commandent l'élimination de toute forme de discrimination. De ce fait le pays est tenu par le droit international et le droit coutumier de protéger et promouvoir les Droits de ses citoyens. Ces traités imposent aux autorités camerounaises l'obligation de protéger et promouvoir divers droits humains. Nous pouvons évoquer aussi les articles qui protègent les droits des personnes à savoir :

- Article 17 PIDCP sur le droit à la privée qui stipule que : « nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée ... » et « Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes. »
- Article 9 sur le droit à la liberté et à la sureté contre les arrestations arbitraires et les détentions arbitraires qui stipule que « Tout, individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne » et que « nul ne peut faire l'objet d'une arrestation ou d'une détention arbitraire. » et qu'en cas d'arrestation, « L'arrestation doit être effectuée de manière non discriminatoire et être nécessaire et proportionnelle au vu des circonstances du cas espèces. »
- Article 25 sur le Droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint cet article dit que: « Toute discrimination dans l'accès au soin de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer , qu'elle soit fondée sur la race, la couleur ,le sexe, la langue, la religion ,l'opinion politique ou tout autre opinion, l'origine nationale ou sociale , la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental , l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA, l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, social ou autre violence .»

1.2. Position et formulation du problème

1.2.1. Le constat empirique

Selon Gravel repris par Ebodé (1994), « la recherche empirique se fonde sur l'observation du réel et sur l'étude des cas particuliers pour arriver à généraliser les faits ou les réalisations ». Ce sont les faits observés qui suscitent l'interrogation, provoquent l'étonnement ou alors un doute à dissiper. Ici nous allons formuler un problème de recherche tout en nous appuyant sur des lectures, des observations de terrain et des données statistiques.

1.2.1.1. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de VIH/SIDA 2022

Selon les dernières statistiques mondiales sur le VIH publié par l'Organisation des Nations Unies (ONUSIDA), en 2021 :

- ❖ 38,4 millions [33,9 millions–43,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH ;
- ❖ 1,5 million [1,1 million–2 millions] de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH ;
- ❖ 650 000 [510 000–860 000] de personnes sont décédées de maladies liées au SIDA ;
- ❖ 28,7 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale ;
- ❖ 84,2 millions [64 millions–113 millions] de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie ;
- ❖ 40,1 millions [33,6 millions–48,6 millions] de personnes sont décédées de suite de maladies liées au SIDA depuis le début de l'épidémie.
- ❖ Et les personnes vivantes avec le VIH se situent durant cette même année à :
- ❖ 38,4 millions [33,9 millions–43,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH.
 - 36,7 millions [32,3 millions–41,9 millions] d'adultes (de 15 ans et plus).
 - 1,7 million [1,3 million–2,1 millions] d'enfants (0-14 ans).
 - 54 % de l'ensemble des personnes vivants avec le VIH sont des femmes et des filles.
- ❖ 85 % [75–97 %] de toutes les personnes vivantes avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2021.
 - Environ 5,9 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH en 2021.

Tandis que les personnes vivantes avec le VIH ayant accès à un traitement antirétroviral :

- ❖ À la fin décembre 2021, 28,7 millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral, soit une augmentation de 7,8 millions par rapport à 2010.
- ❖ En 2021, 75 % [66–85 %] de toutes les personnes vivantes avec le VIH avaient accès au traitement.
 - 76 % [67-87 %] des adultes de 15 ans et plus vivants avec le VIH ont eu accès au traitement, tout comme 52 % [42-65 %] des enfants de 0-14 ans.
 - 80 % [72-91 %] des femmes adultes de 15 ans et plus ont eu accès au traitement, cependant seulement 70 % [61-82 %] des hommes adultes de 15 ans et plus y avaient accès.
- ❖ 81 % [63-97 %] des femmes enceintes vivantes avec le VIH avaient accès à des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs bébés en 2021.

D'après les nouvelles infections à VIH,

- ❖ Les nouvelles infections au VIH ont été réduites de 54 % depuis le pic de 1996.
 - En 2021, environ 1,5 million [1,1 million–2 millions] de personnes étaient nouvellement infectées par le VIH, contre 3,2 millions [2,4 millions–4,3 millions] en 1996.
 - Les femmes et les filles représentaient 49 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2021.
- ❖ Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH ont diminué de 32 %, passant de 2,2 millions [1,7 million-2,9 millions] à 1,5 million [1,1 million-2 millions] en 2021.
 - Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH chez les enfants ont diminué de 52 %, passant de 320 000 [220 000-480 000] en 2010 à 160 000 [110 000-230 000] en 2021.

Et les décès liés au SIDA au SIDA ont été réduits de 68 % depuis le pic de 2004 et de 52% depuis 2010.

- En 2021, environ 650 000 [510 000-860 000] personnes mourraient de maladies liées au SIDA dans le monde, contre 2 millions [1,6 million-2,7 millions] de personnes en 2004 et 1,4 million [1,1 million-1,8 million] de personnes en 2010.
- ❖ La mortalité liée au SIDA a diminué de 57 % chez les femmes et les filles et de 47 % chez les hommes et les garçons depuis 2010.

Par contre en 2021, les populations clés (les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les femmes transgenres) et leurs partenaires sexuels représentaient 70 % de toutes les nouvelles infections au VIH :

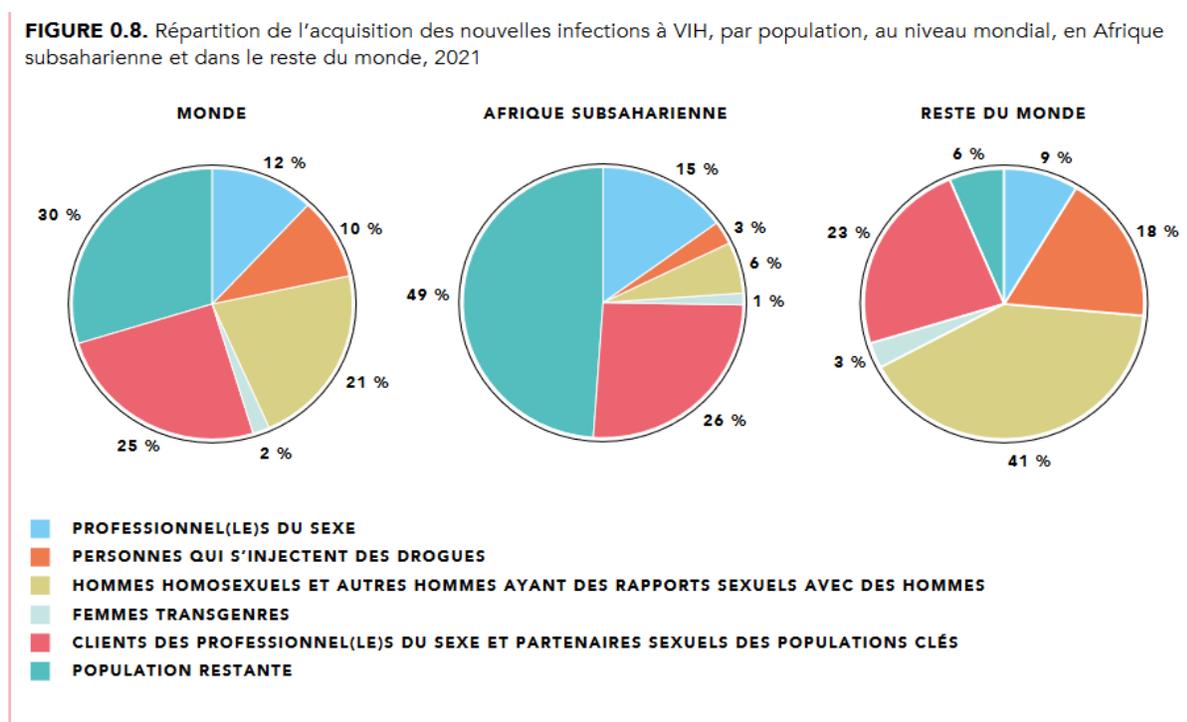
- 94 % des nouvelles infections au VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne.
- 51 % des nouvelles infections au VIH en Afrique subsaharienne.
- ❖ Le risque de contracter le VIH est :
 - 35 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues que chez les adultes qui ne s'injectent pas de drogues.
 - 30 fois plus élevé pour les professionnelles du sexe que chez les autres femmes.
 - 28 fois plus élevé chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les autres hommes.
 - 14 fois plus élevé pour les femmes transgenres que chez les autres femmes.

Chez les femmes,

- ❖ Chaque semaine, environ 4 900 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH.
- ❖ En Afrique subsaharienne, six nouvelles infections au VIH sur sept chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans concernent des filles. Les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les jeunes hommes.
- ❖ En Afrique subsaharienne, les femmes et les filles représentaient 63 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2021.

Les Populations clés représentent moins de 5 % de la population mondiale, mais elles et leurs partenaires sexuels représentent 70 % des nouvelles infections à VIH en 2021. Dans chaque région du monde, des populations clés sont particulièrement vulnérables à une infection au VIH.

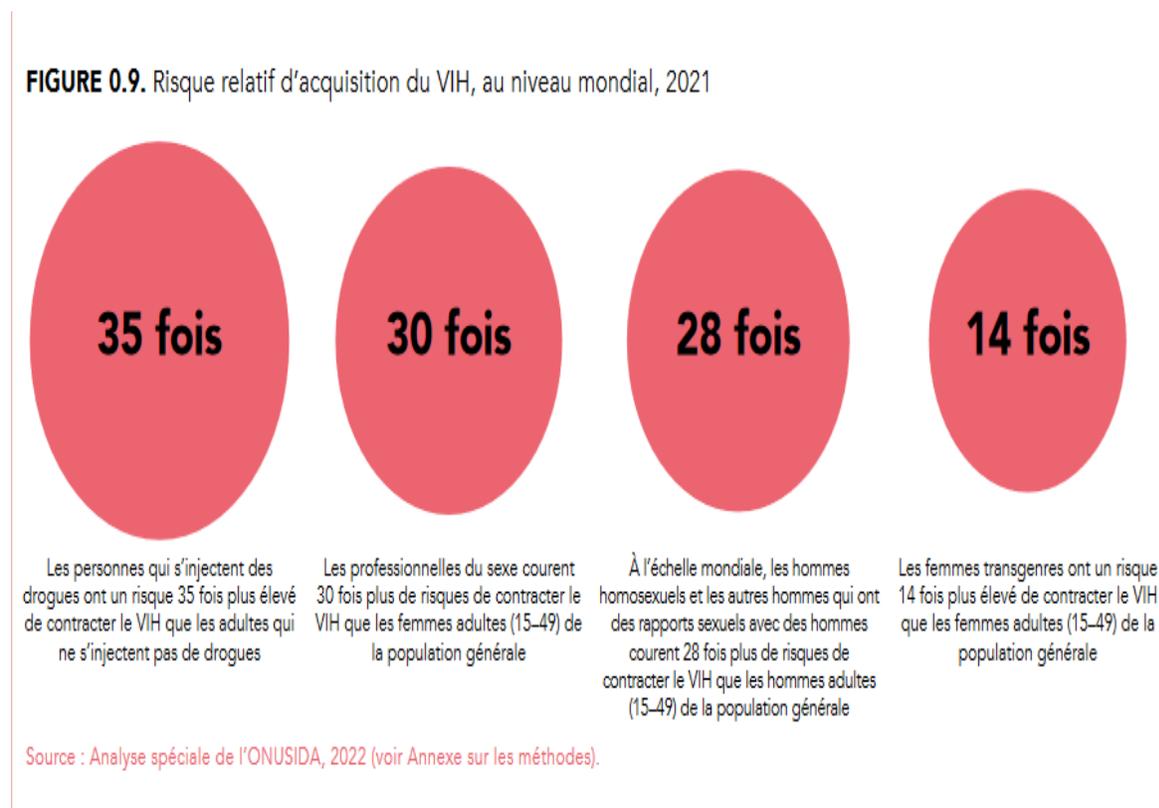
Figure 1: Répartition d'acquisition des nouvelles infections à VIH par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde en 2021 .



Source : ONUSIDA

La figure (1) ci-dessus- nous montre clairement que les populations clés sont celles les plus exposées au virus du VIH /SIDA. Bien que ne représentant qu'un faible pourcentage de la population globale, elles contribuent avec leurs partenaires à 70 % dans le taux de nouvelles infections au VIH.

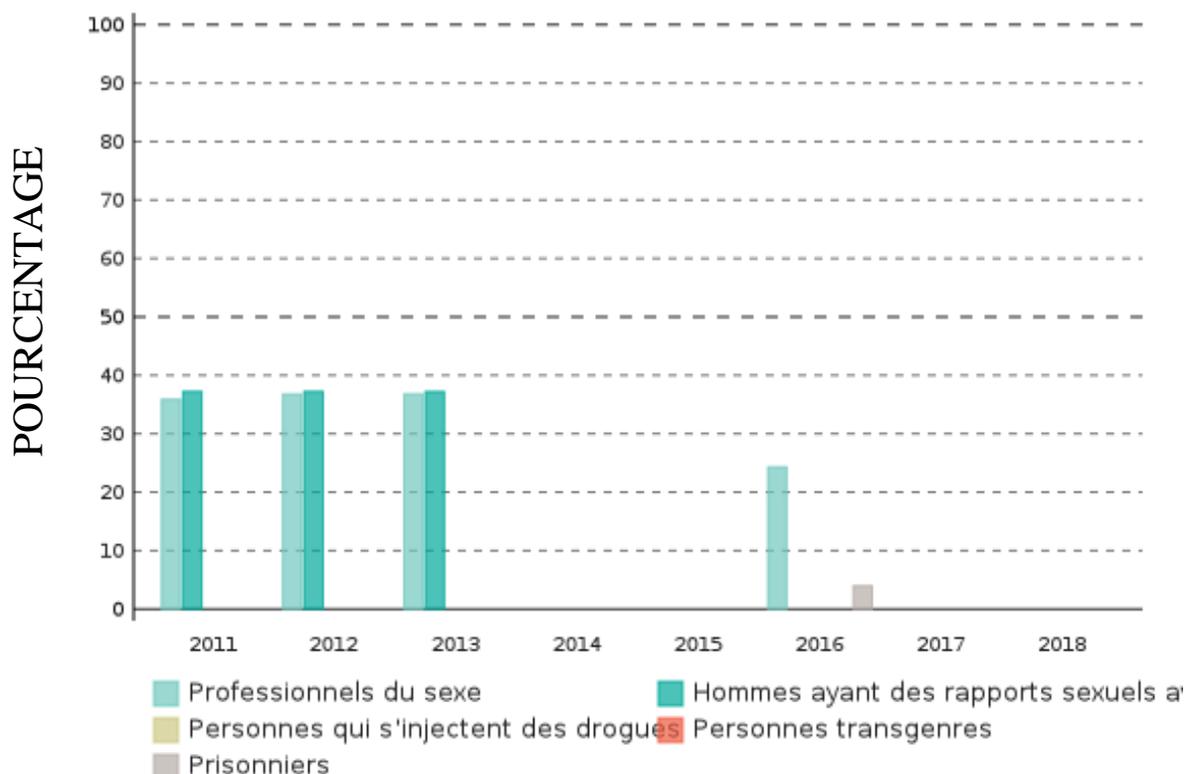
Figure 2: Risque relatif d'acquisition du VIH au niveau mondial chez les populations clés.



Source : ONUSIDA

La figure (2) par contre nous fait un classement de risque relatif d'acquisition du VIH par ces populations et nous pouvons voir que les professionnelles du sexe occupent la deuxième place du classement avec 30 fois plus de risque de contracter le virus que les autres femmes de la population générale. Notons que les personnes qui s'injectent des drogues sont les plus exposés voir 35 fois plus exposés.

FIGURE 3: PREVALENCE VIH PARMIS LES POPULATIONS CLES, CAMEROUN (2011 – 2018)
POURCENTAGE DE POPULATIONS CLES SPECIFIQUES VIVANT AVEC LE VIH.



Source : Rapports d'avancement nationaux – Cameroun sur la lutte contre le SIDA 2019

Le diagramme ci-dessus (figure 3) nous montre la répartition du taux de séroprévalence du VIH/SIDA chez les populations clés, il ressort clairement que la prévalence au cours de ces dernières années reste très élevée chez les travailleuses de sexe et les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

En dépit du contexte d'épidémie qui persiste, les efforts fournis dans la lutte contre le VIH/SIDA depuis plusieurs années, contribuent à une inversion de la tendance de cette épidémie. Le plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) PSN 2012-2018 vise la réduction de la morbidité et la mortalité liées au VIH/ SIDA et autres IST ainsi que l'impact socio-économique sur le développement du pays. L'atteinte de ces objectifs passe par des efforts de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers une appropriation effective de celle-ci et une coordination efficace et efficiente.

Selon la dernière étude d'envergure nationale (CAMPHIA 2017), le Cameroun continue d'être en situation d'épidémie généralisée caractérisée par une prévalence moyenne du VIH de 3,4% au sein de la population des personnes âgées entre 15 et 49 ans (Rapport préliminaire CAMPHIA 2017). La prévalence du VIH dans la population générale est en baisse depuis 2004 allant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011 puis à 3,4% en 2017. Cette tendance à la baisse est probablement liée d'une part, à l'amélioration de l'accès aux Antirétroviraux (ARV) et d'autre part à la constance des interventions de prévention auprès de la population générale et des populations les plus exposées au risque. La baisse observée est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Si, entre 2004 et 2017, la prévalence du VIH chez les hommes a baissé quasiment de moitié, allant de 4,1% à 2%, chez les femmes, la baisse est moins importante que chez les hommes. Elle est passée de 6,8% en 2004 à 4,8% en 2017. Ainsi, la tendance à la féminisation de l'épidémie demeure d'actualité. Comme en 2004, l'enquête CAMPHIA 2017 a montré que chez les jeunes (15-19 ans et 20-24 ans), les filles sont en moyenne 5 fois plus infectées que les garçons. Toutefois, la tranche d'âge la plus touchée chez les femmes est celle de 40-44 ans avec une prévalence de 9,3% tandis que chez les hommes c'est la tranche d'âge comprise entre 50-54 ans avec 7,5% et une distribution spatiale de quasiment équivalente à celle observée en 2011.

Concernant les femmes enceintes, la récente enquête de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes réalisée en 2016 a démontré que la prévalence du VIH chez les femmes reçues en première Consultation Prénatale (CPN) est de 5,70%, soit une baisse de 2,1 points par rapport à 2012. La tendance est pratiquement la même chez les autres populations clés. Une étude réalisée auprès des Travailleuses de Sexe (TS) en 2009 estime à 36%, la prévalence du VIH dans cette population. Une cartographie des travailleurs de sexe (TS) a été réalisée en 2015 dans 8 principales villes du Cameroun avec l'appui financier de la Banque Mondiale. L'objectif de cette étude était d'estimer la taille de la population des TS pour une orientation spécifique de l'offre des services de Prise En Charge (PEC) du VIH/SIDA chez les TS.

De cette étude il ressort une estimation nationale de 112 580 TS (103 436-121,723). Les villes de Bafoussam, Bertoua et Kribi avaient les taux de TS pour milles femmes adultes les plus élevés avec 26,81/1000, 39,9/1000 et 51,5/1000.

1.2.2. Le constat théorique

La recherche naît toujours de l'existence d'un problème à résoudre, à clarifier. C'est dire qu'il y a problème lorsqu'on ressent la nécessité de combler un écart conscient entre ce qu'on sait et ce qu'on devrait savoir. Le problème de recherche est donc l'écart qui existe entre ce qui est et ce qui devrait être.

Au regard des chiffres évoqués ci-dessus et de la situation alarmante qui ressort des données sur le VIH/SIDA au niveau mondial et sur le plan national, il ressort que notre sujet pose le problème de *l'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe lié à l'insuffisance et l'inefficacité des modalités d'accompagnement.*

Eu égard à tout ce qui a été évoqué ci-dessus, nous pouvons dire que la violation des droits fondamentaux des minorités (TS) a des répercussions sur leurs santés et leurs épanouissements. Autrement dit le, non-respect des droits des travailleuses de sexe ou encore la violation de leurs droits à une incidence sur leurs états de sante et leurs pleins épanouissements. Or si les droits des travailleuses de sexe étaient respectés tout allait être bien et le taux de séroprévalence n'allait pas éprouver des difficultés à diminuer au sein de leur communauté comme on peut bien le constater depuis plusieurs années. A côté de la législation camerounaise qui interdit le travail de sexe et qui accentue les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien il est aussi important de noter qu'elles font face à une pandémie qui est le VIH/SIDA et on ne saurait les laisser à la merci de ce virus ou encore continuer de violer leurs droits sous prétexte que du point de vue de la législation camerounaise le travail de sexe est interdit car nous savons que le Cameroun a signé et ratifié plusieurs accords ; traités et conventions qui exige un minimum de respect pour la personne humaine ainsi que la protection de ces derniers et les travailleuses de sexe sont des citoyennes et doivent bénéficier des mêmes droits comme le reste de la population sans distinction aucune aux services accessibles à toute la population.

C'est dire que le gouvernement doit revoir les différents modes d'interventions qui sont menés en direction des travailleuses de sexe en vue de réduire le taux de séroprévalence au sein de cette communauté et limiter les dégâts causés par la maladie du SIDA.

1.3. Questions de Recherche

Les questions de recherche sont des énoncés interrogatifs qui explicitent le problème identifié. Nous avons une question principale et des questions secondaires. Dans le cadre de notre recherche, notre question principale est la suivante :

1.3.1. Question générale de recherche :

Quelle est l'incidence des modalités d'accompagnement socioéducatif sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?

1.3.2. Questions spécifiques de recherche.

- QSR 1 : l'accès aux soins de santé peut-il contribuer à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?
- QSR 2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe peut-il avoir une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ?
- QSR 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCCS) a-t-elle un apport considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?

1.4. Objectifs de Recherche

Il s'agit de la contribution que le chercheur espère apporter en étudiant le problème. Nous distinguons : un objectif général et des objectifs spécifiques. Ceux-ci sont nécessaires pour guider et opérationnaliser la recherche dans les activités précises à mener.

1.4.1. Objectif général

Notre objectif général vise à contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/ SIDA chez les travailleuses de sexe à travers la proposition des nouvelles modalités d'accompagnement socioéducatif.

1.4.2. Objectifs spécifiques

Nos objectifs spécifiques visent à :

- Décrire le phénomène d'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ;
- Analyser les facteurs d'inflation du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe ;
- Proposer des mesures/stratégies, des modèles visant à réduire du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe.

1.5. Hypothèses de Recherche

L'hypothèse est énoncée affirmatif écrit au présent de l'indicatif, déclarant formellement les relations prévues entre deux variables ou plus. C'est une supposition ou une prédiction fondée sur la logique de la problématique et des objectifs de recherche définis. C'est la réponse anticipée à la question de recherche posée. La formulation d'une hypothèse implique la vérification d'une théorie ou précisément de ses propositions.

On distingue une hypothèse générale de recherche et des hypothèses spécifiques.

1.5.1. Hypothèse générale de recherche

C'est la réponse anticipée à la question générale de recherche. Dans le cadre de notre recherche, notre hypothèse générale est la suivante : ***Les modalités d'accompagnement socioéducatif ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville Yaoundé.***

1.5.2. Les hypothèses de recherche spécifiques.

- HSR 1 : l'accès aux soins de santé contribue à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.
- HSR 2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.

- HSR 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCCS) a un apport considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

1.6. Intérêt et pertinence de LA RECHERCHE

1.6.1. Intérêt de l'étude

Notre étude à une portée sur le plan :

- Social en ce sens qu'elle va toucher le mode de vie entre les Hommes dans la société. Elle vise à promouvoir le bien être des individus en général, et en particulier celui des travailleuses de sexe ainsi que leur épanouissement pour la pleine participation aux affaires et au développement du pays, car les Hommes malades ne peuvent pas contribuer à l'émergence d'une nation. Ce travail vise également tous les acteurs clés dans la lutte contre le VIH et la prise en charge des PVVIH notamment le ministère de la santé publique (MINSANTE), les organisations de la société civile (OSC), les organisations à bases communautaires (OBC) ; les organisations non gouvernementales (ONG), le ministère des affaires sociales (MINAS) et le ministère de la promotion de la femme et de la famille (MINPROF).
- Scientifique : sur le plan scientifique ce travail guide nos premiers pas dans le monde de la recherche, monde que nous aurons à explorer tout au long de notre carrière et dans la poursuite de nos études universitaires il soulève également un aspect de la question qui continue à susciter l'interrogation. En effet, les études réalisées sur le travail de sexe est encore un peu tabou en Afrique et particulièrement au Cameroun elles le sont encore plus lorsqu'il s'agit de faire un plaidoyer pour une meilleure prise en compte et prise en charge des spécificités et des besoins des TS dans un pays où la législation condamne le travail de sexe d'où l'idée de s'attarder à ce contexte et plus spécifiquement sur l'importance du rôle du gouvernement et des acteurs de la santé dans le processus de la prévention de la pandémie du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe en particulier et au sein de la population camerounaise en générale .
- Didactique en ce sens que nous allons éduquer les travailleuses de sexe via la sensibilisation sur les différents modes de prévention, de prise en charge du VIH/SIDA et aussi sur leurs différents droits afin d'être en mesure de pouvoir faire face aux différentes injustices et abus.

- Economique dans la mesure où l'atteinte de nos objectifs permettra de réduire le coût de l'enveloppe budgétaire de l'état et les dépenses faites par les populations pour ce qui est de leur bien être sur le plan sanitaire et augmentera le cout de productivité.

1.6.2. Pertinence

La pertinence de ce travail de recherche réside dans le fait qu'il est élaboré dans le cadre des sciences de l'éducation en particulier il s'agit d'une intervention communautaire. La prise en charge et la prévention de l'infection par le virus du VIH/SIDA demeure un champ d'investigation particulièrement pertinent pour la mise en place des recherches interventionnelles au carrefour des sciences médicales, des sciences sociales et des sciences de l'éducation au sein desquelles la santé occupe une place majeure. Cette étude vise à présenter et proposer de nouvelles modalités d'accompagnement susceptibles de contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA auprès des travailleuses de sexe. A partir des réflexions menées autour des recherches en cours dans le champ de la prévention du VIH, le sujet vise à montrer la pertinence de la problématique.

L'épidémie du VIH/SIDA au Cameroun se caractérise par des prévalences très variées selon les groupes concernés : une faible prévalence au sein de la population générale et une haute prévalence chez les populations clés en occurrence les travailleuses de sexe. De ce fait l'objectif des mesures préventives dans cette situation est de réduire l'incidence de l'infection à VIH dans la population et en particulier chez les travailleuses de sexe.

1.7. Délimitation de l'étude

Nous ferons une délimitation thématique et géo spatiale et temporel.

1.7.1. Délimitation thématique

Du point de vue thématique, le présent travail s'inscrit dans le grand champ des sciences humaines, sociales et éducatives. Plus précisément, nous menons une étude en intervention et action communautaire en rapport avec le développement durable. Notre étude sera délimitée sur plusieurs aspects notamment :

- **Aspect Psychologique** : toutes travailleuses de sexe jouissant de toutes ses facultés mentales.
- **Aspect Social** : toutes personnes exerçant le travail de sexe dans la ville de Yaoundé et s'assurant comme telle et toutes personnes exerçant dans la prise en charge des travailleuses de sexe dans les formations sanitaires ou dans les associations communautaires.
- **Aspect sanitaire** : toutes travailleuses de sexe vivants avec le VIH/SIDA ou non ou à risque d'exposition au virus VIH /SIDA.
- **Aspect juridique** : les personnes qui accompagnent les travailleuses de sexe dans les démarches juridiques et qui militent pour la défense et le respect de leurs droits.

1.7.2. Délimitation spatio-temporelle

➤ **Sur le plan spatial.**

La ville de Yaoundé a été choisie comme site d'étude en particulier dans les points chauds où les travailleuses de sexe exercent leur activité au quotidien et dans les associations à base communautaire qui mène des activités et offre de service en direction de cette cible. Nous travaillerons de manière spécifique dans les communes d'arrondissement de Yaoundé IV et VI.

➤ **Sur le plan temporelle.**

Sur le plan temporel notre étude porte sur une période allant d'Octobre 2023 à Mai 2023 intervalle requis pour la constitution d'une banque de donnée nécessaire pour étayer notre mémoire.

1.8. Définition des Concepts

La définition des concepts par de la définition du concept en utilisant un dictionnaire ou la définition par un ou des auteurs et enfin la synthèse à travers laquelle nous indiquerons l'orientation à donner au concept tout au long de l'étude. Nous définirons ici les concepts contenus dans l'énoncé de notre sujet.

1.8.1. Accompagnement

Selon le dictionnaire universel de 2008, l'accompagnement est un ensemble de soins palliatifs dont on entoure une personne gravement malade. On peut distinguer plusieurs formes d'accompagnements (social, éducatif, collectif ou psychologique).

L'accompagnement est un concept complexe qui peut avoir différentes significations selon les auteurs. Cependant, une définition courante de l'accompagnement est celle proposée par Philippe Meirieu, un pédagogue français. Selon lui, l'accompagnement est « un processus qui consiste à aider une personne à se développer, à apprendre, à progresser, à s'adapter, à changer, à se réaliser, à s'accomplir, à se construire, à se reconstruire, à se réparer, à se réinventer, à se transformer, à se transcender, à se libérer, à se responsabiliser, à se socialiser, à se situer, à se comprendre, à se connaître, à se reconnaître, à se respecter, à se valoriser, à se projeter, à se dépasser, à se décentrer, à se questionner, à se remettre en question, à se confronter, à se confronter à l'autre, à se confronter à soi-même, à se confronter au monde, à se confronter à l'histoire, à se confronter à la culture, à se confronter à la nature, à se confronter à la vie ».

Cette définition met en avant l'idée que l'accompagnement est un processus dynamique et complexe qui vise à aider une personne à se développer et à s'accomplir dans différents domaines de sa vie. Elle souligne également l'importance de la confrontation et de la remise en question pour favoriser ce processus.

La notion d'accompagnement est très polysémique et elle varie selon le contexte. Les travaux sur l'accompagnement commencent à la fin des années quatre-vingt-dix, au moment où ce récent « mode d'aide » monte en puissance. La réflexion sur ce qu'accompagner veut dire n'a pourtant pas été épuisée, ni par les approches réflexives, ni par les praticiens, sans cesse conduits à mettre en regard de « l'accompagnement » (le mot), « la chose » qu'ils pratiquent.

La notion d'accompagnement a connu ces dernières années un véritable engouement, au point d'envahir tous les domaines de la vie sociale. Elle se présente comme vertueuse, consensuelle, propre à susciter l'adhésion, mais n'en reste pas moins ambiguë, prenant des formes et des significations différentes au cours du temps et selon les professionnels qui y ont recours. Largement mobilisé par de multiples acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, ce concept semblerait pointer des situations et des contextes nouveaux, qui appellent des interventions également novatrices.

De fait, l'accompagnement est né dans les années 1990. Il surgit partout : dans le travail social, dans les placements judiciaires, dans la formation, dans le travail éducatif, dans le travail soignant ou encore dans le monde économique. Dans tous les actes de la vie, le terme accompagner est présent. Mais, ce terme ne recouvre pas forcément la même réalité.

D'un point de vue étymologique et sémantique - Le mot *accompagnement* semble venir du latin *ac*, signifiant « vers », *cum* signifiant « avec » et de *panis* signifiant « pain », voulant dire « manger son pain avec un autre ». Une idée de partage et de cause commune apparaît ; l'accompagnement étant doté d'une double mission de relation et de cheminement.

Selon Barreyre et al. (1995), l'accompagnement désigne historiquement le mot compagnon (com- pane), c'est-à-dire partager le pain. Dans un dictionnaire de la langue française, l'accompagnement est défini comme « une action d'aller de compagnie avec, fait d'accompagner » ou comme un « ensemble de mesures et d'actions mises en place pour aider, soutenir ou soulager des personnes en difficulté » Rey-Deboue (J.) et Rey (A.), sous la direction, Le Petit Robert, 2015, p. 17. L'accompagnement implique une idée de mouvement, il s'agit de se joindre à quelqu'un pour aller avec lui. Il concerne les situations où il y a un acteur principal, qu'il faut soutenir, protéger et aider à atteindre son but, en allant avec lui vers son objectif.

Au vu des multiples variétés que prend le concept, dans le cadre de notre recherche, nous intéresserons au domaine qui nous concerne qui est le social et l'éducation. Il est important de préciser que pour Dubost, (1987)

« Les comportements, habitudes, coutumes et croyances exprimant et traduisant des systèmes de valeurs culturels et sociaux, que les membres d'une société, d'une communauté donnée, peuvent agir ensemble, tout à la fois individuellement et collectivement, en incluant ainsi la part de variation, d'interprétation personnelle, de création, voire de transgression, que comporte toujours l'observance des lois et des règles de vie mutuellement reconnues, acceptées ou subies. Celles-ci peuvent donc être volontairement et consciemment respectées aux plans d'une déontologie, d'une morale ou d'une éthique, mais tout aussi bien, inconsciemment exercées, à travers autant d'élévations. Elle se donne à lire à travers tout un jeu de représentation sociale. »

Dans le cadre de notre recherche, les personnes en difficultés sont les travailleuses de sexe exposés au virus du VIH/SIDA et de pleins d'autres maux de par l'exercice de leur activité et il est question d'aller vers elles afin de les aider et les soutenir afin de contribuer à la réduction du taux

de prévalence dans leur communauté en limitant les nouvelles infections aux virus du VIH/SIDA auprès de ces dernières. Il sera question tout au long de notre travail d'un accompagnement social et éducatif.

A partir de 1946, la notion de prise en charge vient se rajouter. Entre 1970 et 1985, l'approche globale et l'intervention émergent dans le milieu social. Le mot *accompagnement* apparaît dans la période 1985-1995, et depuis il ne cesse de se développer. Issu du domaine médical, il est employé pour la première fois dans le domaine social, par les militants de la lutte contre l'exclusion.

« L'accompagnement est une figure anthropologique à laquelle les civilisations qui se succèdent ont continuellement recours » Paul (M.), *Autour du mot accompagnement, Recherche et formation*, n° 62, 2009, p. 129.

De manière générale, l'accompagnement consiste en une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts. Il ne s'agit pas d'assister, de décider, d'agir et d'assumer à la place de l'autre, mais de l'aider à se décider, à agir et à assumer, afin de favoriser son engagement, sa responsabilisation et son autonomie. C'est dire qu'il s'agira dans le contexte de notre étude d'orienter les travailleuses de sexe dans la prise de leurs décisions. Cet accompagnement aura pour objectif de les aider à mieux prendre soin d'elle et s'auto-prendre en charge afin de limiter les risques liés à leur métier notamment la réduction des nouvelles infections au VIH/SIDA.

Aujourd'hui, l'accompagnement vise à répondre à des problématiques sociales en prenant en charge les personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles. Il ne relève plus des philosophies de l'assistance et du développement. Dans le cadre de notre recherche, le problème social est l'inflation du taux de VIH/SIDA. Les travailleuses de sexe représentent les personnes qui rencontrent les difficultés sociales et professionnelles.

Une nébuleuse de pratique - La notion *d'accompagnement* n'est pas encore fondée conceptuellement, elle déborde largement les champs disciplinaires et les secteurs professionnels. Il s'agit d'une pratique qui diffère selon les secteurs d'application, les institutions, le profil du bénéficiaire et du praticien. Cette notion est née des différentes pratiques du travail social. Aujourd'hui, l'accompagnement est présent dans plusieurs domaines, éducatif, médical, judiciaire,

social, sanitaire, avec des secteurs d'activités diversifiés. Il s'inscrit dans « une nébuleuse », il peut prendre diverses formes.

L'accompagnement côtoie des termes anglicismes, comme le counseling, reposant sur l'idée de conseil et le coaching qui repose sur l'idée d'entraînement. Le sponsoring qui repose sur l'idée de parrainage et le mentoring qui repose sur une idée d'éducation ; ils sont proches du tutorat, du conseil, du parrainage et du compagnonnage.

Si l'on s'en tient en ses termes, il est évident que mener une intervention auprès des travailleuses de sexe via la notion d'accompagnement demande un suivi particulier et individualisé afin d'atteindre l'objectif final. Pour Maela, Autour du mot accompagnement

Toutes ces formes d'accompagnement tendent à se définir comme pratiques intégratives dans laquelle un professionnel essaie d'être au plus près de la personne dans l'exploration d'une situation difficile ou d'une épreuve à franchir, dans les moments de positionnement et d'orientation, de choix et de prise de décision, dans l'évolution d'une situation problématique

La notion d'accompagnement est polymorphe, elle emprunte diverses formes. De cette hétérogénéité articulée, un fond commun caractérisant l'accompagnement peut être identifié. Il s'agit des valeurs de compétences professionnelles, de solidarité, de partage mutuel, transmission et d'autonomie. Pour Paul (M.), ce qu'accompagner veut dire, précité. La relation qui naît de l'accompagnement est porteuse de cinq caractéristiques : elle est asymétrique, elle met en présence au moins deux personnes, de niveau inégal ; elle est circonstancielle, la relation d'accompagnement est due à un contexte, à une situation, à une période particulière et difficile ; elle est temporaire, elle s'inscrit dans la durée, ne dure qu'un temps ; elle est contractualisée, elle associe les personnes sur la base d'une visée commune, consistant à une opération par laquelle une disparité de forme est compensée par une parité de fond, à ne pas confondre avec l'utilisation de l'outil contractuel ; puis elle est co-mobilisatrice, elle implique de s'inscrire l'un et l'autre dans un mouvement commun. La posture de l'accompagnement consiste à ajuster la demande avec une attitude d'effacement, de mise en retrait, il ne faut pas faire, ni dire, à la place de l'autre.

La notion d'accompagnement est polysémique, elle possède plusieurs sens et contenus, elle repose sur l'idée de cheminement incluant un temps d'élaboration, puis des différentes étapes pour arriver à son but. L'accompagnement est fondé sur l'écoute, sur un dialogue incitatif et une relation de confiance. C'est dire que si un système est mis sur pied en respectant les différentes

étapes de l'accompagnement fondée sur l'écoute, le dialogue et une relation de confiance entre les accompagnateurs cela contribuerait à réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA car les travailleuses de sexe se sentiraient plus à l'aise de pouvoir exprimer au mieux leurs besoins sans crainte de se faire discriminer ou stigmatiser. Cette notion repose sur une triade conceptuelle forte, trois concepts clefs fondent et traversent l'idée d'accompagnement et justifient son émergence, il s'agit de la socialisation, l'autonomisation et l'individualisation.

L'être humain ne naît pas autonome, il le devient et notamment par l'action d'autres personnes envers lui, il s'agit d'une autonomie relative. Les actions menées en direction des travailleuses de sexe visent leur autonomie. L'autonomie individuelle s'impose comme une norme sociale. La notion d'accompagnement est relativement proche d'autres concepts, qui eux-mêmes ne fédèrent pas un ensemble de pratiques unifiées :

- **Le counseling** : selon l'OMS c'est « un dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH /SIDA. ». C'est un indice important qui peut contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses dans ce sens qu'on les fournira des conseils sur les différents moyens de préventions du VIH, la prise en charge des personnes vivantes avec le virus et sur pleins d'autres aspects liées à la santé sexuelle et reproductive.
- **Le parrainage** : selon le dictionnaire Larousse, le parrainage est la « qualité, fonction de parrain ou de marraine. » Le parrain s'occupe de l'esprit, sa fonction est d'accueillir, introduire, admettre, veiller sur Le parrainage est issu de la vieille notion qu'est le parrain. Il implique des relations intergénérationnelles. C'est une notion maintenant institutionnalisée. Dans le cadre de notre recherche le parrain peut être un agent de santé communautaire formé sur les questions et la prise en charge des TS et/ou un professionnel de santé.

Pour Bourdieu, P. (1980) le parrainage est un système de relations sociales dans lequel une personne plus puissante ou plus influente (le parrain) offre son soutien et sa protection à une personne moins puissante ou moins influente (le filleul) en échange de loyauté et de services. Le parrainage peut être utilisé pour obtenir des avantages économiques, politiques ou sociaux, et peut être basé sur des liens de parenté, d'amitié ou de solidarité. Le parrainage peut être bénéfique pour les deux parties, mais peut également être source de corruption et de favoritisme.

➤ **Le compagnonnage** : enracinement et itinéraire, qualités techniques et humaines, former, transmettre, accompagner, ... Le compagnonnage fait appel à des valeurs traditionnelles. Il concourt au développement de la personne, à son appropriation d'un le sponsoring : soutenir, répondre, s'engager réciproquement, ... Cette notion correspond au mécénat du domaine artistique. Il s'agit d'accompagner d'une façon économique un projet.

Le « Compagnonnage des travailleuses de sexe » fait référence à une approche de soutien et d'accompagnement spécifique destinée aux travailleuses de sexe. Il s'agit d'une pratique qui vise à offrir un soutien holistique et des ressources aux travailleuses de sexe, en reconnaissant leurs droits, leur dignité et leur autonomie.

Le compagnonnage des travailleuses de sexe peut inclure diverses initiatives, telles que des programmes de santé et de prévention des maladies, des services de soutien psychologique, des formations professionnelles, des conseils juridiques, des programmes d'éducation et de sensibilisation, ainsi que des initiatives de plaidoyer pour les droits des travailleuses de sexe.

Il est important de noter que le compagnonnage des travailleuses de sexe est basé sur une approche respectueuse des droits humains et de la dignité des travailleuses de sexe. Il vise à leur offrir un soutien et des ressources pour améliorer leur bien-être, leur sécurité et leur autonomie, tout en luttant contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles elles peuvent être confrontées.

➤ **Le tutorat** (ou monitorat) : tutelle, dépendance, soutenir, surveiller, assister, suivre, ... Le tutorat est une notion ancienne revisitée. Pour Smith, J. (2010), le tutorat est un processus d'accompagnement dans lequel un individu plus expérimenté, appelé tuteur, guide et soutient un apprenant dans l'acquisition de connaissances et de compétences spécifiques. Le tuteur fournit un soutien personnalisé, des conseils et des ressources pour aider l'apprenant à atteindre ses objectifs éducatifs.

➤ **Le coaching** : entraîner, conduire, diriger, ... La notion de coaching est née du contexte économique. C'est une notion fourre-tout dans les pratiques et les méthodes utilisées. Les pratiques de médiation sont également proches de l'accompagnement sauf dans le cas de règlement de litiges. Toutes ces notions font appel à des valeurs anciennes. Mais elles s'adressent chacune à des problématiques différentes. "Aide" peut être considéré comme

l'ancien terme désignant l'accompagnement. La notion d'aide renvoie à celles de bénévolat, de caritatif, d'assistanat, d'État providence. Alors que la notion d'accompagnement renvoie à celles de professionnalisme, de démarche outillée, réfléchie d'autonomisation de la personne.

Selon Johnson, A. (2015), le coaching est un processus interactif et personnalisé dans lequel un coach qualifié aide un individu, appelé le coaché, à atteindre ses objectifs personnels ou professionnels. Le coach utilise des techniques de questionnement, de réflexion et de soutien pour aider le coaché à développer ses compétences, à surmonter les obstacles et à maximiser son potentiel.

1.8.2. Accompagnement éducatif

Selon Perrenoud (2001), l'accompagnement éducatif est un processus d'aide et de soutien qui vise à favoriser l'apprentissage et le développement des compétences des élèves. Il s'agit d'une relation d'aide qui se base sur l'écoute, la compréhension et le respect des besoins et des choix de l'élève. L'accompagnement éducatif peut prendre différentes formes, telles que des tutorats, des ateliers de soutien, des activités de loisirs, des formations professionnelles, etc L'objectif de l'accompagnement éducatif est de permettre à l'élève de développer ses compétences, de renforcer sa confiance en lui et de réussir sa scolarité.

Défini dans son sens le plus large, l'accompagnement éducatif est « l'ensemble des actions visant à offrir, aux côtés de l'école, l'appui et les ressources dont les enfants ont besoin pour réussir à l'école, appui qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social ». Cette notion d'accompagnement éducatif ne se limite donc pas au simple soutien disciplinaire ou à un ensemble de dispositifs. Il est une exigence d'individualisation et de personnalisation des pratiques pédagogiques, au travers de la construction d'un parcours de formation ; il est également responsabilisation des élèves, au sein d'un engagement réel dans les apprentissages, et notamment les pratiques sportives, artistiques et culturelles (où la pratique des langues vivantes doit trouver une place forte).

L'accompagnement éducatif s'adresse donc à tous les élèves et doit être individualisé en fonction des besoins de chacun. Il s'est progressivement mis en place dans les textes officiels depuis les années 1980 : circulaire de 1986, loi d'orientation de 1989, « Charte de l'accompagnement

scolaire » en 1992, « Charte nationale de l'accompagnement à la scolarité » en 2001, généralisation en 2008 des dispositifs relatifs à l'accompagnement éducatif en collège, réforme du lycée en 2010.

Etymologiquement, le terme « éducation », *ex-ducere* signifie, guider, conduire hors de. L'éducation est l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles, scientifiques, etc...considérées essentielles pour atteindre le niveau de culture souhaitée.

Emile Durkheim (1963) repris par Filloux (1994), la définit comme « l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mues, en vue d'assurer leur développement physiologique, psychologique et psychomoteur pendant une période bien définie et dans un espace précis ». C'est l'action de développer les facultés morales physiques et intellectuelles d'un individu ; en d'autres termes, c'est l'ensemble des méthodes et techniques utilisées par un formateur pour transmettre à l'apprenant, des connaissances qui peuvent assurer son développement physique, psychique, moral et culture dans l'optique de faire de lui un citoyen de vivre en harmonie avec ses congénères dans sa société d'appartenance.

Dans le cadre de notre étude il s'agira de l'éducation à la sexualité, qui peut être perçue comme un ensemble des connaissances et de valeurs morales physiques, intellectuels, scientifiques considérées comme essentielles, transmises à un individu, en vue de lui permettre d'avoir des conduites sexuelles normées ou d'assurer une gestion rationalisée de ses organes génitaux, dans les interactions avec les autres membres de la société dans laquelle il vit.

Pour l'association Grisel (2016), L'accompagnement éducatif des travailleuses de sexe est un processus de soutien et de développement personnel pour les travailleuses de sexe, qui vise à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être. Cet accompagnement peut inclure des activités telles que la formation professionnelle, l'alphabétisation, l'apprentissage de compétences de base en informatique, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la contraception, la gestion financière et la résolution de problèmes. L'objectif de l'accompagnement éducatif est d'aider les travailleuses de sexe à acquérir des compétences et des connaissances qui leur permettront de sortir de la prostitution ou de réduire les risques associés à leur travail. L'accompagnement éducatif peut être offert par des organisations non gouvernementales, des associations ou des travailleurs sociaux, et peut être financé par des gouvernements ou des donateurs privés. L'accompagnement

éducatif est un élément clé de l'approche globale de la réduction des risques pour les travailleuses de sexe, qui vise à améliorer leur santé, leur sécurité et leur bien-être général.

L'accompagnement éducatif peut être individualisé en fonction des besoins de chacun, dans le cadre de notre recherche, effectuer un accompagnement éducatif auprès des travailleuses de sexe dans le but de contribuer à la réduction taux de prévalence au VIH /SIDA nous mènera à nous appesantir sur quelques modalités éducatives telles que :

- Le counseling (le coaching, les causeries pour le changement du comportement social) ;
- La prévention et les soins en matière de santé (distribution des préservatifs, gels lubrifiants et seringues neuves, la promotion des comportements sexuels sécuritaires, la prophylaxie pré-exposition, la prise en charge des PVVIH et le maintien sous TARV et de la charge virale indétectable)
- La sensibilisation via les groupes de paroles, la distribution du matériel pédagogique, les journées de mobilisation communautaire et les campagnes de santé en grande échelle.
- Education et la formation (La création des activités génératrices de revenus (AGR), l'apprentissage et la formation aux petits métiers selon le back ground, l'orientation sur les questions admiratives, sociales, droits humains et de la citoyenneté.

1.8.3. Accompagnement social

Une définition générale du fait d'accompagner en matière sociale peut être établie : l'accompagnement social désigne une relation bilatérale associant un accompagné et un accompagnant, ce dernier agissant dans le cadre d'une structure d'aide sociale, qu'elle soit publique, privée à but lucratif ou privée à but non lucratif.

Son objectif est généralement défini comme l'acquisition d'une autonomie du bénéficiaire dans le secteur considéré, même s'il peut aussi être appréhendé comme produisant une nouvelle norme de conduite porteuse d'un sens particulier calqué sur des règles de performance individuelle

L'accompagnement social est une modalité d'intervention sociale qui s'est développée à la fin du XXe siècle. Traditionnellement, l'intervention sociale consistait à prendre en charge une personne de manière très étendue en institution (établissements spécialisés). Dans ce cas, des

personnes sont regroupées, éventuellement vivent, dans un lieu conçu pour les accueillir, en fonction de leur pathologie handicap mental, psychique, physique, désinsertion sociale majeure.

Cette institutionnalisation a été très critiquée, car elle produisait à la fois une relégation et la chronicité des pathologies. Cette critique a rencontré à partir de l'année 1975 (plan Barre : pacte pour l'emploi), la volonté politique de réduire les coûts de cette institutionnalisation.

L'État et les conseils généraux tendent à diminuer cette approche institutionnelle pour y substituer une approche qu'on qualifiera de « service ». Les personnes bénéficient d'une aide ponctuelle, limitée. Elles vivent dans leur milieu social et bénéficient d'une intervention uniquement pour ce qui relève de leur difficulté socialement identifiée et reconnue (exemple : jeune en difficulté d'insertion), et non pas de tous leurs actes de la vie sociale et quotidienne. L'évolution de la psychiatrie est un bon exemple. On passe d'une prise en charge globale, dans des institutions (cliniques, hôpitaux), à des « prestations » ponctuelles, en journée, dans des services en ville. C'est la « désinstitutionnalisation » qui constitue la disparition progressive des institutions disciplinaires.

Ce modèle d'intervention est de nos jours reproduit et de plus en plus répandu pour ce qui est du suivi et de l'accompagnement des travailleuses de sexe, on observe des TS qui se rendent régulièrement dans des associations à base communautaires au moins une fois le mois pour bénéficier des services qui leurs sont offerts (consultation, RDV d'approvisionnement en ARV ou PrEP, matériel de prévention etc...)

Le modèle de l'accompagnement social s'est fortement développé avec la mise en place du RMI (revenu minimum d'insertion) aujourd'hui remplacé par le RSA (revenu de solidarité active) en France. Cette extension a conduit à élargir le champ de l'intervention sociale à des publics bien plus larges que ceux que le travail social traditionnel prenait en charge, notamment en direction des chômeurs en fin de droits ou radiés de l'ANPE (Pôle Emploi). Cela revient à dire que l'accompagnement social du RMI ou du RSA conduit à considérer le chômage de très longue durée comme une pathologie et non comme un phénomène sociétal lié à la fin du plein emploi depuis le milieu des années 1970.

On note l'émergence de la notion d'accompagnement au cours des années 1970, d'une part dans le contexte traditionnel des institutions recevant du public handicapé, d'autre part, dans les établissements spécialisés traitant les pathologies psychiatriques. L'environnement n'est alors

guère préparé à admettre la participation directe des malades psychiques et des personnes handicapées à la vie collective. Mais on assiste à une évolution des pratiques liées à plusieurs éléments dont le développement des thérapeutiques neuroleptiques et une forte volonté d'intégration du secteur médico-social. Et à la demande pressante des associations familiales, va apparaître cette conception de "professionnels de l'accompagnement" appelés, dans un premier temps, "équipes de suite". Celles-ci sont mises en place dans les établissements accueillants des adolescents et des adultes handicapés. Cette notion d'accompagnement est formalisée pour la première fois dans une circulaire de Marie-Madeleine Dienech en 1973.

En 1974-1975, période encore marquée par un bon niveau d'emploi et une croissance satisfaisante, les mots d'ordre participatif sont présents dans le secteur social, comme en témoignent les objectifs de la loi d'orientation des personnes handicapées de 1975 (loi n° 75-734) en France :

- Passer de l'assistance à la solidarité ;
- Permettre, ou du moins favoriser l'autonomie des personnes handicapées, leur accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre dit ordinaire de travail et de vie.

Les différents rôles que recouvre le terme "accompagnement" sont :

- Un rôle de médiation entre la personne accompagnée et l'opérateur d'insertion ;
- Un rôle d'accompagnement de proximité ou de quotidienneté (tutorat en entreprise...) ;
- Un rôle d'accompagnement dans un projet et un itinéraire...

L'apparition de ce processus dans le champ du travail social correspond dès lors à la mise en place de dispositifs d'aide et d'action sociale, très techniques et bureaucratiques, qui visent à limiter l'instrumentalisation de la charité et de la solidarité et la classification des personnes.

L'accompagnement social, une démarche centrée sur l'individu du fait de ses origines, l'accompagnement social est étroitement lié à ce que les travailleurs sociaux nomment la relation d'aide. Il prend tout son sens dans cette relation reposant sur une dynamique d'échange et de confiance réciproque, où il s'agit d'amener « une personne à faire de nouveaux apprentissages, à

poser de nouveaux gestes pour arriver à satisfaire ses besoins ou à résoudre ses difficultés » (Tremblay, 2003, p. 17).

Dit autrement, il s'agit dans ce processus d'aide de soutenir et de guider les individus de façon à ce qu'ils prennent conscience de la situation dans laquelle ils se trouvent de manière à la faire évoluer dans un sens positif. L'accompagnement social doit ainsi se différencier de pratiques « classiques » telles que la tutelle ou l'assistance, puisque la relation qu'il établit entre les deux parties n'est pas imposée. La posture normative, point commun aux démarches d'accompagnement social, relève d'un contrat « informel » ou « moral » qui « suppose au départ un libre arbitre des futurs partenaires et qui débouche sur une relation volontaire où la place et le rôle de chacun, comme l'objet de la relation et sa durée, sont clairement définis » (Barreyre et al., 1995, p. 18).

L'accompagnement social est indissociables des différents projets et d'actions sociales. En effet, sans ces services, des personnes en difficulté auront du mal à retrouver leur autonomie. Une personne en difficulté sociale a besoin de l'aide et de l'intervention d'un accompagnateur pour favoriser son insertion dans la vie sociale et professionnelle.

L'accompagnement social permet d'optimiser l'orientation, en proposant à une personne des objectifs idéals pour sa situation sociale ou professionnelle, et de mettre en œuvre ensemble des plans d'action pour l'atteinte de ces objectifs. C'est un des services accordés par des structures sociaux, caritatifs ou humanitaires, qui mettent au profit de personne défavorisée leur connaissance, leur expérience et leur compétence. Bien plus qu'une simple orientation, l'accompagnement social prend en considération l'histoire, la personnalité, et les capacités du sujet pour réaliser ensemble un projet individuel.

On peut avoir différentes formes d'accompagnement social, comme un soutien socio sanitaire qui vise par exemple à améliorer l'accès aux droits sociaux, aux soins, aux droits sanitaires et au logement. Dans le cadre de notre recherche l'une des formes d'accompagnement social visera donc à promouvoir l'accès aux droits sociaux et sanitaires des travailleuses de sexe.

Il y a aussi l'accompagnement sous forme de médiation et de facilitation de démarches pour atteindre un objectif social par des fonctions d'interface. Et en fin, l'accompagnement sous forme

d'action collective suivant les besoins pour informer et mobiliser des personnes à atteindre l'objectif social et éviter aussi leur isolement.

Pour qu'un accompagnement social soit efficace et bénéfique pour un individu, l'accompagnateur doit se focaliser sur les fondements de son intervention. Avec un projet personnalisé et un document individuel d'accompagnement, l'accompagnateur matérialise les objectifs et les processus de l'accompagnement. Ainsi, l'accompagnement social peut être fondé sur les principaux besoins sociaux à combler. La démarche clinique peut permettre l'établissement d'un contrat qui trouve son fondement dans une pratique au quotidien. C'est la relation de deux volontés égales qui s'engagent librement sur la base du consentement éclairé. Ce contrat s'étaye sur des objectifs concrets et clairs, définis par les politiques sociales et les textes réglementaires.

- Accès aux droits civiques et sociaux : Cela vise à accompagner l'individu accéder à ses droits en tant que citoyens, comme l'obtention d'acte d'État civil ou une carte électorale. Mais aussi, dans l'accès aux droits sociaux comme de retraite de base, la gratuité des transports ainsi que d'autres aides sociales.
- Accès aux soins et à la santé : l'accompagnement pour l'accès à des soins et des suivis médicaux.
- Accès au logement : Accompagnement dans les demandes d'accès à des structures d'hébergement, la demande d'accès et de maintien de logement sociale, ou dans la demande de Fonds de solidarité pour le logement.
- Accès à la culture et aux loisirs : Accompagnement vers des services publics et des structures donnant accès à l'information, aux loisirs et à la culture pour l'épanouissement du sujet.
- Accès à l'insertion professionnelle et à l'emploi : Préparation de l'individu à passer dans le monde de l'emploi, accompagnement dans la recherche de formation et de travail stable et valorisant.

Nous pouvons énumérer entre autres le soutien social qui regroupe en son sein la médiation familiale, l'accompagnement juridique et l'accompagnement psychologique

1.8.4. Accompagnement socio-éducatif

L'accompagnant éducatif et social est une intervention sociale au quotidien visant à compenser les besoins d'une personne, quelles qu'en soient l'origine ou la nature. Il prend en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie, ou au mode de vie ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie. Il accompagne les personnes tant dans les actes essentiels au quotidien que dans les activités de vie sociale, scolaire et de loisirs. Il veille à l'acquisition, la préservation ou à la restauration de l'autonomie d'enfants, d'adolescents, d'adultes, de personnes vieillissantes ou de familles, et les accompagne dans leur vie sociale et relationnelle. Ses interventions d'aides et d'accompagnement contribuent à l'épanouissement de la personne à son domicile, en structure et dans le cadre scolaire et social.

C'est aussi une démarche qui vise à aider une personne ou un groupe de personnes à surmonter des difficultés sociales, éducatives ou psychologiques. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé, qui prend en compte les besoins et les attentes de la personne accompagnée, ainsi que son environnement social et familial. Les principales caractéristiques de l'accompagnement socio-éducatif sont la bienveillance, l'écoute active, la co-construction des objectifs et des solutions, ainsi que la prise en compte de la globalité de la personne.

Les professionnels qui peuvent proposer un accompagnement socio-éducatif sont nombreux et variés : travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues, enseignants, animateurs, etc. Chacun de ces professionnels a des compétences spécifiques et peut intervenir dans des contextes différents (école, centre social, association, etc.).

Le déroulement d'un accompagnement socio-éducatif dépend de la situation et des besoins de la personne accompagnée. En général, il commence par une phase d'observation et d'analyse de la situation, suivie d'une phase de définition des objectifs et de mise en place d'un plan d'action. L'accompagnement peut prendre différentes formes : entretiens individuels, ateliers collectifs, sorties éducatives, etc.

Notons que les objectifs visés par un accompagnement socio-éducatif sont multiples : améliorer la confiance en soi, favoriser l'insertion sociale, prévenir les comportements à risque,

renforcer les compétences parentales, etc. Ces objectifs sont définis en concertation avec la personne accompagnée, en fonction de ses besoins et de ses attentes.

En somme nous pouvons dire que l'accompagnement socioéducatif des travailleuses de sexe est une approche qui vise à fournir un soutien social et éducatif aux travailleuses de sexe, en reconnaissant leurs droits, leur dignité et leur autonomie. Cette approche combine des éléments de soutien social et d'éducation pour aider les travailleuses de sexe à développer leurs compétences, à accéder à des opportunités alternatives et à améliorer leur bien-être global.

Nous pouvons énumérés quelques aspects clés de l'accompagnement socioéducatif des travailleuses de sexe tels que : Le soutien social, l'accès à l'éducation, l'accompagnement vers des opportunités alternatives et la sensibilisation et la prévention.

1.8.5. Modalités

Le dictionnaire Larousse définit une modalité comme un forme particulière (d'un acte, d'un fait, d'une pensée, d'un objet). Exemple : Modalités de paiement, d'inscription. Elle a pour synonymes : circonstance, manière. C'est dire que les modalités peuvent être appréhendées comme une forme particulière d'une pensée, d'une organisation, etc... Une manière dont se fait une action ; un ensemble de formes permettant au locuteur d'indiquer la manière dont il envisage le contenu de son énoncé.

Selon Gosselin (2005), « le concept de modalité dans son acceptation « large », recouvre toute forme de validation/ invalidation d'un contenu représenté » et « toute proposition énoncée se trouve donc affectée d'une modalité plus ou moins déterminée » (p.42).

Dans le cadre de notre recherche les modalités seront pris et considérés sous l'angle de la particularité, l'exception ou alors d'une manière spécifique, exceptionnel, différente des autres et propre à la communauté des travailleuses de sexe. C'est dire qu'il s'agira ici de la spécificité à prendre en compte pour mener une intervention de qualité en s'appuyant sur des besoins propres aux travailleuses de sexe.

1.8.6. Prévalence

La prévalence est définie selon le dictionnaire Larousse comme étant le rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnée.

En épidémiologie la prévalence est le rapport entre l'ensemble des cas présents ou passés d'un évènement ou d'une maladie et l'ensemble de la population exposée, à une date donnée. Ce rapport représente la proportion de personnes concernées par le phénomène et n'a pas d'unité. Prévalence et taux de prévalence sont deux termes équivalents. La prévalence est exprimée en pourcentage, en taux pour une population donnée, par exemple 100 000 individus (mais tout autre nombre est possible et doit être précisé).

Il existe une relation entre prévalence et incidence. Prévalence et incidence sont des concepts distincts. L'incidence ne prend en compte que les nouveaux cas d'un évènement sur une période donnée (jour, semaine, mois...), alors que la prévalence prend en compte les cas anciens et nouveaux à une date donnée. Il n'est pas possible de relier simplement prévalence et incidence.

Deux autres définitions de prévalence sont parfois utilisées :

- Prévalence pour une durée donnée qui est probablement égale au nombre de cas apparus durant la période qu'ils soient ou non guéris rapportés à la population exposée. Le nombre de morts de la même cause doit en être retranché.
- Prévalence vie entière qui mesure la proportion de personnes atteintes d'une pathologie donnée au cours de leur existence. Par exemple, la prévalence de l'obésité chez les adultes américains en 2001 a été estimée par les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis à environ 20,9 %.

CHAPITRE 2. ÉTAT DE LA QUESTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue de littérature présente et évalue la documentation sur un sujet dans le but de le situer par rapport aux recherches antérieures ou à l'information existante. C'est le support analytique de la littérature relative à un sujet de recherche donné ou un thème. Elle vise de mettre en exergue les contributions des auteurs qui ont traité des thèmes similaires à celui-ci. Encore appelé recension des écrits et autres travaux pertinents, c'est la partie où nous passerons en revue l'ensemble des écrits et autres ouvrages pertinents qui correspondent aux préoccupations majeures de notre recherche. Dans ce chapitre nous allons nous atteler essentiellement à faire l'état des lieux sur le travail de sexe (origine de l'expression, une présentation sur le travail de sexe dans le monde encore appelé prostitution) en nous appuyant sur les approches législatives ainsi que les différents arguments avancés par les partisans et les opposants du travail de sexe et l'état des lieux sur le VIH/SIDA (son histoire, ses modes de transmissions, ses moyens de préventions, prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et son traitement ...).

2.1. Travailleuses de sexe : Histoire de l'expression

L'expression « travailleur du sexe » (*sex worker*) est employée pour la première fois, en 1980 par l'ex-prostituée militante féministe pro-sexe et artiste Carol Leigh afin de dédramatiser le terme « prostitution » fortement connoté négativement, car associé au crime, à la débauche et à l'immoralité. L'expression « travailleur du sexe » s'est depuis largement propagée, y compris dans des publications universitaires, utilisée entre autres par les Organisations non gouvernementales, organisations à base communautaires, par des organisations de personnes en situation de prostitution ou des proxénètes, ainsi que par les agences gouvernementales et intergouvernementales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, ou lors des conférences contre le VIH/SIDA.

Cette expression est utilisée :

- D'une part, par les partisans de la reconnaissance des prostitués masculins ou féminins en tant que travailleurs reconnus comme tels, ayant notamment les mêmes droits et les mêmes garanties sociales ;

- D'autre part, pour parler de tout travailleur de l'industrie du sexe, tels les acteurs et actrices pornographiques, les mannequins pour les magazines ou pour les sites internet spécialisés dans le nu, les danseurs et les danseuses pratiquant le striptease, ou encore les opérateurs employés dans la téléphonie érotique, cette liste n'étant pas exhaustive.

Bien qu'il n'y ait pas de définition consensuelle de la « prostitution » (Desyllas, 2013 ; Hallgrimsdottir et al., 2006), celle-ci se traduit généralement par un échange de services sexuels contre une compensation financière ou matérielle (Pheterson, 2001), ou encore par un rapport marchand de la sexualité (Bédard, 2012). Il semble néanmoins essentiel de souligner que la « prostitution » est, selon plusieurs, un concept érigé socialement, empreint d'une série de représentations sociales (Bédard, 2012 ; Damant et al., 2006 ; Poulin, 2008). Ainsi, certains définissent la « prostitution » comme une forme de violence, alors que d'autres la reconnaissent comme une forme de travail (Pheterson, 2001). Les féministes sont profondément divisées sur la question, tout comme les chercheurs, les politiciens et la population en général (Bédard, 2012 ; Poulin, 2008).

L'expression, ou ce qu'elle désigne, est cependant fermement critiquée, par les personnes opposées au commerce et à l'industrie du sexe, principalement sous la forme de la « prostitution ». Cette opposition peut revêtir différentes motivations : sociales, religieuses, morales, politiques. Elle réunit des politiciens, des militants issus de mouvements féministes anti-prostitution, ainsi que les tenants d'un discours résolument abolitionniste de la « prostitution ». Militant parfois en groupes de pressions ces personnes considèrent la prostitution comme une infraction ou un viol, et analysent le « travail du sexe » comme une légitimation de l'activité prostitutionnelle.

Il n'y a pas de définition officielle de la « prostitution » qui fasse consensus. La plus couramment admise est le fait de livrer son sexe et son corps à autrui contre de l'argent. Mais ça peut être aussi contre des biens comme un logement, des cadeaux, de la nourriture, ou en échange d'une reconnaissance dans un groupe.

C'est aussi de commercialiser de façon légale ou illégale des services et/ou des produits sexuels et d'exploiter le corps humain, plus particulièrement celui des femmes et des enfants, dans un but lucratif. C'est aussi un système qui organise l'exploitation et l'appropriation du corps de femmes, d'enfants, et de plus en plus souvent d'hommes.

Les visages de la « prostitution » sont multiples : ce sont des victimes d'exploitation et de réseaux, des mères de famille en situation de précarité, des jeunes filles étudiantes, des enfants, des hommes... qui se prostituent dans la rue, sur internet, dans des bars, des saunas ou des salons de massage, sur le bord des routes... Les situations sont diverses. Pourtant, quels que soient les contextes politiques, économiques ou culturels, toutes se rattachent à un seul et même phénomène : l'exploitation sexuelle.

Considérant la nature litigieuse de l'objet d'étude, il convient de préciser notre position à ce sujet, dans une optique de transparence par rapport au discours véhiculé. À travers de ce mémoire, nous employons le terme travail du sexe et nous privilégions l'usage des guillemets lorsque nous faisons référence à la « prostitution », considérant que ce mot est affecté d'un stigmate et que nous désirons nous dissocier de toute représentation stigmatisant le travail du sexe ou les TS. Nous entretenons la perception que le travail du sexe peut être associé à une diversité de vécus, et nous considérons que la définition de la « prostitution » devrait avant tout se fonder sur le discours et l'expérience subjective des principales concernées.

2.2. Etat du travail de sexe dans le monde

Dans certains pays comme les États-Unis, des efforts ont été faits pour donner plus de reconnaissance et de droits aux travailleurs du sexe. C'est dans ce pays que naît l'expression *sex work* inventée par la militante californienne Carol Leigh, alias Scarlot Harlot, lors d'un spectacle artistique. En Europe se distinguent surtout les « pays réglementaristes » tels l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, qui optent pour un encadrement juridico-sanitaire de l'ensemble des professions des économies liées au sexe, incluant les activités de prostitution.

En Europe du nord et en Suède, la législation est plutôt prohibitionniste voire abolitionniste. En France, le syndicat du travail sexuel (STRASS) est un syndicat autogéré qui défend les droits des travailleurs/euses du sexe en luttant pour la reconnaissance du travail sexuel et contre la stigmatisation de ces métiers, tout en s'opposant à l'exploitation des êtres humains, y compris le proxénétisme de contrainte et l'esclavage.

En Afrique Le statut juridique du travail de sexe en Afrique varie considérablement. Il est souvent courant dans la pratique, en partie en raison de la pauvreté généralisée dans de nombreux

pays d'Afrique subsaharienne, et est l'un des moteurs de la prévalence du SIDA en Afrique (36,9 % en Afrique subsaharienne). Le Sénégal et la Côte d'Ivoire autorisent l'exploitation de bordels. Dans d'autres pays, le travail de sexe peut être légal, mais les bordels ne sont pas autorisés à fonctionner. Dans certains pays où le travail de sexe est illégal, la loi est rarement appliquée. Les relations sexuelles transactionnelles sont particulièrement courantes en Afrique subsaharienne, où elles impliquent souvent des relations entre des hommes plus âgés et des femmes ou des filles plus jeunes. Dans de nombreux cas, la femme dans une relation sexuelle transactionnelle peut rester fidèle à son petit ami, alors qu'il peut avoir plusieurs partenaires sexuels. Dans ces deux cas, le sexe transactionnel présente un risque accru d'infection par le VIH. En conséquence, le sexe transactionnel est un facteur impliqué dans la propagation du SIDA en Afrique.

En Afrique centrale, en Angola le travail de sexe, est illégal et répandue depuis les années 1990. La prostitution a encore augmenté à la fin de la guerre civile en 2001. L'interdiction n'est pas systématiquement appliquée. De nombreuses femmes se prostituent en raison de la pauvreté. On estimait en 2013 qu'il y avait environ 33 000 travailleuses du sexe dans le pays. De nombreuses femmes namibiennes entrent illégalement dans le pays, souvent via la municipalité frontalière de Curoca, et se rendent dans des villes comme Ondjiva, Lubango et Luanda pour travailler comme prostituées.

Au Cameroun, le travail de sexe est illégal mais tolérée, surtout dans les zones urbaines et touristiques. Dans la capitale, Yaoundé, le principal quartier le travail de sexe est le quartier Mini Ferme. L'ONUSIDA estime qu'il y a 110 000 travailleuses du sexe dans le pays. Le Cameroun attire le tourisme sexuel de l'Occident, en particulier pour la prostitution des enfants. Le gouvernement camerounais a tenté d'arrêter ce commerce en acceptant des accords multilatéraux tels que des chartes contre le tourisme sexuel, comme la signature avec la Fédération universelle des associations d'agents de voyages (UFTAA). Les travailleuses de sexe du pays sont pour la plupart du temps exposés aux intempéries, en insécurité surtout pour celles qui font le travail de sexe le long des rues, des couloirs et autours des snack-bars et auberges dans les quartiers de la ville. Les raisons varient d'une travailleuse de sexe à une autres mais la plus récurrente est celle de la recherche du pain quotidien et l'envie de se prendre en charge et leurs petites familles c'est dire que le chômage serait l'une des principales raisons pour laquelle beaucoup de jeunes filles se lancent dans le métier de travail de sexe ;

En République centrafricaine, le travail de sexe est légal et courant en République centrafricaine. Procurer ou tirer profit du travail de sexe d'autrui est illégal, tout comme contraindre des personnes à se « prostituer ». La peine est une amende et jusqu'à un an de prison, ou 5 ans s'il s'agit d'un mineur. La traite des êtres humains et la prostitution des enfants sont un problème dans le pays. Une étude publiée en 2017 a révélé qu'environ les deux tiers des prostituées de la capitale, Bangui travaillaient à temps partiel pour compléter leurs revenus ou pour payer les frais de scolarité et d'université. Certaines des « prostituées » à temps plein visitent les hôtels, les bars et les boîtes de nuit à la recherche des clients fortunés, en particulier des hommes français. On les appelle "pupulenge" (libellules) ou "gba moundjou" (regardez le blanc). Ceux qui travaillent dans les quartiers pauvres sont connus sous le nom de « kata ».

Au Tchad, le travail de sexe au Tchad est illégal, mais courante, surtout dans les centres urbains et le sud du pays. L'ONUSIDA estime qu'il y a 1 200 prostituées dans le pays. Beaucoup viennent du Cameroun. Comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, le VIH est un problème au Tchad. Les professionnelles du sexe font partie des groupes à haut risque. Le manque de compréhension de l'infection, la faible utilisation des préservatifs et le faible accès aux soins de santé contribuent à un taux de prévalence du VIH de 20 %. Ce chiffre est susceptible d'être plus élevé dans la région du lac Tchad.

En République démocratique du Congo, le travail de sexe en République démocratique du Congo est légal mais le code pénal congolais punit le proxénétisme, la tenue d'une maison de débauche ou d'un bordel, l'exploitation de la débauche ou de « la prostitution », ainsi que la « prostitution forcée ». Les activités qui incitent les mineurs ou encouragent la prostitution d'autrui ont été criminalisées. L'ONUSIDA estime qu'il y a 2,9 millions de professionnelles du sexe dans le pays. De nombreuses prostituées congolaises viennent de l'étranger ou sont des enfants sans abri qui ont été accusés de sorcellerie.

Pendant l'ère coloniale et les années qui ont suivi l'indépendance, le ministère de la Santé a émis des cartes d'appel identifiant les professionnelles du sexe et leur a fourni des contrôles médicaux. Cependant, ce système a été abandonné dans les années 1980. Les lois d'ordre public sont parfois utilisées contre les professionnelles du sexe. Les « prostituées » de rue dénoncent le harcèlement, la violence et l'extorsion de la part de la police.

En Guinée équatoriale, la prostitution en Guinée équatoriale est illégale. L'ONUSIDA estime qu'il y a environ 6 000 prostituées dans le pays. Le trafic sexuel est un problème dans le pays. Certaines femmes chinoises se livrent au travail de sexe en Guinée équatoriale. Avec de fortes concentrations de travailleurs migrants masculins chinois en Guinée équatoriale et dans d'autres parties de l'Afrique. De nombreux hommes chinois avaient demandé des prostituées, y compris des prostituées chinoises.

Au Gabon, le travail de sexe au Gabon est illégal. L'ONUSIDA estime qu'il y a environ 400 « prostituées » dans le pays. Le trafic sexuel est un problème au Gabon. Lors de son procès à Paris en 1995, le créateur de mode italien Francesco Smalto a admis avoir fourni au président gabonais de l'époque, Omar Bongo, des « prostituées » parisiennes pour s'assurer une entreprise de couture d'une valeur de 600 000 dollars par an.

En République du Congo, le travail de sexe en République du Congo est illégal mais courante. Le gouvernement n'applique pas efficacement l'interdiction. Le trafic sexuel est un problème dans le pays.

2.3. Prohibition et légalisation du travail de sexe : Une vue d'ensemble de la situation dans le monde.

Il y aurait cinq types d'approches législatives visant la « prostitution ». Une première approche dite prohibitionniste vise à éliminer la prostitution en criminalisant tous les aspects du travail de sexe. Une deuxième approche concerne la décriminalisation (dépénalisation) qui est l'annulation des lois pénales relatives à la prostitution. Une troisième approche relève de la légalisation et repose sur la réglementation du travail de sexe par l'intermédiaire du droit pénal. La quatrième approche dite abolitionniste est au centre de la légalisation et de la prohibition ; les tenants de cette quatrième approche pensent que le travail de sexe peut exister pourvu qu'elle ne menace pas la sécurité et l'ordre public. Finalement, la cinquième approche, appelée le néo abolitionnisme, considère que le travail de sexe viole les droits de la personne. Cette approche affirme que seuls les clients et les proxénètes devraient être pénalisés. Nous tentons de décrire l'ensemble de ces approches visant la « prostitution » dans le monde.

2.3.1. Décriminaliser, criminaliser et légaliser : état du travail de sexe dans le monde

Plusieurs changements entourant le travail de sexe sont survenus depuis les années 1980 dans le monde. La légalisation du travail de sexe, ou la décriminalisation de l'industrie du sexe, comprend l'acceptation légale des activités prostitutionnelles ainsi qu'en dépendent les acteurs tels que la personne « prostituée », le client, et les proxénètes. Certains pays ont décidé de légaliser ou décriminaliser la « prostitution » comme en Allemagne ou aux Pays-Bas. Certains pays comme la Thaïlande criminalisent les activités entourant le travail de sexe, mais tolèrent les maisons de débauche pour bénéficier des profits économiques liés au tourisme du sexe (Raymond, 2004). Un des buts de la légalisation est de déplacer les personnes travailleuses de sexe de la rue vers des maisons de débauche considérées comme des environnements sécuritaires parce qu'elles les protégeraient mieux semble-t-il. Cette thèse est remise en question par Raymond (2004, p. 320) qui affirme que plusieurs travaillent dans les rues afin d'éviter d'être exploités par un proxénète, ce dernier est considéré comme un type d'entrepreneur sous la légalisation du travail de sexe. Certaines personnes TS refuseraient de suivre toutes les règles qui viennent avec la légalisation telle que, par exemple, l'obligation de se rapporter à un médecin régulièrement.

Aussi, la légalisation du travail de sexe n'élimine pas la stigmatisation entourant la profession. Dans certains pays, les instances gouvernementales obligent les personnes « prostituées » à s'enregistrer dans un registre. Cette identification publique peut entraîner de toute sorte de violences rendant les personnes plus vulnérables. Ces approches prohibitionnistes ont pour conséquence de faire en sorte que plusieurs TS continuent de travailler illégalement.

a. Criminalisation de l'achat des services sexuels.

La situation en Suède est particulière puisqu'elle traite les TS comme des victimes. En Suède, le travail de sexe a été décriminalisé depuis quelques décennies, mais en 1999 la Suède a présenté une nouvelle loi "Act on Violence Against Women" (1999), qui criminalise l'achat des services sexuels ainsi que les proxénètes. Dans ce cas, ils décrivent la prostitution comme: In Sweden, prostitution is regarded as an aspect of male violence against women and children. It is official acknowledged as a form of exploitation of women and children that constitutes a significant social problem, which is harmful not only to the individual prostituted woman or child, but also to society at large. The Swedish Government has long given priority to combating prostitution and

trafficking in human beings for sexual purposes. This objective is an important part of Sweden's goal of achieving equality between women and men at the national level as well as internationally. Gender equality will remain unattainable as long as men buy, sell and exploit women and children by prostituting them. (Bedford 2010, p. 206) Le modèle de la loi suédoise concernant le travail de sexe est au centre des interrogations relativement à la légalisation du travail de sexe.

En effet, le troisième et dernier rapport soumis au Parlement en 1995 en Suède avait promulgué une nouvelle loi intitulée "Le commerce du sexe", soulignant, avec raison, que le travail de sexe était loin d'être aussi répandue en Suède qu'elle ne l'était pas dans la plupart des autres pays européens¹. Les explications avancées reposaient sur fait que la Suède avait instauré un système social généreux et une observation du statut de la femme relativement plus égalitaire que dans le reste de l'Europe. Avec l'appui d'un parlement composé à 43 % de femmes, le législateur suédois a ainsi promulgué une loi innovatrice qui a entraîné dès le 1er janvier 1999 la modification du statut juridique du travail de sexe depuis une situation de décriminalisation généralisée à la criminalisation du client et du proxénète (Landry, 2004).

Le but de cette modification du Code criminel envoyait un message clair selon lequel « l'exploitation du corps d'une autre personne avec ou sans compensation était inacceptable, mais aussi de faire en sorte que ce revirement de situation en matière de statut criminel bénéficie au plus vulnérable de cette interaction, soit la personne prostituée » (Landry, 2004). Six ans après cette réforme, des études commencent à saisir les conséquences de ce changement de contexte. Vers la fin des années 90, "la prostitution prenait de l'ampleur en Suède alors que le trafic de femmes depuis les pays de l'Est européens était à la hausse, de même que la consommation de drogues et les problèmes psychosociaux parmi les personnes prostituées" (Landry, 2004). Il faut savoir cependant que la réduction du nombre de personnes prostituées s'appliquait en Suède après la promulgation de la loi de 1999, que dans trois grandes villes. Aussi, cela ne reflétait pas le portrait exact de la situation puisque des études subséquentes, réalisées par le "Socialstyrelsen"², de la direction nationale de la santé et des affaires sociales, ont montré que le nombre de personnes prostituées à l'échelle nationale, lui, n'avait pas diminué et même qu'il aurait augmenté.

Il apparaît que la nouvelle loi aurait fait en sorte que « les prostituées auraient dû se résoudre à quitter les centres villes vers les ruelles sombres des cités de banlieue, des endroits où

elles pouvaient dès lors rejoindre leurs clients sans que ceux-ci craignent d'être interceptés par les policiers » (Landry, 2004). Cette accentuation de la marginalisation des personnes prostituées aurait été accentuée par la nouvelle législation. Aussi, il apparaît que le travail de sexe en Suède plutôt que de connaître un déclin se serait depuis la réforme adaptée, signale Landry (2004) et qu'une telle vision abolitionniste ne donnait pas les résultats escomptés

2.3.2. Légalisation de la sexualité à des fins commerciales

Les points de vue sur le travail de sexe se déclinent en quatre catégories : prohibitionniste, abolitionniste, pro réglementation et pro travailleur (Daalder, 2007). Les pensées prohibitionniste et abolitionniste considèrent le travail de sexe comme une exploitation et une forme d'esclavage et de violence. Dans les pays qui ont une perspective prohibitionniste, la TS, le client et l'établissement où se situe le travail de sexe sont criminalisés. Du point de vue des abolitionnistes, il y a seulement une situation possible, c'est la criminalisation. C'est le cas de la Suède, par exemple. Dans ce pays, le travail de sexe représente une violence commise par des hommes contre les femmes et par conséquent en Suède on ne criminalise pas la vente, mais seulement l'achat des services sexuels. Cette loi créée en 2000 visait à décourager les clients des personnes prostituées.

Il faut savoir aussi que pour les pays prohibitionniste et abolitionniste la religion et les valeurs morales jouent un rôle important dans la place que prend le travail de sexe. Au contraire de la Suède, les Pays-Bas ont changé de perspective au 21^e siècle passant d'une perspective favorable à la pro réglementation à une perspective résolument pro travailleur et cela s'est produit lorsqu'ils ont légalisé l'exploitation de la sexualité à des fins commerciales. Plusieurs pays ont questionné les modèles de la Suède et des Pays-Bas. C'est le cas de la Norvège qui se penchant sur ces deux modèles a décidé de conserver le modèle pro réglementation qu'elle avait. Le but du changement de la loi aux Pays-Bas en 2000 était de contrôler et de réguler l'exploitation du travail de sexe, de protéger les mineurs d'abus, d'abolir le lien entre la criminalité et la prostitution et de réduire la prostitution des immigrants illégaux (Daalder, 2007). Ce changement de loi en 2000 a fait que les maisons de débauche et le proxénétisme ont été décriminalisés.

Toutefois, le Code pénal (250a) prévoit que toutes formes d'exploitations sont criminalisées et plusieurs lois sont adoptées pour contrer le travail de sexe forcé et celle des mineurs. Par exemple, en cas de travail de sexe forcé ou d'exploitation d'un mineur, un maximum de six ans de

prison ou dix ans pour certains cas sont prescrits (section 273f du Code pénal). La règle B-9 vise d'ailleurs à mieux identifier et poursuivre les personnes suspectes de traite de personnes et prévoit des dispositions pour aider les victimes. Le changement de loi a été fondé précisément pour permettre de distinguer dans l'exploitation de la sexualité à des fins commerciales ce qui doit être puni de ce qui ne doit pas l'être. Il devenait ainsi possible de réorganiser les règles régissant le travail de sexe afin d'en extraire le lien criminel et de combattre l'exploitation des humains au cœur du travail de sexe.

Une forme d'exploitation qui ne doit pas être puni serait l'exploitation de la sexualité à des fins commerciales dans le travail de sexe. Cette situation plutôt que d'être punie a plutôt été prise en charge par les municipalités avec l'obligation d'un permis d'exploitation de maisons de débauche notamment. Ce permis permet justement d'assurer la sécurité, l'hygiène, et une administration transparente de ces maisons. En fait, ce sont les municipalités aux Pays-Bas qui déterminent les politiques liées au travail de sexe puisque la responsabilité administrative leur appartient. Ils peuvent alors former leur propre politique pour contrôler le secteur du travail de sexe dans leur municipalité (Daalder, 2007, section 3.3). Pour aider les municipalités, le gouvernement des Pays-Bas a formé un modèle de politiques, les sections 149 et 151a de l'Acte des gouvernements régionaux qui visent à gérer le travail de sexe au sein des municipalités en donnant le pouvoir aux municipalités d'imposer des règlements sous forme de statuts régissant la prostitution (Daalder, 2007, section 4.2).

À la suite du changement de loi, une étude a démontré que la plupart des municipalités ont créé des politiques autour du travail de sexe. En fait, certaines ont développé des stratégies pour décourager le travail de sexe dans leur zone. Par exemple, la moitié des municipalités n'ont pas de politique pour les services d'escorte ni pour le travail de sexe résidentiel alors que c'est le tiers pour travail de sexe de rue. Très peu des municipalités tolèrent le travail de sexe de rue, parfois ils permettent des zones réservées à ce type d'exercice. Environ deux tiers des municipalités ne permettent pas le travail de sexe de la rue. Ensuite, seulement une minorité des municipalités consacre des ressources à la prévention et à l'assistance sociale. S'ils portent attention aux risques de santé, seulement 6% ont des politiques pour aider les personnes travailleuses de sexe à quitter la profession (Daalder, 2007, section 4.1). Lors de l'évaluation de la loi en 2002, des chercheurs ont découvert plusieurs irrégularités sur le plan des politiques (Daalder, 2007, section 4.3).

Plusieurs personnes TS travaillent à partir de la maison pour éviter les inspections et payer les taxes. Les avantages du travail du sexe illégal sont nombreux pour les personnes TS notamment avec le fait de pouvoir demeurer anonyme. Du côté des maisons de débauche, l'obéissance aux règles est importante pour la respectabilité et ainsi le maintien de la clientèle. Un des défis liés à l'application des lois dans le secteur du travail de sexe relève de la discrétion et de la relation étroite avec les autorités. Cette situation fait en sorte qu'il se rapporte très peu d'évènements illégaux.

En fait, depuis le changement de loi seulement le tiers des entreprises œuvrant dans le secteur du travail de sexe (ils sont 346 établissements avec une licence) ont été sanctionnés (Daalder, 2007, section 4.3.2). Essentiellement, le but du changement de loi sur le travail de sexe aux Pays-Bas est d'offrir aux personnes TS un travail légitime, des meilleures conditions de travail et une plus grande transparence des activités qui y sont associées. Une étude de Daalder, montre que le salariat des personnes TS ne va pas de soi. La plupart de ces personnes ne paient pas leurs taxes et leurs impôts, et l'organisation du travail relativement aux rapports aux employeurs est défaillante (les rapports se font de manière orale et non par contrat...) (Daalder, 2007, section 5.1.2).

La majorité des personnes TS dans le secteur devraient être considérées comme des travailleurs indépendants, mais ils sont engagés avec des employeurs qui prennent une partie de leur revenu pour faire valoir des congés de maladie. Pendant que le débat social et politique autour du travail de sexe se déroule dans plusieurs pays la situation aux Pays bas est unique puisque le travail de sexe ainsi que l'exploitation de la sexualité à des fins commerciales sont légales. Outre les Pays-Bas, la seule exception se trouve à Queensland en Australie qui, en 2000, a adopté une loi sur le travail de sexe permettant les maisons de débauche avec quelques restrictions.

2.3.2.1. Décriminalisation des bordels et de la sollicitation

Le gouvernement de l'Allemagne a adopté une nouvelle loi en 2002 intitulée "The Prostitution Act" qui décriminalise les maisons de débauche et la sollicitation comme moyen d'accéder au travail de sexe. Cette loi fut adoptée afin de respecter le droit d'un adulte de s'engager dans le travail de sexe tout en respectant les droits des autres de ne pas y souscrire. Le travail de sexe forcée et l'exploitation sont toujours considérées comme criminelles (Bedford, 2010, par. 198). Le but de cette loi visait aussi à améliorer les conditions de travail des personnes TS, soit en améliorant l'accès à l'aide sociale, soit en facilitant leur sortie de la prostitution. Malheureusement,

cette loi n'a pas eu beaucoup d'effet sur les conditions des travailleuses du sexe qui se retrouvent toujours à œuvrer dans des espaces de criminalité et de violence.

Les législateurs allemands comprennent que la personne TS possède le droit à une personnalité juridique (opposée à l'esclave) et à la dignité humaine (Articles 1 et 2 de la Constitution allemande). En plus, le travail de sexe peut être considéré comme une profession sous l'article 12 de la constitution allemande. En janvier 2002, l'Acte allemand sur le travail de sexe fut accepté. Il avait pour but d'améliorer les droits des personnes TS dans le cadre de leur emploi afin qu'ils ne soient pas victimes de discrimination sociale et légale (Laskowski, 2002). Avant la nouvelle loi de 2002, le travail de sexe n'était pas en soi illégale, mais avait plusieurs restrictions.

La nouvelle loi de 2002 établit les droits des personnes TS à plusieurs égards. Grâce au premier article, section 1, de cette loi sur la personne TS et le client sont liés par un contrat qui protège les personnes TS (Laskowski, S.R., 2002 ; 480). Cet article est une étape importante dans la légalisation du travail du sexe sur le plan économique. Toutefois, si la personne prostituée est protégée par ce contrat, il en est autrement pour le client. Le but législatif était de protéger la personne TS et d'empêcher qu'elle soit forcée d'accepter un client. Aussi, la loi allemande prévoyait déjà que l'on ne pouvait pas forcer quelqu'un par contrat à faire un acte personnel (Laskowski, S.R., 2002 : 482). L'ancienne loi, section 138 du Code civil allemand, empêchait un responsable de maison de débauche d'employer des personnes TS. Après la loi de 2002, article 1 section 1, autorise les responsables de maisons de débauche, de clubs, etc ... à employer des personnes TS. Par contre, dans l'article 1 section 3, le rôle de l'employeur n'est pas bien défini. Par exemple, l'employeur a-t-il le droit de donner des instructions et de déterminer un code vestimentaire ? Mais, il semble que l'employeur a le droit de déterminer l'heure et le lieu du travail. Évidemment, les tribunaux vont devoir clarifier ces détails (Laskowski, 2002 : 483).

Finalement, le but principal de l'Acte sur le travail de sexe est de donner aux personnes TS un numéro d'assurance sociale. La Cour a déterminé que la moralité du travail n'avait aucune importance. L'ancienne loi du Code criminel allemand, section 180(a) paragraphe 1, No.2 (Strafgesetzbuch) fut donc abrogée et remplacée par l'Acte sur le travail de sexe. Ce dernier ainsi que l'accès à un numéro d'assurance sociale mènent à penser que le service sexuel en Allemagne est un travail comme un autre et qu'il contribue au système économique du pays. L'Acte sur le

travail de sexe assure que les personnes TS sont protégées par la loi contre la discrimination sociale et légale. L'Acte sur le travail de sexe en Allemagne vise à éliminer la victimisation de la personne TS. Dans ce pays, on comprend que la personne TS n'est pas un groupe homogène. Elle regroupe une grande variété de personnes qui visent à vivre du travail de sexe (Laskowski, 2002 : 485). Cette Acte s'applique seulement aux habitants de l'Union européenne ce qui exclue les gens qui ont immigré en Allemagne. L'Acte sur le travail de sexe a encore plusieurs éléments qui doivent être analysés par la Cour, mais il constitue une première étape importante dans la décriminalisation de la prostitution (Laskowski, 2002, p.487).

2.3.2.1. Décriminalisation pour des besoins de santé publique en Nouvelle-Zélande

L'exemple de la Nouvelle-Zélande de 2003 est intéressant du fait que c'est le premier pays occidental à avoir adopté une nouvelle réforme de la loi sur le travail de sexe appelée : la Prostitution Reform Act 2003 (N.Z.) 2003/28 (« PRA ») (Canadian Alliance for Sex Work Law Reform, 2014). Le but de cette réforme était de soutenir les droits de la personne et en particulier ceux de la TS, en protégeant sa santé et celle du public et en s'occupant de la situation des moins de dix-huit ans. Cette loi exige d'avoir une licence requise pour travailler dans les maisons de débauche qui regroupent plus de quatre travailleuses. Enfin, le nombre de personnes TS n'a pas réduit avec cette loi, mais un grand nombre d'entre elles sont passées du secteur administratif (public), au secteur privé, ce qui fait dire à plusieurs commentateurs que le modèle de dépénalisation prôné en Nouvelle-Zélande a fait exploser le tourisme sexuel.

2.3.2.3. Décriminalisation des maisons de débauche en Australie (2003 et 2006-2008)

En Australie, le gouvernement fédéral a donné la compétence à chaque état de décriminaliser le travail de sexe. C'est pour cette raison que les lois sur la « prostitution » varient dans chaque état. Jusqu'à présent, six des huit états ont décriminalisé le travail de sexe, mais les lois qui entourent le travail de sexe varient d'un état à l'autre. Par exemple, dans l'Australie-Méridionale ainsi qu'en Australie-Occidentale, toute activité qui entoure le travail de sexe est illégale. L'état de Victoria a décriminalisé les maisons de débauche seulement si elles acceptaient de se munir d'un permis. La sollicitation demeure toujours illégale dans cet état. Le Territoire de la Capitale australienne a décriminalisé les maisons de débauche enregistrées avec le gouvernement et toutes les activités entreprises par les travailleuses du sexe qui utilisent en tout temps des

préservatifs. Par contre, le travail de sexe de rue est illégal dans cette partie du monde. Le Territoire du Nord, la Tasmanie, et le Queensland ont tous adopté des lois semblables à celle de la capitale. Une étude de Weitzer (2009) examine le débat entourant la légalisation du travail de sexe et les politiques moralisatrices dans le secteur ouest de l'Australie. La diversité des discours est apparue dans les débats politiques autour le travail de sexe.

Les arguments soulevés relèvent d'une part, de la nuisance publique le travail de sexe et des caractéristiques relatives à la moralité ; et d'autre part, de l'oppression des femmes ; ou encore, du fait qu'il s'agisse d'un travail comme un autre. Toutes les positions prohibitionnistes, abolitionnistes, décriminalisatrices et légalistes sont comprises dans le débat. Si la majorité des activités liées au travail de sexe sont illégales en Australie, certaines autorités juridiques tolèrent les maisons de débauche. En fait, depuis les années 1970 l'Australie s'en était tenue à une politique d'encadrement de certaines maisons de débauche qui suivaient les règles imposées par la police. L'inefficacité de ce système était telle qu'il encourageait la corruption des policiers. En 2003, le gouvernement a présenté le Prostitution Control Bill qui exigeait des permis pour les maisons de débauche, en plus il exigeait un dépôt pour un panneau de commande, ainsi qu'autres dépôts (Weitzer, 2009, p.91).

Le parti Libéral ainsi que le parti Vert de l'époque s'est opposé à cette façon de faire qui selon eux violait le droit des personnes prostituées en donnait trop de pouvoir à la police. Même les tenanciers des maisons de débauche s'opposaient à cette loi qui, selon eux, encourageait les personnes TS à travailler illégalement. L'organisation pour le droit des personnes TS, Scarlet Alliance, s'opposait-elle aussi à cette façon de faire puisque selon elle, cette loi créait une division entre les travailleuses du sexe : certains travaillaient légalement alors que d'autres non. Au lieu de cela, Scarlet Alliance a demandé une décriminalisation complète des activités entourant la prostitution. L'Église catholique avait déjà signifié son opposition évidemment à cause de raisons de moralité. Enfin, à cause du mouvement d'opposition à la loi le gouvernement la retira. En 2006, le gouvernement travailliste souhaitait que les politiques sur le travail de sexe soient réformées. La création du «Prostitution Law Reform Working Group (PLRWG)» a permis à ce groupe de six membres dont deux membres étaient du parti travailliste, un du parti Vert, quelques représentants du département de santé, du bureau du gouverneur général et le département de police, d'identifier les principes à la base d'une telle réforme qui devaient permettre de revoir les lois à la lumière des

autres autorités juridiques telles que la Nouvelle-Zélande, et de dégager les grands défis sur le plan légal (Weitzer, 2009).

Le comité se fondait sur un modèle de « décriminalisation minimaliste », visant à promouvoir la santé publique, à protéger les personnes TS, à vaincre l'exploitation et à décourager le travail de sexe juvénile. Il a aussi été influencé par plusieurs intervenants sociaux tels que les membres des corps policiers plutôt défavorables à la légalisation des maisons de débauche et aux publics plutôt favorables. En fait, le Sunday Times de 2000 rapportait que les 71% des Australiens du l'ouest du pays favorisaient la légalisation des maisons de débauche et 70% croyaient qu'il devrait y avoir une « Red Light District » à Perth. En 2007, le West Australien a déterminé que 60% de la population favorisent la loi de 2003 (Weitzer, 2009, p. 92). Les journaux ont mis beaucoup de pression sur le gouvernement afin qu'il prenne une décision sur ce sujet. Malheureusement, le comité a exclu le travail de sexe rue ; les lois autour de ce type de personnes TS n'ont pas été changées ; leur sort a été mis de côté. Le groupe du PLRWG s'est beaucoup fié aux règles et statuts développés en 2003 en Nouvelle-Zélande lors de la construction de leurs propositions. Une grande partie du travail qu'a fait ce groupe a été intégré dans l'amendement de la loi sur la « prostitution » en 2007 (Government of Western Australia, 2007). Le débat au parlement a commencé en août 2007 et s'est terminé en mars 2008. Le débat a reposé sur deux aspects importants que sont : les arguments du côté des opposants à la « prostitution » et les résultats possibles relativement à la loi qui allait être adoptée.

En fait, d'après une étude de Meaker en 2002, les personnes TS sachant qu'elles allaient travailler dans l'industrie du sexe ne se considéraient pas comme exploitées. Les recherches menées par le gouvernement sur le trafic du sexe en Australie ont permis de conclure qu'il n'y avait pas d'inquiétude à avoir puisque le nombre de gens impliqués dans le trafic des personnes en Australie est très bas. L'isolement géographique de l'Australie et le contrôle de l'immigration dans le pays rendait la situation sécuritaire. Les opposants à la légalisation des maisons de débauche en Australie de l'Ouest mettaient en perspective les dangers pour les familles et la communauté en général. Étant donné les relations intimes entre la prostitution et les activités criminalisées (trafic de drogues...) l'ouverture des maisons de débauche montrait le manque de moralité du gouvernement. Se référant à la Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas, certains états des États-Unis et de l'Australie constituaient des exemples à ne pas suivre puisqu'ils affirment que le trafic du sexe était devenu un grand problème en Nouvelle-Zélande ; que le nombre de personnes TS et de maisons de

débauche a doublé même si dans les faits, la situation était tout autrement. Ils en arrivèrent à dépeindre une image très négative des pays où le travail de sexe était légalisé, bien qu'ils n'y aient pas beaucoup de preuves pour soutenir leurs arguments.

La Suède était enfin citée en exemple puisqu'elle avait criminalisé seulement les clients des personnes prostituées (Weitzer, 2009). Malgré ces arguments produits par l'opposition au « Prostitution Law Reform Group » rien ne démontrait que le parti travailliste avait un point de vue irréaliste de la « prostitution ». Le groupe admettait que dans un monde idéal il n'existerait pas de « prostitution », mais comme ce n'était pas le cas, alors on devrait se munir de lois pour encadrer la « prostitution » et autant que possible réduire les dommages tout en se préoccupant de la santé publique. Une enquête de 1986 démontra que 19.2% des hommes australiens avaient déjà acheté des services sexuels, lorsqu'en 2003 une autre enquête démontrait que ce marchandage avait diminué à 15.6%. Ce qui démontrait que la décriminalisation réduisait la demande de services sexuels (Weitzer, 2009, p.102). Le but de ce groupe était de pouvoir déterminer la clandestinité de l'industrie du sexe. L'ensemble de ces arguments avancés par le groupe ne s'applique toutefois pas à la prostitution de la rue, qui continue d'être une activité illégale. Le Prostitution Amendment Bill de 2007 a été entériné au parlement en avril 2008 (Weitzer, 2009). Le groupe en faveur de la réforme de la loi sur la prostitution et l'opposition diffère dans la façon d'argumenter leur position. Si le groupe du PLRWG se fie à des études scientifiques, l'opposition, quant à elle est construite sa critique autour de principes moraux (Weitzer, 2009, p. 103). Sans la position d'un gouvernement et d'une population acquis à la décriminalisation des maisons de débauche, l'Australie s'en serait tenue à une lecture moralisatrice le travail de sexe. Pour la partie Libérale l'abolition est la seule solution, mais pour le parti des travailleurs, la solution était de réduire le tort du travail de sexe.

2.3.2.4. Légalisation des maisons closes pour réduire la violence aux États-Unis

Le dernier exemple pertinent de changement de juridiction est celui effectué aux États-unis. Dans l'État du Nevada, les maisons de débauche sont légales depuis 1971 sauf à Las Vegas où il y a eu récemment des changements à la loi qui ajoutent l'obligation d'utiliser des préservatifs et des tests réguliers pour les infections transmises sexuellement et par le sang ainsi que le VIH. Si le gouvernement des États-Unis n'a pas documenté les effets de cette loi. Barbra Brents et Kathryn Hausbeck, de l'Université du Nevada, ont fait une étude intitulée « Violence and Legalized Brothel Prostitution in Nevada : Examining Safety, Risk and Prostitution Policy » (Bedford, 2010, p. 210)

qui énumère plusieurs mesures prises par l'administration des maisons de débauche visant à éliminer la violence envers les travailleuses du sexe. Bien que dans cette étude de Brents et Hausbeck énoncent des problèmes avec la prostitution dans l'État du Nevada aux États-Unis, seulement 2.5% des personnes prostituées interviewées qui travaillaient dans un endroit légal, au moment de l'enquête, auraient vécu de la violence alors qu'environ 84% des travailleuses affirmaient qu'elles se sentaient en sécurité dans leur profession.

- **Traite des personnes et « prostitution »** : même combat pour les abolitionnistes
- Nous retenons de la situation mondiale une distinction importante qui occupe la plupart des positions entre les prohibitionnistes (criminalisation de la prostitution ou de ce qui l'entoure) et les tenants du libre choix (légalisation et décriminalisation de la prostitution) relativement à la violence qui régit souvent l'espace de la « prostitution ». Pour interroger la situation des prostituées de la rue, on se confronte à des situations parmi les plus violentes à savoir la traite des personnes. À l'échelle mondiale, le lien entre le travail de sexe et la migration des personnes TS doivent s'interroger quant à la traite des personnes. Ainsi, le gouvernement canadien définit la traite des personnes comme une activité qui : (...) implique de recruter, de transporter et de loger des personnes ou d'exercer un contrôle ou une influence sur leurs mouvements afin de les exploiter, généralement à des fins sexuelles ou de travail forcé. On décrit souvent la traite des personnes comme une forme moderne d'esclavage (Gouvernement du Canada, 2013). Ceux et celles qui s'opposent au travail de sexe ont tendance à lier la « prostitution » à la traite des personnes. Par exemple, Donna Huges, une militante contre le trafic des personnes aux États-Unis, affirme que la majorité des personnes TS proviennent de la traite des personnes. La traite des personnes, dans un tel contexte, acquiert une définition très large. Aussi, rien n'appuie une telle affirmation (Weitzer, 2011, p. 1342). Le lien entre Le TS et la traite de personnes ont été créé par des abolitionnistes qui pensent que la traite de personnes est le produit du travail de sexe.

Rappelons que les abolitionnistes ont une approche fondée sur les acteurs que sont les personnes TS, les proxénètes, les clients bien plus que sur le problème et les causes potentielles des inégalités socioéconomiques entre les personnes et les pays (Weitzer, 2011, p.1344). La traite des personnes peut se faire dans des conditions extrêmes d'exploitation et il est difficile

actuellement de cibler ces situations. Certaines personnes migrent pour des facteurs économiques ou pour mieux soutenir économiquement leur famille ; elles sont aussi motivées par l'attrait des grandes villes qui représentent un endroit moins stigmatisant.

L'article de Weitzer (2011) mentionne une étude portant sur des migrants Cambodgiens travaillant dans des maisons de débauche qui auraient quitté leur pays pour avoir plus d'indépendance en s'éloignant d'un environnement rural (Weitzer, 2011, p.1345). Une autre étude repérée encore par Weitzer (2011) décrit la vie de femmes russes qui vendent des services sexuels en Norvège et qui ont fondé leur motivation sur le fait d'avoir un meilleur statut économique. L'évidence montre ainsi que la migration des prostituées ne relève pas seulement de victimes de la traite de personnes.

2.4. Généralités sur le VIH /SIDA

2.4.1. L'histoire du VIH/SIDA

Depuis l'apparition des premiers cas de Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) en 1981 aux États-Unis (Gottlieb et al., 1981), 77.3 millions de personnes ont été infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et 35.4 millions sont décédées des suites de maladies liées au SIDA (ONUSIDA, 2018). Dans un premier temps, l'évolution de cette infection demeura peu comprise par la médecine, tant du point de vue de son mode de transmission que de sa physiopathologie. Apparu dans un premier temps chez des personnes homosexuelles, dès 1982, le SIDA est également signalé dans d'autres populations : chez les personnes atteintes d'hémophilie, chez les Haïtiens et chez les héroïnomanes (ONUSIDA, 2015b). Cela a conduit les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 1983 à classer des groupes de personnes plus à risque d'exposition à l'infection par le VIH que d'autres. Ces derniers étaient les partenaires sexuelles des patientes atteintes du SIDA, les homosexuels ou bisexuels masculins sexuellement actifs ayant plusieurs partenaires, les Haïtiennes entrant sur le territoire des États-Unis, les toxicomanes (y compris les ex toxicomanes) consommant des drogues injectables, les patientes atteintes d'hémophilie ainsi que les partenaires sexuelles de toutes ces personnes à risque d'exposition au VIH (CDC, 1983).

L'inquiétude liée à l'absence de connaissances précises sur les modes de transmission du virus a engendré une stigmatisation et une discrimination à l'encontre des personnes infectées et des populations les plus exposées. Face à cette situation, l'association américaine des personnes vivant avec le SIDA a publié en 1985 les Principes de Denver (Principes de Denver, 1985) afin d'associer les personnes touchées aux décisions qui les concernent. La revendication principale des Principes de Denver peut être résumée de la façon suivante : rien pour nous sans nous. Plus spécifiquement, les Principes de Denver s'adressaient aux professionnelles de santé à travers des recommandations sur la façon d'aborder les personnes infectées par le SIDA ; à la population générale par des messages d'appel au soutien dans la lutte contre la stigmatisation des personnes infectées par le SIDA et les conséquences liées ; ainsi qu'aux personnes atteintes du SIDA par un appel à une mobilisation commune (Principes de Denver, 1985).

A partir de 1983, le virus est identifié (Barre-Sinoussi et al., 1983) ainsi que ses voies de transmission. S'ensuivent alors de nombreuses avancées médicales avec notamment l'arrivée sur le marché des premiers tests de dépistage du VIH en 1985. A la fin des années 80, les 21 clinicien(e)s découvrent l'efficacité de la molécule azidothymidine qui sera à l'origine du premier traitement antirétroviral (ARV) (Fischl et al., 1987) mais son effet sur la réplication du virus n'est que partiel et transitoire. Il reste nécessaire de trouver d'autres molécules plus efficaces. Malgré ces progrès, la période 1991-1995 reste empreinte d'une augmentation continue du nombre de décès liés au SIDA (ONUSIDA, 2015b). Les premières trithérapies en 1996 représentent une avancée thérapeutique majeure qui va bouleverser la lutte contre le VIH. Elles vont permettre de réduire très significativement le taux de mortalité associé au VIH ainsi que la progression du virus vers le stade SIDA (Hammer et al., 1997). L'infection par le VIH va ainsi basculer du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique (ONUSIDA, 2015b).

A l'échelle mondiale, l'évolution de la maladie a connu deux pics principaux, un premier en 1996 qui représente l'année à partir de laquelle le nombre de nouvelles infections par le VIH va diminuer au cours du temps (Figure 1), et en 2004 lorsque la courbe des décès liés au SIDA commencent à diminuer (UNAIDS, 2017).

Par la suite, deux autres découvertes ont rythmé l'évolution de l'épidémie : la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et le traitement as prevention (TasP). Depuis les années 2000, le renforcement du dépistage des femmes enceintes combiné à une mise sous ARV des mères en cas de sérologie positive au cours de la grossesse et des nouveaux-nés dans les premières heures de vie, ont permis de réduire le taux de transmission du virus de la mère à l'enfant de 30% à 1% (UNAIDS, 2015).

La réussite de la PTME a mis en évidence un lien entre la charge virale (CV) d'une Personne Vivant avec le VIH (PVVIH) et le risque de transmission (Quinn et al., 2000). Une PVVIH sous traitement ARV continu atteint généralement une CV dite indétectable, ce qui signe la suppression de la réplication du virus. Un bénéfice additionnel de la CV indétectable est que la PVVIH ne peut pas transmettre le virus à d'autres partenaires (Vernazza, Hirshel, Bernasconi, & Flepp, 2008). Cela démontre le besoin d'étendre la couverture antirétrovirale des PVVIH pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH. Dès 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande alors la mise sous traitement ARV de toute personne dépistée positive au VIH ayant un taux de $CD4 > 350$ cells/ μ L quel que soit le stade clinique du virus (World Health Organization, & Department of HIV/AIDS, 2010), puis en 2015 à tous les PVVIH quel que soit le taux de CD4.

Depuis son apparition au début des années 1980, l'infection par le VIH/SIDA a changé de visage. Grâce à des traitements efficaces, elle a perdu son statut de maladie rapidement mortelle pour devenir une infection chronique et contrôlée. Néanmoins, ses traitements sont lourds à supporter et peuvent induire, sur la durée, des effets indésirables. Pour cette raison, les mesures destinées à prévenir l'infection par le VIH restent toujours d'actualité en attendant la mise au point d'un vaccin.

L'abréviation VIH signifie virus de l'immunodéficience humaine. Il s'agit d'un rétrovirus qui infecte les cellules du système immunitaire de l'être humain (en particulier les lymphocytes T $CD4+$ et les cellules macrophages essentielles au système immunitaire des cellules). Il détruit ou dérègle leur fonctionnement. Le virus agit en fragilisant progressivement le système immunitaire jusqu'au stade de l'immunodéficience. Le système immunitaire est considéré comme déficient lorsqu'il n'est plus en mesure de remplir son rôle, à savoir combattre les infections et les maladies.

À ce stade, les personnes porteuses du virus sont plus vulnérables à de nombreuses formes d'infections et de cancers, dont la plupart touchent rarement le reste de la population. L'infection par le VIH est un affaiblissement progressif des défenses immunitaires dû à un virus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce virus, transmis par le sang et les sécrétions sexuelles (ainsi que pendant la grossesse et l'allaitement), se multiplie dans certaines cellules du système immunitaire, les lymphocytes CD4 (également appelés lymphocytes T4). En se multipliant, le VIH entraîne la destruction de ces cellules qui jouent un rôle central dans la coordination des défenses immunitaires. L'immunité de la personne infectée diminue petit à petit au cours de plusieurs années. Les maladies associées à une immunodéficience grave sont qualifiées d'infections opportunistes, car elles profitent de la fragilité du système immunitaire. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui en l'absence d'un traitement peut mettre des années à apparaître selon la personne. Ce stade se définit par l'apparition de certains cancers, d'infections ou d'autres manifestations cliniques sévères à long terme.

L'acronyme SIDA signifie Syndrome d'Immunodéficience Acquise. Elle décrit l'ensemble des symptômes et des infections liées à une déficience acquise du système immunitaire. Il a été prouvé que le SIDA est la phase finale d'une contamination au VIH. Des indicateurs comme le niveau d'immunodéficience ou l'apparition de certaines infections servent à déterminer le passage de l'infection du stade du VIH à celui du SIDA

Les Causes de l'infection par le VIH/SIDA sont dues à un virus qui a été découvert en 1983 et dont l'étude détaillée a permis d'identifier les médicaments qui sont utilisés aujourd'hui. Il existe deux VIH (virus de l'immunodéficience humaine) : le VIH-1 qui est de loin le plus courant dans le monde, et le VIH-2 qui est surtout observé dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Ces deux virus partagent les mêmes modes de transmission. Le VIH-2 provoque une infection moins sévère qui évolue plus lentement que celle due au VIH-1.

De très nombreuses hypothèses farfelues sur l'origine du VIH continuent de circuler. Aujourd'hui, on sait de manière certaine que le VIH est issu d'un virus similaire présent chez les grands singes (chimpanzés, gorilles). Ce virus des singes a très certainement contaminé des personnes en Afrique subsaharienne, par exemple à l'occasion de chasser et d'abattage de grands singes pour la consommation alimentaire. Il s'est ensuite adapté à l'homme et a ainsi donné

naissance au VIH tel que nous le connaissons aujourd'hui. Des preuves formelles d'infection par le VIH ont été identifiées dans des fragments d'organes prélevés sur des personnes mortes dans les années 1950, à la suite de ce qui était alors une mystérieuse maladie. Ainsi, l'apparition du VIH est plus ancienne que les techniques de génie génétique, ce qui coupe court aux théories d'un virus fabriqué par l'homme. La propagation du VIH à travers le monde s'est d'abord faite en Afrique, berceau du VIH, par le biais du développement des transports routiers et aériens (ainsi que, probablement, des campagnes de vaccination massives où les organisateurs ne prenaient pas la peine de changer d'aiguille à chaque patient). Ensuite, le développement du tourisme, en particulier aérien, dans les années 1960 et 1970 a permis la dissémination du VIH à travers le monde, avec un foyer de forte contamination dans les Caraïbes (possiblement lié aux échanges importants entre cette région et l'Afrique).

2.4.2. Les modes de transmissions du VIH /SIDA

Le VIH se transmet par pénétration (anale ou vaginale) lors d'un rapport sexuel non protégé, par transfusion sanguine, il se transmet également par le partage d'aiguilles et ou les objets tranchants contaminés dans les établissements de soin et chez les toxicomanes. Il peut enfin se transmettre de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. On retient les différentes voies de transmissions suivantes :

2.4.2.1. Transmission par voie sexuelle

Le VIH se transmet par pénétration lors d'un rapport sexuel. Le risque de contamination est faible au cours d'une pénétration vaginale, car la transmission du VIH n'est pas très fréquente dans ce cas. Les études montrent que le taux de transmission au cours d'un rapport sexuel anal est 10 fois plus élevé que pour une pénétration vaginale. Une personne porteuse d'une infection sexuellement transmissible non traitée, causant en particulier des ulcères ou des sécrétions, est 10 fois plus exposée à une transmission du VIH ou à une contamination par le virus au cours d'un rapport sexuel. Le sexe oral est considéré comme une pratique sexuelle à faible risque pour ce qui est de la transmission du VIH. Les travailleuses de sexe sont le plus des personnes très exposé aux infections sexuellement transmissibles de par leurs activités sexuelles régulières et non protégés avec plusieurs partenaires sexuels. C'est l'ensemble de toutes ses activités qui les rendent vulnérables au virus du VIH /SIDA ;

2.4.2.2. Transmission due au partage d'aiguilles et de seringues

Le risque de transmission du VIH est très élevé lors de la réutilisation et du partage d'aiguilles ou de seringues. Les personnes s'injectant des drogues peuvent réduire considérablement ce risque en utilisant systématiquement des aiguilles neuves et des seringues jetables ou en stérilisant correctement les aiguilles et les seringues réutilisables avant utilisation. La transmission dans le cadre sanitaire peut être réduite si le personnel de soin respecte les précautions universelles. Plusieurs travailleuses de sexe sont tentées à s'injecter des drogues avant, pendant et/ou après l'exercice de leur métier ceci s'explique par le fait que d'autres ont souvent besoin de courage ou d'être dans un état second lorsqu'elles se retrouvent dans des hotspots. L'absence de la bonne information pousse bon nombre d'entre elles à se partager les seringues lors des injections de ses substances. Ceci constitue une autre porte d'entrée de l'infection au virus du VIH/SIDA.

2.4.2.3. Transmission de la mère à l'enfant

Une mère peut transmettre le VIH à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est généralement de 15 % à 30 % avant et pendant l'accouchement. Il dépend de plusieurs facteurs, en particulier de la charge virale de la mère au moment de la naissance (le risque augmente avec la charge). La mère peut également transmettre le virus à son enfant après l'accouchement, pendant l'allaitement. Le taux de transmission du VIH à l'enfant est extrêmement faible si la mère suit une thérapie antirétrovirale au cours de la grossesse et de l'allaitement. C'est pourquoi on recommande aux femmes enceintes de se faire dépister pendant la grossesse et pour les femmes porteuses du virus le test de charge virale est effectué au moins deux fois avant l'accouchement afin de vérifier le taux du virus présent chez la mère. Une femme ayant un taux de charge virale supprimée ou indétectable peut allaiter son enfant et ce dernier ne pourra être infecté si la mère suit les recommandations formulées son entourage.

2.4.2.4. Transmission au cours d'une transfusion sanguine

Le risque est extrêmement élevé (supérieur à 90 %) de contracter le VIH au cours d'une transfusion de sang et de produits sanguins contaminés. Toutefois, la mise en place de normes de

sécurité du sang garantit des réserves de sang et de produits sanguins sans danger, adaptées et de bonne qualité à tous les patients et patientes ayant besoin d'une transfusion. La sécurité du sang implique de soumettre tous les dons de sang à un dépistage du VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang, ainsi que de sélectionner correctement les donneurs et donneuses. C'est la raison pour laquelle le processus de transfusion sanguine obéit à certaines normes et test de contrôle effectuer au préalable.

2.4.3. Les Modes de prévention du VIH/SIDA

En l'absence de vaccin et de traitement permettant de guérir définitivement l'infection par le VIH/SIDA, il est important de connaître et d'appliquer systématiquement les mesures de prévention qui ont prouvé leur efficacité. Au niveau individuel, on peut réduire le risque d'infection par le VIH en limitant l'exposition aux facteurs de risque. Parmi les principales démarches de prévention du VIH, souvent associées entre elles, figurent :

- L'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin ou féminin ;
- La prévention, le dépistage et le conseil pour le VIH et les IST ;
- Circoncision masculine médicale volontaire. Réduit les chances d'une transmission du VIH de la femme à l'homme ;
- L'utilisation de médicaments antirétroviraux à titre préventif (prophylaxie préexposition orale (PrEP) et produits à longue durée d'action), de l'anneau vaginal de dapivirine et du cabotégravir injectable à longue durée d'action ;
- La réduction des effets nocifs pour les consommateurs de drogues par injection ;
- L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Relations monogames entre partenaires sains ;
- Rapports sexuelles sans pénétration ;
- Sexe entre deux personnes, dont l'une vit avec le VIH, mais suit une thérapie antirétrovirale et possède une charge virale indétectable.
- Le traitement comme moyen de prévention (prise en charge et suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA)

Il n'y a pas de transmission du VIH lorsque le partenaire sexuel a une suppression virale du fait d'un traitement antirétroviral. Par conséquent, les mesures pour améliorer l'accès au dépistage

et favoriser l'accès au traitement antirétroviral sont une composante importante de la prévention du VIH.

Pour ce qui est des médicaments antirétroviraux à titre de prévention, seul la PrEP est disponible actuellement au Cameroun depuis 2019 et est mis à disposition des populations les plus exposés au virus du VIH/SIDA par le biais des associations à base communautaires aux travailleuses de sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables. Ces organisations bénéficient des financements du gouvernement Américain à travers le PEPFAR. Le projet étant encore en phase pilote avec l'appui du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) via le ministère de la santé (MINSANTE) on commence déjà à la rendre disponible dans les formations sanitaires du pays même si cela n'est pas encore à la portée de toute la population. Autres moyens d'éviter une infection :

- Si vous consommez de la drogue par injection, utilisez toujours des aiguilles et des seringues neuves à usage unique ou correctement stérilisées avant utilisation ou tournez-vous vers d'autres mesures de prévention comme une thérapie de substitution aux opiacés.
- Assurez-vous que le sang et les produits sanguins sont soumis à un dépistage du VIH et que les normes de sécurité du sang ont été mises en place.

Les règles de prévention de l'infection par le VIH dans le cadre des rapports sexuels sont simples à comprendre mais souvent difficiles à appliquer de manière systématique. Elles reposent sur l'utilisation du préservatif pour toute pénétration, ainsi que pour la fellation. En cas de contact bouche/vulve ou bouche/anus, une digue dentaire (ou un préservatif fendu dans le sens de la longueur) doit être utilisée. L'objectif est d'éviter tout contact direct entre les muqueuses de la bouche, des organes génitaux et de l'anuserectum avec le sperme, les sécrétions vaginales ou le sang.

2.4.3.1. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Depuis 2019, pour réduire le risque de contamination du VIH par voie sexuelle, les autorités de santé camerounaises ont autorisé l'utilisation de l'association ténofovir/emtricitabine

(TRUVADA et certains génériques) dans la prévention pré-exposition au VIH (PrEP). Cette prophylaxie pré-exposition s'inscrit comme un mode de prévention complémentaire aux autres mesures préconisées pour prévenir l'infection par le VIH : utilisation du préservatif (qui protège contre le risque d'autres infections sexuellement transmissibles, IST), dépistage régulier du VIH, prophylaxie post-exposition et, chez les personnes séropositives, traitement antirétroviral. L'association ténofovir/emtricitabine (TRUVADA) est déjà commercialisée dans plusieurs pays le traitement curatif du VIH/sida. Pour la prévention pré-exposition, elle est officiellement indiquée pour réduire le risque d'infection par le VIH-1 chez les adultes à haut risque de contamination. Ces personnes sont :

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres ayant des rapports anaux non protégés avec des partenaires différents, ou ayant eu une infection sexuellement transmissible au cours de l'année, ou ayant pris un traitement post-exposition au cours de l'année, ou utilisant des drogues lors des rapports sexuels ;
- Les personnes jugées au cas par cas à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.
- Les travailleuses de sexe ;
- Les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables (UDI).

L'utilisation de la prévention pré-exposition est encadrée par des modalités de prescription, de délivrance, d'administration et de suivi des patients susceptibles de recevoir le traitement :

- L'ordonnance initiale doit être rédigée par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH exerçant à l'hôpital ou dans une organisation à base communautaire. L'ordonnance peut être renouvelée par un médecin généraliste ou une infirmière formée sur la PrEP.
- L'absence d'infection par le VIH doit être confirmée avant la prescription du traitement.
- En cas de prévention continue, la posologie est d'un comprimé de ténofovir/emtricitabine par jour, en continu à la même heure ;
- Une prévention discontinue est également possible pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La posologie est alors de deux comprimés dans les 24 heures qui précèdent une relation sexuelle à risque (et au plus tard 2 heures avant), puis un comprimé 24 heures après la première prise et un comprimé 24 heures après la deuxième prise. Si la période d'activité sexuelle à risque se prolonge sur plusieurs jours, il faut prendre un comprimé toutes les 24

heures en terminant après le dernier rapport sexuel à risque par 2 prises d'un comprimé espacées de 24 heures.

- L'association ténofovir/emtricitabine peut entraîner des effets indésirables peu graves (nausées, diarrhée, douleurs abdominales, maux de tête) mais aussi des effets indésirables plus graves comme une insuffisance rénale ou une fragilité osseuse. Un suivi médical régulier incluant un dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles tous les 3 mois et une surveillance du fonctionnement des reins est nécessaire

2.4.3.2. Treatment as Prevention (TasP) / le traitement comme moyen de prévention

Le traitement systématique des personnes séropositives est également une forme indirecte de prévention de l'infection par le VIH. En effet, il est maintenant prouvé que, lorsqu'une personne porteuse du virus du VIH/SIDA suit bien son traitement cela se traduit par une disparition du virus dans le sang (une "charge virale" indétectable), la personne traitée n'est plus contaminante. Cette stratégie de prévention, appelée TasP (Treatment as Prevention), implique de traiter toutes les personnes séropositives dès leur diagnostic et met en évidence l'importance de faire un test de dépistage très régulièrement lorsqu'on est exposé au risque d'une contamination par le VIH. Cette stratégie peut également être adoptée afin de réduire le taux de séoprévalence si toutes les travailleuses de sexe porteuse du virus du VIH/SIDA sont mises sous traitement une fois diagnostiquées porteuses du virus du VIH.

2.4.3.3. Conduite à tenir après une prise de risque ou une exposition au virus

Si, lors d'un rapport sexuel ou d'un événement de la vie quotidienne, du sang ou des sécrétions sexuelles ont été en contact direct avec des muqueuses ou une plaie de la peau, il convient de prendre des mesures pour essayer de réduire le risque d'infection :

- Nettoyer les muqueuses ou la plaie avec de l'eau savonneuse, rincer, puis désinfecter avec un antiseptique, si cela est possible ;
- Consulter un service d'urgence hospitalier au plus vite pour éventuellement recevoir un traitement dit « post-exposition » encore appelé traitement d'urgence. Ce traitement est d'autant plus efficace qu'il est débuté rapidement après l'exposition, si possible dans les 4 heures et au plus tard dans les 48 heures. Il contient des médicaments actifs contre le

VIH et il est administré pendant un mois. Des tests sanguins sont faits avant et après le traitement pour s'assurer de l'absence d'infection par le VIH. Ces traitements provoquent souvent des effets indésirables désagréables mais ils doivent être pris comme recommander pour être efficaces.

2.4.4. Manifestations Cliniques /Symptômes de l'Infection à VIH /SIDA

La plupart des personnes infectées ne savent pas qu'elles ont été contaminées. Aussitôt après l'infection, au cours de la séroconversion, certaines d'entre elles contractent une mononucléose infectieuse (accompagnée de fièvre, d'éruptions cutanées, d'articulations douloureuses et d'un gonflement des nœuds lymphatiques). La séroconversion correspond à la production d'anticorps contre le VIH et apparaît généralement un ou deux mois après l'infection. Même si l'infection au VIH ne s'accompagne habituellement pas de symptômes, une personne nouvellement contaminée au VIH est infectieuse et peut transmettre le virus à quelqu'un d'autre.

Effectuer un dépistage (ou test du VIH) est le seul moyen pour une personne de savoir si elle est contaminée ou non. L'infection par le VIH provoque une diminution progressive des défenses immunitaires. À une longue période d'absence de symptômes (ou de présence de quelques symptômes peu spécifiques et peu sévères) succède une phase d'immunodéficience qui, en l'absence de traitement, va en s'aggravant. Une infection au VIH détruit et affaiblit graduellement le système immunitaire. Le corps est alors plus vulnérable aux infections et aux cancers, ce qui peut faire évoluer le virus vers le stade du SIDA. Certaines personnes peuvent ne présenter aucun symptôme après avoir contracté le VIH de façon à ce que l'infection ne soit pas diagnostiquée jusqu'à ce que les symptômes du SIDA se manifestent. Cela peut prendre jusqu'à 10 ans en fonction du système immunitaire de l'individu. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'organisation mondiale de la santé recommande aux personnes sexuellement actives et à risques substantiels de se faire infecter par le virus du VIH/SIDA se faire des tests de dépistage régulièrement tous les 3 mois.

Les symptômes induits par le VIH varient en fonction du stade de l'infection. Si les personnes vivant avec le VIH ont tendance à présenter la plus forte contagiosité au cours des premiers mois, nombreuses sont celles qui ignorent leur situation jusqu'à des stades plus avancés. Dans les premières semaines qui suivent l'infection initiale, les sujets peuvent rester

asymptomatiques ou manifester un syndrome grippal avec de la fièvre, des céphalées, un érythème ou un mal de gorge. A mesure que l'infection affaiblit peu à peu le système immunitaire, d'autres signes et symptômes peuvent apparaître et comprendre, comme un gonflement des ganglions lymphatiques (l'enflure des glandes), une perte de poids, de la fièvre, la fatigue, des frissons, un mal de gorge, des maux de tête, des douleurs articulaires, des douleurs musculaires de la diarrhée et de la toux. En l'absence de traitement, de graves maladies sont susceptibles de se déclarer comme une tuberculose, une méningite à crypto coque, des infections bactériennes sévères ou certains cancers, tels que des lymphomes ou le sarcome de Kaposi, entre autres. Toutefois, 50 % ou plus des personnes vivant avec le VIH peuvent manifester de légers symptômes semblables à ceux de la grippe, 2 à 4 semaines après avoir été infectées. Les symptômes d'une infection par le VIH peuvent durer quelques jours ou quelques semaines. Ils peuvent disparaître d'eux-mêmes.

Il est courant que l'infection par le VIH soit d'abord diagnostiquée à tort comme étant une autre maladie. Si vous pensez avoir contracté le VIH, il est conseillé de se rendre dans une formation hospitalière pour passer un test de dépistage.

2.4.4.1. Les différents stades de l'infection par le VIH/SDA

On distingue trois stades de l'infection par le VIH/SIDA.

- **La primo-infection par le VIH :** Deux à trois semaines après la contamination par le VIH, environ une personne sur trois développe des symptômes qui évoquent une grippe (fièvre, frissons, maux de tête, ganglions enflés, fatigue, rougeurs de la peau, courbatures, etc.). Ces symptômes disparaissent après quelques jours mais dans certains cas, ils sont suffisamment sévères pour amener la personne à consulter. Si le médecin suspecte une infection par le VIH (par exemple si le patient déclare avoir eu des rapports sexuels non protégés), des examens complémentaires destinés à rechercher la présence du VIH dans le sang sont effectués. En cas de confirmation d'une infection par le VIH, un traitement peut être prescrit de manière temporaire. Pendant la phase de primo-infection, les défenses immunitaires se mettent en place mais ne contrôlent pas encore la multiplication du VIH. La personne infectée est particulièrement contaminante car son sang et ses sécrétions sexuelles contiennent une grande quantité de VIH.

- **L'infection asymptomatique par le VIH** : Passée la phase de primo-infection, l'infection par le VIH ne provoque aucun symptôme pendant une longue période. En moyenne, on estime que cette période dure une dizaine d'années (mais elle peut être plus courte ou plus longue chez certains patients). Pendant cette phase, la personne est contaminante, même si la quantité de VIH présente dans son sang et ses sécrétions sexuelles est moins importante que pendant la primo-infection. Parfois, la personne se plaint de ganglions enflés.
- **L'infection symptomatique par le VIH** : Après les années d'infection sans symptômes, le patient développe des signes d'immunodéficience : mycoses (infections par des champignons microscopiques) récidivantes dans la bouche ou le vagin, épisodes de fièvre modérée, diarrhées persistantes, sueurs nocturnes, zona, taches rouges sur la peau, perte de poids, etc. Ces signes apparaissent et disparaissent spontanément, puis récidivent de plus en plus souvent.

2.5. Le SIDA

Liée à l'aggravation de l'immunodéficience, la phase de SIDA est caractérisée par l'apparition de maladies dites « opportunistes » qui révèlent la faiblesse des défenses immunitaires :

- Des pneumonies dues à un germe particulier, *Pneumocystis carinii*, ou à d'autres germes ;
- La toxoplasmose, une infection du cerveau due à un parasite microscopique, *Toxoplasma gondii* ;
- Des infections à cytomégalovirus (CMV) qui peuvent toucher les yeux, le cerveau, etc. ;
- Des infections sévères dues à des champignons microscopiques : candidoses, isosporidiose, coccidioïdomycose, histoplasmosse, cryptococcose, etc. ;
- Un herpès sévère et qui ne guérit pas spontanément ;
- Une tuberculose ou des infections par des bactéries proches de celle de la tuberculose (mycobactéries) ;
- Des lymphomes (cancers des lymphocytes), des tumeurs des vaisseaux sanguins (sarcome de Kaposi) ou des cancers du col de l'utérus ou du rectum ;
- Des troubles fonctionnels du cerveau : encéphalopathie ou leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) qui provoquent des troubles du comportement ;
- Une perte de poids et de masse musculaire importante (cachexie).

- Sans traitement, ces maladies opportunistes provoquent rapidement le décès de la personne malade. Aujourd'hui, les personnes infectées par le VIH dont le système immunitaire est affaibli reçoivent des traitements spécifiques destinés à prévenir certaines de ces maladies opportunistes.

2.5.1. VIH/SIDA et autres pathologies

2.5.1.1. VIH et cancers

Malgré le bénéfice des traitements, les personnes infectées par le VIH ont un risque plus élevé de développer certains cancers : lymphomes non hodgkiniens, sarcome de Kaposi, cancer du poumon, ainsi que des cancers dus aux infections à papillomavirus HPV (cancers de la gorge, de l'anus, de la vulve, du pénis ou du col de l'utérus) et des cancers du foie lié aux hépatites B et C chroniques.

Pour cette raison, des mesures de dépistage de ces cancers doivent être effectuées annuellement : frottis vaginal ou rectal, par exemple. De plus, il est fortement conseillé aux personnes infectées par le VIH d'arrêter de fumer.

2.5.1.2. Les autres maladies des personnes infectées par le VIH

Les personnes infectées par le VIH souffrent parfois d'autres infections ayant les mêmes modes de contamination que celle par le VIH/SIDA. C'est le cas en particulier des hépatites virales chroniques B et C. Un bon nombre de personnes d'entre elles le sont par le virus de l'hépatite B (VHB). On parle alors de « co-infection ». Cette double infection a des conséquences sur l'évolution de ces maladies. En particulier, l'évolution de l'hépatite C semble accélérée par la présence de VIH. Pour cette raison, les personnes qui souffrent du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) reçoivent un traitement contre le VIH de manière plus précoce. Parfois, il est nécessaire de cesser le traitement contre le VIH pour débiter un traitement destiné à éliminer le VHC. Dans d'autres cas, les deux traitements peuvent être associés. Dans le cas de l'hépatite B, il existe des traitements qui sont efficaces à la fois sur le VIH et le VHB.

Outre les maladies opportunistes qui se développent lorsque l'immunité est sévèrement diminuée, d'autres complications peuvent apparaître en lien avec les traitements et l'état inflammatoire chronique qui persiste pendant de nombreuses années.

- Le syndrome inflammatoire de restauration immunitaire : Chez les personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée à un stade avancé, la mise sous traitement s'accompagne parfois d'une exacerbation des symptômes d'inflammation avec le réveil d'infections « dormantes » jusque-là contrôlées par le système immunitaire : tuberculose, cryptococcose, infections à mycobactéries, etc. Dans ce cas, un traitement spécifique est prescrit pour diminuer l'inflammation et traiter l'infection opportuniste.
- La lipodystrophie dans l'infection par le VIH/SIDA : La lipodystrophie est une complication du VIH et de ses traitements au cours de laquelle les graisses du corps se répartissent de manière anormale : elles s'accumulent au niveau du ventre et du haut du dos et elles fondent au niveau des jambes et du visage. Cette complication est surtout due à la prise de certains médicaments contre le VIH (stavudine et zidovudine) et sa fréquence a considérablement diminuée depuis la commercialisation d'autres options thérapeutiques.
- Les maladies cardiovasculaires dans l'infection par le VIH/SIDA : Dans les pays où les traitements contre le VIH sont disponibles, les maladies cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral etc.) représentent la quatrième cause de décès chez les personnes infectées par le VIH. Il semble que, chez elles, le risque cardiovasculaire est accru à la fois par l'état d'inflammation chronique et par les traitements prescrits. Pour cette raison, les personnes infectées par le VIH et sous traitement doivent appliquer les mesures de prévention cardiovasculaire habituelles (arrêt du tabac, alimentation équilibrée, lutte contre le surpoids, exercice physique régulier) et bénéficier d'un suivi médical régulier sur cet aspect de leur santé.
- Les dyslipidémies dans l'infection par le VIH/SIDA : L'excès de cholestérol et de triglycérides dans le sang (dyslipidémie) est fréquemment observé chez les personnes infectées par le VIH et prenant certains médicaments contre cette infection. Cet excès de lipides dans le sang augmente le risque cardiovasculaire et les patients qui en souffrent doivent être traités par des médicaments hypocholestérolémiants adaptés (rosuvastatine,

pravastatine), voire modifier leur traitement contre le VIH. Ils doivent également équilibrer leur alimentation et pratiquer régulièrement une activité physique.

- Le diabète de type 2 dans l'infection par le VIH/SIDA : Certains patients traités contre le VIH développent un diabète de type 2 qui augmente leur risque cardiovasculaire. Si les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas à contrôler ce diabète, un traitement antidiabétique peut être prescrit.
- L'ostéoporose dans l'infection par le VIH/SIDA : L'ostéoporose (fragilisation des os) peut apparaître chez les personnes traitées contre le VIH. Des examens de contrôle sont régulièrement effectués chez les patients les plus à risque d'ostéoporose : personnes âgées de plus de 60 ans, personnes maigres ou personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée tardivement. Si nécessaire, un traitement spécifique est prescrit, accompagné de suppléments de calcium et de vitamine D.
- Les complications rénales dans l'infection par le VIH/SIDA : Une surveillance particulière du fonctionnement des reins est recommandée chez les personnes infectées par le VIH, en particulier celles qui souffrent de troubles cardiovasculaires, de diabète de type 2 ou d'hypertension artérielle, qu'elles reçoivent un traitement contre le VIH ou non. Dans certains cas, la mise en place d'un traitement contre le VIH peut être justifiée par l'existence de troubles du fonctionnement des reins.
- Les troubles neurocognitifs dans l'infection par le VIH/SIDA : Certaines études suggèrent que jusqu'à un quart des personnes infectées par le VIH pourraient souffrir de troubles légers en terme de capacités intellectuelles et de raisonnement. Ces troubles ont été particulièrement mis en évidence chez les personnes âgées de plus de 50 ans et celles qui sont co-infectées par le virus de l'hépatite C. Des tests existent pour diagnostiquer ce type de troubles.

2.5.2. L'Évolution de l'Infection par le VIH/SIDA Aujourd'hui

Avant la découverte de traitements efficaces, l'évolution de l'infection par le VIH était inéluctable, sauf pour une petite minorité de patients (les « non-progresseurs ») qui, pour des raisons liées à leur patrimoine génétique, ne développaient pas de maladie. Aujourd'hui, avec les traitements disponibles, l'infection par le VIH/SIDA est devenue une maladie chronique et de nombreuses personnes vivent avec le VIH depuis vingt ou trente ans. Néanmoins, cette vision

optimiste est à modérer. Les traitements prescrits contre le VIH sont parfois la cause d'effets indésirables lourds ou gênants pour la qualité de vie.

Le diagnostic de l'infection par le VIH/SIDA repose sur une prise de sang qui permet de déterminer si la personne possède des anticorps contre le VIH, ce qui signifie qu'elle a été contaminée : on dit alors que la personne est « séropositive » pour le VIH. Des prises de sang complémentaires permettent alors de mesurer la quantité de VIH dans le sang et d'évaluer l'état des défenses immunitaires. Le VIH peut être diagnostiqué au moyen de tests rapides qui donnent des résultats le jour même, ce qui facilite grandement le diagnostic précoce et les liens avec le traitement et les soins.

D'autres tests de dépistage du VIH sont disponibles pour permettre aux gens de se tester eux-mêmes à l'instar de l'auto-test VIH (KIT de dépistage de VIH individuelle). Aucun test positif particulier pour le VIH ne permet toutefois d'établir un diagnostic définitif et il faut un test de confirmation, effectué par un agent de santé ou un agent communautaire qualifié et formé dans un centre ou un dispensaire communautaire. L'infection par le VIH peut être détectée avec une grande exactitude en employant des tests préqualifiés par l'OMS dans le cadre d'une stratégie et d'un algorithme de dépistage approuvés au niveau national.

Au niveau du Cameroun l'algorithme national prévoit deux tests (un premier avec détermine et ensuite oral quick si détermine réactif) et si les deux tests sont réactifs avant de déclarer la personne positive au virus du VIH, il faudra un second testeur qui devra reprendre le test de dépistage tout en respectant la procédure de dépistage de l'algorithme national. La plupart des tests de dépistage du VIH les plus courants détectent les anticorps produits par le sujet dans le cadre de sa réponse immunitaire contre le virus. Le plus souvent, les individus produisent des anticorps contre le VIH dans les 28 jours suivant l'infection. Pendant cette période que l'on appelle « fenêtre sérologique », les anticorps n'ont pas encore été produits en quantités suffisantes pour être décelés par les tests classiques et il se peut qu'il n'y ait encore aucun signe de l'infection, même si celle-ci peut déjà être transmise à autrui. Une fois que l'on a été infecté, en l'absence de traitement et de suppression virale, il est possible de transmettre le VIH à un partenaire sexuel ou à une personne partageant la même aiguille ou, dans le cas d'une femme enceinte, à l'enfant pendant la grossesse ou la période d'allaitement maternel. Après un diagnostic positif, il convient

d'effectuer un nouveau test avant de commencer le traitement et les soins ; il s'agit ainsi d'exclure toute erreur de dépistage ou de notification avant d'entamer un traitement à vie. Il est important d'apporter aux personnes vivant avec le VIH le soutien nécessaire pour qu'elles poursuivent le traitement et de leur prodiguer des conseils et d'autres services si elles s'inquiètent de l'exactitude de leur diagnostic ou si elles ont interrompu leur traitement et leurs soins et doivent les reprendre.

Si le dépistage chez l'adolescent et l'adulte est désormais simple et efficace, il n'en va pas de même pour l'enfant né de mère séropositive. Avant l'âge de 18 mois, le test rapide de détection des anticorps n'est pas suffisant pour identifier une infection par le VIH et un dépistage virologique doit être effectué (dès la naissance ou à l'âge de six semaines). Néanmoins, de nouvelles techniques permettent aujourd'hui de réaliser ce type de test au centre de soins et d'obtenir les résultats le jour même afin d'accélérer l'établissement d'un lien approprié avec le traitement et les soins. On procède donc par le test de PCR pour les enfants de moins de 18 mois nés des mères séropositives sous traitement ARV ou non pour diagnostiquer le virus du VIH/SIDA.

Le dépistage de l'infection par le VIH/SIDA est essentiel pour le diagnostic de cette maladie, mais également pour contribuer à prévenir d'autres cas. En effet, on estime que 70 % des contaminations au cours d'un rapport sexuel impliquent une personne ignorante qu'elle est infectée par le VIH, le plus souvent parce que cette infection est récente.

Les tests de dépistage du VIH les plus récents reposent sur la détection simultanée d'anticorps et d'antigènes. Après la contamination, les anticorps sont fabriqués par le système immunitaire dans un délai allant de quelques semaines à quelques mois. Un dépistage du **VIH** peut être fait 6 semaines après la prise de risque avec un test classique. En cas de résultat positif, un second test est effectué pour éviter les exceptionnelles erreurs. Les tests de dépistage classiques peuvent être réalisés dans les laboratoires d'analyse médicale (sur prescription médicale), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, certains centres de planification ou d'éducation familiale et même certaines organisations à base communautaire.

Réalisables sur le sang (microponction au bout du doigt) et la salive, les tests de dépistage rapides (ou tests rapides d'orientation diagnostique, TROD) peuvent être réalisés chez le médecin. Leur résultat est disponible en moins de trente minutes. Au Cameroun, ces tests ne sont validés que

sur le sang. Ils sont toutefois peu sensibles pendant la période où les anticorps commencent à être fabriqués. Pour cette raison, le délai pour qu'un résultat négatif soit sûr avec ces tests est de 3 mois après la prise de risque.

Ces tests rapides ne doivent pas être confondus avec les autotests (« home tests ») qui peuvent être pratiqués à domicile. Depuis 2018 ils sont disponibles au Cameroun et dans les formations hospitalières pour les populations clés et les partenaires sexuels des personnes séropositives. Cela est disponible sans ordonnance. Il constitue un mode de dépistage complémentaire. Il ne peut être utilisé qu'en l'absence de prise de risque dans les trois mois qui précèdent le test. Il est important de respecter les conditions de conservation et le mode d'emploi. Les autotests ne sont pas fiables à 100 %. En cas de résultat positif, il faut consulter rapidement un médecin. Le résultat de l'autotest doit alors être confirmé par un test classique en laboratoire.

Le test de dépistage est systématiquement proposé par le médecin dans certaines situations :

- Si la personne a eu des relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont elle ignore s'il est infecté par le VIH, ou après un viol ;
- Lors de diagnostic d'une autre infection sexuellement transmissible (en effet, 30 % des cas de gonorrhées et 50 % des cas de syphilis sont observés chez des personnes infectées par le VIH) ;
- Lors de diagnostic d'hépatite B ou C ;
- Lors de diagnostic de tuberculose (plus fréquente chez les personnes immunodéprimées) ;
- Lors d'un bilan pré-nuptial ;
- Lors du suivi d'une grossesse ou d'une interruption de grossesse ;
- Lors de la première prescription d'une contraception :

Dans ces cas, le médecin recommande un dépistage du VIH au patient ainsi qu'à son ou sa partenaire. Un dépistage est également proposé lors d'une hospitalisation, d'un recours aux services d'urgence ou d'une incarcération et depuis un certain temps pour toute consultation dans une formation sanitaire hospitalière le test de dépistage est recommandé avant la rencontre du médecin. La proposition devient de plus en plus systématique. Dans ces situations, le test de dépistage du VIH est proposé mais pas obligatoire. Il ne l'est que pour les dons de sang, d'organes

ou de tissus, de cellules, de sperme, d'ovules ou de lait. Il est donc recommandé aux médecins généralistes de proposer un test de dépistage du VIH à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, même sans risque de contamination connu ou caractéristique particulière.

Cependant, certaines personnes sont invitées à faire un dépistage du VIH chaque année notamment :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- Les hétérosexuels ayant plus d'un partenaire sexuel par an ;
- Les usagers de drogues injectables ;
- Les travailleuses de sexe ;
- Les partenaires des personnes infectées par le VIH.

2.5.3. Suivi médical des personnes atteintes VIH

Lorsqu'une personne a été diagnostiquée comme séropositive pour le VIH, le médecin fait effectuer certains examens complémentaires pour évaluer la sévérité de l'infection et choisir un éventuel traitement. Les examens pour évaluer l'état des défenses immunitaires lors de VIH/SIDA. L'état des défenses immunitaires se mesure à partir d'une prise de sang où sont dosés :

- Le nombre et le pourcentage de lymphocytes CD4 (qui sont infectés par le VIH) ;
- Le nombre et le pourcentage de lymphocytes CD8 (qui luttent contre le VIH) ;
- Le nombre des autres globules blancs.

On considère que si le nombre de lymphocytes CD4 est supérieur à 500 par mm³ de sang, le système immunitaire est fonctionnel. Entre 200 et 500 lymphocytes CD4/mm³, l'immunité commence à être affaiblie. Au-dessous de 200 lymphocytes CD4/mm³, le risque de maladie opportuniste est élevé et des traitements spécifiques doivent être mis en place pour les prévenir.

Pour évaluer la quantité de VIH dans le sang l'examen qui est effectué s'appelle « charge virale ». Idéalement, elle doit être inférieure à 50 copies du virus/ml de sang (elle est alors dite « indétectable »). Une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml est considérée comme inquiétante, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4, et elle justifie d'envisager la mise en place d'un

traitement contre le VIH. La charge virale est suivie tout au long de l'infection et, en particulier, après la prescription d'un traitement pour évaluer son efficacité. Idéalement, un traitement doit rendre la charge virale indétectable au plus tard six mois après sa mise en route.

Dans certains cas, le médecin peut demander une évaluation de la sensibilité du VIH aux différents médicaments disponibles (son « phénotype ») ou une analyse de sa structure génétique (son « génotype »). Ces tests de laboratoire, effectués à partir d'une prise de sang, permettent de repérer les virus qui seraient d'emblée résistants à un certain type de médicament antiviral.

Cependant, lors du bilan initial, le médecin fait pratiquer des examens complémentaires pour identifier d'éventuelles autres infections (hépatites B et C, cytomégalovirus, toxoplasmose, tuberculose, etc.), des troubles du foie, des reins ou cardiovasculaires, de l'ostéoporose, etc. Le cas échéant, il fait mettre à jour les vaccinations de son patient.

Pour une meilleure réponse immunitaire aux vaccins, il est préférable que la personne infectée par le VIH ait une charge virale indétectable et un taux de lymphocytes CD4 supérieur à 200/mm³ de sang. Dans ce cas, toutes les vaccinations peuvent être pratiquées, sauf celle contre la tuberculose (BCG). Les vaccinations recommandées sont celles contre le tétanos, la diphtérie, les hépatites A et B, les pneumocoques, la rougeole et la grippe. Chez les personnes qui ont moins de 200 lymphocytes CD4/mm³ de sang, les vaccinations sont moins efficaces et peuvent demander des injections supplémentaires. Chez ces personnes, la vaccination contre la fièvre jaune est déconseillée.

2.5.3.1. Suivi des femmes enceintes

Il est important de noter que la grossesse n'aggrave pas l'évolution de l'infection par le VIH. Le risque principal est la transmission du virus de la mère à l'enfant, transmission qui peut être prévenue en prescrivant des traitements antirétroviraux qui doivent être pris régulièrement. Ces traitements comportent des risques faibles mais réels d'effets indésirables pour la mère et son enfant, ce qui justifie une surveillance renforcée de la mère tout au long de la grossesse, ainsi que de son enfant pendant les premiers mois de vie. L'objectif du traitement est de maintenir la quantité de VIH dans le sang de la mère (sa « charge virale ») à un niveau indétectable tout au long de la

grossesse et de l'accouchement. De ce fait les femmes séropositives devront prendre un ensemble de précautions avant, pendant et après la grossesse.

Avant la grossesse, lorsqu'on est infectée par le VIH il est conseillé, comme pour toute femme, de se faire vacciner contre la rubéole (sauf déficit immunitaire marqué), contre l'hépatite B, de recevoir une supplémentation en acide folique (vitamine B9) au moins deux mois avant la conception et à poursuivre jusqu'au deuxième mois de grossesse, et d'arrêter de fumer ou de consommer des boissons alcoolisées ou des drogues.

Dans certains cas, il est parfois nécessaire de retarder la grossesse : maladie aiguë en cours (infection opportuniste ou autre), maladie chronique sévère surajoutée (cancer, problèmes de foie ou de rein, maladie cardiaque, etc.), ou lorsque le traitement contre le VIH ne suffit pas à faire baisser la quantité de virus dans le sang de manière suffisante. C'est également le cas chez les patientes dont la situation sociale est critique ou celles qui souffrent d'une addiction non contrôlée.

Pendant la grossesse lorsqu'on est infectée par le VIH la prise en charge de la grossesse chez une femme atteinte de l'infection par le VIH/SIDA doit se faire au sein d'une équipe médicale qui inclut un gynécologue obstétricien, un infectiologue et un pédiatre. La prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH varie selon leur état de santé au moment de la conception.

- Si la future mère n'est pas traitée contre le VIH et ne nécessite pas de traitement pour elle-même, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant consiste à administrer systématiquement un traitement antirétroviral à la mère à partir du troisième trimestre de grossesse et lors de l'accouchement.
- Si la future mère n'est pas traitée mais doit commencer un traitement antirétroviral, le médecin choisit les médicaments antirétroviraux les plus compatibles avec une grossesse. Si cela est possible, il est préférable de s'assurer de la tolérance et de l'efficacité de ce traitement avant le début de la grossesse.
- Si la future mère est traitée et que son traitement est efficace et compatible avec la grossesse, il doit être poursuivi tout au long de la grossesse.
- Si la future mère est traitée mais les résultats de ce traitement ne sont pas optimaux (charge virale non contrôlée, immunité toujours affaiblie), le médecin évalue les causes

de l'échec (manque de régularité des prises, résistances du VIH, interactions avec d'autres médicaments, etc.) et adapte le traitement.

- Si la future mère reçoit un traitement déconseillé lors d'une grossesse, le médecin le remplace par un traitement compatible avec la grossesse, en le choisissant en fonction des traitements déjà reçus et du profil de résistance du VIH de la patiente, pour une efficacité optimale.

2.5.4. Traitement /Prise en charge des personnes PVVIH

Le traitement contre l'infection par le VIH repose sur des médicaments antiviraux spécifiques, prescrits sous forme d'associations de plusieurs médicaments pris simultanément. Ce traitement doit être poursuivi toute la vie. De plus, chez les personnes dont l'immunité est affaiblie, des traitements destinés à prévenir les maladies opportunistes qui caractérisent le SIDA sont indispensables.

L'objectif premier des traitements de l'infection par le VIH/SIDA est de réduire le plus possible la quantité de VIH présente dans le sang (la « charge virale », qui doit devenir « indétectable »). On sait en effet que plus la charge virale est faible, meilleur est le pronostic de la maladie. Aujourd'hui, toutes les personnes séropositives se voient prescrire un traitement contre le VIH pour maintenir leur charge virale au-dessous du seuil de détection. Ce traitement systématique, lorsqu'il parvient à son objectif en termes de charge virale, permet à la personne séropositive de ne pas être contaminante et, donc, contribue à la prévention de cette maladie chez les personnes séronégatives.

Le deuxième objectif des traitements contre le VIH est de maintenir le taux de lymphocytes CD4 au-dessus de 500/mm³ de sang, taux nécessaire pour une immunité optimale. Cet objectif est généralement possible lorsque l'infection par le VIH est diagnostiquée relativement tôt et lorsque le traitement antiviral parvient à maintenir la charge virale à une valeur indétectable.

Le traitement antiviral de l'infection par le VIH utilise trois ou quatre antiviraux prescrits simultanément pour éviter que le virus devienne résistant à ces substances. En effet, les nombreuses études cliniques ont montré que, si le VIH parvient assez facilement à résister à un ou deux

antiviraux, il lui est beaucoup plus difficile de devenir résistant à plusieurs médicaments pris ensemble, à condition que le patient prenne son traitement très régulièrement, sans sauter de prise.

Parfois une substance est utilisée pour améliorer la persistance des antiviraux dans le sang (évitant ainsi de devoir les prendre trop souvent dans la journée).

L'évaluation de l'efficacité des traitements contre le VIH est faite à partir de leur effet sur la charge virale et, indirectement, sur le taux de lymphocytes CD4. Après la mise en place d'un traitement antiviral, la charge virale doit être redevenue indétectable au plus tard six mois après le début du traitement. Si ce n'est pas le cas, le traitement peut être maintenu (s'il a tout de même réduit la charge virale), mais une charge virale toujours détectable au bout d'un an signifie que le traitement est insuffisamment efficace. Après la mise en place du traitement, des prises de sang de contrôle sont faites au bout de 6 mois après le début du traitement, si la charge virale est indétectable ou supprimée on le refait encore après 6 mois ; si le résultat revient supprimé ou indétectable on fera désormais la charge virale une fois tous les 12 mois.

Au cas où la charge virale du patient est élevée ou détectable c'est-à-dire supérieure à 1000 copies, le patient bénéficiera des séances d'éducation thérapeutiques pour le renforcement de l'observance et 3 mois plus tard il sera de nouveau prélevé pour le contrôle.

Pour prévenir l'apparition de VIH résistant aux médicaments antiviraux, il est indispensable que deux conditions soient réunies :

- Une charge virale la plus faible possible, idéalement indétectable ;
- Des concentrations sanguines d'antiviraux toujours supérieures à la concentration minimale efficace contre le VIH.

Cette dernière condition peut être obtenue en respectant rigoureusement les conseils de prise pour chaque médicament : heure de prise, avec ou sans nourriture, dosage, etc. Chaque oubli de prise augmente le risque d'apparition de VIH résistant et il est important de mettre tout en œuvre pour éviter ces oublis. Dans les services hospitaliers, des séances d'éducation thérapeutique sont proposées aux patients pour les aider à prendre leur traitement régulièrement, jour après jour.

CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES

Selon Fischer (1996, p. :17), une théorie est « un ensemble de propositions cohérentes qui tendent à montrer pourquoi tels ou tels comportements se produisent et quelles relations peuvent être établies entre tel ou tel phénomène et telle ou telle attitude ». L'élaboration conventionnelle d'une recherche scientifique repose sur des théories qui servent d'accompagnateur et qui ont des valeurs explicatives en rapport avec le sujet de recherche. La théorie est donc à cet instant une construction intellectuelle, méthodique et organisée ayant un caractère synthétique et hypothétique c'est la raison pour laquelle Touzard P. (1998, p.225) au sujet de la théorie l'a défini comme : « Une construction intellectuelle abstraite permettant d'appliquer certains nombres de phénomènes du réel. Dans cette optique, les théories inhérentes à notre sujet portent sur les théories du changement de comportement et les théories de la prévention.

3.1. Les Théories du Changement de Comportement

Il existe plusieurs théories relatives au changement de comportements applicables à la pratique des interventions de lutte contre le VIH /SIDA et de la réduction du taux de prévalence. L'éducation relative à la santé vise le changement des comportements néfastes et l'adoption des comportements sanitaires sécuritaires et responsable chez les individus. Face à l'ampleur de la situation inquiétante de la pandémie du VIH/SIDA qui menace l'équilibre psycho-sanitaire, les différents acteurs à travers le monde entier mettent sur pieds des stratégies pour pouvoir contrôler la situation afin de réduire le taux de nouvelles infections au virus du VIH/SIDA. Les Chercheurs au cours des dernières années se sont intéressés à l'élaboration des programmes visant à changer le comportement individuel quotidien alors que les gouvernements ont adopté diverses mesures visant la prise en charge des personnes vivants avec le VIH /SIDA et la prévention de celle-ci.

Nous nous attèlerons à traiter dans cette section essentiellement les différents facteurs influençant le changement de comportement humain en s'inspirant des principales théories issues de la psychologie sociale et cognitives et des modèles qui leur sont associés, notamment la théorie de l'action raisonnée, du comportement planifié.

3.1.1. La théorie de l'action raisonnée (1967 ,1980)

La théorie de l'action raisonnée (en anglais, Theory of Reasoned Action) est un modèle qui provient de la psychologie sociale. Ce modèle développé par Fishbein et Ajzen (1975) définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements des individus. Selon ce modèle, le comportement d'une personne serait déterminé par son intention comportementale à l'adopter. Cette intention serait quant à elle déterminée par l'attitude de la personne et par ses normes subjectives relatives au comportement en question. Fishbein et Ajzen (1975, p.302) définissent les normes subjectives comme étant la perception de l'individu sur le fait que la plupart des personnes qui sont importantes à ses yeux, sont d'avis qu'il devrait ou ne devrait pas effectuer le comportement en question. En résumé, on se retrouve avec une équation du type :

$$\textit{Intention comportementale} = \textit{Attitude} + \textit{Normes Subjectives}$$

Selon la théorie de l'action raisonnée, l'attitude d'une personne envers un comportement serait déterminée par ses croyances envers les conséquences de ce comportement multiplié par son évaluation de ces conséquences. Les croyances sont définies par la probabilité subjective de l'individu sur le fait qu'effectuer un comportement particulier va produire des résultats spécifiques. Ce modèle se base donc sur le postulat que les stimuli externes influencent les attitudes et cela en modifiant la structure des croyances de l'individu. Par ailleurs, l'intention d'effectuer un comportement est également déterminée par les normes subjectives qui sont elles-mêmes déterminées par les croyances normatives d'un individu et par sa motivation à se plier aux normes. Dans le cadre de la lutte contre le VIH /SIDA et la réduction du taux de prévalence auprès des travailleuses de sexe, ce modèle peut être utilisé par exemple dans la conduite du personnel de santé, des agents de santé communautaire qui travaillent dans la prise en charge vis-à-vis des patients et dans le changement des comportements des travailleuses de sexe déjà infectées par rapport à leur suivi au traitement antirétroviral (TARV) .Dans ce cas, il faut clairement expliquer aux travailleuses de sexe l'importance du changement du comportement social par l'adoption des mesures et moyens de prévention disponibles mis à leurs dispositions notamment la prophylaxie préexposition , l'utilisation systématique et correct des préservatifs et les convaincre à reconnaître et comprendre les raisons pour lesquelles , elles doivent adhérer à la prise en charge . Ce modèle

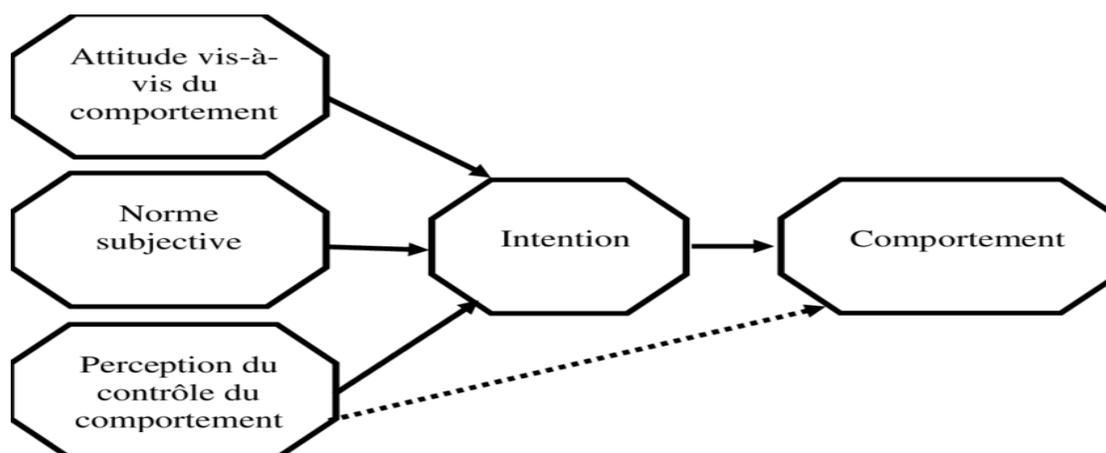
a contribué au changement positif d'attitudes qui a favorisé le comportement souhaité aux Etats-Unis lors de la promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes afro-américains

3.1.2. La théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié selon Ajzen (1985, 1991, 2005), a émergé dans le champ de la psychologie sociale comme un moyen de prédire le comportement. Elle part du constat que les individus prennent des décisions raisonnées et que le comportement est le résultat de l'intention de s'y engager. Plus l'intention est forte, plus la personne fera d'efforts pour aller vers ce comportement et plus il sera probable qu'elle s'engage dans ce comportement (Steg & Nordlund, 2013).

D'après l'auteur de cette théorie, le fait que la décision d'effectuer un comportement soit réfléchi veut dire que la personne prend en compte toutes les informations dont elle dispose, estime les implications de son action et évalue les conséquences possibles (Giger, 2008). La décision de mettre en œuvre une conduite est donc envisagée comme raisonnée, planifiée et contrôlée. Cependant, le fait que la décision soit raisonnée ne veut pas dire qu'elle est rationnelle ou qu'elle est basée sur des règles objectives et logiques, mais tout simplement que la personne passe par un moment de délibération interne, même très court, avant d'agir.

Figure 4: Modèle de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)



Dans cette théorie, les attitudes reflètent dans quelle mesure l'engagement vers tel ou tel comportement est évalué de manière positive ou négative par la personne. (Par exemple, Anaëlle

estime que l'utilisation d'un préservatif est un bon moyen de prévenir une grossesse non désirée et les infections sexuellement transmissibles.)

Ensuite, les normes subjectives correspondent à l'évaluation que les personnes ou les groupes importants pour l'individu font de son comportement, c'est-à-dire la pression sociale perçue par l'individu. (Par exemple, Anaëlle croit que son partenaire, ses amis et sa famille seraient favorables à ce qu'elle utilise des moyens de protection et de prévention.). Dans ce cas-là, l'évaluation des coûts/bénéfices est de nature sociale. Les normes subjectives se basent sur les croyances de l'individu concernant les attentes des groupes de référence pertinents, par exemple les amis, la famille, le groupe de voisins, etc. Cela est modéré par la motivation à se soumettre, c'est-à-dire la volonté de l'individu de répondre ou non à ces attentes.

Enfin, le contrôle comportemental fait référence à la facilité ou la difficulté perçue vis-à-vis de la réalisation du comportement (perception qu'a l'individu de la faisabilité du comportement). (Par exemple, Anaëlle croit qu'elle peut accéder aux méthodes et moyens de préventions (préservatifs, PreP etc. ... et l'utiliser correctement pour empêcher une grossesse non désirée et se protéger des infections sexuellement transmissibles et du VIH /SIDA.) Ce contrôle comportemental peut être influencé par les expériences passées mais aussi par les obstacles anticipés. Cette variable peut influencer la mise en place du comportement de manières indirecte ou directe. D'autres facteurs comme la socio-démographie, les croyances et les valeurs sont aussi pris en compte en estimant qu'ils influencent le comportement de manière indirecte à travers les trois variables auparavant décrites : les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu

3.1.3. Le modèle transthéorique des étapes du changement (1979)

Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente (1992) est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes ordonnées de façon chronologiques que sont : précontemplation, contemplation, détermination, action, maintien, rechute.

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- La précontemplation, Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec son comportement. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.
- La contemplation : À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel. Le patient passe ensuite dans une période où il est décidé à faire des changements. Cette phase est très labile et difficile à déterminer ; c'est la phase de « décision ».
- La détermination : prise de décision À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps ;
- L'action : il est activement engagé dans le changement, Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.
- Le maintien / la terminaison : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés et quelques fois des moyens de communication appropriés et adaptés.

Par exemple si nous prenons le cas de la communauté des travailleuses de sexe qui se retrouve à l'étape d'ignorance c'est-à-dire elle ne connaît rien du VIH /SIDA , les interventions peuvent consister seulement à véhiculer les informations sur le VIH /SIDA à savoir les modes de transmissions, les moyens de prévention, comment s'effectue la prise en charge des personnes vivants avec le VIH et aussi de ressortir la différence entre VIH ET SIDA par des canaux de communications comme la radio , la télévision , les réseaux sociaux , les campagnes de masse ; les descentes communautaires pour les sensibilisations ; les causeries éducatives ciblées . Si avec ses moyens la communauté ne se sent toujours pas concerné on pourra procéder à des témoignages par d'autres travailleuses de sexe de la communauté chez qui le message aurait déjà été adressé et l'information assimilés et chez qui ont auraient déjà observés des changements de comportements.

Ce modèle a également donné de bon résultats aux Etats-Unis chez les femmes qui suivaient des séances de counseling individuel en tenant compte de leur étape de changement de comportement face à l'utilisation des préservatifs (UNAIDS, 1999, cité par Emmanuel Rugira).

3.2. LES THÉORIES DE LA PRÉVENTION

La prise de conscience des problèmes sanitaire et singulièrement ceux liés au VIH /SIDA a progressé parmi les populations camerounaises si l'on s'en tient à la baisse du taux de prévalence au sein de la population générale, cependant les changements de comportements pour faire face sont encore marginaux et les résultats médiocres encore plus auprès des populations clés. Les raisons de cette inaction sont nombreuses : des connaissances lacunaires, des stéréotypes, une préoccupation mineure par rapport à d'autres enjeux, des valeurs dominantes peu favorables à ce changement, mais aussi des obstacles pratiques.

En effet , Fourez (2002 , p .188), soutient que les questions de société comme par exemple, « faut-il être pour ou contre les OGM ? », ou « comment freiner la propagation du SIDA ? » sont , des questions dont l'intelligibilité requiert de quitter « les simplifications typiques des langages disciplinaires », au profit d'un regard interdisciplinaire ou d'un regard multi référentiel pour reprendre l'expression de Ardoino(1993) qui intègre des savoirs populaires ou profanes (Callon , Lascoumes et Barthe, 2001) en plus des savoirs spécialisés et disciplinaires . C'est dans cette perspective, et en vue de favoriser le développement chez tous les jeunes d'une citoyenneté active, que s'est développée dans la recherche en enseignement des sciences notamment, l'approche des questions socialement vives ainsi nommées pour les raisons suivantes. D'une part, ces questions porteuses d'incertitudes et de divergences (Legardez, 2006) font l'objet de multiples débats, voire de conflits, tant dans les communautés scientifiques que dans la sphère publique. D'autres part, elles sont médiatisées au point où la majorité des citoyens et citoyennes, y compris les acteurs de la situation didactique, en ont une connaissance même sommaire (Simonaux, 2008A).

Il y a dans la santé publique, un intérêt croissant concernant la compréhension de la façon dont les individus perçoivent et traitent divers risques liés au VIH y compris les rapports sexuels non protégés et l'utilisation des drogue injectable (Kippax, 2008 et Rhodes, 1997). Il est important de reconnaître les façons dont les individus perçoivent et/ou justifient les comportements à risque lorsqu'il s'agit d'étudier l'adoption de nouvelle technologie de prévention, puisqu'il est possible

que les individus s'étant exposé à des risques ne jugent pas s'être ainsi exposés et recherche donc pas les recours appropriés (PPE, PrEP).

Par exemple de nombreuses études ont démontrés la façon dont les individus prennent les décisions d'avoir les rapports sexuels protégés ou non protégé en fonction de leur intuition concernant la propreté ou l'innocuité de leur partenaire ou l'innocuité perçu d'un acte sexuel particulier. Lupton et al. (1995 : 102), par exemple ont mentionné la « contamination » des autres : les personnes qui sont « suspects, et qui ne sont digne de confiance, et qui pourrait belle et bien exposer un partenaire à un risque d'infection au VIH » en fonction de leurs caractéristiques personnelles. À cet égard un examen de la documentation concernant les comportements sexuels des jeunes entre 1990 et 2004 a révélé qu'à travers le monde, les jeunes prennent des décisions en fonction de tel discours de partenaire à risque ou sain (Marston et King, 2006). De plus, les perceptions du risque peuvent être façonné par les normes de la communauté, qui peuvent réduire le risque à un rituel ou une habitude (Kippax 2008 et Rhodes 1997).

3.2.1. Le regard économique et socio-politique

La prévention du VIH/SIDA basée sur un regard économique et sociopolitique lie les questions de pauvreté et d'analphabétisme à des pratiques sociales (diverses formes de délinquance ? de prostitution et de migrations) favorisant la propagation du VIH /SIDA (Dozon, 1999). De cela découlerait la nécessité de combattre la pauvreté et l'analphabétisation pour lutter contre le VIH /SIDA.

La reconnaissance du principe directeur : s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien être conduit fondamentalement à mieux comprendre l'influence des modalités d'accompagnement socioéducatif sur la réduction du VIH/SIDA. Notons aussi l'influence des déterminants sociaux, culturels, économiques et légaux liées à la consommation des drogues. Ce « phénomène social » que constitue le VIH/SIDA renvoie à une remise en question, de nos représentations de la toxicomanie, de la prostitution comme de biens d'autres choses d'ailleurs. Il nous interpelle aussi dans la recherche de stratégies adéquates et adaptées à bas seuils d'exigence ou à haut niveau de tolérance (Brisson, 1997).

Le constat du peu d'impact des messages adressés aux personnes consommant des drogues injectables (travailleuses de sexe etc...) sur les « comportements à risques » en matière d'injection

et de sexualité oblige la poursuite des réflexions sur les stratégies d'interventions à mettre en place. En effet, malgré les efforts consentis à la sensibilisation et à l'éducation (information, développement des compétences, etc...) par l'approche milieu, le prêt de matériels usagés persiste de façon significative (Beauchemin et al. 1994).

Pour Lascoumes (1994), le principal obstacle qui empêche les personnes consommant des drogues par injection de recevoir et d'intégrer des messages de prévention est le problème de la précarité du statut social. Cette précarité se présente sous deux formes principales, économiques et sociales, qui parfois se chevauchent.

Tout d'abord quand l'urgence est de survivre matériellement, le « souci de soi » se trouve étouffé par de tout autres priorités et les attitudes de réduction des risques ne peuvent trouver vraiment leur place dans les pratiques [...] les sujets ayant à affronter des contraintes quotidiennes élémentaires [...] Il faut ajouter d'autres formes d'exclusion de type psychosocial, plus difficilement repérables peut-être, mais bien connues de ceux qui travaillent directement auprès des populations les plus touchées et vulnérables (populations clés). Elles s'observent à travers les conduites de déni et de refus de savoir en relation avec la crainte d'un étiquetage social négatif. C'est par exemple la crainte majeure qu'éprouvent les personnes redoutant d'être découvertes homosexuelles, toxicomanes, travailleuses de sexe et séropositives, c'est-à-dire d'avoir à faire à une double stigmatisation. Comment alors être réceptif aux messages de prévention quand on ne peut avoir accès qu'à des pratiques clandestines et que l'on se refuse à soi-même une part d'identité socialement stigmatisé [...] (Lascoumes, 1994, p. 63).

3.2.2. Le modèle psychosocial et culturel

La prévention du VIH/SIDA fondée sur un regard psychosocial et culturel prône une approche participative qui valorise les savoirs socioculturels et l'écoute des communautés en adaptant le message de prévention à leurs besoins (St- Pierre, 1998) ; ce qui permet par ailleurs à établir des « ponts culturels » entre les savoirs scientifiques et les savoirs socioculturels (Massé, 1995 : 495). En effet, cette prévention liée les valeurs les normes sociales et les modèles culturels (telles les conceptions de la sexualité, des rapports homme-femme, de la maladie, du VIH/SIDA, etc. ...) aux interactions et pratiques sociales particulières (telles la polygamie, la circoncision, la scarification, etc..) qui participent à la propagation du VIH /SIDA (Herzlich, 2005).

Le modèle d'intervention psychosociale et culturelle, fondé sur la négociation d'une voie de prévention communautaire, pour sa part, met de l'avant des pratiques éducatives participatives et

délibératives qui privilégient les interactions de groupe et des activités telles que les débats, les discussions, les jeux de rôles, l'élaboration de projets de vie, etc., dans lesquelles le point de vue [...] est valorisé dans la construction de connaissances et susceptibles d'être utilisées en contexte social (Paicheler, 2000). Ce type de pratiques est également privilégié dans une approche socioéconomique et politique mais la portée en est plus large. Dans cette approche, sont mises de l'avant les activités éducatives qui privilégient la conscience critique au sujet des relations sociales et des systèmes sociopolitiques. Suivant la logique de ce modèle, les travailleuses de sexe réunies autour d'un sujet pour des échanges et débats constructifs autour de la problématique du VIH/SIDA où les idées de chacune seraient prises en compte et valorisées permettraient de réduire le taux de prévalence au sein de leurs communautés.

3.2.3. Le modèle biomédical

La prévention du VIH/SIDA fondée sur un modèle biomédical vise à faire adhérer les individus à des normes de conduites (port du préservatif, abstinence, fidélité, etc. ...) définies par des experts (les médecins, notamment les épidémiologistes, les dirigeants de l'Etat (Paicheler, 2000). Cette prévention passe par l'information et la sensibilisation (Calvez, 2004, p.20), le postulat étant que les personnes adoptent des « comportements à risques » parce qu'elles ne disposent pas d'une « bonne information ». Ce type de prévention ne tient donc pas compte de la dimension sociale de la santé et des aspects structurels, socioculturels et psychologiques qui contribuent aux conduites et aux prises de décisions (St-Pierre, 1998).

Ainsi, le modèle d'intervention biomédicale de manière informative conduit à des pratiques éducatives fondées sur la communication pour le changement du comportement social autour du VIH/SIDA et sur la persuasion des travailleuses de sexe quant à l'adoption des « bonnes pratiques ». Le bien-fondé de ce modèle est qu'il permet aux individus d'avoir la bonne information et d'être en mesure de pouvoir se protéger de l'infection au virus du VIH/SIDA. La mise en application de ce modèle permettra aux travailleuses de sexe d'avoir des connaissances actualisées sur le VIH/SIDA à l'instar de : des différents n aussi et surtout de la prise en charge de la transmission car la prise en charge ou le t

DEUXIEME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Le chapitre précédent nous ont permis de présenter le cadre théorique comprenant la problématique de notre étude et la revue de la littérature correspondant à notre problème de recherche. Au cours de ce chapitre, il sera question pour nous de faire dans premier temps une définition des variables modalités et indicateur, en suite un rappel de la question de recherche, des hypothèses et leurs modalités afin de ressortir le tableau synoptique ensuite et en fin nous précisons le type de recherche, les caractéristiques de la population (groupe humain ou non) sur laquelle nous allons travailler et à partir de laquelle nous allons recueillir les informations, expliquer et justifier les méthodes et les instruments que nous utiliserons pour appréhender et collecter les données, en réponse aux questions posés et aux hypothèses formulées. Nous décrirons enfin le déroulement de la collecte des données et indiquerons le plan d'analyse des données.

4.1. Définition des variables /modalités/ indicateurs.

4.1.1. Les variables

Les variables sont les éléments dont les valeurs peuvent changer et prendre différentes formes quand on passe d'une observation à une autre. La définition des variables avec leurs indicateurs sont comparables à des instructions qui font savoir comment les observations seront faites. Il y a lieu de procéder à des définitions opérationnelles qui précisent les activités ou opérations nécessaires à leur mesure. Une variable n'est pas indépendante ou dépendante par elle-même mais par le rôle qu'elle joue dans la relation. En science on distingue quatre catégories de variables que sont :

- La variable indépendante encore appelée (VI) : elle correspond au phénomène manipulé par le chercheur et elle est sensée avoir une influence sur une autre variable dite dépendante. C'est encore la variable cause, l'origine, la source ou le stimulus. Elle est considérée comme la cause présumée d'un phénomène dans une recherche. C'est une variable dont le facteur explique la variable dépendante De ce fait la variable indépendante de notre sujet est : Modalités d'accompagnement socioéducatif.
- La variable dépendante (VD) : c'est la variable passive ou variable réponse, c'est elle qui subit l'action mesurée par le chercheur. C'est le résultat, la réaction, l'effet ou le

comportement. C'est aussi l'effet présumé d'un phénomène à étudier dans une recherche. Encore appelée variable entière, elle indique le phénomène que le chercheur tente d'expliquer et subit par ailleurs l'action de la variable indépendante. Ici, partant de notre sujet, la variable dépendante est réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

- La variable intermédiaire : elle intervient directement sans être prise en compte par la question de recherche. Elle s'intercale entre la VD et la VI
- La variable stimulus : c'est un évènement ou une condition susceptible de produire un changement de comportement. Elle fait corps avec la VI.

Dans le cadre de notre recherche nous attèlerons de manière spécifique sur la variable indépendante et la variable dépendante.

4.1.2. Les modalités

Ce sont les différentes positions que peut prendre une variable (basse, haute, favorable, défavorable etc...)

4.1.3. Les indicateurs

Ce sont des manifestations concrètes, visibles de chaque variable.

4.2. Rappel DU PROBLEME ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE

4.2.1. Rappel du problème

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe lié à l'insuffisance et l'inefficacité des modalités d'accompagnement

4.2.2. Rappel de question de recherche

La question de recherche qui a retenu notre attention dans le cadre de ce travail est la suivante : Quelle est l'incidence des modalités d'accompagnement socioéducatif sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ?

Pour répondre à cette interrogation nous avons formulé des hypothèses de recherche que nous allons préciser ci-dessous.

4.3. Rappel des Hypothèse de L'ETUDE

Selon Grawinttz (1990) « l'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. » En effet, toute recherche scientifique par toujours d'une hypothèse. Pour Tsala Tsala (1992) l'hypothèse est une affirmation provisoirement suggéré comme explication d'un phénomène. Pris dans ce sens notre travail comporte 02 types d'hypothèses qui sont : une hypothèse générale et les hypothèses spécifiques de recherche

4.3.1. Rappel de l'hypothèse Générale

Dans le cas de notre travail, l'hypothèse générale qui a été retenue et qui nous sert aussi d'hypothèse de travail est la suivante : Les modalités d'accompagnement socio-éducatif efficace ont une incidence significative sur la réduction le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville Yaoundé.

4.3.2. Rappel des hypothèses Spécifique

- HSR 1 : l'accès aux soins de santé contribue à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.
- HSR 2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.
- HSR 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCCS) a un apport considérable sur la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

L'hypothèse générale dégage deux types de variables : Une variable indépendante et une variable dépendante.

Notre variable indépendante d'étude est : les modalités d'a accompagnement socioéducatif. Elle comporte plusieurs modalités qui sont liées les unes aux autres ou encore des modalités complémentaires mais dans le cadre de notre travail nous ne retiendrons que les plus efficaces ou alors celles qui se rapportent le plus aux besoins des travailleuses de sexe et pour des raisons de méthodologie nous allons donner ses modalités en rapport avec le problème ou le phénomène sur lequel nous travaillons à savoir le VIH/SIDA. Nous nous sommes inspirés des travaux de Colette Parent et Christine Bruckert sur l'article intitulé Répondre aux besoins des travailleuses du sexe de rue.

L'opérationnalisation de la variable indépendante nous a permis d'avoir les modalités suivantes :

- **Modalité 1** : L'accès aux droits sanitaires et aux soins de santé.

Indicateur :

- Les interventions des professionnels de santé et des agents de santé communautaire ;
 - La formation et l'éducation des professionnels de santé et des agents de santé communautaires sur les problèmes de santé reliés au travail de sexe de façon à combattre les préjugés et les connaissances qui circulent dans le milieu médical ;
 - L'adoption des pratiques sexuelles sécuritaires et le suivi personnalisé des travailleuses de sexe (utilisation systématique des préservatifs, la prophylaxie pré-exposition, la prise en charge des IST, les consultations gynécologiques, dépistage du cancer du col de l'utérus etc. ...).
 - Les descentes communautaires et/ou sorties de nuit avec les professionnels de santé directement sur les lieux de travail, dans les rues à des heures variées pour offrir les services diversifiés de prévention et soins en matière de santé chez les travailleuses de sexe.
- **Modalité 2** : la garantie et la protection (sécuritaire) de l'intégrité physique des travailleuses de sexe (La sécurité).

Indicateur :

- Le respect des droits des travailleuses de sexe ;
- La sensibilisation des autorités administratives et des forces de maintien de l'ordre (FMO) ;
- Les sorties de nuits ;
- Les descentes communautaires ;

➤ **Modalité 3** : La communication pour le changement du comportement social (CCS).

Indicateur :

- L'éducation et la formation des travailleuses de sexe ;
- Le counseling psycho-social (IEC, coaching, le soutien psychologique) ;
- La sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) ;
- L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers)

L'opérationnalisation de la variable dépendante qui est la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe nous a permis de ressortir les modalités ci-après :

➤ **Modalité 1** : Fréquence de dépistage/ prévention

- **Indicateur :**

- Les dépistages réguliers ;
- Les tests de diagnostics rapides ;
- Les auto-tests.

➤ **Modalité 2** : Prise en charge /Traitement périodique.

Indicateur :

- Le traitement antiretroviral (TARV);
- La mise sous TARV des anciens (perdus de vue) et nouveaux cas PVVIH
- Le traitement Pré exposition (PrEP) et le traitement post-exposition (PPE)

➤ **Modalité 3 : Taux de prévalence/ Suivi post-TARV**

Indicateur :

- Le suivi des PVVIH sous TARV ;
- L'examen de charge virale ;
- Le dépistage par cas index et par type de population.

A partir des éléments énumérés plus haut, nous pouvons ressortir le tableau synoptique.

Tableau 1: Représentation synoptique des variables, modalités et indices

VARIABLE INDEPENDANTE	MODALITES	INDICATEURS	VARIABLE DEPENDANTE	MODALITES	INDICATEURS
Modalités d'accompagnement socioéducatif	Modalité 1 : Accès aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé - Agent de santé communautaire - Suivi des travailleuses de sexe 	Réduction de la prévalence des travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé	Modalité1 : Fréquence de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Les dépistages réguliers ; - Les tests de diagnostics rapides ; - Les auto-tests.
	Modalité 2 : Respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des droits de travailleuse de sexe - Les sorties de nuit - Les lieux de travail 		Modalité2 : Traitement périodique	<ul style="list-style-type: none"> - Prise des Anti Retro viraux - Perdu de vue - Ancien et nouveau cas - A vie - Post exposition - Pré exposition
	Modalité3 : La communication pour le changement du comportement social	<ul style="list-style-type: none"> - L'éducation - La sensibilisation - Le counseling 		Modalité3 : Taux de Prévalence	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas dépisté chez la population exposé groupe d'âge - Charge virale

Source : NGUETSA ANDERSON (2023)

4.4. Les types de recherche et méthodes de recherche

4.4.1. Type De Recherche

Le but de la recherche scientifique est d'observer, décrire, prédire les causes ou alors expliquer un phénomène. Fonkeng et Chaffi (2014) ressortent une dizaine de types de recherche utilisées en sciences sociales. Ce sont : la recherche historique, la recherche descriptive ou explicative, la comparaison, l'évaluation, la recherche expérimentale, la recherche action, la recherche théorique, la recherche conceptuelle, la recherche expérimentale, la recherche action, la recherche conceptuelle et théorique, la recherche fondamentale, l'étude de cas et l'enquête.

Chacune d'elles obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche sans toutefois rentrer en marge de la dialectique scientifique. C'est en obéissant à ces préceptes méthodologiques que nous disons de notre recherche qu'elle est une recherche descriptive et corrélacionnelle.

- Descriptive parce qu'elle permet de décrire et d'analyser le phénomène et les facteurs du taux d'inflation de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé ;
- Corrélacionnelle dans la mesure où elle cherche à examiner la relation qui existe entre *les modalités d'accompagnement socioéducatif et la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe*. Le paradigme descriptif et corrélacionnel privilégie les méthodes d'enquêtes, les observations et l'analyse des données secondaires c'est-à-dire que les données collectées sont souvent utilisées pour identifier des modèles et des associations entre les variables et de fournir un détail précis du phénomène étudié. Il vise à définir la relation de cause à effet en identifiant les raisons pour lesquelles certains phénomènes se produisent. Il implique l'utilisation de la méthode d'observation où on met en place des plans afin d'examiner le changement d'une situation à expliquer (variable dépendante) lorsqu'on soumet une (des) autre(s) variable(s) à des variations (variables) indépendante(s). Au regard de ce qui peut être descriptif, force est donnée de constater que cette étude se veut quantitative de par la nature de ses variables de recherche. Elle s'inscrit en Sciences de l'éducation dans le domaine de l'intervention et l'action communautaire.

4.4.2. Méthodes de recherche

Les méthodes de recherche permettent d'observer un phénomène ou un objet et de l'analyser afin d'obtenir des informations exactes pour sa compréhension. Elles recherchent les

liens de causalité, des lois fondamentales des phénomènes et essayent d'assimiler les faits dans leur dimension vécue. Selon Grawitz (2001), une méthode est ensemble de normes permettant de sélectionner et de coordonner les techniques. De manière générale, les méthodes sont classées en deux groupes selon leur nature. On distingue ainsi les méthodes quantitatives et qualitatives. Les premières suivent une logique hypothético-déductive et les deuxièmes une logique inductive exploratoire (Nkoum, 2006). Dans cette recherche, nous avons fait usage de la méthode quantitative.

Selon Creswell (2002), la méthode quantitative se définit ici comme étant « a process of collecting, analysing, interpreting, and writing the result of a study ». Il s'agit donc d'un procédé systématique à suivre scrupuleusement afin de parvenir à des résultats fiables qui pourront être généralisés. Son usage en sciences sociales est perceptible par les outils d'analyse mathématiques et statistiques pour décrire et prédire des phénomènes par des items préalablement opérationnalisés sous forme de variables susceptibles d'être mesurées.

Les méthodes de type quantitatif sont plus utiles pour obtenir des données sur certains aspects précis d'une problématique déjà bien documentée grâce à la réalisation d'un certain nombre d'observation. Parmi ces méthodes, on observe les méthodes d'enquêtes, l'expérimentation dans les laboratoires, les méthodes formelles (modèles économétriques), et les méthodes numériques telle la modélisation mathématique (Nkoum, 2007)

4.5. Site de l'étude

Le Cameroun est situé en Afrique Centrale, au fond du golfe de Guinée. Il est limité au Nord par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Ouest par le Nigéria. Le Cameroun est un pays qui compte plusieurs grandes villes parmi lesquelles YAOUNDE, la capitale politique du pays qui compte plus d'un million d'habitants, DOUALA, la capitale économique compte plus de deux millions d'habitants. Ensuite viennent des villes comme GAROUA, BAFUSSAM, MAROUA, BAMENDA, ... qui sont d'importants centres urbains. La population du Cameroun est très grande car le pays compte 240 ethnies, réparties en trois grands groupes (Bantous, Semi-Bantous, Soudanais) et correspond à 240 langues nationales. Le français et l'anglais sont les langues officielles, elles sont parlées respectivement par 70 % et 30 % de la population. L'Espagnol et l'Allemand sont également connus par de nombreux citoyens. Le Cameroun est un état laïc. Deux

principales religions y sont pratiquées : le Christianisme et l’Islam. On note aussi la pratique de l’Animisme par de nombreuses populations. Le pays compte 10 régions que sont : Région de l'Adamaoua, Région du Centre, Région de l'Est, Région de l'Extrême-Nord, Région du Littoral, Région du Nord, Région du Nord-Ouest, Région de l'Ouest, Région du sud, Région du sud-ouest.

Figure 5: carte du Cameroun et ses 10 régions



La carte ci-dessus est celle du Cameroun avec ses 10 régions et ses différents chefs-lieux. La région du centre est celle qui nous avons choisi dans le cadre de notre recherche en particulier son chef-lieu Yaoundé pour plusieurs raisons pour pouvoir mener notre étude.

La ville de Yaoundé a été choisie comme site d’étude en particulier les points chauds où les travailleuses de sexe exercent leurs activités et celles qui fréquentent les associations à base communautaires qui mènent des activités en direction de cette cible.

Dans le cadre de notre mémoire nous nous intéresserons particulièrement à Yaoundé qui est la capitale du Cameroun et le chef-lieu de la région du centre la région du centre. Elle est située à 200 Km de la côte Atlantique, entre le 4° de latitude Nord et le 11°35 de longitude Est. Elle est entourée de 7 collines qui seraient responsable de son climat particulier et dont les plus élevées

sont situées du côté de l'Ouest et Nord-Ouest (Mont Mbankolo 1075 m, Mont Messa 1025 m, Mont Febé 1025 m, Mont Nkolondom 1200 m, etc...).sa population est estimée à plus de 2 272 259 habitants avec une superficie de 68 953 km². Elle compte 10 départements avec une densité de 32,96 habitants par km². Sur le plan touristique, cette Région qui abrite la capitale politique du pays offre aux visites plusieurs formes d'attractions. On citera :

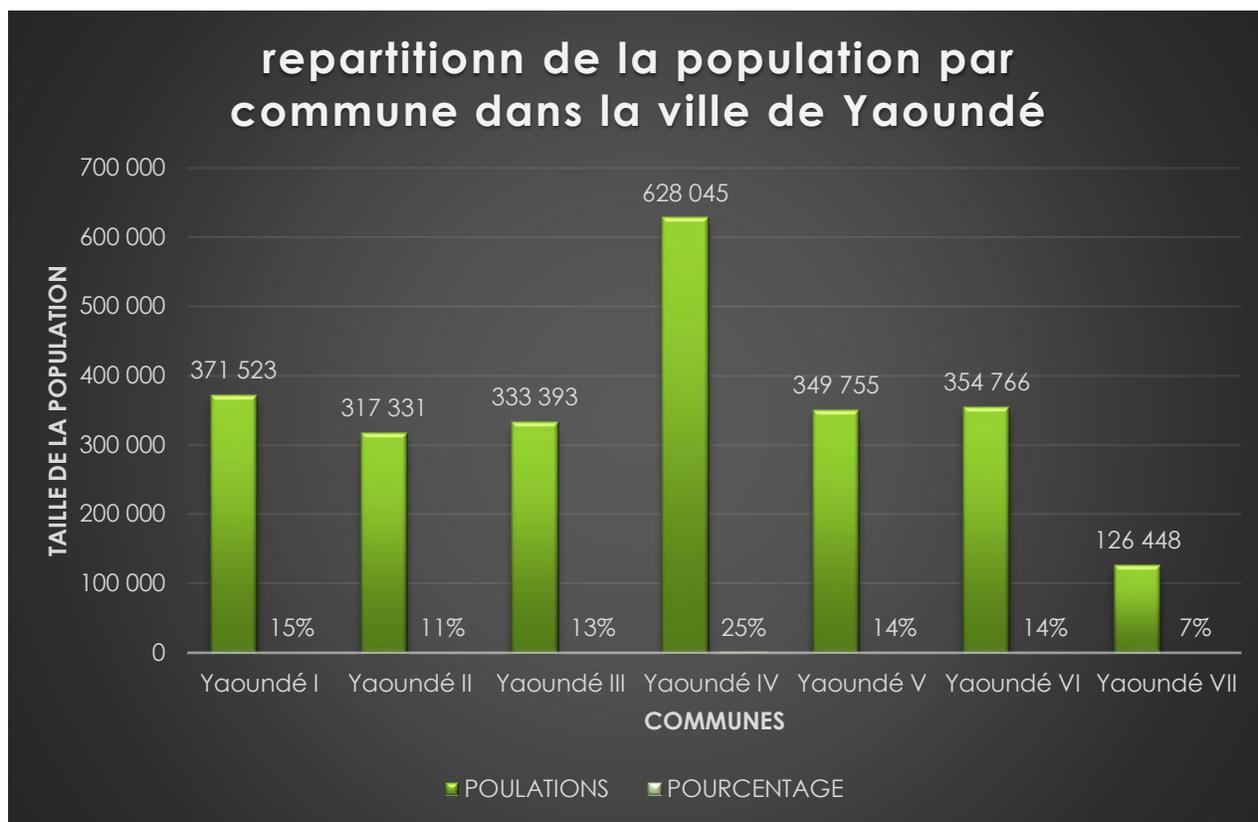
- La visite des sites naturels très nombreux dans la Région dont les grottes d'Akok-Bekoé ;
- La visite des monuments et des traces de la colonisation dont la statue de Charles Atangana, premier chef des Ewondos, l'ethnie autochtone de la capitale ;
- La visite de la réserve forestière d'Ottomo (Ngounou) etc...

Tableau 2: Répartition de la taille de la population par commune dans la ville de Yaoundé

COMMUNES	POPULATIONS	POURCENTAGE(%)
Yaoundé I	371 523	15
Yaoundé II	317 331	11
Yaoundé III	333 393	13
Yaoundé IV	628 045	25
Yaoundé V	349 755	14
Yaoundé VI	354 766	14
Yaoundé VII	126 448	7
ENSEMBLE	2 481 261	100

SOURCE : SIG DE LA CUY (Rapport diagnostic plan de déplacements urbains de Yaoundé)

Figure 6: répartition de la taille de la population de la ville de Yaoundé par commune



Le diagramme ci-dessus représente la répartition de la taille de la ville de Yaoundé par commune et il est clairement que les communes de Yaoundé IV ET VI représentent celles avaient le plus grand nombre d'habitants et les communes avec le plus grand nombre de points chauds actifs où les travailleuses de sexe exercent leurs activités. Nous travaillerons dans la ville de Yaoundé et plus précisément dans points chauds de la commune d'arrondissements de Yaoundé IV ET VI. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons choisi comme cadre de notre étude, de plus les travailleuses de sexe exerçant dans cette ville proviennent aussi des zones et villages éloignés du centre-ville. L'enclavement des routes, l'inaccessibilité et/ou l'absence d'informations de sensibilisation auprès de ces dernières constitue un facteur favorisant la propagation du virus C'est au sein de ses deux communes que nous allons mener notre étude.

4.6. Population de l'étude

Sous ce titre, nous commencerons par présenter la population d'étude avant de nous intéresser à l'échantillon lui-même.

4.6.1. Population d'étude

La population de l'étude peut se définir comme un ensemble de personnes ou d'objets localisé dans l'espace ou le temps, et sur lequel portent les observations. C'est donc un rassemblement de tous les cas qui répondent à un ensemble déterminé de caractère considéré.

Selon Angers (1992) « l'ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation ».

Pour Fonkeng, Chaffi et Bonda (2014), la population « c'est la collection d'individus ou ensemble d'unités élémentaires sur lesquels l'étude est portée. Ces unités partagent des caractéristiques communes » Pour le cadre de cette étude, nous pouvons définir la population d'étude comme étant un groupe d'individus appartenant à une même institution sur laquelle le chercheur veut mener ses investigations. Pour ce faire, nous distinguons ainsi trois types de population : la population mère ou parente, la population cible, la population accessible.

Dans le cas qui nous préoccupe, le choix de notre population est porté sur l'ensemble des travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé et fréquentant les organisations à base communautaires. Étant difficile d'avoir accès à toute cette population, nous avons trouvé nécessaire de la scinder en deux notamment : la population cible et la population parente.

4.6.1.1. Population cible

La population cible est celle qui englobe l'ensemble des individus répondant aux critères généraux de l'étude. C'est également l'ensemble de tous les individus intéressés par la recherche entreprise. Elle peut également être appréhendée comme une collection d'individus appartenant à une institution commune sur laquelle le chercheur voudrait appliquer les résultats de sa recherche. Elle est semblable à la population mère mais la seule différence réside au niveau de sa taille par rapport à la population mère. Dans le cadre de notre recherche notre population cible est l'ensemble des travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé. C'est dans cette population cible que se trouve la population accessible

4.6.1.2. Population parente

Encore appelée population totale, la population mère désigne l'ensemble des individus ou une collection d'individus appartenant à une institution commune et qui permettent au chercheur de généraliser les résultats de sa recherche. La population parente est constituée de l'ensemble des

individus sur lesquelles porte l'objet d'étude. C'est la population de référence pour un test, elle est encore appelée population mère. Dans le cadre de notre recherche on dira que la population parente est les travailleuses de sexe

4.6.1.3. Population accessible

C'est un sous ensemble de la population cible, disponible au chercheur et à partir de laquelle le chercheur pourra extraire son échantillon. La population accessible est celle qui est disponible, facilement repérable et à la portée du chercheur. Elle diffère de la population cible par sa taille qui est très réduite mais les caractéristiques demeurent les mêmes

Dans le cas d'espèce il s'agit des travailleuses de sexe exerçant leur activité dans quelques points chauds actifs de la ville précisément dans les communes d'arrondissements de Yaoundé IV et VI et celles qui fréquentent les organisations à base communautaire offrant les services de santé en direction de cette cible notamment : ACAFEM, Horizons Femmes, YDF.

4.7. Technique d'échantillonnage et échantillon

4.7.1. Technique d'échantillonnage

4.7.2. Échantillonnage

L'échantillon est un petit groupe représentatif extrait d'un grand groupe que l'on nomme « population ». En matière de recherche quantitative, il y a une règle qui précise la taille de l'échantillon, car la taille de l'échantillon doit pouvoir être assez représentative par rapport à la taille de la population. L'ensemble travailleuses de sexe exerçant leur activité dans quelques points chauds actifs de la ville de Yaoundé et ceux fréquentant les organisations à base communautaire offrant les services de santé en direction des travailleuses de sexe constitue la population de notre étude. Notre échantillon est constitué de 200 travailleuses de sexe ayant au moins 21 ans et exerçant dans au moins l'une des communes d'arrondissement de Yaoundé IV et/ou VI.

La technique d'échantillonnage est la sélection d'une partie dans un tout qui produit une sélection d'échantillons à étudier. C'est le processus par lequel on détermine l'échantillon d'étude. L'un de ses buts est l'atteinte d'une représentativité impartiale de la population d'étude ; ceci permettant de limiter le plus possible les cas de biais et la discrimination dans la recherche. L'échantillonnage est une procédure ou une stratégie de détermination, de constitution et de prélèvement et encore du choix de l'échantillon sur lequel doit s'appuyer le chercheur. Dans le

cadre de notre recherche, une technique empirique a été utilisée. Celle-ci consiste à déterminer la taille de l'échantillon par l'inverse du carré de l'erreur tolérable exprimée en pourcentage.

$N = 1/(\alpha)^2$ où N représente la taille de l'échantillon et α la marge d'erreur. Ainsi donc $N = 200$, or en sciences sociales α est égale à 5% (0,05).

Selon Mimché (2018) il existe 02 principales techniques d'échantillonnage notamment les méthodes dites aléatoires ou probabilistes et les méthodes non aléatoires ou non probabilistes ou empiriques ou pragmatiques.

L'échantillonnage représente une technique développée par le chercheur pour sélectionner un échantillon représenté. Cette technique a pour but de porter un jugement sur un ensemble statistique très large à partir des renseignements recueillis sur groupe appelé échantillon. L'échantillon ne s'obtient pas de manière hasardeuse mais plutôt à partir d'une technique statistique dument jugé valable. Il existe plusieurs techniques ou méthodes d'échantillonnage : Notamment l'échantillonnage simple l'échantillonnage systémique, l'échantillonnage stratifié l'échantillonnage par grappe et l'échantillonnage a plusieurs degrés Pour ce qui est de notre travail, nous avons adopté l'échantillonnage non probabilistes avec pour méthode d'échantillonnage une participation volontaire

4.7.3. Critères de sélection des participantes

Pour être sélectionné nos participants soumis aux critères d'inclusion et d'exclusion. La population retenue pour cette étude devait :

- Être une femme ayant eu des rapports sexuels hétérosexuels en échange de l'argent au cours des 12 derniers mois ;
- Être âgé au moins de 21 ans et exerçant l'activité de travail de sexe dans au moins l'une des communes d'arrondissement de Yaoundé IV ou VI.

À la suite de la présentation de notre échantillon, abordons-en la technique et l'instrument de collecte des données.

4.8. Les instruments ET DEMARCHE de collecte des données de l'étude

L'instrument de collecte des données est un outil qui permet de recueillir les informations nécessaires à la vérification des hypothèses de recherche. Ainsi, pour mener à bien les

investigations, a été utilisé comme instrument de collecte des données le questionnaire. Dans cette étude nous avons fait usage du questionnaire comme instrument pour la collecte des données.

4.8.1. Le questionnaire

Selon Aktouf (1987), le questionnaire est défini comme « des sortes de tests, ayant une perspective unitaire et globale (détecter telles motivations ou telles opinions...) composés d'un certain nombre de questions et généralement proposés par écrit à un ensemble plus ou moins élevé d'individus et portant sur leurs goûts, leurs opinions, leurs sentiments, leurs intérêts... » Allant dans le même sens, Quivy et Campenhoudt (1995) indiquaient en parlant de l'enquête par questionnaire qu'« elle consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'opinions ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs. »

Le questionnaire permet d'analyser un phénomène social que l'on pense pouvoir mieux cerner à partir d'informations portant sur les individus de la population concernée. Le questionnaire s'impose pour ses vertus pragmatiques telles que la rapidité d'administration, la possibilité de quantifier de multiples données et de procéder dès lors à de nombreuses analyses de corrélation, la possibilité de braver le problème de la représentativité. De plus, le questionnaire est un instrument à moindre coût et facile à manipuler. Cependant, cet instrument a aussi des inconvénients.

Les répondants sont parfois dirigés dans leurs réponses surtout en l'absence de l'enquêteur. Il y a aussi le problème de l'individualisation des répondants qui sont considérés indépendamment de leurs réseaux de relations sociales. Si le chercheur a un temps court pour collecter des données, il peut faire face à des répondants qui rempliront le questionnaire sur plusieurs heures et parfois sur plusieurs jours. La construction de notre questionnaire s'est fondée sur les variables issues de l'opérationnalisation de nos hypothèses de recherches et surtout à partir de notre population cible afin d'établir le lien qui existe entre les modalités d'accompagnement socioéducatif et la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé

Notre questionnaire se présente sous forme d'échelle de Likert (avec des énoncés allant de 1 à 5). Thomas et Alaphilippe (1983, p.107) enseigne que cette échelle consiste à « faire évaluer les énoncés, par des sujets en fonction d'une échelle d'estimation ou rating scale ».

C'est un formulaire composé de question théoriquement validé et relative à un problème bien déterminé. C'est une technique utilisé pour recueillir les données nécessaires à la recherche. Il constitue le lien entre le chercheur et les sujets interrogés. Le questionnaire est également le travail le plus approprié pour la collecte des informations pertinentes et fiables parce que permettant de toucher tous les répondants ce questionnaire a permis de mener à bien l'enquête. Il comprend trois (03) parties à savoir le préambule, l'identification du répondant et le questionnaire proprement dit.

Le préambule ou l'avant-propos est la phase introductive qui tient à informer le répondant sur la finalité recherche par l'enquêteur. Cette partie amène aussi le répondant à mieux appréhender le problème afin de répondre aux questions d'une manière objective, claire et sans inquiétude. Il rappelle également le thème de recherche et la procédure de répondre aux différentes questions.

L'indentification du répondant permet de connaître l'enquêté et de déterminer à quelle population il appartient.

Les questions proprement dites sont posées en fonction des hypothèses de recherche et découlent directement des indicateurs et des modalités du tableau synoptique des variables c'est la partie où l'enquêté est invité à répondre aux questions posées en cochant d'une croix la case qui le concerne. Le questionnaire comporte pour chacune des hypothèses de recherche entre 2 et 4 questions sur des informations concernant l'évolution de la variable dépendante.

4.8.2. La Démarche de Collecte

Sous ce titre, notre travail se décomposera en deux phases : une dite de pré-validation du questionnaire qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dite : c'est l'enquête.

4.5.2.1. La pré-enquête et validation du questionnaire

Au cours de cette phase, il a été question réalisé en deux étapes. Il a été question pour nous de faire une première descente sur le terrain afin de tester le questionnaire auprès des participantes. L'enquêteur lisait le questionnaire question après question. Cette étape nous a permis de déceler les difficultés de compréhension et juger le niveau de compréhension de notre cible. La pré-enquête est nécessaire pour tester le questionnaire sur les échantillons semblables à notre échantillon et/ou notre échantillon. Elle nous a permis de corriger le questionnaire en simplifiant ou en clarifiant les

questions. Elle nous a également permis d'apprécier si les répondantes donnaient des renseignements fiables. Après validation de notre questionnaire les données ont été collectées sur le terrain

4.8.2.2. Le déroulement de la collecte des données et les difficultés

D'une manière générale, l'enquête est une investigation menée dans le but d'élucider ou d'expliquer une situation donnée. Il s'agit dans cette partie de présenter d'abord le déroulement de la collecte des données et présenterons ensuite les difficultés que nous avons rencontrées. Notre collecte des données s'est étendue sur une période de deux mois allant Mars 2023 à Mai 2023

Pour collecter nos données nous sommes dans un premier temps rapprochés des organisations à base communautaires qui font dans la prise en charge et l'offre de plusieurs services en direction des travailleuses de sexe pour leur expliquer le bien fondé de notre recherche et la contribution qu'elle pourrait apporter auprès de leurs bénéficiaires. Ces associations en retour ont données des avis favorables et nous ont permis de collecter les données auprès de leurs bénéficiaires, dans certains cas elles ont facilité la médiation entre les bénéficiaires travailleuses de sexe et nous. Elles nous ont également apportées des informations nécessaires pour mieux étayer notre recherche en ce qui concerne certaines données officielles et aussi sur la mentalité et le vécu des participantes.

Pour administrer le questionnaire nous nous sommes déployés dans les Drop-In-Center (DIC) de ses différentes OBC où on administrait le questionnaire à toutes les participantes volontaire travailleuses de sexe qui s'y rendait pour un quelconque service. Nous nous sommes également rendus dans les couloirs, les snacks bars, les auberges tous les différents points chauds où les travailleuses de sexe se réunissent pour pratiquer leurs activités dans les communes de Yaoundé IV et VI. Il faut noter ici, que ses organisations ayant la mise en œuvre en commun du projet CHILL (Community HIV/AIDS Investments for Longer and Healthier Lives) financé par USAID qui a pour objectifs la réduction du taux de mortalité et de morbidité du VIH/SIDA et implémenter au Cameroun par le partenaire de mise en œuvre qui une organisation locale dénommée CHP(Care and Health Program) mènent leurs activités chacune dans ses districts d'interventions respectives , c'est comme ça que nous avons eu la chance d'avoir presque toutes les différentes participantes dans toutes communes d'arrondissements concernés sans doublon d'informations . Nous avons assisté et participer aux différentes activités de dépistage menées en communautés par ses organisations et durant les counseling pré et post test VIH nous avons pu

conforts encore certaines informations auprès des participantes sur leur niveau de compréhension et les mesures prises pour se protéger du VIH/SIDA et/ ou sur la prise en charge.

C'est durant les séances de pré et de post-test VIH que le questionnaire était administré chez certaines, d'autres pendant leurs visites dans ses organisations.

Nous allons aussi noter que la réalisation d'aucune tâche ne pouvant se faire sans difficultés nous avons été confrontés aussi à plusieurs difficultés notamment la réticence de certaines TS qui trouvaient que cela n'allaient rien leur apporter du moment qu'il ne s'agissait pas d'argent, aussi aux problèmes d'intempéries avec les pluies, les risques liés à l'insécurité dans certains couloirs qui regorgent dans les environs des bandits et certains agresseurs où il fallait par moment donner de l'argent à des agents de sécurité de ses points chauds qui devaient se charger d'assurer notre sécurité. Le fait que la grande partie des travailleuses de sexe ne sortent que à partir de 22 heures cela nous a aussi posé des problèmes car par moment on était contraint de rester dehors jusqu'au petit matin voir 2 à 3 h par là car l'administration d'un questionnaire était pour la plupart du temps interrompu quand ces dernières avaient en face d'elles un potentiel client ; néanmoins en tant que collaborateur actif dans l'une de ses associations cela m'a quelques fois été facile d'avoir accès à certaines ou alors de distribuer du matériel de prévention pour attirer l'attention et espérer qu'elles m'accordent par la suite quelques minutes de leurs temps. Nous ne saurions terminer sans noter la difficulté liée à l'insuffisance des moyens financiers susceptibles d'assurer nos nombreux déplacements.

4.9. Analyse technique des résultats ou méthodes d'analyse des données

Les différentes articulations qui constituaient nos instruments de collecte nous ont permis au moment du dépouillement d'avoir recours à une analyse quantitative. Ce qui nous a donné l'occasion pour ce qui est de l'analyse, faire recours aux calculs pour nous orienter vers une analyse de qualité des informations recueillies.

4.9.1. Technique d'analyse des données

Le type de traitement des données comme le précise Eymard repris par Nombissie (2010, p179) est « *en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi* ». Pour analyser les données recueillies à l'issue de notre étude, nous avons fait recours à l'analyse statistique. Cette

technique nous a permis de vérifier nos hypothèses de recherche qui établissent des relations entre les variables de l'étude.

4.9.2. Analyse statistique : le test du Khi-carré

L'analyse statistique de nos données a été faite à l'aide de l'indice statistique (Khi-deux) de Bravais-Pearson directement programmé dans le logiciel SPSS version 26.0. C'est un test statistique créé en 1900 par Pearson permet de mesurer la dépendance entre les deux variables de l'étude. Son utilisation exige un certain nombre de procédés : la construction du tableau de contingence, le calcul du Khi-deux, le calcul du degré de liberté, le calcul du coefficient de contingence et la prise de décision.

Ø Tableau de contingence

Il s'agit d'un tableau à double entrée qui est tel que les totaux en colonne et les totaux en ligne aient un sens. Ce tableau comporte autant de colonnes que la première variable a des modalités, et autant de lignes que la deuxième variable a des modalités. Les colonnes et les lignes délimitent des cases dans lesquelles on inscrit les effectifs des participants vérifiant simultanément les modalités des deux variables.

Ø Calcul du Khi-deux

$$(f_o - f_e)^2$$

Le Khi-deux est calculé selon la formule suivante :

$$f_e$$

² = Avec f_o = fréquence observée et f_e = fréquence théorique

$$(f_o - f_e - 0,5)^2$$

Nb : si une seule des fréquences théoriques présente une valeur inférieure à 5, on recourt à la correction de Yates dont la formule est la suivante :

fe

$\chi^2 = \text{avec } - 0,5 = \text{Correction de Yates}$

Ø Degré de liberté (ddl)

Le Khi-deux (χ^2) calculé, on calcule le degré de liberté. On a :

$\text{ddl} = (r-1) (c-1)$ où r (rang)= nombre de rangées et c (colonne)= nombre de colonnes.

Ø Coefficient de contingence (C)

Le coefficient de contingence sert à montrer si le lien qui existe entre deux variables est significatif. On l'obtient en trouvant la racine du rapport de χ^2 cal sur la somme de ces même 2 cal et l'effectif général. On considère que le coefficient de contingence compris entre 0,5 et 1 est significatif.

Ø Prise de décision

Lorsque le χ^2 est calculé, on le compare avec la valeur critique du χ^2 c'est-à-dire la valeur maximale pour laquelle l'hypothèse nulle peut être acceptée. Cette valeur se lit sur la table du Khi-deux, en fonction du degré de liberté (ddl) et du seuil de significativité (en général 0,05 soit 5% en sciences sociales).

Par ailleurs, la vérification des hypothèses s'opère de la manière suivante :

§ Si χ^2_{cal} est inférieur à χ^2_{lu} , l'on accepte l'hypothèse nulle (H_0) et rejette l'hypothèse alternative (hypothèse de recherche, H_a), cela veut dire qu'il y a absence de liaison entre deux variables (elles sont indépendantes).

§ Si par contre, χ^2_{cal} est supérieur à χ^2_{lu} l'on rejette l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse alternative, cela veut dire que les deux variables sont liées (elles sont dépendantes).

4.10. Considération éthique

Étant donné que dans toute recherche des règles éthiques et déontologiques sont à respecter et à annoncer aux enquêtés, avant de collecter les données, nous avons expliqué aux participants qui faisaient l'objet de notre étude, le but de notre enquête en mettant l'accent sur l'anonymat de personnes enquêtées en vue de garantir les résultats de notre étude. En outre, nous avons fait l'engagement de leur communiquer éventuellement les résultats de l'enquête après la soutenance de ce mémoire.

Ce qui vient d'être dit peut aussi se résumer dans certains principes fondamentaux qui ont guidé le rapport du chercheur aux participants. En nous référant à Van Der Maren (1999), nous pouvons en identifier trois qui ont vraiment été indispensables :

- Le consentement libre et éclairé ;
- Le respect de la dignité du sujet ;
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité.

En effet, les personnes rencontrées ont participé à cette étude sur une base volontaire. Elles ont consenti librement et de façon éclairée à participer à cette étude). À cet effet, elles ont été informées des buts de la recherche, de la confidentialité des données recueillies, de la participation volontaire à l'étude, de l'absence de préjudice si elles décidaient de ne pas participer, des avantages et des inconvénients de leur participation ainsi que de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sans aucun préjudice.

La méthodologie adoptée dans le cadre de notre recherche étant ainsi présentée, il convient dans le chapitre suivant, de présenter les résultats auxquels nous sommes parven

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Il s'agira tout au long de ce chapitre de procéder à une présentation des données collectées selon les normes requises. Autrement dit, d'ordonner, de classer, et de regrouper les données pour pouvoir les analyser. Les informations ou faits seront isolés, regroupés et classés dans des catégories, ou centres d'intérêts, dans des tableaux, dans des graphiques, par l'étude théorique, etc... C'est la seule manière de permettre à la quantité importante d'informations de prendre sens en laissant découvrir les liens qui n'étaient pas toujours évidents ou existants. Les informations ou les faits seront traités pour être transformé en données analysables. Les traitements seront assistés par ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement et d'analyse de données.

5.1. Analyse descriptive des résultats

Nous avons présenté nos résultats dans des tableaux de distribution des fréquences. Ce sont des tableaux à une ou à deux entrées et contiennent qu'une ou deux variables. Ils présentent les catégories de variable et les données numériques correspondantes. Sur la première colonne se trouve le nom de la variable et sur les autres lignes de la même colonne, ses diverses catégories jusqu'à « total ». Dans la deuxième colonne, est indiqué l'effectif, le nombre d'informateurs correspondants à l'une ou l'autre catégorie. La troisième colonne contient, le pourcentage calculé sur l'ensemble des informateurs du tableau se trouvant dans l'une ou l'autre catégorie. Certains de ces tableaux seront illustrés lorsque cela s'avèrera nécessaire par des graphiques.

Tableau 3: Distribution de l'échantillon selon la classe d'âge d'appartenance

Q01. Quel est votre tranche d'âge ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	pourcentage cumulé
Valide	20-29 ans	75	37,5	37,5	37,5
	30-39 ans	69	34,5	34,5	72,0
	40-49 ans	47	23,5	23,5	95,5
	50 ans et plus	9	4,5	4,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau 3 ci-dessus, donne la répartition de l'échantillon d'étude en fonction du sexe. Il en ressort des données qui y sont contenues que sur 200 sujets enquêtés. La distribution de l'échantillon en fonction de la tranche d'âge laisse voir une forte représentativité des sujets dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans représentant une fréquence de 75 %. Par la suite, vient la

tranche des sujets personnes âgées entre 30 et 39 ans avec une fréquence de 69%, suivi de la tranche d'âges des personnes de 40 -49 ans avec une fréquence de 47 %. Nous retrouvons en dernière position, les participantes dont l'âge est de 50 et plus ayant une fréquence de 9%.

Tableau 4 : Distribution de l'échantillon selon le niveau d'éducation

Q02. Quel est votre plus haut niveau d'éducation ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Sans niveau	42	21,0	21,0	21,0
	Primaire	51	25,5	25,5	46,5
	Post-Primaire	56	28,0	28,0	74,5
	Secondaire	42	21,0	21,0	95,5
	Universitaire	9	4,5	4,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

La distribution de l'échantillon en fonction du niveau d'éducation le tableau 2, laisse voir une forte représentativité des sujets dont l'âge est compris sur les 200 participantes 149 n'ont pas atteint le secondaire soit un pourcentage cumulé de 74.5 %. Seulement 51 ont un niveau d'éducation compris entre le niveau secondaire et la supérieure.

Tableau 5: Distribution de l'échantillon selon le niveau le plus élevé

Q03. Quel est votre diplôme le plus élevé ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Sans réponse	42	21,0	21,0	21,0
	Sans diplôme	51	25,5	25,5	46,5
	CEPE/CEP/FS LC	56	28,0	28,0	74,5
	BEPC/CAP/GC E-OL	42	21,0	21,0	95,5
	Probatoire/BP	9	4,5	4,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

A la lumière des résultats contenus dans le tableau 3 ci-dessus, concernant la répartition de l'échantillon en fonction du diplôme le plus élevé des participantes, il ressort que 42 travailleuses de sexe n'ont pas répondu à la question, 51 participantes était sans diplômes et

56 avaient soit le CEPE/CEP/FSLC. Sur les 51 participantes restantes 42 avaient soit un BEPC/CAP/GCE-OL et les 9 autres avaient un probatoire. Il ne ressort clairement qu'aucune des 200 personnes ayant accepté de participer à notre étude n'avaient au moins un baccalauréat.

Tableau 6: Distribution de l'échantillon selon la fréquence du test de dépistage du VIH/SIDA

Q04a. Faites-vous souvent les tests de dépistage du VIH/SIDA ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Sans réponse	24	12,0	12,0	12,0
	Oui	175	87,5	87,5	99,5
	Non	1	0,5	,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau 4 mettant en exergue les données sur la fréquence des tests de dépistage du VIH sida, 24 personnes n'ont pas donné de réponse et 175 ont répondu oui et une seule a dit non. Le pourcentage des TS ayant l'habitude de faire les tests de dépistage était de 87.5%.

Tableau 7: Distribution de l'échantillon selon les lieux de tests de dépistage du VIH Sida

Q04b. Si oui, où?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	24	12,0	12,0	12,0
	ACAFEM	64	32,0	32,0	44,0
	campagne de dépistage	11	5,5	5,5	49,5
	communauté	6	3,0	3,0	52,5
	dans la rue	20	10,0	10,0	62,5
	Hôpital	13	6,5	6,5	69,0
	Horizons Femmes	34	17,0	17,0	86,0
	YDF	28	14,0	14,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau ressort les lieux où les 175 TS ayant par l'affirmatif à la question précédente question. Nous révélons que les TS que nous avons touchés ont pour la plupart l'habitude de faire leur test de dépistage dans les OBC notamment celles qui font dans la prise des TS notamment ACAFEM OU NOUS AVONS eu 64 participantes, 34 à Horizons femmes et 28 à YDF. Pour les autres elles ont l'habitude de faire leur test dans la rue lors des campagnes de dépistages en

communautés, dans les marches soit 37/175 et seulement 13 TS ont affirmé faire leur test dans un hôpital.

Tableau 8 : Distribution de l'échantillon selon les raisons du refus du test de dépistage

Q04c. Si non, Pourquoi?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		176	88,0	88,0	88,0
	0	9	4,5	4,5	92,5
	ne veux pas	4	2,0	2,0	94,5
	peur	11	5,5	5,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau voulant ressortir les raisons pour lesquelles les TS interrogés ne font pas souvent les tests de dépistages nous montre que sur les 24 qui n'avaient pas l'habitude de faire un test de dépistage 9 participantes n'ont pas voulu donner de réponse et 11 d'entre elles ont affirmés avoir peur de connaître leur statut sérologique et les 04 autres ne voulaient pas tout simplement.

Tableau 9 : Distribution de l'échantillon selon la réception gratuite du matériel de prévention

Q05a. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu gratuitement des préservatifs et/ou des fémidoms (préservatifs pour les femmes) au Cameroun ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	180	90,0	90,0	90,0
	Non	20	10,0	10,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Les données de ce tableau laissent voir que plus de 905% des TS de sexe avaient reçu au moins au cours des 12 derniers mois des préservatifs masculins et fémidoms gratuitement au cours des 12 derniers mois. 10% ont déclaré n'avoir pas reçu des préservatifs et/ou des fémidoms (préservatifs pour les femmes) au Cameroun gratuitement.

Tableau 10: Evaluation de la quantité de matériel reçu

Q05b. Si oui, avez-vous reçu des préservatifs en quantité suffisante au cours des 12 derniers mois?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	3	1,5	1,5	1,5
	Non	197	98,5	98,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau ci-dessus nous fait comprendre que les participantes ayant répondu à la question de savoir si les préservatifs reçus au cours des 12 derniers mois étaient en quantité 197 ont répondu « Non » soit 98,5% contre seulement 03 ont répondu « oui » pour un pourcentage de 1,5%.

Tableau 11: Distribution de l'échantillon selon les avis que les intervention des professionnelles de santé et agents de santé communautaire contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuse de sexe

Q06. Les interventions des professionnels de santé et des agents de santé communautaire contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	106	53,0	53,0	53,0
	D'accord	87	43,5	43,5	96,5
	Pas d'accord	5	2,5	2,5	99,0
	Tout à fait en désaccord	2	1,0	1,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Les données de ce tableau laissent voir que dans leur grande majorité, les sujets enquêtés déclarent être d'avis favorable sur le fait de savoir si Les interventions des professionnels de santé et des agents de santé communautaire contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe Dans cette proportion, l'analyse montre que près de 43,5% des sujets ont répondu « d'accord » contre 53,% de ceux qui déclarent cette affirmation « Tout à fait d'accord». Les participantes n'ayant pas adhéré à cette opinion représentent les fréquences de 2 % pour la modalité « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 12: Distribution de l'échantillon selon les avis que L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Q07. L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	99	49,5	49,5	49,5
	D'accord	76	38,0	38,0	87,5
	Pas d'accord	21	10,5	10,5	98,0
	Tout à fait en désaccord	4	2,0	2,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Les données de ce tableau laissent voir que dans leur grande majorité, les sujets enquêtés déclarent être d'avis favorable sur le fait de savoir si l'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe. Dans cette proportion, l'analyse montre que 49.5% des sujets ont répondu « Tout à fait d'accord » contre 38% de ceux qui déclarent être « D'accord ». De même, l'observation des données montre que 10.5% des sujets ne sont pas d'accord. La proportion des participants qui n'adhèrent pas à cette opinion est faible soit une fréquence de 2%.

Tableau 13 : Distribution de l'échantillon selon les avis que le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Q08. Le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	149	74,5	74,5	74,5
	D'accord	43	21,5	21,5	96,0
	Pas d'accord	8	4,0	4,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'observation des données du tableau ci-dessus, nous remarquons au premier degré qu'une grande majorité (96%) des sujets de notre échantillon est d'avis favorable à l'idée Le

diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe. Dans cette catégorie, 74,5% des sujets ont répondu être « Tout à fait d'accord » contre près de 21,5% de ceux ayant répondu être « D'accord ». Par ailleurs, les observations montrent que 04% des sujets de notre étude ont répondu n'être pas « D'accord ».

Tableau 14: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

Q09. Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	113	56,5	56,5	56,5
	D'accord	73	36,5	36,5	93,0
	Pas d'accord	14	7,0	7,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Les données issues du tableau ci-dessus illustrent que 186 des sujets de notre échantillon soit 93% de taux de représentativité globale, déclarent être tout à fait d'accord ou d'accord l'affirmation selon laquelle Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les Travailleuses de Sexe. Les enquêtés ayant des avis défavorables représentent 7% pour la modalité « Pas d'accord » avec l'affirmation.

Tableau 15: Distribution de l'échantillon selon les avis que Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté.

Q10. Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	110	55,0	55,0	55,0
	D'accord	51	25,5	25,5	80,5
	Pas d'accord	18	9,0	9,0	89,5
	Tout à fait en désaccord	21	10,5	10,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il en ressort de la lecture des données que parmi les 200 sujets enquêtés, ceux qui déclarent être « Tout à fait en désaccord » avec l'affirmation selon laquelle Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté représentent une proportion nette de l'ordre de 10,5%. Les sujets ayant un avis favorable à cette opinion représentent respectivement 25,5% pour la modalité « D'accord » et 55% pour la modalité « Tout à fait d'accord » pour un pourcentage cumulé de 80,5% d'avis favorable. Enfin, l'observation des données montre qu'une partie de l'échantillon, soit 9% des sujets ne sont « pas d'accord » avec l'affirmation.

Tableau 16: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les descentes professionnels de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Q11. Les descentes professionnels de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	121	60,5	60,5	60,5
	D'accord	72	36,0	36,0	96,5
	Pas d'accord	4	2,0	2,0	98,5
	Tout à fait en désaccord	3	1,5	1,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Il en ressort de la lecture des données du tableau ci-dessus que parmi les sujets enquêtés, ceux qui déclarent être « D'accord » avec l'affirmation selon laquelle Les descentes professionnels de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe représentent une proportion nette de l'ordre de 36%. Les sujets ayant répondu « Tout à Fait d'accord » représentent une proportion de 19,3%. Les sujets ayant un avis contraire à cette opinion représentent respectivement 2% pour la modalité « Pas d'accord » et 1,5% pour « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 17: Distribution de l'échantillon selon les avis que le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Q12. Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	63	31,5	31,5	31,5
	D'accord	49	24,5	24,5	56,0
	Pas d'accord	71	35,5	35,5	91,5
	Tout à fait en désaccord	17	8,5	8,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il en ressort de la lecture des données que parmi les 200 sujets enquêtés, ceux qui déclarent être « Tout à fait en désaccord » avec l'affirmation selon laquelle le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe représentent une proportion nette de l'ordre de 8,5%. Les sujets ayant un avis favorable à cette opinion représentent respectivement 24,5% pour la modalité « D'accord » et 31,5% pour la modalité « Tout à fait d'accord » pour un pourcentage cumulé de 56% d'avis favorable. Enfin, l'observation des données montre 35,5% de l'échantillon ne sont « pas d'accord » avec l'affirmation.

Tableau 18: Distribution de l'échantillon selon les avis que l'éducation (l'information, Le counseling psycho-social, le coaching et le soutien psychologique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de S

Q13. L'éducation (l'information, Le counseling psycho-social, le coaching et le soutien psychologique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	158	79,0	79,0	79,0
	D'accord	31	15,5	15,5	94,5
	Pas d'accord	4	2,0	2,0	96,5
	Tout à fait en désaccord	7	3,5	3,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

La distribution des sujets dans ce tableau laisse apparaître une sur-représentativité de ceux qui sont en accord avec l'idée l'éducation (l'information, Le counseling psycho-social, le

coaching et le soutien psychologique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe. Pris isolément cette sur-représentativité donne les proportions respectives de près de 15,5% des sujets ont répondu être « D'accord » contre 79% ayant répondu « Tout à fait d'accord ». Il ressort que les avis de ceux qui ne partagent pas cette affirmation sont négligeables car il représente seulement un faible pourcentage de notre échantillon avec une fréquence de 11. C'est ainsi que l'observation montre que pour ceux qui ont répondu « pas d'accord » et « Tout à fait en Désaccord », les proportions respectives sont 2% et 2,5%.

Tableau 19: *Distribution de l'échantillon selon les avis que la sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence.*

Q14. La sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	1 25	62, 5	62, 5	62, 5
	D'accord	3 8	19, 0	19, 0	81, 5
	Pas d'accord	2 5	12, 5	12, 5	94, 0
	Tout à fait en désaccord	1 2	6,0	6,0	100 ,0
	Total	2 00	100,0	100 ,0	

Source : Enquête de terrain

De l'observation des données du tableau ci-dessus, nous remarquons au premier degré qu'une grande majorité (81,5%) des sujets de notre échantillon est d'avis favorable à l'idée La sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de S. Dans cette catégorie, 62,5% des sujets ont répondu être « Tout à fait d'accord » contre 19% de ceux ayant répondu être « D'accord ». Par ailleurs, les observations montrent que 06% des sujets de notre étude ont répondu être pas « Tout à fait en désaccord » et 12,5% pas « D'accord »

Tableau 20: Distribution de l'échantillon selon les avis que l'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Q15. L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	158	79,0	79,0	79,0
	D'accord	31	15,5	15,5	94,5
	Pas d'accord	4	2,0	2,0	96,5
	Tout à fait en désaccord	7	3,5	3,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Les données de ce tableau laissent voir que dans leur grande majorité, les sujets enquêtés déclarent être d'avis favorable que L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe. Dans cette proportion, l'analyse montre que près de 15,5% des sujets ont répondu être « D'accord » contre 79% de ceux qui déclarent cette être « Tout à fait » avec cette affirmation. Les participants qui n'adhèrent pas à cette opinion représentent respectivement les fréquences de 4 et 7 pour les modalités « Pas d'accord » et « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 21: Distribution de l'échantillon selon les avis que les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA

Q16. Les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	47	23,5	23,5	23,5
	D'accord	129	64,5	64,5	88,0
	Pas d'accord	20	10,0	10,0	98,0
	Tout à fait en désaccord	4	2,0	2,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'observation des données du tableau ci-dessus, nous remarquons au premier degré qu'une grande majorité (88%) des sujets de notre échantillon est d'avis favorable à l'idée que Les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA. Dans cette catégorie, 64,5% des sujets ont répondu être « D'accord » contre près de 25,5% de ceux ayant répondu être « Tout à fait d'accord ». Par ailleurs, les observations montrent que 12% des sujets de notre étude ont répondu ne pas être d'avis avec l'affirmation soit respectivement 10% de ceux qui ne sont « Pas d'accord » et 2% des personnes qui sont « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 22: Distribution de l'échantillon selon les avis que Les Tests de diagnostics rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

Q17. Les Tests de diagnostics rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	78	39,0	39,0	39,0
	D'accord	86	43,0	43,0	82,0
	Pas d'accord	36	18,0	18,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il en ressort de la lecture des données que parmi les 200 sujets enquêtés, ceux ayant déclaré « D'accord » pour l'opinion selon laquelle Les Tests de diagnostics rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe représentent une proportion nette de l'ordre de 43%. Cette proportion est suivie dans la même logique par celle des sujets ayant répondu « Tout fait d'accord » soit 39%. Nous avons par la suite les proportions des sujets ayant un avis défavorable à cette opinion représentant respectivement 18% pour la modalité « Pas d'accord ».

Tableau 23: Distribution de l'échantillon selon les avis que la distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

Q18. La distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	84	42,0	42,0	42,0
	D'accord	83	41,5	41,5	83,5
	Pas d'accord	33	16,5	16,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Le tableau ci-dessus laisse voir qu'un faible pourcentage des sujets de notre échantillon soit 16,5% sont au moins en Désaccord avec l'opinion selon laquelle la distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe. À l'opposée, les données montrent que près de 83,5% des sujets penchent respectivement pour les modalités « D'accord » et « Tout à fait d'accord ».

Tableau 24: Distribution de l'échantillon selon les avis que la prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe

Q19. La prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	89	44,5	44,5	44,5
	D'accord	83	41,5	41,5	86,0
	Pas d'accord	17	8,5	8,5	94,5
	Tout à fait en désaccord	11	5,5	5,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

La distribution des sujets dans ce tableau laisse apparaître une représentativité élevée de ceux qui sont en accord avec l'idée que La prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe. Pris isolément cette représentativité élevée donne les proportions respectives de près de 44,5% des sujets ayant répondu « Tout à Fait d'accord » contre 41,5% qui ont répondu « D'accord ». Pour ce qui relève

de la seconde catégorie des sujets de notre échantillon l'observation montre que, 8,5% d'entre eux ont répondu « Pas d'accord » contre 5,5% ayant répondu « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 25: Distribution de l'échantillon selon les avis que la mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectées par le VIH et anciens cas perdus de vue (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA

Q20. La mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectées par le VIH et anciens cas perdus de vue (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	82	41,0	41,0	41,0
	D'accord	69	34,5	34,5	75,5
	Pas d'accord	28	14,0	14,0	89,5
	Tout à fait en désaccord	21	10,5	10,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'observation des données du tableau ci-dessus, nous remarquons au premier degré qu'une grande majorité (75,5%) des sujets de notre échantillon est d'avis favorable à l'idée que leurs La mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectées par le VIH et anciens cas perdus de vue (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA. Dans cette catégorie, 34,5% des sujets ont répondu être « D'accord » contre 41% de ceux ayant répondu être « Tout à fait d'accord. Par ailleurs, les observations montrent que 14% des sujets de notre étude ont répondu n'être « Pas d'accord » et 10,5% n'être pas « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 26: distribution de l'échantillon selon l'avis que la prophylaxie pré-exposition et la prophylaxie poste exposition contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA

Q21. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie Post-exposition (PPE) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	88	44,0	44,0	44,0
	D'accord	63	31,5	31,5	75,5
	Pas d'accord	28	14,0	14,0	89,5
	Tout à fait en désaccord	21	10,5	10,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il en ressort de la lecture des données que parmi les 200 sujets enquêtés, ceux ayant déclaré « D'accord » l'opinion selon laquelle La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie Post-exposition (PPE) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe, sans discuter représentent une proportion nette de l'ordre de 31,5%. Cette proportion est suivie par celle des sujets ayant répondu « Tout à fait D'accord » soit près de 44%. Puis viennent celles des sujets ayant un avis défavorable à cette opinion représentant respectivement 14% pour la modalité « Pas d'accord » et 10,5% pour la modalité « Tout à fait en désaccord ».

Tableau 27: *distribution de l'échantillon selon les avis que L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe*

Q22. L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	41	20,5	20,5	20,5
	D'accord	136	68,0	68,0	88,5
	Pas d'accord	15	7,5	7,5	96,0
	Tout à fait en désaccord	8	4,0	4,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il en ressort de la lecture des données que parmi les 200 sujets enquêtés, ceux qui déclarent n'être « Pas d'accord » avec l'affirmation selon laquelle L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe représentent une proportion nette de l'ordre de 7,5%. Les sujets ayant choisi la modalité « Tout en fait en désaccord » représentent une proportion de 4%. Les sujets ayant un avis favorable à cette opinion représentent respectivement 68% pour la modalité « D'accord » et 20,5% pour « Tout à fait d'accord ».

Tableau 28: Distribution de l'échantillon selon les avis que Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe

Q23. Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout à fait d'accord	89	44,5	44,5	44,5
	D'accord	83	41,5	41,5	86,0
	Pas d'accord	28	14,0	14,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Source : Enquête de terrain

Il en ressort de la lecture des données du tableau ci-dessus que parmi les sujets enquêtés, ceux qui déclarent « D'accord » l'opinion selon laquelle Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe représentent une proportion nette de l'ordre de 41,5%. Les sujets ayant répondu être « Tout à fait d'accord » représentent une proportion de 44,5%. Les sujets ayant un avis défavorable à cette opinion représentent respectivement 14% pour la seule modalité « Pas d'accord ».

Tableau 29: Distribution de l'échantillon selon les avis que proposez-vous pour la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ? (Les besoins des travailleuses de sexe)

Q24. Que proposez-vous pour la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ? (Les besoins des travailleuses de sexe)					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Sensibilisation des forces du maintien de l'ordre	30	15,0	15,0	15,0
	Diagnostic et traitement gratuit des IST	23	11,5	11,5	26,5
	Consultations gynécologiques	36	18,0	18,0	44,5
	Journées de mobilisation et sensibilisation communautaire	16	8,0	8,0	52,5
	Distribution gratuite et régulière du matériel de prévention	11	5,5	5,5	58,0

Remédiation familiale et accompagnement psychologique	5	2,5	2,5	60,5
Lutte contre la stigmatisation, discrimination et préjugés en formation hospitalière	4 9	24, 5	24, 5	85,0
Promotion du dépistage et amélioration de la confidentialité	2 0	10, 0	10, 0	95,0
Prise en charge ARV et traitement pré et post exposition	1 0	5,0	5,0	100, 0
Total	2 00	100 ,0	100 ,0	

Source : Enquête de terrain

Une analyse de l'expression des avis des travailleuses de sexe sur la prise en compte de leurs besoins montre à travers ce tableau selon une hiérarchisation de ses avis sur la question de savoir : Que proposez-vous pour la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ? (Les besoins des travailleuses de sexe). L'analyse des données collectés montre que la lutte contre la stigmatisation, discrimination et préjugés en formation hospitalière apparaît en première position avec un pourcentage de 24,5% suivi des consultations gynécologiques et de la sensibilisation des forces de maintien de l'ordre qui ont respectivement un pourcentage de 18% et 15%.

Le diagnostic et le traitement gratuit des infections sexuellement transmissibles viennent en quatrième position avec un pourcentage de 11,5% suivi directement par la promotion du dépistage et amélioration de la confidentialité avec 10%. Les 21% d'avis restant sont départagés de manière respective et par ordre croissant entre (Journées de mobilisation et sensibilisation communautaire ; Distribution gratuite et régulière du matériel de prévention ; Prise en charge ARV et traitement pré et post exposition ; Remédiation familiale et accompagnement psychologique) qui ont respectivement les taux de 8%, 5,5% ; 5% ; 2,5%.

5.2. Vérification des hypothèses

Il s'agit de dire dans quel cas nos hypothèses seront considérées comme étant vérifiées. Etant donné que notre étude est de type descriptive et corrélationnelle et que nos valeurs sont aussi quantitatives, nous avons utilisé le test de khi-deux (χ^2) dans la vérification de nos résultats.

Le χ^2 mesure la relation de contingence. En d'autres termes, il permet d'apprécier le degré de corrélation, de dépendance entre la variable dépendante et la variable indépendante.

Dans le cadre de cette étude, notre processus de vérification se fera pour chacune de nos hypothèses de recherche en quatre (4) phases ou étapes.

- La première étape consistera essentiellement à la formulation de l'hypothèse alternative (H_a) et de l'hypothèse nulle (H_o).
- La deuxième étape sera celle de la présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elle, cette étape nous donnera un tableau croisé dynamique.
- La troisième étape quant à elle sera celle de la présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux (χ^2). En effet, à l'aide des données brutes des tableaux précédemment présentés, nous allons croiser les indices de chacune de nos variables indépendantes avec ceux des variables dites critères ou variables de contrôle. Les données obtenues desdits croisements nous permettront de détailler davantage et de mieux justifier les résultats issus de la vérification de nos hypothèses de recherche. Nous donnerons alors les χ^2 calculé et lu sur la table. Cette deuxième étape sera celle du choix de $\alpha = 0,05$ ici utilisé comme seuil de signification, du calcul des différents indicateurs nous ayant permis d'obtenir la valeur du χ^2 . A ces résultats, nous associerons ceux des calculs du coefficient de contingence, du coefficient de corrélation de Spearman et au besoin ceux du coefficient R de Pearson.

Pour ce faire, les formules de calcul ci-après nous ont alors permis grâce à la programmation de l'outil informatique, d'obtenir les résultats escomptés au terme de chaque processus analytique.

Formule de calcul du Khi-deux (χ^2).

$$\chi^2 = \sum \frac{(E_o - E_t)^2}{E_t} \quad \text{avec} \quad E_o = \text{effectif observé}$$

$E_t = \text{effectif théorique}$

Il importe de signaler que pour les tests paramétriques à l'instar de celui du Khi-deux (χ^2), aucune case du tableau de contingence ne doit avoir un effectif théorique inférieur à 5. Car en effet, chaque fois qu'une case du tableau de contingence a un effectif théorique inférieur à 5, il faut, pour obtenir des résultats fiables, procéder à la correction du Khi-deux (χ^2) avec la formule de Yates qui est la suivante :

Formule de Khi-deux (χ^2) corrigé de Yates.

$$\chi^2 = \sum \frac{([Eo-Et]-0,5)^2}{Et} \text{ avec } Eo = \text{effectif observé}$$

$$Et = \text{effectif théorique}$$

C'est ce que nous avons fait chaque fois que cela s'est avéré nécessaire.

La quatrième et dernière étape de notre processus analytique consistait donc en la décision. Pour cela, nous nous sommes donnés pour règle de décision :

➤ Si $\chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_{\text{lu}}$, alors H_a est rejetée et H_o est retenue ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse n'ont aucun lien.

➤ Si $\chi^2_{\text{cal}} > \chi^2_{\text{lu}}$, alors H_a est retenue et H_o est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif.

5.2.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1

Rappel de l'hypothèse N°1 : l'accès aux soins de santé contribue à la prévalence du VIH/sida chez les Travailleuses de sexe

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR1a) et de l'hypothèse nulle (H_o).

HR1a : Le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

H_o : Le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles ne contribuent pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

➤ La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q8 et Q16 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 6 était supérieure à celle du χ^2_{lu} .

➤ Vérification HR1a

Tableau 30: tableau de contingence pour HR1a

Tableau croisé						
Q08. Le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q16. Les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA				Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	
Tout à fait d'accord	Effectif	47	98	4	0	149
	Effectif théorique	35,0	96,1	14,9	3,0	149,0
D'accord	Effectif	0	30	11	2	43
	Effectif théorique	10,1	27,7	4,3	,9	43,0
Pas d'accord	Effectif	0	1	5	2	8
	Effectif théorique	1,9	5,2	,8	,2	8,0
Total	Effectif	47	129	20	4	200
	Effectif théorique	47,0	129,0	20,0	4,0	200,0

➤ La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux.

Tableau 31: résultats du test statistique

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	85,778	6	,000	12,592
Rapport de vraisemblance	74,875	6	,000	
Association linéaire par linéaire	72,924	1	,000	
Coefficient de contingence	0,548			
R de Pearson	0,605			
Corrélation de Spearman	0,514			
N d'observations valides	200			

6 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de, 16.

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2_{cal}) est supérieure à la valeur lue (χ^2_{lu}) soit $85,778 > 12,592$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR1a. L'analyse inférentielle des données montre que $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$. Dès lors, HR1a est retenu et H_0 est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse aient un lien significatif. Autrement dit, le diagnostic et la prise en charge des IST, le dépistage régulier des TS contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA.

- Vérification HR1b : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses sexe.

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR1b) et de l'hypothèse nulle (H_0).

HR1b : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses sexe.

H_0 : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste ne contribue pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses sexe.

➤ La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q9 et Q19 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 6 était supérieure à celle du χ^2_{lu} .

Tableau 32: *tableau de contingence pour HR1b*

Tableau croisé						
Q09. Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q19. La prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe				Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	
Tout à fait d'accord	Effectif	38	68	6	1	113
	Effectif théorique	50,3	46,9	9,6	6,2	113,0
D'accord	Effectif	51	6	7	9	73
	Effectif théorique	32,5	30,3	6,2	4,0	73,0
Pas d'accord	Effectif	0	9	4	1	14
	Effectif théorique	6,2	5,8	1,2	,8	14,0
Total	Effectif	89	83	17	11	200
	Effectif théorique	89,0	83,0	17,0	11,0	200,0

Source : Enquête de terrain

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 33: *test statistique du khi deux*

Tests du khi-carré				Valeur lue
	Valeur calculé	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	
Khi-carré de Pearson	69,241	6	,000	12,592
Rapport de vraisemblance	80,840	6	,000	
Association linéaire par linéaire	7,506	1	,006	
Coefficient de contingence	,507			
R de Pearson	,194			
Corrélation de Spearman	-,038			
N d'observations valides	200			
3 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,77.				

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $69,241 > 12,592$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR1b. L'analyse inférentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR1b est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses sexe.

• Vérification HR1c

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR1c) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR1c : L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

Ho : L'utilisation systématique du préservatif ne contribue pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

➤ Deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q7 et Q23 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 6 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 34: *contingence pour HR1c*

Tableau croisé					
Q07. L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q23. Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe			Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Tout à fait d'accord	Effectif	57	32	10	99
	Effectif théorique	44,1	41,1	13,9	99,0
D'accord	Effectif	32	30	14	76

		Effectif théorique	33,8	31,5	10,6	76,0
Pas d'accord		Effectif	0	18	3	21
		Effectif théorique	9,3	8,7	2,9	21,0
Tout à fait en désaccord		Effectif	0	3	1	4
		Effectif théorique	1,8	1,7	,6	4,0
Total		Effectif	89	83	28	200
		Effectif théorique	89,0	83,0	28,0	200,0

Source : Enquête de terrain

La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 35: résultats du Test statistique Khi deux

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Significatio n asymptotiqu e (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	30,568	6	,000	12,592
Rapport de vraisemblance	38,929	6	,000	
Association linéaire par linéaire	11,027	1	,001	
Coefficient de contingence	,364			
R de Pearson	,235			
Corrélation de Spearman	,300			
N d'observations valides	200			
4 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,56.				

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $30,568 > 12,592$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR1b. L'analyse inférentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR1c est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

5.1.2. Vérification de l'hypothèse N°2

Rappel de l'hypothèse N°2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe.

- Vérification HR2a : Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ **La première étape :** formulation de l'hypothèse alternative (HR2a) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR2a : Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

Ho : Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) n'a pas une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

➤ **La deuxième étape :** présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q12 et Q17 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 6 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 36: Contingence pour HR2a

Tableau croisé					
Q12. Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q17. Les Tests de diagnostiques rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe			Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Tout à fait d'accord	Effectif	17	25	21	63
	Effectif théorique	24,6	27,1	11,3	63,0

D'accord	Effectif	2	44	3	49
	Effectif théorique	19,1	21,1	8,8	49,0
Pas d'accord	Effectif	49	14	8	71
	Effectif théorique	27,7	30,5	12,8	71,0
Tout à fait en désaccord	Effectif	10	3	4	17
	Effectif théorique	6,6	7,3	3,1	17,0
Total	Effectif	78	86	36	200
	Effectif théorique	78,0	86,0	36,0	200,0

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test Statistique Khi deux

Tableau 37: Résultat des tests statistiques khi deux

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	86,517	6	,000	12,592
Rapport de vraisemblance	90,269	6	,000	
Association linéaire par linéaire	18,715	1	,000	
Coefficient de contingence	,550			
R de Pearson	-,307			
Corrélation de Spearman	-,362			
N d'observations valides	200			
1 cellule (8,3%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,06.				

Source : Enquête de terrain

- La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2_{cal}) est supérieure à la valeur lue (χ^2_{lu}) soit $86,517 > 12,592$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR2a. L'analyse inférentielle des données montre que $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$. Dès lors, HR2a est retenu et H_0 est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

- Vérification HR2b : Les descentes professionnelles de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR2b) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR2b : Les descentes professionnelles de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

Ho : Les descentes professionnelles de santé au sein des communautés n'ont pas une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q 11et Q20 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 9 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 38: *contingence pour HR2b*

Tableau croisé						
Q11. Les descentes professionnelles de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q20. La mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectes par le VIH et anciens cas perdus de vus (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA				Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	
Tout à fait d'accord	Effectif	46	46	8	21	121
	Effectif théorique	49,6	41,7	16,9	12,7	121,0
D'accord	Effectif	30	22	20	0	72
	Effectif théorique	29,5	24,8	10,1	7,6	72,0
Pas d'accord	Effectif	3	1	0	0	4
	Effectif théorique	1,6	1,4	,6	,4	4,0
	Effectif	3	0	0	0	3

Tout à fait en désaccord	Effectif théorique	1,2	1,0	,4	,3	3,0
Total	Effectif	82	69	28	21	200
	Effectif théorique	82,0	69,0	28,0	21,0	200,0

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 39: Résultat du test du Khi deux

Tests du khi-carré				Valeur lue
	Valeur calculée	ddl	Significati on asymptotiq ue (bilatérale)	
Khi-carré de Pearson	35,015	9	,000	16,919
Rapport de vraisemblance	42,443	9	,000	
Association linéaire par linéaire	3,981	1	,046	
Coefficient de contingence	,386			
R de Pearson	-,141			
Corrélation de Spearman	-,105			
N d'observations valides	200			
8 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,32.				

Source : Enquête de terrain

- La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $35,015 > 16,919$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR2b. L'analyse inférentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR2b est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

- Vérification HR2c : Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur

- La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR2c) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR2c : Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté

Ho : Le respect des droits des travailleuses de sexe n'a pas une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté.

- La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q10 et Q22 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 9 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 40: tableau de contingence pour HR2c

Tableau croisé						
Q10. Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté		Q22. L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe				Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	
Tout à fait d'accord	Effectif	15	83	4	8	110
	Effectif théorique	22,6	74,8	8,3	4,4	110,0
D'accord	Effectif	21	30	0	0	51
	Effectif théorique	10,5	34,7	3,8	2,0	51,0
Pas d'accord	Effectif	0	11	7	0	18
	Effectif théorique	3,7	12,2	1,3	,7	18,0
Tout à fait en désaccord	Effectif	5	12	4	0	21
	Effectif théorique	4,3	14,3	1,6	,8	21,0
Total	Effectif	41	136	15	8	200
	Effectif théorique	41,0	136,0	15,0	8,0	200,0

Source : Enquête de terrain

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 41: *résultat du test du Khi deux*

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	58,926	9	,000	16,919
Rapport de vraisemblance	54,875	9	,000	
Association linéaire par linéaire	1,339	1	,247	
Coefficient de contingence	,477			
R de Pearson	,082			
Corrélation de Spearman	-,054			
N d'observations valides	200			
9 cellules (56,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,72.				

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $58,926 > 16,919$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR2c. L'analyse inférentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR2c est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté

5.1.3. Vérification de l'hypothèse N°3

Rappel de l'hypothèse N°3 : la communication pour le changement du comportement social a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

- Vérification HR3a : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR3a) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR3a : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

Ho : Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste ne contribue pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

- La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q9 et Q18 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 4 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 42: *contingence pour HR3a*

Tableau croisé					
Q09. Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q18. La distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe			Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Tout à fait d'accord	Effectif	67	40	6	113
	Effectif théorique	47,5	46,9	18,6	113,0
D'accord	Effectif	6	43	24	73
	Effectif théorique	30,7	30,3	12,0	73,0
Pas d'accord	Effectif	11	0	3	14
	Effectif théorique	5,9	5,8	2,3	14,0
Total	Effectif	84	83	33	200
	Effectif théorique	84,0	83,0	33,0	200,0

Source : Enquête de terrain

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 43: *résultat du test du khi deux*

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	65,137	4	,000	9,488
Rapport de vraisemblance	78,859	4	,000	
Association linéaire par linéaire	9,746	1	,002	
Coefficient de contingence	,496			
R de Pearson	,221			
Corrélation de Spearman	,376			
N d'observations valides	200			
10 cellules (62,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,42.				

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $65,137 > 9,488$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR3a. L'analyse inférentielle des données montre que $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$. Dès lors, HR3a est retenu et H_0 est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit, Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

- Vérification HR3b : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR3b) et de l'hypothèse nulle (H_0).

HR3b : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

H_0 : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) ne contribue pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

➤ La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé.

Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q15 et Q21 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 9 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 44: *contingence pour HR3b*

Tableau croisé						
Q15. L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q21. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie Post-exposition (PPE) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe				Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Tout à fait en désaccord	
Tout à fait d'accord	Effectif	79	30	28	21	158
	Effectif théorique	69,5	49,8	22,1	16,6	158,0
D'accord	Effectif	9	22	0	0	31
	Effectif théorique	13,6	9,8	4,3	3,3	31,0
Pas d'accord	Effectif	0	4	0	0	4
	Effectif théorique	1,8	1,3	,6	,4	4,0
Tout à fait en désaccord	Effectif	0	7	0	0	7
	Effectif théorique	3,1	2,2	1,0	,7	7,0
Total	Effectif	88	63	28	21	200
	Effectif théorique	88,0	63,0	28,0	21,0	200,0

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 45: résultat du test du khi deux

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	60,305	9	,000	16,919
Rapport de vraisemblance	66,594	9	,000	
Association linéaire par linéaire	1,348	1	,246	
Coefficient de contingence	,481			
R de Pearson	-,082			
Corrélation de Spearman	,040			
N d'observations valides	200			
10 cellules (62,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,42.				

Source : Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $60,305 > 16,919$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR3b. L'analyse différentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR3b est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

- Vérification HR3c : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

➤ La première étape : formulation de l'hypothèse alternative (HR3c) et de l'hypothèse nulle (Ho).

HR3c. : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

Ho : L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) ne contribue pas à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

- La deuxième étape : présentation des tableaux de contingence entre les variables de nos hypothèses de recherche. Pour chacune d'elles, cette étape nous donnera un tableau croisé. Pour cette hypothèse le tableau de contingence comportant les items Q15 et Q23 a été retenu sachant que pour tout croisement, la valeur calculée du χ^2 pour un nombre de degré de liberté égal à 6 était supérieure à celle du χ^2 lu.

Tableau 46: contingence pour HR3c

Tableau croisé					
Q15. L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe		Q23. Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe			Total
		Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	
Tout à fait d'accord	Effectif	83	75	0	158
	Effectif théorique	70,3	65,6	22,1	158,0
D'accord	Effectif	6	8	17	31
	Effectif théorique	13,8	12,9	4,3	31,0
Pas d'accord	Effectif	0	0	4	4
	Effectif théorique	1,8	1,7	,6	4,0
Tout à fait en désaccord	Effectif	0	0	7	7
	Effectif théorique	3,1	2,9	1,0	7,0
Total	Effectif	89	83	28	200
	Effectif théorique	89,0	83,0	28,0	200,0

- La troisième étape : présentation des résultats des différents calculs effectués pour aboutir au Test statistique Khi-deux

Tableau 47: résultat du test du khi deux

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	136,512	6	,000	12,592
Rapport de vraisemblance	119,784	6	,000	
Association linéaire par linéaire	94,829	1	,000	
Coefficient de contingence	,637			
R de Pearson	,690			
Corrélation de Spearman	,552			
N d'observations valides	200			
7 cellules (58,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,56.				

Source.: Enquête de terrain

➤ La quatrième étape : Décision

D'après la règle de décision du Khi-deux (χ^2), nous constatons que la valeur calculée (χ^2 cal) est supérieure à la valeur lue (χ^2 lu) soit $136,512 > 12,592$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR3c. L'analyse différentielle des données montre que χ^2 cal $>$ χ^2 lu. Dès lors, HR3c. est retenu et Ho est rejetée ceci suppose que les variables (dépendante et indépendante) de notre hypothèse ont un lien significatif. Autrement dit L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe

L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe.

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans le cadre de ce chapitre, nous allons interpréter et discuter les résultats obtenus au regard des éléments théoriques consignés dans la première partie du travail. Pour ce faire, nous allons d'abord tester notre hypothèse principale de recherche qui a guidé notre étude, au regard de la discussion que nous mènerons pour chacune de nos hypothèses de recherche. En effet, pour expliquer le problème soulevé par notre étude nous nous sommes attardés sur la théorie de changement de l'action raisonnée et de la prévention. Dans ce chapitre nous ferons également une analyse et description du phénomène et des facteurs du taux d'inflation du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe et enfin nous ferons une proposition des mesures/Stratégies pouvant contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA suivant une période allant de 5 ans.

6.1. Interprétation Et Discussion Des Résultats De L'hypothèse Hr1

HR1 : L'accès aux soins de santé contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.

L'hypothèse selon laquelle l'accès aux soins de santé contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé peut être interprétée et discutée à la lumière de diverses théories du changement de comportement.

La théorie de l'action raisonnée suppose que les individus cherchent à maximiser leurs bénéfices tout en minimisant leurs coûts afin d'atteindre leurs objectifs. Dans le cas des travailleuses de sexe, cela pourrait signifier qu'elles cherchent à éviter le VIH SIDA en prenant des mesures préventives, telles que l'utilisation de préservatifs, et à accéder aux soins de santé lorsque cela est nécessaire. Cependant, pour qu'elles puissent agir de manière réfléchie, elles doivent être informées sur les options de soins et être conscientes des risques associés au VIH SIDA.

La théorie du comportement planifié élargit la théorie de l'action raisonnée en incluant les variables de contrôle comportemental. Les individus doivent être convaincus qu'ils ont suffisamment de contrôle sur leur comportement pour atteindre leurs objectifs. Avec cette théorie, la perspective du choix devient très importante pour les travailleuses de sexe. Elles doivent être informées sur toutes les options de soins possibles pour le VIH SIDA, y compris les coûts et les avantages respectifs, afin de faire un choix éclairé.

Le modèle transthéorique des étapes du changement peut être appliqué aux travailleuses de sexe pour déterminer quelles étapes elles peuvent traverser dans leur quête pour accéder aux soins de santé. Ce modèle suggère que les personnes doivent passer à travers une série d'étapes, notamment le « précontemplation », la « contemplation », la « préparation », l'action et le maintien. Les travailleuses de sexe qui traversent ces étapes et réussissent finalement à accéder aux soins de santé peuvent avoir de meilleurs résultats en matière de prévention et de traitement du VIH SIDA.

Les théories de la prévention sont également pertinentes dans la mesure où les travailleuses de sexe peuvent être encouragées à prendre des mesures préventives, telles que l'utilisation de préservatifs, qui peut réduire leur risque de contracter le VIH SIDA. Les programmes éducatifs de prévention peuvent également être utiles pour informer les travailleuses de sexe sur les risques liés au VIH SIDA et les méthodes préventives.

Le regard économique et sociopolitique peut également être un facteur important à considérer car il peut exister des obstacles financiers ou politiques qui empêchent les travailleuses de sexe d'accéder aux soins de santé nécessaires. Les travailleuses de sexe peuvent avoir des difficultés à payer pour les soins de santé et les médicaments ou elles peuvent avoir peur de stigmatisation ou de discrimination si elles cherchent des soins de santé. Ces facteurs peuvent rendre la prévention et le traitement du VIH SIDA plus difficiles pour les travailleuses de sexe.

Enfin, le modèle psychosocial et le modèle biomédical pourraient contribuer à évaluer les aspects psychologiques et physiologiques liés au VIH et peuvent aider à comprendre comment les travailleuses de sexe peuvent ressentir un handicap social et comment il peut affecter leur santé mentale. Ces aspects psychosociaux peuvent avoir un impact sur leur adhésion à un traitement. Selon la théorie du modèle biomédical, la pratique de soins de santé est essentielle dans la prévention et le traitement des maladies, y compris le VIH/SIDA. Dans le cadre de cette étude, il a été constaté que les travailleuses de sexe ayant un accès aux soins de santé réguliers présentent un taux de prévalence du VIH/SIDA inférieur à celui des travailleuses de sexe qui n'en ont pas.

Cette observation est cohérente avec les résultats de plusieurs études qui ont suggéré que les travailleuses de sexe ayant un accès à des soins de santé de qualité ont une meilleure compréhension des risques et des pratiques préventives du VIH/SIDA, ce qui contribue à une réduction de la prévalence de la maladie (Duff et al., 2018 ; Shannon et al., 2018).

Cette hypothèse est cohérente avec le modèle biomédical qui considère que la santé est simplement une absence de maladie ou de déficience physique. Selon cette hypothèse, en donnant accès aux travailleuses de sexe à des soins de santé appropriés, il est possible de réduire la propagation du VIH/SIDA dans cette population. De plus, les travaux de recherche antérieurs ont montré que l'accès limité aux soins de santé, y compris le dépistage du VIH/SIDA et l'accès aux traitements antirétroviraux, est un facteur important contribuant à la prévalence élevée de la maladie chez les travailleuses de sexe (Shannon et al., 2018 ; Lafort et al., 2017). Dans cette étude, il a été constaté que les travailleuses de sexe ayant un accès aux soins de santé réguliers présentent un taux de prévalence du VIH/SIDA inférieur à celui des travailleuses de sexe qui n'en ont pas. Cette observation est cohérente avec le modèle biomédical, qui met l'accent sur l'importance de l'accès aux soins de santé pour la prévention et le traitement des maladies.

Dans l'ensemble, les théories du changement de comportement peuvent être utiles pour comprendre les différents facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé pour les travailleuses de sexe dans la ville de Yaoundé afin de réduire le taux de VIH SIDA comme hypothèse exposé. Il est important de reconnaître que chaque individu est unique et peut avoir des besoins et des facteurs de motivation différents pour atteindre leurs objectifs.

6.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse Hr2

HR2 : le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé

L'hypothèse selon laquelle le respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé peut également être interprétée et discutée à la lumière de diverses théories du changement de comportement.

La théorie de l'action raisonnée peut être utilisée pour comprendre comment les travailleuses de sexe peuvent être influencées par le respect de leur intégrité physique pour réduire leur risque de contracter le VIH SIDA. Elles peuvent être davantage motivées à prendre des mesures préventives, telles que l'utilisation de préservatifs, si elles se sentent en sécurité et respectées dans leur travail. Le respect de leur intégrité physique peut également les encourager à chercher des soins de santé, car elles peuvent se sentir plus à l'aise de demander de l'aide si elles sont victimes de violence ou d'abus.

Le modèle transthéorique des étapes du changement peut également être pertinent en permettant de comprendre comment les travailleuses de sexe peuvent être encouragées à changer leur comportement en matière de prévention du VIH SIDA. Les travailleuses de sexe peuvent passer par différentes étapes, notamment la « précontemplation », la « contemplation », la « préparation », l'action et le maintien. Le respect de leur intégrité physique peut être un facteur important pour les aider à passer à travers ces étapes et à prendre des mesures pour se protéger contre le VIH SIDA.

Les théories de la prévention peuvent également être utiles, en particulier pour sensibiliser les travailleuses de sexe aux risques liés au VIH SIDA et aux mesures préventives qu'elles peuvent prendre. Si les travailleuses de sexe se sentent respectées et en sécurité, elles peuvent être plus enclines à prendre des mesures préventives, telles que l'utilisation de préservatifs. Les programmes de prévention peuvent également être utiles en leur donnant des informations sur les options de soins de santé et les ressources disponibles en cas de besoin.

Le regard économique et sociopolitique est également pertinent car les travailleuses de sexe peuvent être confrontées à des obstacles financiers et politiques qui limitent leur accès aux soins. Si elles ne peuvent pas gagner suffisamment d'argent pour subvenir à leurs besoins, elles peuvent être moins susceptibles de prendre des mesures préventives et de chercher des soins de santé. Les politiques qui visent à améliorer les conditions économiques et sociales des travailleuses de sexe peuvent donc contribuer à réduire leur vulnérabilité au VIH SIDA.

Le modèle psychosocial et le modèle biomédical devraient également être examinés pour comprendre comment les travailleuses de sexe peuvent se sentir socialement et psychologiquement vulnérables. Les travailleuses de sexe peuvent se sentir stigmatisées et discriminées, ce qui peut affecter leur santé mentale et leur bien-être global. Les politiques qui cherchent à réduire la stigmatisation et à améliorer les conditions sociales et économiques des travailleuses de sexe peuvent contribuer à réduire leur vulnérabilité au VIH SIDA.

Dans l'ensemble, l'intégration de la théorie de l'action raisonnée, du comportement planifié, du modèle transthéorique des étapes de changement, des théories de la prévention, du regard économique et sociopolitique, du modèle psychosocial et du modèle biomédical peut permettre d'obtenir une compréhension plus nuancée des facteurs influençant la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe dans la ville de Yaoundé. Il est important de combiner les approches pour offrir un soutien intégré aux travailleuses de sexe, tant sur le plan éducatif que social et économique, pour prévenir et traiter le VIH SIDA.

6.3. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse Hr3

HS3 : l'éducation et la formation ont un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé

L'hypothèse selon laquelle l'éducation et la formation ont un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé peut être interprétée et discutée à travers diverses théories du changement de comportement.

La théorie de l'action raisonnée peut être utilisée pour comprendre comment l'éducation et la formation peuvent avoir un impact sur le comportement des travailleuses de sexe. Si elles peuvent comprendre les risques liés au VIH SIDA et les mesures préventives qui pourraient réduire leur exposition au VIH SIDA, elles peuvent être plus motivées à adopter des comportements préventifs, tels que l'utilisation de préservatifs. Les travailleuses de sexe peuvent également être plus enclines à chercher des soins de santé réguliers pour diagnostiquer et traiter le VIH SIDA s'ils en ont la connaissance.

Le modèle Trans théorique des étapes du changement est également pertinent, les travailleuses de sexe pouvant passer par différentes étapes, notamment la « pré contemplation », la « contemplation », la « préparation », l'action, et le maintien. L'éducation et la formation peuvent aider les travailleuses de sexe à passer de la « précontemplation » à la « contemplation » en sachant comment le VIH SIDA est transmis et les mesures préventives à prendre. L'éducation et la formation peuvent également aider les travailleuses de sexe à avancer dans ces étapes jusqu'au maintien, en devenant plus confiantes dans leur capacité à prendre des mesures pour se protéger contre le VIH SIDA.

Les théories de la prévention peuvent également être utiles pour comprendre comment l'éducation et la formation peuvent avoir un impact sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe. Les programmes de prévention peuvent offrir des opportunités pour l'éducation et la formation, en fournissant des informations sur la prévention et les soins de santé. Ces programmes peuvent également aider les travailleuses de sexe à surmonter leurs difficultés pratiques, telles que l'accès à des préservatifs et à des soins de santé abordables.

Le regard économique et sociopolitique est également pertinent car les travailleuses de sexe peuvent être confrontées à des obstacles financiers et politiques qui limitent leur accès à l'éducation et à la formation. Si elles ne peuvent pas gagner suffisamment d'argent pour

subvenir à leurs besoins ou si l'éducation est peu accessible pour certaines raisons, elles peuvent être moins susceptibles de prendre des mesures préventives et de chercher des soins de santé adéquats.

Le modèle psychosocial est également important car les travailleuses de sexe peuvent être stigmatisées et discriminées, ce qui peut affecter leur capacité d'apprentissage et leur motivation à changer de comportement. L'éducation et la formation peuvent aider les travailleuses de sexe à développer les compétences sociales, telles que la communication pour naviguer dans des situations potentiellement risquées.

Le modèle biomédical est également pertinent dans le cadre de la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe à travers l'éducation et la formation. Les travailleuses de sexe peuvent être plus enclines à adopter des comportements préventifs s'il existe des médicaments efficaces pour traiter le VIH SIDA. Les avancées dans le traitement du VIH SIDA, tels que la trithérapie peuvent également inciter les travailleuses de sexe à se soucier davantage de leur état de santé et chercher des soins de santé réguliers.

Dans l'ensemble, l'intégration de la théorie de l'action raisonnée, du comportement planifié, du modèle transthéorique des étapes de changement, des théories de la prévention, du regard économique et sociopolitique, du modèle psychosocial et du modèle biomédical peut permettre une compréhension plus fine de l'impact de l'éducation et de la formation sur la réduction du taux de prévalence du VIH SIDA chez les travailleuses de sexe à Yaoundé. Il est important de mener des programmes de prévention qui intègrent l'éducation et la formation pour sensibiliser les travailleuses de sexe sur les mesures préventives et les soins de santé disponibles. En outre, une attention particulière doit être portée aux obstacles économiques, sociaux et politiques qui peuvent entraver l'accès des travailleuses de sexe à l'éducation et à la formation, pour garantir leur succès à long terme.

6.4. Synthèse des discussions

Les hypothèses discutées dans ce sujet ont toutes en commun l'objectif de réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé. Pour atteindre cet objectif, les théories du changement de comportement sont convoquées pour comprendre ce qui peut favoriser ou entraver les changements de comportement chez les individus.

La première hypothèse suggère que l'accès aux soins de santé est un facteur important contribuant à la réduction du taux de prévalence. Dans ce cas, la théorie de l'action raisonnée

et le modèle transthéorique des étapes de changement peuvent être convoqués pour identifier les attitudes et les croyances qui influencent le comportement des travailleuses du sexe en matière de santé. Il est important de comprendre les facteurs qui motivent les travailleuses du sexe à chercher des soins de santé et les obstacles qui peuvent les empêcher d'y accéder.

La deuxième hypothèse suggère que le respect de l'intégrité physique des travailleuses du sexe a un impact significatif sur la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA. Ici, les théories du respect des droits de l'homme, du comportement planifié et du modèle économique et sociopolitique peuvent être convoquées pour comprendre comment les travailleuses du sexe peuvent être protégées de la violence et de l'exploitation sexuelles. En outre, il est important de comprendre les attentes et les craintes des travailleuses du sexe face aux interventions destinées à les protéger contre la violence.

La troisième hypothèse suggère que l'éducation et la formation peuvent contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe. Dans ce cas, les approches éducatives basées sur les théories de la prévention, du modèle psychosocial et du modèle biomédical peuvent être convoquées pour comprendre comment l'éducation et la formation peuvent aider les travailleuses du sexe à comprendre les causes et les risques associés à la transmission du VIH/SIDA et à adopter des comportements préventifs.

En synthèse, pour réussir à réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de Yaoundé, il est important d'utiliser une approche intégrée qui combine des interventions basées sur les théories du changement de comportement. La fourniture d'un accès adéquat aux soins de santé, la protection contre la violence et l'exploitation, ainsi que l'éducation et la formation sont toutes des interventions potentiellement efficaces qui peuvent contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de Yaoundé.

6.5. Description et analyse du phénomène et des facteurs du taux d'inflation du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

La description et l'analyse du phénomène du taux d'inflation du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe est lié à l'insuffisance des modalités d'accompagnement socioéducatif existant.

Le phénomène d'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe est multifactoriel. Tout d'abord, les travailleuses de sexe sont souvent confrontées à des conditions de travail précaires, qui les rendent vulnérables à l'infection par le VIH/SIDA. Elles

sont souvent contraintes de travailler dans des conditions insalubres, sans accès à des préservatifs ou à des soins de santé adéquats. Le taux d'inflation du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé est un phénomène préoccupant. Les travailleuses de sexe sont considérées comme une population clé pour la transmission du VIH/SIDA en raison de leur exposition élevée aux comportements à risque, tels que les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues.

Les travailleuses de sexe sont également confrontées à des obstacles importants pour accéder aux services de santé et de prévention du VIH/SIDA. La stigmatisation et la discrimination sont courantes, ce qui peut les empêcher de se faire dépister et de recevoir des traitements appropriés. Les travailleuses de sexe peuvent également avoir des difficultés à payer pour ces services, ce qui peut les empêcher d'accéder aux soins de santé et les empêche de bénéficier de programmes de prévention du VIH/SIDA. Elles sont souvent marginalisées et exclues de la société, ce qui les rend encore plus vulnérables à l'infection.

En outre, les travailleuses de sexe peuvent travailler dans des conditions précaires, telles que des lieux de travail insalubres et dangereux, ce qui peut les exposer à des risques de santé. Elles peuvent également être victimes de violence et d'abus, ce qui peut les amener à adopter des comportements à risque.

Enfin, les travailleuses de sexe sont souvent confrontées à des problèmes de dépendance à la drogue et à l'alcool, ce qui augmente leur vulnérabilité à l'infection par le VIH/SIDA. Les drogues injectables sont particulièrement dangereuses, car elles peuvent être contaminées par le VIH/SIDA.

Tous ces facteurs contribuent à l'augmentation du taux d'infection au VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé. Pour réduire ce taux, il est important de mettre en place des stratégies de prévention et de traitement qui prennent en compte les besoins spécifiques de cette population. Cela peut inclure des campagnes de sensibilisation, des programmes de prévention et de traitement, ainsi que des mesures pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

En somme, le phénomène d'inflation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe est un problème complexe qui est lié à des facteurs sociaux, économiques et comportementaux. Il est donc nécessaire de mettre en place des programmes de prévention et d'accompagnement adaptés aux besoins spécifiques des travailleuses de sexe pour réduire la prévalence du VIH/SIDA chez ces femmes et pour améliorer leur santé et leur bien-être.

Eu égard aux nombreuses difficultés auxquelles font face les travailleuses de sexe comme nous avons pu les identifier plus haut à travers la description et l'analyse du phénomène et des facteurs du taux d'inflation de la prévalence du VIH/SIDA au sein de leur communauté au vue des résultats collecté sur le terrain, nous proposons ci-dessous des propositions visant à contribuer à la réduction du taux de prévalence.

6.6. Proposition des mesures/Stratégies pouvant contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

6.6.1. Mesures et stratégies pour contribuer à la réduction du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe

Nous pensons que pour faire reculer le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe il faut :

- La sensibilisation sur les risques et les moyens de prévention du VIH/SIDA, via des campagnes d'information, des séances de formation, des supports de communication adaptés, animées par des pairs éducateurs ou des personnes clés de la communauté.
- L'organisation de programmes de prise en charge psychologique, sociale et médicale, pour aider les travailleuses de sexe vivant avec le VIH/SIDA à mieux gérer leur santé et leur bien-être, et à réduire la stigmatisation et la discrimination dont elles sont souvent victimes.
- Le renforcement de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, en particulier la distribution de préservatifs, la mise en place de centres de dépistage et de traitement du VIH/SIDA, la planification familiale, ou encore la vaccination contre les infections sexuellement transmissibles.
- La promotion de la réduction des risques et des dommages, à travers l'utilisation de seringues stériles, la limitation des pratiques à risque, le soutien à l'abstinence, ou encore l'amélioration des conditions de travail (logement, sécurité, reconnaissance).
- La facilitation de l'accès à des alternatives économiques viables, pour permettre aux travailleuses de sexe de sortir du cycle de la pauvreté et de la vulnérabilité, et de préserver leur santé et leur dignité.
- La mobilisation des communautés, la participation des travailleuses de sexe et des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ainsi que la coordination avec les autorités publiques, les organisations locales et internationales, les services de santé et les autres acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA.

6.6.2. Plan d'action pour contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe à Yaoundé

La mise en place d'un plan d'action pour réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe à Yaoundé pourrait comprendre les étapes suivantes :

- Élaboration d'un diagnostic de la situation actuelle des travailleuses de sexe à Yaoundé : Il s'agit d'obtenir une vision globale de la situation des travailleuses de sexe à Yaoundé, en identifiant les enjeux, les besoins, les opportunités et les limites liées à la prévention et à la prise en charge du VIH/SIDA. Ce diagnostic pourrait impliquer des études de terrain, des enquêtes, des analyses documentaires, des discussions avec les parties prenantes et les membres des communautés.
- Définition d'une vision et d'un plan d'action : En se basant sur le diagnostic réalisé, il s'agit de définir une vision partagée de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe à Yaoundé, qui serait portée par l'ensemble des acteurs concernés. Cette vision devrait être étayée par un plan d'action décrivant les objectifs, les cibles, les stratégies, les activités, les indicateurs, les ressources et les délais.
- Mobilisation et coordination des parties prenantes : Pour implémenter le plan d'action, il est essentiel de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, tels que les travailleuses de sexe, les organisations de la société civile, les autorités publiques, les médias, les communautés et les partenaires techniques et financiers. La coordination entre les acteurs est également cruciale, pour éviter les doublons, renforcer la complémentarité et assurer une meilleure synergie.
- Mise en œuvre du plan d'action : Une fois les objectifs et les activités définis, il convient de les mettre en œuvre, en impliquant les acteurs clés et en suivant rigoureusement les indicateurs définis. Il est important d'assurer la qualité, la pertinence, la durabilité et l'efficacité des interventions mises en place, en s'appuyant sur des mécanismes de suivi, d'évaluation et de capitalisation.
- Évaluation et capitalisation : L'évaluation de l'impact des interventions mises en œuvre est cruciale pour ajuster les stratégies, optimiser les résultats et renforcer les réussites. Les leçons apprises et les bonnes pratiques devraient être capitalisées, pour nourrir de futurs projets et améliorer la qualité des interventions dans le temps.

Ce plan d'action pourrait être mis en œuvre sur une période de 5 ans pour une intervention en action communautaire dont l'objectif est de contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe dans la ville de Yaoundé afin d'atteindre

l'un des objectifs du développement durable et réduire le taux de prévalence du VIH au sein de la population camerounaise en générale car pour atteindre l'émergence en 2035 le Cameroun a besoin de toute sa population et celle-ci pour être productive doit être en bonne santé

Année 1 :

- Établir un partenariat avec les organisations communautaires locales pour identifier les travailleuses de sexe et établir un contact avec elles.
- Organiser des séances de sensibilisation pour les travailleuses de sexe sur les risques liés au VIH/SIDA et les moyens de prévention.
- Mettre en place des programmes de dépistage du VIH/SIDA pour les travailleuses de sexe, en collaboration avec les centres de santé locaux.
- Former les travailleuses de sexe à l'utilisation des préservatifs et à la négociation de rapports sexuels protégés avec les clients.
- Établir des groupes de soutien pour les travailleuses de sexe afin de les aider à faire face à la stigmatisation et à la discrimination.

Année 2 :

- Renforcer les programmes de dépistage du VIH/SIDA en élargissant l'accès aux tests de dépistage et en offrant des services de conseil et de traitement.
- Organiser des séances de formation pour les travailleuses de sexe sur les moyens de réduire les risques liés au VIH/SIDA, y compris la réduction des comportements à risque et l'utilisation de préservatifs.
- Établir des partenariats avec les entreprises locales pour offrir des services de santé et de prévention du VIH/SIDA aux travailleuses de sexe.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences de vie, y compris la gestion financière et la résolution de problèmes.

Année 3 :

- Établir des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les clients des travailleuses de sexe, y compris des séances de sensibilisation et des programmes de dépistage.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences professionnelles, y compris la gestion de leur entreprise et la négociation de tarifs équitables.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences sociales, y compris la communication et la résolution de conflits.

Année 4 :

- Établir des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les partenaires des travailleuses de sexe, y compris des séances de sensibilisation et des programmes de dépistage.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences de leadership, y compris la prise de décision et la gestion de conflits.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences en matière de santé, y compris la nutrition et l'exercice physique.

Année 5 :

- Évaluer l'impact de l'intervention en action communautaire sur la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe.
- Établir des programmes de suivi pour les travailleuses de sexe, y compris des séances de conseil et de soutien.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences en matière de développement personnel, y compris la confiance en soi et l'estime de soi.
- Établir des programmes de formation pour les travailleuses de sexe sur les compétences en matière de développement professionnel, y compris la planification de carrière et la recherche d'emploi.

Ce plan d'action est conçu pour être mis en œuvre sur une période de 5 ans et vise à réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe dans la ville de Yaoundé en utilisant une approche holistique qui prend en compte les besoins spécifiques de cette population.

Diagramme synthétique du plan d'action proposé

Élaboration d'un diagnostic de la situation actuelle des travailleuses de sexe en prenant en compte leurs besoins et leurs avis et la mise sur pieds des activités en lien avec la prévention de la transmission du VIH/SIDA et toutes les activités connexes



Renforcer les programmes de dépistage du VIH/SIDA et la création des partenariats avec des structures sanitaires pour faciliter l'accès aux soins de santé et aux droits sanitaires tout en insistant sur la formation des TS sur les moyens de réduction des risques, les compétences de vie et la résolution des problèmes.



Établir des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les clients des travailleuses de sexe, y compris des séances de sensibilisation et des programmes de dépistage et établir des programmes de formation pour les TS et leurs clients sur les compétences sociales, y compris la communication pour la négociation du port du préservatif et la résolution de conflits.



Établir des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les partenaires des TS, y compris des séances de sensibilisation et des programmes de dépistage et des programmes de formation des TS sur les compétences de leadership, y compris la prise de décision et la nutrition.



Évaluer l'impact de l'intervention en action communautaire sur la prévalence du VIH/SIDA chez les TS et établir des programmes de suivi de ces dernières sans oublier les programmes de formations en développement personnel.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Après avoir mené une recherche approfondie sur ce sujet, il est clair que les travailleuses du sexe sont un groupe vulnérable en ce qui concerne la transmission du VIH/SIDA. Les facteurs de risque comprennent la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté, l'absence de protection juridique et la violence sexuelle. Les modalités d'accompagnement socioéducatif peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé.

Tout d'abord, il est important de souligner que les travailleuses du sexe sont un groupe vulnérable en ce qui concerne la transmission du VIH/SIDA. Les facteurs de risque comprennent la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté, l'absence de protection juridique et la violence sexuelle. Ces facteurs peuvent rendre les travailleuses du sexe plus susceptibles de contracter le VIH/SIDA et de transmettre le virus à d'autres personnes.

Ensuite, il est important de noter que les modalités d'accompagnement socioéducatif peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé. Les programmes qui incluent des interventions de prévention du VIH/SIDA, des services de santé sexuelle et reproductive, des conseils et des tests de dépistage du VIH/SIDA, ainsi que des programmes de formation professionnelle et de développement des compétences, peuvent aider à améliorer la santé et le bien-être des travailleuses du sexe et à réduire la transmission du VIH/SIDA dans cette population vulnérable.

Enfin, il est important de souligner que les résultats de cette étude ont montré que les programmes d'accompagnement socioéducatifs qui incluent ces interventions peuvent aider à réduire la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé. Cela suggère que les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les autres parties prenantes devraient investir dans ces programmes pour aider à réduire la transmission du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe et améliorer leur santé et leur bien-être.

En résumé, l'analyse de la conclusion de notre sujet de recherche montre que les modalités d'accompagnement socioéducatif peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé. Les programmes qui incluent des interventions de prévention du VIH/SIDA, des services de santé sexuelle et reproductive, des conseils et des tests de dépistage du VIH/SIDA, ainsi que des programmes de formation professionnelle et de développement des compétences, peuvent aider

à améliorer la santé et le bien-être des travailleuses du sexe et à réduire la transmission du VIH/SIDA dans cette population vulnérable.

Les résultats de cette étude ont montré que les programmes d'accompagnement socioéducatif qui incluent des interventions de prévention du VIH/SIDA, des services de santé sexuelle et reproductive, des conseils et des tests de dépistage du VIH/SIDA, ainsi que des programmes de formation professionnelle et de développement des compétences, peuvent aider à réduire la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe.

En conclusion, les modalités d'accompagnement socioéducatif peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé. Les programmes qui incluent des interventions de prévention du VIH/SIDA, des services de santé sexuelle et reproductive, des conseils et des tests de dépistage du VIH/SIDA, ainsi que des programmes de formation professionnelle et de développement des compétences, peuvent aider à améliorer la santé et le bien-être des travailleuses du sexe et à réduire la transmission du VIH/SIDA dans cette population vulnérable.

BIBLIOGRAPHIE

- Act on Violence Against Women (1999). *Ministry of Government Administration and Home Affairs*. République de Corée.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In M. Fishbein (Ed.), *Action control* (pp. 11-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational and Human Decision Processes*, 50, p.179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), p.665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01445.x>
- Aktouf, O. (1987). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Angers, R. (1992). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Baral, S., Logie, C., Grosso, A., Wirtz, A., & Beyrer, C. (2013). *Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics*. *BMC Public Health*, 13, 482. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-482>
- Barre-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., ... & Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), p.868-871.
- Barreyre, J., Bonniol, J.L, Chaperon, S., & Temerak, L. (1995). Les enfants et leurs jardins ouvriers : expériences de participation. *Recherche sociale*, (142), p.18.
- Bédard, M. (2012). Tourists' perceptions of female sex tourists: An analysis of online reviews of sex tourism in the Caribbean. *Journal of Tourism Consumption and Practice*, 4(2), p.17-33.
- Bedford, K. (2010). *Sex trafficking and human rights in a globalized world*. Nova Science Publishers.

- Brisson, P. (1997). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- C2R Bourgogne. (2004). *Le concept d'accompagnement*.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Acting in an uncertain world: An essay on technical democracy*. MIT Press.
- Calvez, M. (2004). *La santé publique*. Armand Colin.
- Creswell, J. W. (2002). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Sage.
- Daalder, A. L. (2007). Adolescent sexuality: Disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), p.98-110.
- Damant, D., Mathews, K., & Scott, J. (2006). *The aged care workforce in Australia*. Social Policy Research Centre. Sydney. (Duplicate entry, please remove.)
- Damant, D., Mathews, K., & Scott, J. (2006). The aged care workforce in Australia. *Working with Older People*, 10(3), p.22-25.
- Desyllas, M., Hallgrimsdottir, H., & Benoit, C. (2013). Harm reduction and the street-level sex trade: A Canadian pilot study. *Health & Place*, p.22, 60-67.
- Dozon, J. P. (1999). *Anthropologie de la santé*. Armand Colin.
- Dubost, J. (1987). *L'Afrique nouvelle : de l'indépendance à nos jours*. Hachette Littératures.
- Durkheim, E. (1963). *Suicide: A study in sociology*. Free Press.
- Ebodé, F. (1994). *L'apprentissage de la santé et de l'hygiène en Afrique*. L'Harmattan.
- Filloux, J.C. (1994). Durkheim et l'éducation. *Education et sociétés*, 1(1), p.61-70.
- Fischl, M. A., Richman, D. D., Hansen, N., Collier, A. C., Carey, J. T., Para, M. F., ... & Powderly, W. G. (1987). The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex: A double-blind, placebo-controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 317(4), p.185-191.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

- Fonkeng, E., Chaffi, A., & Bonda, M. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*.
- Fourez, G. (2002). *La construction des sciences : Introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*. De Boeck Supérieur.
- Giger, J. N. (2008). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Gosselin, A. (2005). *La psychopédagogie des émotions : Comment les découvrir et les utiliser*. Éditions d'Organisation.
- Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., & Fan, P. T. (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *New England Journal of Medicine*, 305(24), p.1425-1431.
- Grawitz, M. (1990). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Dalloz.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Dalloz.
- Guillemaut, F. (2009). La réduction des risques liés au VIH/sida.
- Hallgrimsdottir, H., Benoit, C., & Jansson, M. (2006). From bad to worse? A comparison of the health of married and street-involved women sex workers. *Women's health issues*, 16(2), p.108-116.
- Hammer, S. M., Squires, K. E., Hughes, M. D., Grimes, J. M., Demeter, L. M., Currier, J. S., ... & Martinez, A. I. (1997). A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. *New England Journal of Medicine*, 337(11), p.725-733.
- Herzlich, C. (2005). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Presses Universitaires de France.
- Ngamaleu H & Mboe G. (2021). L'intention d'utiliser le préservatif féminin au Cameroun : une analyse du comportement planifié.
- Jacquey-Vazquez, B. (2018). L'accompagnement social : Les valeurs de l'accompagnement socio-éducatif.

- Kippax, S. (2008). Understanding and integrating the structural and biomedical determinants of HIV infection: A way forward for prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 3(4), p.489-494. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283036f34>
- Landry, R. (2004). *Public policy in Canada: An introduction*. Thomson Educational Publishing.
- Lascoumes, P. (1994). La gouvernance des risques. *Politix*, 7(28), p7-30.
- Laskowski, S. R. (2002). Communicating health risks to the public: A global perspective. *Revista Médica de Chile*, 130(9), p.1015-1022.
- Légardèz, A. (2006). *L'éveil à l'écriture : Enseigner à lire et à écrire à l'école*. Armand Colin.
- Les Presses de l'Université Laval. (1994). *La santé publique au Québec*.
- Lupton, D., Chapman, S., & Lupton, D. (1995). *The fight for public health: Principles and practice of media advocacy*. Sage Publications.
- Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: A systematic review. *The Lancet*, 368(9547), p.1581-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69662-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69662-1)
- Mimché, H. (2018). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Nkoum, G. (2006). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Nkoum, G. (2007). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Noumbissie, A. (2010). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- ONSIDA. (2015b). *Rapport mondial sur le VIH/SIDA 2015. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)*.
- Paicheler, G. (2000). *Les drogues : Un piège*. Presses Universitaires de France.
- Park, J. N., Papworth, E., Kassegne, S., Moukam, L., Billong, S. C., Macauley, I., . . . Baral, S. D. (2013). HIV prevalence and factors associated with HIV infection among men who have sex with men in Cameroon.
- Paul, M. (2009). Autour du mot accompagnement. *Recherche et formation*, (62), 129.

- Paul, M. (2012). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.
- Pheterson, G. (2001a). *The prostitution prism*. Amsterdam University Press.
- Pheterson, G. (2001b). *The prostitution prism*. Amsterdam University Press.
- Plan Stratégique National 2011-2015. (2011).
- Plan Stratégique National 2018-2022. (2018).
- Poulin, J. (2008a). Les contraintes affectives et cognitives dans la décision d'avoir un enfant chez les Canadiens français et anglophones. *Revue canadienne de sociologie*, 45(3), p.357-375.
- Poulin, J. (2008b). Les contraintes affectives et cognitives dans la décision d'avoir un enfant chez les Canadiens français et anglophones. *Revue canadienne de sociologie*, 45(3), p.357-375.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen & R. M. Eisler (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 28, pp. 183-218). Sycamore Press.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Raymond, J. L. (2004). Criminalizing the clients: A comparative study. In *Women's Social Activism in the New Ukraine: Development and the politics of differentiation* (pp. 319-334). Routledge.
- Rey-Deboue, J., & Rey, A. (2015). *Le Petit Robert*. Le Robert.
- St-Pierre, M. (1998). *La santé publique*. Gaëtan Morin.
- Tamoufe, U., & Medang, R. (2009). *Seroepidemiological and behavioural investigation of HIV/AIDS and syphilis in Cameroon sex workers*. UNFPA and Johns Hopkins Global Viral Forecasting Initiative Final report.
- Thomas, J. R., & Alaphilippe, D. (1983). *La santé publique*. Presses Universitaires de France.
- Touzard, P. (1998). *Le temps et la méthode : Une introduction à la recherche qualitative*. Gaëtan Morin Éditeur.

Tremblay, M. (2003). *L'image de l'enseignant*. Chenelière Éducation.

Public health interventions in the WHO Eastern Mediterranean Region for the prevention and control of HIV, STI and viral hepatitis. World Health Organization.

UNAIDS. (1999). *Declaration of commitment on HIV/AIDS: UN General Assembly special session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. (2013). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. UNAIDS.

Weir, S., Merli, M. G., Li, J., Gandhi, A., Neely, W., et al. (2012). A comparison of respondent-driven and venue-based sampling of female sex workers in Liuzhou, China. *Sexually Transmitted Infections*, 88(Suppl 2), i95-i101. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050450>

Weitzer, R. (2009). Sociology of sex work. *Annual Review of Sociology*, 35, p.213-234.

Weitzer, R. (2011). New directions in research on human trafficking. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), p.1355-1374.

World Health Organization, & Department of HIV/AIDS. (2010). *Towards universal access: Scaling up public health interventions in the WHO Eastern Mediterranean Region for the prevention and control of HIV, STI and viral hepatitis*. World Health Organization.

ANNEXES

- Autorisation de Recherche
- Cartographie de quelques points Chauds où les travailleuses de sexe exercent leur activité avec les horaires et le nombre moyens de filles par endroit
- Quelques photos des activités en communauté au et au DIC auprès des TS
- Questionnaire de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE
DIDACTIQUE DES DISCIPLINES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen
The Dean

N°...../22/UYI/VDSSE/



AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant NGUETSA SIGNING Idris Anderson, Matricule 21V3613, est inscrite en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département d'Education Spécialisée, Filière : Intervention Orientation et Education Extrascolaire, Spécialité : Intervention et Action Communautaire.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du Dr NDJONMBOG Joseph Roger. Son sujet est intitulé: « Modalités d'accompagnements socio-éducatif et réduction de la prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe de la ville de Yaoundé».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir pour la recherche et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider dans son travail.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

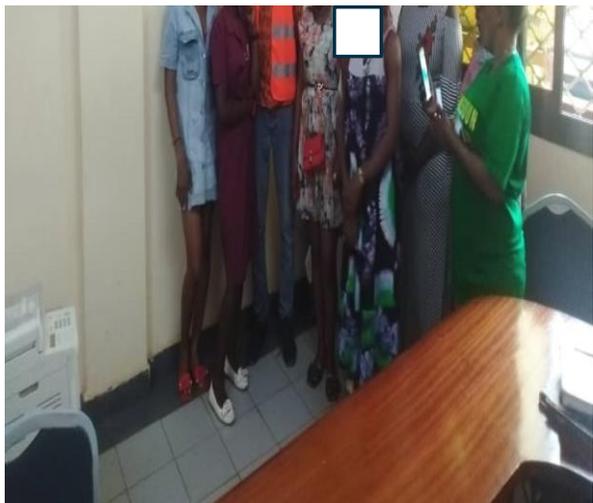
*IP
Lien avec
Faut un
Fait avec
avec possible
ACTE
28/01/23*

Fait à Yaoundé, le 5 JAN 2023

Pour le Doyen et par ordre

PANAMA	NKOLNDONG	NKOLNDON	AUBERGE	NKOLNDONGO	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
DEPOT DE BOIS	NKOLNDONG	NKOLNDON	AUBERGE	NKOLNDONGO	OUI	3	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
DEPOT DE BOIS	NKOLNDONG	MVOGMBI	AUBERGE	NKOLNDONGO	OUI	4	6	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
CIMETIERE	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	NKOLNDONGO	OUI	3	6	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
CONGELCAM	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	CONGELCAM	OUI	3	6	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
KIRIKOU	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	CARREFOUR	OUI	7	13	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
NDA BEGON	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	FACE MAIRIE	OUI	3	7	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
CHEZ MA'A COCO	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	FACE POSTE DE POLICE	OUI	2	7	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
NZIKO	NKOLNDONG	EKOUNOU	AUBERGE	DERRIERE AUBERGE MA'A COCO	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
LA CHICOTE	NKOLNDONG	EKOUNOU	SNACK	DESCENTE CARROSEL	OUI	3	6	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
OMEGA	NKOLNDONG	EKOUNOU	RUE/AUBERGE	DESCENTE CARROSEL	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
CONCORDE	NKOLNDONG	AWAE	AUBERGE	CARREFOUR	OUI	2	6	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
LAVERIE	NKOLNDONG	EMOMBO	AUBERGE	LAVERIE	OUI	2	4	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
ESCALIER	NKOLNDONG	EMOMBO	AUBERGE	BOULANGERIE	OUI	2	6	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
FOKOU	NKOLNDONG	EMOMBO	AUBERGE	QUINCAILLERIE FOKOU	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
CARREFOUR	NKOLNDONG	EMOMBO	AUBERGE	CARREFOUR	OUI	4	8	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
CHEZ ACHILLE	NKOLNDONG	EMOMBO	AUBERGE	APRES LE CARREFOUR	OUI	4	10	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
										LIEU POUVANT PRODUIRE DES RESULTATS
ANCIENNE BRIGADE	NKOLNDONG	NKOABANC	AUBERGE	BRIGADE	OUI	2	8	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
CANNE A SUCRE	NKOLNDONG	NKOABANC	AUBERGE	APRES L'ANCIENNE BRIGADE	OUI	5	9	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
SANTA LUCIA	NKOLNDONG	NKOABANC	AUBERGE	DERRIERE SANTA LUCIA	OUI	3	7	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
AMBIANCE BAR	NKOLNDONG	DEUX CHEV	BAR/AUBERGE	CARREFOUR DEUX CHEVAUX	OUI	4	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
IDEAL HOTEL	DJOUNGOLO	NLONGKAK	HOTEL	ROND POINT NLONGKAK	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
DJAKOU BAR	DJOUNGOLO	MVOGADA	BAR	MOBILE MVOGADA	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
FLORIDA	DJOUNGOLO	NKOLMESS	SNACK	CARREFOUR SAFARI	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
VATICAN	DJOUNGOLO	NKOLMESS	SNACK	A LA CHEFERIE	OUI	2	4	TOUS LES JOURS	24H/24H	LIEU POUVANT PRODU
MACADAM	DJOUNGOLO	NLONGKAK	SNACK	ROND POINT NLONGKAK	OUI	2	4	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
RAIL	DJOUNGOLO	NGOUSSO	TERRE	HOPITAL GENYCO	OUI	1	3	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
BORNE 10	NKOLNDONG	ODZA	SNACK	STATION TOTAL	OUI	1	5	TOUS LES JOURS	20H-22H	LIEU POUVANT PRODU
ELENDE	NKOLNDONG	NSIMALEN	SNACK	ELENDE CARREFOUR	OUI	2	6	TOUS LES JOURS	06H-06H	LIEU POUVANT PRODU
MAMESSE	NKOLNDONG	NKOLFOUL	SNACK	CARREFOUR	OUI	2	7	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU
LA CHICOTE	NKOLNDONG	OLEMBE	SNACK	ECHANGEUR	OUI	2	5	TOUS LES JOURS	19H-06H	LIEU POUVANT PRODU

**Photo après une causerie éducative sur
l'importance de la PrEP**



**Activité de dépistage dans un point
chaud de la ville de Yaoundé**

179



**Retour d'une activité
tardive en communauté**



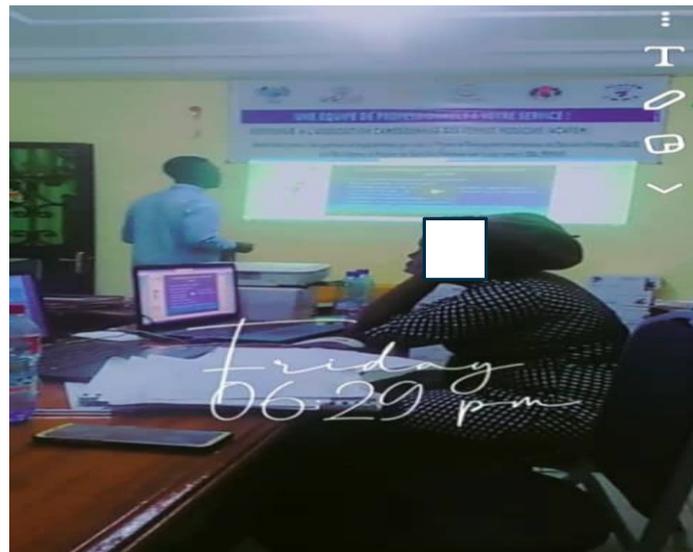
Séance de counselling pré et post test VIH au DIC



Journée conviviale au DIC avec les TS



Atelier de formation des acteurs communautaire sur le counselling pré et post test VIH et la prise en charge des



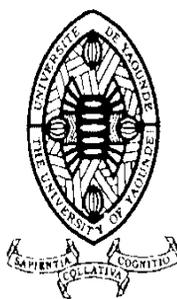
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**CENTRE DE RECHERCHE ET
DE FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES DE L'EDUCATION**

**UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCE DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE**



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

**THE UNIVERSITY OF
YAOUNDE I**

**CENTER FOR RESEARCH
AND DOCTORATE TRAINING IN
SCIENCES OF EDUCATION**

Questionnaire adressé aux travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé (Commune d'arrondissement de Yaoundé IV et VI)

Chère participante ;

Madame, dans le cadre de notre travail de recherche académique à l'Université de Yaoundé 1, en la Faculté des Sciences de l'Education, Nous vous présentons cet outil de collecte d'informations pour mieux éclairer notre recherche donc le thème est « **Modalités d'accompagnement socioéducatif et réduction de la prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé.** », nous menons une étude donc l'objectif vise à contribuer pour la réduction du taux de prévalence du VIH/ SIDA chez les travailleuses de sexe à partir de la proposition des nouvelles modalités d'accompagnements socio-éducatifs., nous vous prions de bien vouloir y participer le plus librement possible ;

Section 1 : Données signalétiques

Consentement

1. J'ai au moins 21 ans. J'ai compris que ma participation est volontaire et que je peux l'interrompre à tout moment sans devoir donner de raisons et sans que mes droits en soient affectés.

1 J'accepte de participer à cette étude (commencer le questionnaire)

2 Je ne désire pas participer à cette étude (abandonner le questionnaire) (Si q1≠1 go to « message de fin »)

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'argent en échange de rapports sexuels au Cameroun ?

1Oui si oui précisez dans quel commune ou quartier

2 Non (Si q2≠1 go to « message de fin »)

Message de fin : Merci pour votre intérêt. Cette enquête s'adresse uniquement aux personnes (femmes travailleuses de sexe) majeures qui ont reçu de l'argent en échange de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

Age

1- quel est votre tranche d'âge ?

1 20 – 29 ans ; 2 30-39 ans ; 3 40-49 ans ; 4 50 ans et plus

Section 1 : Données socio-démographiques

2- Quel est votre plus haut niveau d'éducation ?

1 Sans niveau

2 Primaire

3 Post-Primaire

4 Secondaire

5 Universitaire

3- Quel est votre diplôme le plus élevé ? :

0 Sans réponse 1 Sans diplôme 2 CEPE/CEP/FSLC 3 BEPC/CAP/GCE-OL

4 Probatoire/BP 5 Licence 6 Master/ Maitrise 7 DEA/Doctorat

Section 2 : Modalité d'accompagnements Socio-éducatifs

Modalité 1 : L'Accès aux soins de santé

Cochez la case qui convient : **Tout à fait d'accord (TFA) ; D'accord (DA) ; Ni d'accord, Ni en désaccord (ND, NED) ; En désaccord (EDA) ; Totalement en désaccord (TDA)**

4 - Faites-vous souvent les tests de dépistage du VIH/SIDA ?

Oui si oui précisez Où ?.....

Si non pourquoi ?.....

5- .Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu gratuitement des préservatifs et/ou des fémidoms (préservatifs pour les femmes) au Cameroun ?

1 Oui 2 Non

(Montrer si 5 =1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des préservatifs en quantité suffisante ?

1 Oui 2 Non

N°	Items	TFA	DA	ND,NED	EDA	TDA
6	Les interventions des professionnels de santé et des agents de santé communautaire contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
7	L'utilisation systématique du préservatif contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
8	Le diagnostic et la prise en charge du traitement des infections sexuellement transmissibles contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
9	Les consultations gynécologiques et les visites régulières chez un médecin spécialiste contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					

Modalité 2 : Le Respect de l'intégrité physique des travailleuses de sexe

N°	Items	TFA	DA	ND,NE D	EDA	TDA
10	Le respect des droits des travailleuses de sexe a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA auprès de leur communauté					
11	Les descentes professionnels de santé au sein des communautés ont une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
12	Le suivi des travailleuses de sexe (visite à domicile, dispensation médicaments etc...) a une incidence significative sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					

Modalité 3 : La communication pour le changement du comportement social (CCS).

N°	Items	TFA	DA	ND,NE D	EDA	DA
13	L'éducation (l'information, Le counseling psychosocial, le coaching et le soutien psychologique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
14	La sensibilisation (Journée de mobilisation communautaire, les campagnes communication de masse régulières, distribution du matériel pédagogique) a un apport considérable sur la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					
15	L'éducation et la formation (création des AGR, la formation et l'apprentissage aux petits métiers) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					

Section 3 : Réduction de la prévalence des travailleuses de sexe de la ville de Yaoundé**Modalité 1 : Fréquence de dépistage / prévention**

N°	Items	TFA	DA	ND, NED	EDA	TDA
16	Les dépistages réguliers des travailleuses de sexe contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA.					
17	-Les Tests de diagnostics rapides (TDR) du VIH /SIDA contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe					
18	La distribution et l'utilisation des autotests contribuent à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe					

Modalité2 : Traitement périodique / prise en charge

N°	Items	TFA	DA	ND, NED	EDA	TDA
19	La prise des antirétroviraux (ARV) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
20	La mise sous traitement ARV des personnes nouvellement infectées par le VIH et anciens cas perdus de vue (PDV) contribue à la réduction le taux de prévalence du VIH /SIDA.					
21	La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie Post-exposition (PPE) contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les Travailleuses de Sexe					

Modalité 3 : Taux de prévalence

N°	Items	TFA	DA	ND, NED	EDA	TDA
22	L'examen de charge virale contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					
23	Le dépistage des personnes exposées par classe sociale et groupe de personnes contribue à la réduction du taux de prévalence du VIH /SIDA chez les travailleuses de sexe					

Modalité 4 : Que proposez-vous pour la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe ? (Les besoins des travailleuses de sexe)

- 1La sensibilisation des forces de maintien de l'ordre (Police, gendarmerie etc...)
- 2Le diagnostic et le traitement gratuit des infections sexuellement transmissibles
- 3 les consultations gynécologiques (dépistage du cancer du col de l'utérus, examen PCV, chlamydia, mycoplasme)
- 4Les journée de mobilisation et de sensibilisation communautaires

□5 Les distribution régulière et gratuite des préservatifs masculins, féminins et gels lubrifiants

□ 6 Les médiations familiales et les accompagnements psychologiques

□7 La lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les préjugés en formations hospitalières

□ 8 La promotion du dépistage et l'amélioration de la confidentialité

□9 La prise en charge ARV, Le traitement pré –exposition et post-exposition

Nous vous remercions pour votre participation.

TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vii
TABLEAUX	vii
FIGURES	x
RÉSUMÉ	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	5
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLÈME.....	10
1.2.1. Le constat empirique	10
1.2.1.1. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de vih/sida 2022	10
1.2.2. le constat théorique.....	17
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	18
1.3.1. Question générale de recherche :	18
1.3.2. Questions spécifiques de recherche.....	18
1.4. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	18
1.4.1. Objectif général.....	18
1.4.2. Objectifs spécifiques	19
1.5. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	19

1.5.1. Hypothèse générale de recherche	19
1.5.2. Les hypothèses de recherche spécifiques.....	19
1.6. INTÉRÊT ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE	20
1.6.1. Intérêt de l'étude	20
1.6.2. Pertinence	21
1.7. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE	21
1.7.1. délimitation thématique	21
1.7.2. délimitation spatio-temporelle	22
1.8. DÉFINITION DES CONCEPTS	22
1.8.1. accompagnement.....	23
1.8.2. accompagnement éducatif	29
1.8.3. accompagnement social.....	31
1.8.4. accompagnement socio-éducatif	36
1.8.5. modalités.....	37
1.8.6. prévalence.....	38
CHAPITRE 2 : ÉTAT DE LA QUESTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE	39
2.1. TRAVAILLEUSES DE SEXE : HISTOIRE DE L'EXPRESSION.....	39
2.2. ETAT DU TRAVAIL DE SEXE DANS LE MONDE	41
2.3. PROHIBITION ET LÉGALISATION DU TRAVAIL DE SEXE : UNE VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION DANS LE MONDE.....	44
2.3.1. décriminaliser, criminaliser et légaliser : état du travail de sexe dans le monde.....	45
2.3.2. légalisation de la sexualité à des fins commerciales	47
2.3.2.1. décriminalisation des bordels et de la sollicitation	49
2.3.2.1. décriminalisation pour des besoins de santé publique en nouvelle-zélande	51
2.3.2.3. décriminalisation des maisons de débauche en australie (2003 et 2006-2008).....	51
2.3.2.4. légalisation des maisons closes pour réduire la violence aux états-unis.....	54

2.4. GÉNÉRALITÉS SUR LE VIH /SIDA	56
2.4.1. l'histoire du vih/sida.....	56
2.4.2. les modes de transmissions du vih /sida	60
2.4.2.1. transmission par voie sexuelle	60
2.4.2.2. transmission due au partage d'aiguilles et de seringues.....	61
2.4.2.3. transmission de la mère à l'enfant	61
2.4.2.4. transmission au cours d'une transfusion sanguine.....	61
2.4.3. les modes de prévention du vih/sida.....	62
2.4.3.1. la prophylaxie pré-exposition (prep).....	63
2.4.3.2. treatment as prevention (tasp) / le traitement comme moyen de prévention.....	65
2.4.3.3. conduite à tenir après une prise de risque ou une exposition au virus	65
2.4.4. manifestations cliniques /symptômes de l'infection à vih /sida	66
2.4.4.1. les différents stades de l'infection par le vih/sda	67
2.5. LE SIDA	68
2.5.1. vih/sida et autres pathologies	69
2.5.1.1. vih et cancers	69
2.5.1.2. les autres maladies des personnes infectées par le vih.....	69
2.5.2. l'évolution de l'infection par le vih/sida aujourd'hui.....	71
2.5.3. suivi médical des personnes atteintes vih	75
2.5.3.1. suivi des femmes enceintes	76
2.5.4. traitement /prise en charge des personnes pvvih.....	78
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES	80
3.1. LES THÉORIES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	80
3.1.1. la théorie de l'action raisonnée (1967 ,1980).....	81
3.1.2. la théorie du comportement planifié.....	82
3.1.3. le modèle transthéorique des étapes du changement (1979).....	83

3.2. LES THÉORIES DE LA PRÉVENTION	85
3.2.1. Le regard économique et socio-politique	86
3.2.2. Le modèle psychosocial et culturel	87
3.2.3. Le modèle biomédical	88
DEUXIEME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	89
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	90
4.1. DÉFINITION DES VARIABLES /MODALITÉS/ INDICATEURS.....	90
4.1.1. Les variables	90
4.1.2. Les modalités	91
4.1.3. Les indicateurs	91
4.2. RAPPEL DU PROBLEME ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE	91
4.2.1. Rappel du problème	91
4.2.2. Rappel de question de recherche.....	92
4.3. RAPPEL DES HYPOTHÈSE DE L'ETUDE	92
4.3.1. Rappel de l'hypothèse Générale.....	92
4.3.2. Rappel des hypothèses Spécifique	92
4.4. LES TYPES DE RECHERCHE ET MÉTHODES DE RECHERCHE	103
4.4.1. Type De Recherche	103
4.4.2. Méthodes de recherche	103
4.5. SITE DE L'ÉTUDE.....	104
4.6. POPULATION DE L'ÉTUDE.....	107
4.6.1. Population d'étude	108
4.6.1.1. Population cible	108
4.6.1.3. Population accessible	109
4.7. TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON.....	109
4.7.1. Technique d'échantillonnage	109

4.7.2. Échantillonnage.....	109
4.7.3. Critères de sélection des participantes.....	110
4.8. LES INSTRUMENTS ET DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES DE L'ÉTUDE.....	110
4.8.1. Le questionnaire.....	111
4.8.2. La Démarche de Collecte.....	112
4.5.2.1. La pré-enquête et validation du questionnaire.....	112
4.8.2.2. Le déroulement de la collecte des données et les difficultés.....	113
4.9. ANALYSE TECHNIQUE DES RÉSULTATS OU MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES.....	114
4.9.1. Technique d'analyse des données.....	114
4.9.2. Analyse statistique : le test du Khi-carré.....	115
4.10. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE.....	117
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	118
5.2. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....	134
5.2.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1.....	136
5.1.2. Vérification de l'hypothèse N°2.....	142
5.1.3. Vérification de l'hypothèse N°3.....	147
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	154
6.1. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE HR1 ...	154
6.2. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'HYPOTHÈSE HR2 ...	156
6.3. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'HYPOTHESE HR3 ...	158
6.4. SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS.....	159
6.5. DESCRIPTION ET ANALYSE DU PHÉNOMÈNE ET DES FACTEURS DU TAUX D'INFLATION DU VIH/SIDA CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE.....	160

6.6. PROPOSITION DES MESURES/STRATÉGIES POUVANT CONTRIBUER À LA RÉDUCTION DU TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH/SIDA CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE	162
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	167
BIBLIOGRAPHIE	169
ANNEXES	175
TABLE DE MATIERES	193