

## Prévention combinée et dépistage du VIH chez les travailleuses du sexe : expérience de la clinique santé sexuelle de Ségou, Mali.

### Combined HIV Prevention and Testing among Female Sex Workers: Experience from the Sexual Health Clinic in Ségou, Mali.

Boubacar Bamba KEITA<sup>1</sup>, Boubacar TRAORE<sup>1</sup>, Brehima KEITA<sup>3</sup>, Lamine DIARRA<sup>5</sup>, Fatoumata SIDIBE<sup>3</sup>, Mahamadou DRABO<sup>1</sup>, Mamadou Sayon KEITA<sup>2</sup>, Almahdi AG ALITINI<sup>4</sup>, Bintou KEITA<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> : ARCAD/Santé PLUS, Bamako, Mali. <sup>2</sup> : Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites Virales du Ministère de la Santé et du Développement Social, Bamako, Mali. <sup>3</sup> : Institut National de Santé Publique, Bamako, Mali. <sup>4</sup> : ONG SOUTOURA, Bamako, Mali. <sup>5</sup> : Helen Keller International, Bamako, Mali.

#### Auteur correspondant :

Dr Boubacar Bamba KEITA, MD, MPH Santé publique société et développement, Gestion de Projet/Programme de Santé. Téléphone : +22376816125. [Email : boubacarbambakeita@gmail.com](mailto:boubacarbambakeita@gmail.com)

**Résumé :** Les travailleuses du sexe (TS) constituent une l'une des populations les plus exposées au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST), en raison de leur forte exposition, de conditions précaires et d'obstacles persistants à l'utilisation régulière du préservatif.

Nous avons conduit une étude transversale descriptive basée sur les données de prévention et dépistage du programme communautaire ARCAD/Santé PLUS. Les données, collectées rétrospectivement via le système d'information DHIS2/KOLOCHI, couvraient la période du 1er octobre 2022 au 30 juin 2023 dans la région de Ségou. Les analyses statistiques ont été réalisées avec Excel 2021.

Au total, 2 216 TS ont été sensibilisées. L'évaluation du risque du VIH a montré que 1 150 (52 %) étaient à risque élevé et 1 066 (48 %) à risque moyen ou faible. Parmi les TS à risque élevé, 1 031 (89,6 %) ont accepté le dépistage, dont 91 (9 %) étaient séropositives et 940 (91 %) séronégatives. En parallèle, 940 IST ont été diagnostiquées et 900 traitées. Parmi les 940 séronégatives, 88 % ont accepté la PrEP. En matière de prévention, 16 418 préservatifs et 17 600 lubrifiants ont été distribués.

**Conclusion :** Ce programme a permis d'atteindre une large couverture du dépistage et de la prévention combinée chez les TS. Toutefois, la cible des 95 % fixée par l'OMS n'a pas été atteinte, malgré une bonne acceptabilité des services. Le renforcement de l'équipe et des approches communautaires apparaît essentiel pour optimiser l'accès au dépistage et contribuer au contrôle de l'épidémie de VIH.

**Mots-clés :** Dépistage, Prévention combinée, VIH, IST, Travailleuses du sexe.

**Abstract :** Female sex workers (FSWs) are a key population highly vulnerable to HIV and other sexually transmitted infections (STIs) due to high exposure, precarious working conditions, and persistent barriers to consistent condom use.

We conducted a descriptive cross-sectional study based on prevention and testing data from the ARCAD/Santé PLUS community program. Data were retrospectively collected through the DHIS2/KOLOCHI system from October 1, 2022, to June 30, 2023, in the Ségou region, Mali. Statistical analyses were performed using Excel 2021.

A total of 2,216 FSWs were reached through awareness activities. Risk assessment showed that 1,150 (52%) were at high risk and 1,066 (48%) at moderate or low risk. Among those at high risk, 1,031 (89.6%) accepted HIV testing, of whom 91 (9%) tested positive and 940 (91%) negatives, according to the national HIV testing algorithm. In parallel, 900 STIs were diagnosed and treated. Of the 940 HIV-negative women, 88% accepted pre-exposure prophylaxis (PrEP). Regarding prevention commodities, 16,418 condoms and 17,600 lubricants were distributed.

**Conclusion:** This program achieved broad coverage of HIV testing and combination prevention among FSWs. However, the 95% target set by WHO was not reached, despite high service acceptability. Strengthening outreach teams and community-based approaches remains essential to increase testing coverage and contribute to HIV epidemic control.

**Keywords:** HIV testing, Combination prevention, STIs, PrEP, Female sex workers.

---

Pour citer cet article : Kéita BB, Traoré B, Kéita B, Diarra L, Sidibé F, et al. Prévention combinée et dépistage du VIH chez les travailleuses du sexe : expérience de la clinique santé sexuelle de Ségou, Mali. *Remapath* 2025;9:7-12.

---

**Introduction :** Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste l'un des principaux défis de santé publique mondiale, avec environ 39 millions de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) en 2022 selon l'ONUSIDA [1]. Si des progrès notables ont été réalisés dans la prévention, le dépistage et l'accès au traitement antirétroviral (ARV), l'épidémie demeure marquée par des disparités importantes entre les régions et les groupes de population. En Afrique subsaharienne, qui concentre près de deux tiers des cas mondiaux, certaines catégories de population dites « clés » continuent d'afficher une incidence et une prévalence disproportionnellement élevées [2].

Parmi ces groupes vulnérables figurent les travailleuses du sexe (TS), qui constituent l'une des populations les plus exposées au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST) [3]. Les recherches et les programmes menés au cours de la dernière décennie indiquent que les interventions comportementales et biomédicales ciblant uniquement les travailleuses du sexe (TS) ont eu un impact limité sur la réduction du VIH à l'échelle de la population. Cette constatation a conduit à préconiser une approche de prévention combinée du VIH, intégrant également des interventions structurelles. À titre d'exemple, les initiatives axées sur le déploiement de la thérapie antirétrovirale (ARV) ou la distribution de préservatifs aux TS illustrent cette évolution vers une réponse plus globale et intégrée [4].

Selon Shahmanesh et al., les travailleuses du sexe non enregistrées ou exerçant en dehors des cadres réglementés étaient plus susceptibles de s'engager dans des activités sexuelles à haut risque. Bien que cela puisse s'expliquer en partie par un manque d'accès aux programmes de prévention du VIH et une utilisation irrégulière du préservatif, l'isolement social et professionnel, ainsi qu'une plus grande exposition à la violence sexuelle et conjugale, pourraient également contribuer à cette vulnérabilité [5].

En Afrique de l'Ouest, et notamment au Mali, les TS restent au cœur de la dynamique de l'épidémie. Les données de surveillance bio-comportementale montrent que la prévalence du VIH y demeure élevée : 8,7 % en 2020 selon une étude nationale de cartographie et d'estimation de taille des populations clés [6], contre 1,1 % dans la population générale adulte [7]. Les travailleuses du sexe (TS) représentent une sous-population clé dans l'épidémiologie du VIH dans de nombreux pays, comme en témoigne le fait que la prévalence du VIH chez les TS et leurs clients est souvent 10 à 20 fois supérieure à celle observée dans la population générale [8].

Dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'épidémie de VIH est concentrée et nécessite des stratégies de prévention ciblées. Il est essentiel d'engager les populations clés, de combiner interventions comportementales, biologiques et structurelles, et de développer des programmes communautaires intégrés pour réduire la transmission et surmonter les obstacles aux soins dans des contextes stigmatisés [9].

La prévention combinée est une stratégie de lutte contre le VIH et les autres IST. C'est la possibilité de combiner plusieurs outils de prévention en fonction de sa situation, de ses besoins, de ses pratiques ou de son mode de vie. La sexualité est une affaire très personnelle, avec des pratiques et des désirs qui varient d'une personne à l'autre. D'où l'intérêt de la prévention combinée qui élargit le choix des stratégies de prévention. A chacun de faire le bon choix [10].

Plusieurs méthodes et interventions ont prouvé leur haut niveau d'efficacité dans la réduction du risque d'infection à VIH et la protection contre l'infection à VIH [11].

Cependant, de nombreux obstacles continuent de freiner la lutte contre la transmission du VIH dans le secteur du travail du sexe. La stigmatisation sociale, la criminalisation, les discriminations dans les services de santé et l'insécurité économique limitent l'accès aux services de prévention et de soins, tout en renforçant la vulnérabilité des travailleuses de sexe face aux violences et aux infections sexuellement transmissibles [13].

Pour une prévention combinée efficace du VIH chez les travailleuses du sexe en Afrique, il est crucial d'intégrer la prévention du VIH et des IST, l'accès aux ARV, les services de santé sexuelle et reproductive, et la lutte contre la violence, tout en renforçant l'autonomisation et en réduisant la criminalisation du travail du sexe [14].

Les cliniques communautaires, qui offrent un environnement plus inclusif et adapté, apparaissent dès lors comme une alternative stratégique pour atteindre cette population.

Au Mali, l'ONG ARCAD-Santé PLUS, membre de la coalition internationale Coalition PLUS, déploie depuis plusieurs années des programmes de prévention combinée ciblant les populations clés, dont les TS. La clinique santé sexuelle de Ségou constitue un modèle de cette approche, en intégrant sensibilisation par les pairs, dépistage fixe et mobile, distribution de préservatifs et de lubrifiants, traitement des IST, initiation à la PrEP et orientation vers le traitement ARV pour les cas positifs. L'évaluation de ces interventions, en termes de couverture et d'efficacité, est essentielle pour mesurer les progrès accomplis et identifier les défis restants.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'offre de services de prévention et de dépistage du VIH et IST destinée aux travailleuses du sexe fréquentant la clinique santé sexuelle de Ségou, en s'appuyant sur les données programmatiques.

## Matériels et méthode :

### 1. Lieu d'étude

L'étude a été conduite à la clinique communautaire de santé sexuelle de Ségou, structure de référence de l'ONG ARCAD-Santé PLUS pour la prise en charge des populations clés. Cette clinique offre un paquet intégré de services comprenant la sensibilisation, le dépistage du VIH et des IST, la dispensation

de préservatifs et lubrifiants, l'initiation à la prophylaxie pré-exposition (PrEP), ainsi que le suivi médical des personnes vivant avec le VIH (PvVIH). L'équipe comprend deux binômes d'éducatrices pairs, un infirmier et un médecin coordonnateur. La clinique dessert principalement les travailleuses du sexe (TS) et autres populations les plus vulnérables de la région.

## 2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive basée sur l'analyse secondaire des données programmatiques issues des activités de prévention et de dépistage menées par la clinique de Ségou. La période de collecte s'étend du 1er octobre 2021 au 30 septembre 2022.

## 3. Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude était constituée de l'ensemble des travailleuses du sexe (TS) sensibilisées ou dépistées par le programme au cours de la période d'étude.

**Critères d'inclusion** : être une TS âgée d'au moins 18 ans, quel que soit son lieu de travail (hotspot, domicile ou autre), avoir bénéficié d'une activité de sensibilisation ou de dépistage et être enregistrée dans la base de données du programme.

L'échantillonnage était **exhaustif**, incluant toutes les bénéficiaires répondant aux critères d'inclusion.

## 4. Collecte des données

Les données ont été collectées de manière rétrospective à partir de la plateforme de suivi du programme (KOLOCHI/DHIS2). Elles comprenaient les informations recueillies par les éducatrices pairs, l'infirmier et le médecin coordonnateur lors des activités de terrain et de la clinique.

## 5. Variables étudiées

Les principales variables étaient :

- **Sensibilisation** : nombre de TS sensibilisées aux services de prévention VIH.
- **Évaluation du risque** : catégorisée en faible, modéré ou élevé.
- **Dépistage du VIH** : résultat positif ou négatif selon l'algorithme national en vigueur.
- **PrEP** : statut (inéligible, éligible, acceptée).
- **Prise en charge des IST** : évaluation, diagnostic, traitement.

- **Prévention biomédicale et comportementale** : nombre de préservatifs et de gels lubrifiants distribués.

## 6. Définitions opérationnelles

Les définitions opérationnelles précisent la manière dont les variables ou les concepts utilisés dans une recherche seront mesurés, observés ou classifiés concrètement dans le contexte de l'étude. Elles permettent de traduire des notions théoriques en indicateurs mesurables et observables, afin d'assurer la clarté, la reproductibilité et la validité des résultats.

- **Index testing** : Dépistage des partenaires sexuels et/ou enfants biologiques des personnes déjà infectées par le VIH.
- **EPOA (Enhanced Peer Outreach Approach)** : approche de sensibilisation par les pairs utilisant des incitations basées sur la performance et les réseaux sociaux pour améliorer la recherche de cas VIH.
- **Positif connu** : TS séropositive du VIH déjà sous ARV ayant bénéficié de services de prévention (préservatifs, lubrifiants, counselling).
- **Recensement testé** : TS dépistée dans les 3 derniers mois.
- **Référée pour le dépistage** : TS identifiée à haut risque et orientée pour un test VIH.
- **Catégorisation du niveau de risque** : Le niveau de risque a été considéré **faible** si un seul facteur de risque (ou aucun) était présent, **modéré** si deux facteurs étaient présents, et **élevé** si au moins trois facteurs de risque (IST active, rapports non protégés, consommation d'alcool ou de drogues) étaient identifiés.
- **Stratégie mobile** : dépistage effectué dans la communauté, en dehors de la clinique.
- **Stratégie fixe** : dépistage effectué dans la clinique.
- **Qualité de la sensibilisation** : définie par l'acceptation du dépistage par les TS sensibilisées et le rendement attendu (au moins 1 cas positif pour 10 TS dépistées).

## 7. Plan d'analyse statistique

Les données ont été extraites et nettoyées, puis introduites dans une base Excel™ (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). Des statistiques descriptives ont été réalisées : fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives, moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives. Des tableaux de fréquence et des figures ont été utilisés pour présenter les résultats.

## 8. Considérations éthiques

L'étude a utilisé des données secondaires issues du système d'information du programme, collectées de manière anonyme. Aucun identifiant personnel n'a été exploité. L'autorisation d'utiliser ces données a été obtenue auprès de la direction de l'Association pour la Résilience des Communautés pour l'Accès au Développement et à la Santé (ARCAD-Santé PLUS). L'étude respecte les principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki et les directives nationales du Mali en matière de recherche sur le VIH.

## Résultats

### 1. Activités de sensibilisation et de dépistage chez les travailleuses du sexe à la clinique santé sexuelle de Ségou (tableau 1).

- **Tableau 1.** Activités de sensibilisation et de dépistage chez les travailleuses du sexe à la clinique santé sexuelle de Ségou.

| Indicateurs                                | Nombre (en nb) | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------------|----------------|-----------------|
| <b>Modalités de dépistage (N = 1 031)</b>  |                |                 |
| Approche index testing                     | 345            | 33              |
| Volontaire classique                       | 618            | 60              |
| Prescrit                                   | 68             | 7               |
| EPOA                                       | 0              | 0               |
| <b>Sensibilisation (N = 2 216)</b>         |                |                 |
| Connu positif                              | 119            | 5               |
| Recensement testé (< 3 mois)               | 1 066          | 48              |
| Référées pour dépistage                    | 1 031          | 47              |
| <b>Évaluation du risque (N = 2 216)</b>    |                |                 |
| Risque faible                              | 1 066          | 48              |
| Risque modéré                              | 431            | 20              |
| Risque élevé                               | 719            | 32              |
| <b>Stratégies de dépistage (N = 2 216)</b> |                |                 |
| Mobile                                     | 2 143          | 97              |
| Fixe                                       | 73             | 3               |

## Caractéristiques générales des participantes :

Au total, 2 216 travailleuses du sexe (TS) ont été atteintes par les activités de sensibilisation au cours de la période d'étude. Parmi elles, 119 (5 %) étaient déjà connues séropositives et sous traitement antirétroviral.

## Évaluation du risque :

L'évaluation des comportements et facteurs de vulnérabilité a montré que :

- 1 066 TS (48 %) présentaient un risque faible,
- 431 (20 %) un risque modéré,
- 719 (32 %) un risque élevé.

## Dépistage du VIH :

Parmi les TS sensibilisées, 1 031 (47 %) ont accepté un dépistage du VIH, soit un taux d'acceptabilité de 83 %. Selon les stratégies employées :

- 618 (60 %) ont été testées par dépistage volontaire classique,
- 345 (33 %) via l'approche d'index testing,
- 68 (7 %) après prescription clinique,
- aucun cas n'a été rapporté par l'approche EPOA.

La majorité des tests ont été réalisés en stratégie mobile (97 %), contre seulement 3 % en stratégie fixe à la clinique. Au total, 91 TS (9 %) se sont révélées séropositives, tandis que 940 (91 %) étaient séronégatives.

### 1. Activités de prévention chez les travailleuses du sexe à la clinique santé sexuelle de Ségou.

**Tableau 2.** Activités de prévention chez les travailleuses du sexe à la clinique santé sexuelle de Ségou.

| Indicateurs                                      | Activités (en nb) |           | Taux de réalisation (%) |
|--------------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------------------|
|                                                  | Réalisé           | Prévision |                         |
| Prévention Infections Sexuellement Transmissible |                   |           |                         |
| IST diagnostiquées                               | 940               | 900       | 104                     |
| IST traitées                                     | 900               | 800       | 113                     |
| Prevention Prophylaxie Pre-exposition            |                   |           |                         |
| TS éligibles à la PrEP                           | 152               | 100       | 152                     |
| Mise sous PrEP                                   | 134               | 100       | 134                     |
| Les kits Préventifs                              |                   |           |                         |
| TS ayant bénéficié de préservatifs               | 1 600             | 1 448     | 110                     |
| TS ayant bénéficié de gels lubrifiants           | 1 510             | 1 448     | 104                     |

### Prise en charge des IST :

Durant la période d'étude, 940 cas d'IST ont été pris en charge, dépassant la prévision initiale de 900, soit un taux de réalisation de 104 %. Concernant les traitements disponibles, 900 ont été administrés sur une demande initiale de 800, représentant une couverture de 113 %.

### Prévention biomédicale (PrEP) :

Parmi les TS éligibles à la prophylaxie pré-exposition, 134 ont été initiées à la PrEP, pour un objectif initial de 100, représentant un taux de réalisation de 134 %. Le taux d'acceptabilité de la PrEP parmi les TS éligibles était de 88 %.

### Prévention comportementale (préservatifs et lubrifiants) :

Durant la période d'étude, la distribution a dépassé les prévisions :

- 16 418 préservatifs ont été distribués à environ 1 600 TS (110 % de la cible),
- 17 600 gels lubrifiants ont été fournis à 1 510 TS (104 % de la cible).

### Discussion

Cette étude menée auprès des travailleuses du sexe (TS) de la clinique santé sexuelle de Ségou met en évidence plusieurs points importants en matière de prévention et de dépistage du VIH. Tout d'abord, le taux d'acceptation du dépistage était élevé (83 %), traduisant une bonne efficacité des activités de sensibilisation et une confiance relative dans les services offerts. C'est un résultat encourageant, mais il reste en deçà de la cible mondiale du 95 % de dépistage définie dans les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA [15].

La proportion de TS dépistées séropositives (9 %) est conforme aux estimations nationales (8,7 %) [6], mais nettement plus élevée que dans la population générale (1,1 %) [7]. Des études comparables en Afrique de l'Ouest, comme en Côte d'Ivoire (26,6%), rapportent des prévalences hétérogènes selon les contextes mais toujours supérieures à la population générale [16].

Cette surreprésentation des TS dans l'épidémie de VIH est largement documentée et reflète à la fois leur vulnérabilité individuelle (multipartenariat, rapports sexuels non protégés, IST concomitantes) et structurelle (stigmatisation, criminalisation, violences) [17,18].

Un autre résultat majeur concerne la prise en charge des IST, avec un taux de réalisation dépassant les prévisions (113 %). Cette performance illustre la capacité du programme à intégrer la santé sexuelle globale dans l'offre de services. La prévalence du VIH chez les TS demeure élevée et 4 fois plus que celle de la population générale [19]. Les IST ont une incidence directe sur la santé sexuelle et reproductive à travers la stigmatisation, l'infertilité, les cancers et les complications de la grossesse, et

elles peuvent augmenter le risque de contracter le VIH[20]. Les expériences menées en Tanzanie montrent qu'une prise en charge systématique et intégrée des IST réduit significativement l'incidence du VIH. En effet, les auteurs rapportent que « l'amélioration de la prise en charge des MST a permis de réduire d'environ 40 % l'incidence du VIH dans les zones rurales, marquant le premier essai randomisé ayant démontré l'impact d'une intervention préventive sur l'incidence du VIH au sein d'une population générale [21].

La mise sous PrEP a également dépassé les objectifs fixés (134 %), avec un taux d'acceptabilité élevé (88 %). De même, une étude menée en Île-de-France montre que la PrEP est perçue comme acceptable chez les Africains et les Caribéens lorsqu'elle est intégrée à d'autres stratégies de prévention, telles que l'usage du préservatif et le dépistage régulier. Les efforts de sensibilisation autour de la PrEP devraient ainsi tenir compte des préoccupations exprimées par ces populations et s'inscrire dans une approche globale, coordonnée et inclusive de la santé sexuelle et de la promotion de la santé[22]. Toutefois, la littérature souligne que l'adhérence à long terme demeure un défi, influencée par des facteurs tels que la mobilité, la crainte des effets secondaires et la stigmatisation [23]. Pour maximiser l'impact de la PrEP, il est essentiel d'assurer un suivi adapté, incluant l'accompagnement psychosocial et la dispensation communautaire.

La distribution massive de préservatifs (16 418 unités, 1 600 TS bénéficiaires) et de gels lubrifiants (17 600 unités, 1 510 TS bénéficiaires) constitue un autre acquis du programme. Le préservatif reste l'outil de prévention le plus efficace et le plus accessible, avec une efficacité protectrice estimée à 80 % contre le VIH [24]. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et avec constance, les préservatifs constituent l'une des méthodes de protection les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Bien qu'ils soient très efficaces, les préservatifs n'offrent pas de protection contre les IST qui causent des ulcères extra-génitaux (c'est-à-dire, la syphilis ou l'herpès génital). Quand c'est possible, les préservatifs devraient être utilisés lors de tout rapport sexuel vaginal, oral ou anal [20]. Des expériences documentées en Asie (Thaïlande, Inde) et en Afrique (Côte d'Ivoire, Bénin) ont montré que des campagnes de distribution ciblée auprès des TS entraînent une baisse rapide de l'incidence des IST et du VIH [25,26]. Cependant, la simple mise à disposition ne garantit pas l'usage systématique, et l'accompagnement comportemental reste essentiel.

Malgré ces résultats positifs, plusieurs limites doivent être soulignées. Premièrement, l'étude repose sur des données secondaires, ce qui peut exposer à des biais de qualité et d'exhaustivité. Deuxièmement, elle n'explore pas les déterminants de l'acceptabilité du dépistage et de la PrEP (facteurs sociaux, économiques, structurels), qui constituent pourtant des leviers clés pour améliorer les interventions.

En perspective, il apparaît nécessaire de renforcer les stratégies de prévention combinée, en associant dépistage répété, PrEP, traitement des IST et accompagnement psychosocial, tout en s'attaquant aux déterminants structurels :

stigmatisation, criminalisation, violences. Plusieurs travaux recommandent l'implication accrue des pairs, la décentralisation des services et l'usage des outils numériques (m-Health) pour améliorer la couverture et la continuité des soins [30,31].

## Conclusion

L'expérience de la clinique santé sexuelle de Ségou montre que la prévention combinée et le dépistage du VIH chez les travailleuses du sexe (TS) sont efficaces et bien acceptés, notamment la PrEP, la prise en charge des IST et la distribution de préservatifs et lubrifiants. Ces résultats soulignent la pertinence d'un modèle communautaire intégré, combinant interventions biomédicales, comportementales et structurelles.

Malgré ces acquis, les objectifs mondiaux (95-95-95) ne sont pas encore atteints, et des obstacles tels que la stigmatisation, la criminalisation et la précarité persistent. Le renforcement des approches communautaires, l'accompagnement psychosocial, l'implication des pairs éducateurs et l'usage d'outils numériques apparaissent essentiels pour améliorer la couverture, l'adhésion à la PrEP et la continuité des soins.

## Références

1. Statistiques mondiales sur le VIH et le sida — Fiche d'information 2023 - Monde | ReliefWeb [Internet]. 2023 [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/world/global-hiv-aids-statistics-fact-sheet-2023>
2. Kharsany ABM, Karim QA. HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities. *Open AIDS J*. 2016;10:34–48.
3. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 juill 2012;12(7):538–49.
4. Shannon K, Strathdee S, Goldenberg S, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of hiv among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 3 janv 2015;385(9962):55–71.
5. Shahmanesh M, Wayal S, Copas A, Patel V, Mabey D, Cowan F. A Study Comparing Sexually Transmitted Infections and HIV Among Ex-Red-Light District and Non-Red-Light District Sex Workers After the Demolition of Baina Red-Light District. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. oct 2009;52(2):253.
6. Guide national pour la mise en œuvre de la prophylaxie préexposition (PrEP) au Mali.
7. Sidibé F. Acceptabilité du dépistage sérologique de l'infection à VIH : une approche communautaire réussie dans huit villages au Mali en 2018. *Mali Santé Publique*. 24 juill 2020;91–7.
8. Ngugi EN, Roth E, Mastin T, Nderitu MG, Yasmin S. Female sex workers in Africa: Epidemiology overview, data gaps, ways forward. *SAHARA J*. 2012;9(3):148–53.
9. Papworth E, Ceesay N, An L, Thiam-Niangoin M, Ky-Zerbo O, Holland C, et al. Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. *J Int AIDS Soc*. 2 déc 2013;16(4Suppl 3):18751.
10. Sida P. La prévention combinée, c'est quoi ? | Plate-Forme Prévention Sida [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://preventionsida.org/fr/vih/la-prevention-combinee-cest-quoi/>
11. Verboom B, Melendez-Torres G, Bonell CP. Combination methods for HIV prevention in men who have sex with men (MSM). *Cochrane Database Syst Rev*. 5 avr 2018;2018(4):CD010939.
12. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS*. mars 2012;7(2):99–105.
13. Québec PV sida du. Travail du sexe et ITSS : une stigmatisation qui persiste [Internet]. PVSQ. 2020 [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://pvsq.org/2020/travail-du-sexe-et-itss-une-stigmatisation-qui-persiste/>
14. Dhana A, Luchters S, Moore L, Lafor Y, Roy A, Scorgie F, et al. Systematic review of facility-based sexual and reproductive health services for female sex workers in Africa. *Global Health*. 10 juin 2014;10:46.
15. Boakye DS, Adjorlolo S. Achieving the UNAIDS 95-95-95 treatment target by 2025 in Ghana: a myth or a reality? *Global Health Action*. 31 déc 2023;16(1):2271708.
16. HIV and STI Prevalence among Female Sex Workers in Côte d'Ivoire: Why Targeted Prevention Programs Should Be Continued and Strengthened | PLOS One [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0032627>
17. Le VIH en Afrique de l'Ouest - Projet Atlas - Autotest de dépistage du VIH [Internet]. Projet Atlas. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://atlas.solthis.org/autotest-vih-atlas-le-vih-en-afrique-de-louest/>
18. Merrigan MB, Tafuma TA, Okui LA, Lebelonyane R, Bolebantswe JM, Makhaola K, et al. HIV Prevalence and Risk

Behaviors Among Female Sex Workers in Botswana: Results from the 2012 HIV/STI Bio-Behavioral Study. *AIDS Behav.* mai 2015;19(5):899-908.

19. Theses.fr [Internet]. [cité 16 oct 2025]. École doctorale Sociétés, politique, santé publique (Talence, Gironde ; 2011-....). Disponible sur: <https://theses.fr/155542591>

20. Infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

21. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet.* 26 août 1995;346(8974):530-6.

22. Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Ile-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada en prophylaxie pré-exposition (PrEP) : une enquête exploratoire- fdi:010069802- Horizon [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010069802>

23. Eakle R, Gomez GB, Naicker N, Bothma R, Mbogua J, Cabrera Escobar MA, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and early antiretroviral treatment among female sex workers in South Africa: Results from a prospective observational demonstration project. *PLoS Med.* 21 nov 2017;14(11):e1002444.

24. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD003255.

25. Ghys PD, Diallo MO, Ettiégne-Traoré V, Kalé K, Tawil O, Caraël M, et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS.* 25 janv 2002;16(2):251-8.

26. Béhanzin L, Diabaté S, Minani I, Boily Mc, Labbé Ac, Ahoussinou C, et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Benin over 15 years of targeted interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1 mai 2013;63(1):126-34.