

# DETERMINANTS DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE AU CAMEROUN : L'EXEMPLE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES DE YAOUNDE

**Guyleine Léonelle NTOUTOU**

*Département de Sociologie/Université de Yaoundé I*

---

## Résumé

*Malgré les progrès réalisés depuis 1980, la lutte contre le VIH/SIDA, reste un enjeu majeur nécessitant des interventions spécifiques chez les Travailleuses de Sexe qui enregistre un taux de séroprévalence de 36,7 selon le Comité National de Lutte contre le Sida. Vu le caractère interactif de l'activité qu'elles mènent, l'objectif de cette étude était de comprendre les déterminants qui alimentent leur vulnérabilité sociale et les difficultés qu'elles rencontrent dans leur accès aux services de santé dans la ville de Yaoundé. Les résultats de la cette étude menée auprès de 100 travailleuses de sexe montrent que, les choix thérapeutiques de ces dernières n'obéissent pas aux orientations prescrites par le personnel biomédical, en raison de facteurs relevant à la fois de leur environnement social et de contraintes liées aux inégalités d'accès aux soins dans les institutions hospitalières au Cameroun.*

**Mots clés :** Déterminant ; inégalité, accès aux soins ; travailleuses de sexe.

---

## Abstract

*Despite significant progress since the 1980s, the fight against HIV/AIDS remains a critical public health challenge, particularly among sex workers, who exhibit a high seroprevalence rate of 36.7%, as reported by the National AIDS Control Committee. This study aims to elucidate the determinants underlying the social vulnerability of sex workers and the barriers they encounter in accessing healthcare services in Yaoundé. Based on a cross-sectional survey of 100 sex workers, our findings reveal that therapeutic decisions frequently diverge from biomedical recommendations. This discrepancy is influenced by a complex interplay of social environmental factors and systemic inequalities within Cameroon's healthcare institutions. These results underscore the urgent need for tailored interventions addressing both social determinants and structural barriers to improve healthcare access and outcomes for this vulnerable population.*

**Keywords:** *Determinant; inequalities; access to care; sex workers.*

---

---

## Introduction

---

Selon les données de l'ONU/SIDA (2023), parmi les catégories sociales les plus exposées au risque de contracter l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence s'élevant à 47 %, se trouvent les Travailleuses de Sexe (TS) et leurs clients ; d'où la dénomination de « population à haut risque » qui leur est associée. Cependant, malgré le taux élevé de leur séroprévalence, l'accès de ces cibles aux structures de prise en charge sanitaire reste problématique, en raison de la double vulnérabilité à laquelle elles font face. La première

forme de vulnérabilité résulte de la stigmatisation liée à leur statut sérologique. La deuxième est relative au caractère déviant et criminel de l'activité qu'elles mènent. Cette double vulnérabilité accentue leur stigmatisation sociale et favorise la discrimination et la marginalisation institutionnelle à leur égard. Dès lors, étant donné que la vulnérabilité constatée chez les TS est également un facteur pertinent dans la compréhension des inégalités en matière d'accès aux soins de santé, l'analyse des différents déterminants qui structurent l'accès aux prestations sanitaires chez ces cibles retient notre attention. C'est la raison pour laquelle, cette étude se structure-t-elle autour de deux parties essentielles. La première consiste en l'identification des différents déterminants socio-culturels et économiques des inégalités d'accès aux services de santé appropriés chez les travailleuses de sexe séropositives. La deuxième partie quant à elle renseigne sur les déterminants structurels et géographiques.

## **Méthodologie**

L'objectif principal de ce travail est de comprendre les déterminants qui structurent et alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire ainsi que les inégalités d'accès aux soins et services de santé des TS dans les institutions hospitalières de la ville de Yaoundé.

Etayer par une approche interdisciplinaire meublée à partir des modèles suivants : « la théorie des représentations sociales de MOSCOVICI (1961), la théorie de la stigmatisation d'Erving GOFFMAN (1963) et la théorie de la micro-économie de ARROW (1963), cette analyse met en exergue en contexte camerounais, comment la stigmatisation

sociale et la marginalisation institutionnelle ainsi le pouvoir d'achat affecte et constituent une barrière majeure dans l'accès aux ressources et aux droits fondamentaux dont la santé d'une part et comment les représentations sociales négatives et les politiques de santé publiques restrictives accentuent la vulnérabilité sociale et sanitaire de ces TSS. Les résultats présentés ont été obtenus à partir des observations documentaires, des observations directes, des entretiens semi-directifs issus d'un processus itératif, des récits de vie et des discussions informelles menées auprès des travailleuses de sexe séropositives, des travailleuses de sexe perdues de vue et du personnel de prise en charge.

## **I. Les déterminants socio-culturels et économiques**

Plusieurs déterminants sont à l'origine des inégalités observés dans l'accès aux prestations sanitaires appropriés des travailleuses de sexe en général et de celles qui sont séropositives en particulier. Il s'agit des déterminants socioculturels, des déterminants économiques, des déterminants géographiques et des déterminants structurels.

### ***I.1. Les déterminants ou facteurs socio-culturels***

Dans le cadre de cette analyse, les facteurs socio-culturels qui ont été identifiés comme pouvant influencer sur l'accès aux soins et services de santé chez les TS séropositives dans la ville de Yaoundé sont multiples.

#### ***I.1.1. Le niveau d'instruction***

Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur socio-culturel pouvant influencer sur l'accès aux soins chez les

TS, car durant les enquêtes de terrain, la remarque faite était que, sur les 100 TS interrogées, 05 ont affirmé n'avoir jamais été à l'école, 10 n'ont que le niveau primaire, 50 n'ont que le niveau CEP, 20 ont le BEPC, 10 ont le niveau probatoire, seulement 3 ont le Baccalauréat, tandis que 2 ont le niveau supérieur. Or, le niveau d'instruction le plus représenté est le « niveau CEP », avec un effectif de 50 individus, correspondant ainsi à la moitié de la population d'étude. En additionnant les effectifs des modalités que sont : « jamais été à l'école », « niveau primaire » et « niveau CEP », l'on obtient 65. Ce qui conduit à la conclusion que, plus de la moitié des TS séropositives interrogées sont sous-scolarisées, soit un total de 65 TS sur les 100 interrogées. Les niveaux : « probatoire », « baccalauréat » et « supérieur » ne représentent que le tiers de la population interrogée. Ainsi, aux questions de savoir « quel niveau d'étude avez-vous ? Comment faites-vous quand vous êtes malade ? », voici les réponses de quelques-unes :

*Ma sœur, moi je ne suis pas partie à l'école [...] quand je suis malade, j'utilise les remèdes du village<sup>1</sup>.*

*Comme j'ai perdu mes parents, j'ai été obligée d'arrêter l'école après mon bacc<sup>2</sup>[...] quand ça ne va pas, je pars à l'hôpital. C'est plus cher mais la santé n'a pas de prix.*

---

<sup>1</sup> Entretien avec Emma, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.

<sup>2</sup> Entretien avec Jeannette, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

Au regard de ce qui précède, force est de constater que le nombre élevé de TS sous-scolarisées, peut expliquer comment et pourquoi en dépit de toutes les mises en garde faites par le personnel soignant au sujet de l'importance de rompre d'avec le pluralisme thérapeutique compte tenu de l'impact néfaste qu'il pourrait avoir sur leur prise en charge, nombre d'elles s'entêtent à recourir aux trajectoires telles que : l'automédication et l'ethnomédecine. En effet, en confrontant les réponses des TS « scolarisées » à celles des TS « sous-scolarisées » sur leurs recours thérapeutiques, l'on peut affirmer que le niveau d'instruction influe sur leurs choix thérapeutiques.

### ***I.1.2. Le réseau relationnel***

En Afrique comme partout ailleurs, lorsqu'un individu est atteint par la maladie, c'est son réseau relationnel qui l'accompagne pendant la durée de sa thérapie (DJOUDA, 2010). Il s'agit des membres de la famille et des proches.

Ainsi, cette analyse a révélé ceci, bien que toutes les TS interrogées aient affirmé n'avoir pas révélé leurs statuts sérologiques à leurs partenaires non-clients par peur d'être rejetées, toutes ont affirmé l'avoir dit à certains membres de leur réseau relationnel. Ceci étant, durant son récit de vie, une TS a relaté ce qu'il suit :

*Comme j'étais commerçante, mon état ne me permettait plus de faire mon petit commerce, c'est ma sœur-là qui me faisait tout. Et quand j'ai vu que j'allais déjà mieux, j'ai arrêté le traitement pendant des mois. Ça fait que quelques temps après, j'ai rechuté et c'est ma sœur qui m'a encore amené à*

*l'hôpital alors que comme moi je suis pentecôtiste là, je voulais partir à la prière. Mais, elle m'a dit que le mieux c'est de partir à l'hôpital parce que je suis très faible et qu'on va aussi me faire les examens. Je ne pouvais rien dire parce que c'est elle-même qui payait tout<sup>3</sup>.*

De cette affirmation, il ressort que, tout comme le niveau d'instruction, le réseau relationnel aussi est un facteur socioculturel qui a une influence significative sur l'accès aux soins des TS. Les membres du réseau relationnel du malade en référence à leurs usages habituels ou même en s'inspirant de leurs expériences personnelles, orientent le malade vers des recours qui rentrent en contradiction avec ceux prescrits par le personnel soignant. Voici un extrait du récit de vie d'une TS à cet effet :

*Quand je suis tombée malade, ma copine m'a emmené chez un docteur traditionnel. Elle m'avait dit qu'il était très efficace. Et que c'est là-bas qu'elle se ravitaille souvent. Ces produits m'avaient tellement menacé. Ça avait même aggravé ma situation. J'ai parlé de ça à une autre copine. C'est elle qui m'a conseillée de venir à Horizons Femmes. Depuis que je viens ici, ça va vraiment mieux<sup>4</sup>.*

---

<sup>3</sup> Entretien avec Marie C., travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

<sup>4</sup> Entretien avec Cécile, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

L'analyse de cette citation révèle que, certaines TS recourent à la médecine traditionnelle non pas parce qu'elles ne croient pas en l'existence du VIH/SIDA, mais pour la quête des soins de meilleure qualité.

### ***I.I.3. Les représentations sociales***

Une représentation sociale est une forme de connaissance courante, dite de sens commun qui a comme finalité, l'organisation et l'orientation des communication et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé.

Aussi, parmi les TS interrogées, une a-t'elle affirmé :

*« moi j'ai toujours pensé que le SIDA n'existait pas. Ce sont les sorciers qui m'ont lancé ça. Je viens même ici parce qu'on me donne souvent les savons gratuitement et d'autres choses. Dans mon travail ce sont mes écorces qui me protègent<sup>5</sup> ».*

En somme, l'analyse des déterminants socio-culturels montre que ces derniers jouent un rôle prépondérant dans les choix thérapeutiques des malades et de leurs proches. Et, de ce fait, en fonction du choix effectué, ils peuvent constituer un obstacle majeur dans l'accès des TS à des soins et services adéquats.

### ***I.2. Les déterminants économiques***

---

<sup>5</sup> Entretien avec Nelly, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.



Il existe des pesanteurs économiques pouvant impacter sur l'accès aux soins des TS. C'est le cas du pouvoir d'achat qui est incontournable dans la demande des soins et se pose comme principal déterminant de l'accès aux soins. Trois principaux éléments ont été développés. Il s'agit notamment de l'activité menée par la TS, le nombre d'enfant qu'elle possède autant dire, la taille du ménage et son statut matrimonial.

### ***I.2.1. L'activité menée par la TS***

L'enquête menée a permis de constater qu'en dehors de leur activité de base qui est le travail de sexe, certaines TS mènent de petites activités de routine. Ces activités sont comprises entre le petit commerce et le ménage. Pour ce qui est de l'activité menée, les résultats issus des enquêtes de terrain montrent que 30 TS sur les 100 interrogées, ne mènent aucune autre activité en dehors du travail de sexe. Parmi les 70 restant, même si elles mènent quelques activités, excepté les trois (03) qui poursuivent encore leurs études, sur les 67, 29 affirment faire dans du petit commerce. Les autres mènent des activités de routine telles que : le call-box et orange money (01), la couture (06), l'agriculture (10), la coiffure (11), ménagère (08) et la vente de petites gourmandises en bordure de route (02). Toutefois, elles n'en possèdent pas le capital, car elles sont au service de quelqu'un d'autre. De la sorte, il arrive qu'elles soient licenciées à tort ou à raison. Et parfois, leur licenciement est dû à la nature de leur statut sérologique. À titre illustratif, une interrogée a affirmé :

*Moi je me débrouillais dans la coiffure. Comme parfois on travaille tard là, je suis souvent obligée de prendre mes médicaments au travail. Un jour, ma patronne en fouillant dans mon sac, je ne sais plus ce qu'elle cherchait, elle a vu mes médicaments. Apparemment, il y a quelqu'un dans son entourage qui a aussi ça. Donc elle a reconnu les médicaments. Elle m'a chassé le même jour. Donc pour le moment je suis là comme ça<sup>6</sup>.*

Aussi, faut-il savoir que plus d'individu reconnaissent assez facilement l'aspect des ARVs. Or, le patient étant parfois obligé au regard des contraintes horaires, de les prendre à son lieu de service, il devient difficile de s'en cacher. En plus, durant les descentes à Horizons Femmes et en raison du caractère itératif du processus de collecte des données, ces Travailleuses de Sexe avaient évoqué plus d'une fois le fait que « lorsque le marché est dur », elles cassent les prix au point d'aller à « 250 FCFA par coup », autant dire, par rapport sexuel.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle dans les multiples entretiens réalisés sur le terrain, plus de la moitié des TS interrogées ont affirmé recourir à l'automédication à causes de l'insuffisance de moyens financiers car selon elles, l'automédication est moins coûteuse. À cet égard, une TS a répondu en ces termes :

*Quand je ne me sens pas bien, je prends souvent les remèdes comme les Effergalgans et les paras. S'il n'y a plus rien à la maison, je pars acheter en route<sup>7</sup>.*

---

<sup>6</sup> Entretien avec Annick, Op. Cit.

<sup>7</sup> Entretien avec Nadia Op. Cit.

Au total, l'analyse précédente révèle que, le choix d'un recours thérapeutique n'est pas le fruit du hasard, il est la résultante d'un ensemble de déterminants. Ainsi, en ce qui concerne le recours à l'automédication, il ressort de cette analyse que le principal facteur explicatif en est l'insuffisance de moyens financiers.

### ***I.2.2. Le nombre d'enfant ou la taille du ménage de la TS et son statut matrimonial***

Durant cette enquête, il a été constaté qu'en dehors du pouvoir d'achat des TS, d'autres variables pouvaient influencer leur accès à des prestations sanitaires optimales du fait de leur vulnérabilité sociale et sanitaire. Il s'agit notamment du nombre d'enfants qu'elles possèdent et de leurs statuts matrimoniaux. En effet, en ce qui concerne le nombre d'enfant, cette enquête a révélé que sur 100 TS interrogées, 5 n'avaient pas d'enfants. Toutefois, il importe de signaler que parmi les 95 autres, le nombre de leurs enfants oscillait entre 1 et 9. Ainsi, les modalités 2 et 3 enfants sont celles qui sont les plus représentées, soit de « 25 » chacune. En plus, 25 TS ont affirmé avoir 2 enfants et 25 autres ont également affirmé avoir 3 enfants. En additionnant les effectifs de ces deux modalités, on peut aisément affirmer que la plupart des TS séropositives ont entre 2 et 3 enfants.

En réalité, en se référant aux résultats de la présente enquête, le constat ici fait est que, sur les 100 TS interrogées, près de la moitié affirment recourir à l'automédication. Ainsi, qu'est-ce qui peut justifier une telle prise de risque ? En fait, la réponse à cette inquiétude réside

dans les entretiens réalisés. De la sorte, une TS (veuve) nous a répondu en ces termes :

*Ma chérie, est-ce que toi-même tu ignores qu'il n'y a pas l'argent dehors les temps-ci ? J'ai six enfants que je dois les nourrir. Je suis veuve, donc, quand je ne me sens pas bien, je préfère prendre des comprimés là à la maison au lieu d'aller encore dépenser l'argent à la consultation à l'hôpital. Et si ça ne va pas toujours, je prends les écorces de chez nous<sup>8</sup>.*

En substance, l'analyse des déterminants économiques de l'accès aux soins et services de santé des TS séropositives dans la ville de Yaoundé a permis de mettre en évidence le fait que, l'activité menée au quotidien, le nombre d'enfant ainsi que le statut matrimonial sont des facteurs économiques constituant un obstacle majeur dans l'accès de ces cibles à des prestations sanitaires de meilleure qualité.

## **II. Identification et description des déterminants structurels et géographiques**

Les déterminants structurels et géographiques sont des facteurs qui expliquent et alimentent les inégalités d'accès aux soins et services de santé des TS sans pour autant dépendre d'elles. En d'autres termes, il s'agit d'éléments extrinsèques mais qui influencent de manière significative leur accès aux prestations sanitaires adéquates.

---

<sup>8</sup> Entretien avec Marie-A, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

## ***II.1. Les déterminants ou facteurs structurels***

Par déterminants structurels, il faut entendre, tout facteur lié à la politique, au fonctionnement ou à l'organisation de la structure de soins, pouvant influencer sur les conditions d'accès aux soins adéquats chez les TS.

### ***II.1.1. La disponibilité des soins et des services***

Dans la quête des soins de meilleure qualité, le choix d'une structure sanitaire est souvent motivé par un ensemble de facteurs, parmi lesquels la disponibilité des soins et la disponibilité du personnel de prise en charge. En ce qui concerne l'Association à but non lucratif Horizons Femmes, plusieurs soins y sont disponibles pour les TS en général et pour celles séropositives en particulier. Il s'agit notamment du dépistage des IST, VIH, Syphilis et des Hépatites, des consultations et de la prise en charge syndromique de certaines IST telles que : les vaginoses. Il est aussi à noter la distribution gratuite du matériel de prévention, la prise en charge gratuite du VIH chez les TS séropositives (initiation au traitement antirétroviral), la Prep, les bilans de suivi, l'observation thérapeutique à travers les visites à domiciles et l'appui nutritionnel.

Pour renchérir cette déclaration, la chargée de la dispensation communautaire à Horizons Femmes a révélé ce qu'il suit :

*Dans les années 2015, on avait un paquet consistant pour les soins des TS. Donc lorsqu'elles venaient, elles bénéficiaient de beaucoup de*

services gratuits. Le bailleur de fonds en 2017, avait aussi sollicité la CAMNAFAW pour nous fournir des paquets de médicaments préfabriqués, afin de réduire les IST chez ces TS. Ces médicaments étaient fonction du type de symptôme observé chez la TS lors des consultations chez l'infirmière. En ce qui concerne la TS séropositive, avant, elle bénéficiait d'un bilan pré-thérapeutique gratuit, ce qui était moins coûteux pour elle, car c'est Horizons Femmes, avec l'appui de Care International qui payait pour ses examens. Mais, seules les TS séropositives affiliées à une Organisation à Base Communautaire comme Horizons Femmes pouvaient en bénéficier. [...] Après, le bailleur ne subventionnait plus le paquet d'examens. Ceux-ci sont revenus à la charge exclusive de la TS. Ce qui fait qu'elles étaient de moins en moins nombreuses à venir, puisque justement, le paquet n'était plus consistant. Il n'y a plus d'affluence comme avant. En plus, de nos jours, leur prise en charge est beaucoup plus axée sur la prise en charge psychosociale. Beaucoup ne voyant pas ce qu'elle leur rapporte matériellement, elles ne viennent plus trop.<sup>9</sup>

De ces affirmations, il apparaît que la disponibilité des soins et services dans le cadre du projet « CHAMP », est sujette à caution et ce, d'autant plus que même le matériel de

---

<sup>9</sup> MABOU Marceline, Op. Cit.

prévention connaît des ruptures de stocks. En tout état de cause, doit-on se poser la question de savoir si ce problème de disponibilité des soins et des services n'a pas pu favoriser à un moment donné, le changement de trajectoires thérapeutiques chez les TS séropositives ? En effet, lorsque la question leur a été posée, l'une d'elle a répondu en ces termes :

*Un jour, j'avais eu des picotements et je suis venue à Horizons Femmes pour qu'on trouve une solution à mon problème, mais on m'avait dit qu'on a d'abord suspendu la prise en charge des IST. Comme je n'avais pas prévu d'argent parce que je savais que c'était gratuit, je ne pouvais pas me rendre dans un hôpital sans argent, donc en attendant, j'ai commencé à faire les remèdes traditionnels avec les plantes et les écorces<sup>10</sup>.*

De plus, lorsque la question de savoir : quelles étaient les plaintes que formulent généralement les TS a été posée au personnel de prise en charge, sur les 10 membres interrogés, 7 ont affirmé que les TS se plaignent davantage de la limitation des soins et services aux VIH et IST et de leur interruption périodique. Ce qui constitue un frein dans leur accès à des soins plus adaptés.

### ***II.1.2. La disponibilité du personnel de prise en charge et la nature des rapports soignant/soigné***

---

<sup>10</sup> Entretien avec Alice, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 17/03/2022.

Au regard de certains indicateurs et statistiques sur la santé, la situation du pays reste préoccupante notamment, concernant la couverture sanitaire qui est faiblement déployée sur l'ensemble du territoire. Il existe des situations où le personnel médical est en sous-effectif. Dans certains districts de santé, il y a un médecin pour 500 000 habitants ou un infirmier pour 140 000 habitants, alors que la norme internationale préconise un médecin pour 10 000 habitants et un infirmier pour 5 000 habitants (Stratégies spatiales 2019). Plusieurs difficultés sont récurrentes par endroit, une couverture sanitaire déséquilibrée et peu dense, une charge professionnelle trop importante pour le personnel soignant, de fortes contraintes pour accéder à des structures sanitaires.

Ainsi, lorsque le personnel de prise en charge au sein du projet « CHAMP » a été interrogé sur leur disponibilité, ils ont été clairs sur un fait, y compris le médecin c'est que, ce dernier est régulièrement absent. Or, étant donné que c'est lui qui est chargé de la prise en charge des cas complexes chez les TS séropositives, ses absences répétées peuvent expliquer pourquoi ces dernières manquent « souvent » leurs rendez-vous. Une TS a affirmé à juste titre que :

*« Comme moi j'habite même d'abord loin là, donc le simple fait de savoir que je vais venir attendre et parfois pour ne pas être reçue, me décourage<sup>11</sup> ».*

---

<sup>11</sup> Entretien avec Marlyse, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.



Il ressort de cet extrait de récit de vie que, l'indisponibilité du personnel de prise en charge favorise le changement de structure de soins et parfois de trajectoire thérapeutique. Le témoignage de la TS suivante agrmente cette constatation :

*On nous a dit ici que le médecin vient deux fois par semaines. Et qu'il est à notre disposition. Quand l'infirmière ne peut pas gérer notre problème, on peut voir le médecin mardi et jeudi. Moi je suis venue ici mardi, le médecin n'était pas là. J'ai même attendu toujours rien. Aujourd'hui encore, je suis venue. C'est jeudi mais depuis le matin, pas de médecin. Moi j'ai des choses à faire. On ne peut pas venir ici comme ça tout le temps attendre pour rien.*

Il ressort clairement de cet échange que l'indisponibilité du personnel soignant est un facteur pouvant conduire les TS séropositives à reconsidérer leurs choix thérapeutiques.

Somme toute, l'inégale répartition entre le personnel sanitaire et la population à couvrir est également un facteur crucial. En effet, il importe de dire que le médecin qui consulte les TS à Horizons Femmes travaille également comme médecin traitant et permanent à l'hôpital de la Cité Verte. Elle vient consulter les TS en communauté parce qu'à l'hôpital, il est difficile pour ces TS de la rencontrer au regard des effectifs pléthoriques en milieu hospitalier. En interrogeant ce médecin sur ces absences à Horizons Femmes, elle a affirmé ce qu'il suit :

*Même ici à l'hôpital, il n'est pas facile de toujours accorder beaucoup de temps à la TS car, il y a souvent de l'affluence. Je suis la seule à les recevoir. Sans compter que je suis aussi sollicitée en tant qu'experte dans l'élaboration des directives en matière de prise en charge de ces cibles au Cameroun, en collaboration avec le Ministère de la santé publique. Parfois, il peut arriver qu'on m'appelle ailleurs pour une urgence. Vous voyez que ce n'est pas évident pour nous-même<sup>12</sup>.*

Au regard des affirmations ci-dessus, force est de constater qu'en dehors de la disponibilité du personnel de prise en charge qui pose vraiment problème, la nature des rapports soignant/soigné au sein de l'Association Horizons Femmes ne souffre d'aucun mal.

### ***II.1.3. Le rôle des Formations Sanitaires dans la prise en charge des TS séropositives***

Dans le cadre du projet « CHAMP », l'un des points essentiels est, la collaboration entre Horizons Femmes et les Formations Sanitaires. En effet, ces dernières ont pour rôle de prendre en charges les TS relayées par l'Association, afin de les lier au traitement. Une conseillère psycho-sociale en donne plus amples explications :

*L'association ne prend en charge que les TS stables et anciennes d'au moins trois ans. Pour ce*

---

<sup>12</sup> Dr. OMGBA, Op. Cit.

*qui est du lien au traitement, l'Association réfère les TS séropositives dans toutes les Formations Sanitaires de la ville.*<sup>13</sup>

Ainsi, afin de déterminer si le rôle joué par les FOSA pouvait constituer un enjeu pertinent ou pas dans l'accès des TS séropositives à des soins hospitaliers, il est apparu opportun de poser un regard sur cet aspect. De la sorte, lors de cette enquête, plusieurs TS ont révélé qu'à un moment donné, elles ont dû changer de lieu de prise en charge du fait de l'accueil qui leur avait été réservé. D'autres par contre, ont posé les problèmes de lenteurs administratives et de la variabilité des tarifs de frais d'ouverture du dossier de prise en charge dans ces FOSA.

En effet, concernant ce dernier aspect, une Conseillère Relais a indiqué que ces frais variaient d'une FOSA à une autre. À titre illustratif : à l'hôpital d'Efoulan, les frais d'ouverture du dossier de prise en charge s'élèvent à 2000 Francs CFA, pendant qu'à l'hôpital central, ils sont de 1500 et de 1000 Francs à l'hôpital de la Cité verte. Au regard de ce qui vient d'être dit, l'on pourrait se demander pourquoi les TS n'iraient donc pas se faire prendre en charge dans une Formation Sanitaire où les tarifs correspondraient le plus à l'épaisseur de leur porte-monnaie ? La réponse est plutôt simple. En réalité, quand bien même elles choisiraient une Formation Sanitaire en fonction de leur pouvoir d'achat, un autre problème se posera. Il s'agit de l'accessibilité géographique du lieu de prise en charge, qui implique à son tour des frais de transport plus élevés.

---

<sup>13</sup> Entretien avec NGA Fridoline, Conseillère Psycho-sociale Lead (en chef), à Horizons Femmes Yaoundé, le 04/04/2022.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accueil dans les FOSA, il faut dire qu'elle reste sujette à caution malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour remédier à cette situation. Or, l'accueil à l'hôpital est le premier maillon de la chaîne relationnelle du parcours de soins. Il permet l'interaction entre le soignant et l'usager. Son objectif est d'établir une relation de confiance mutuelle, de sécurité et d'aide. Bien fait, il aboutit à l'adhésion et permet la continuité des soins. De plus, lors des entretiens, parmi les TS interrogées, certaines ont affirmé :

*Ce qui me dérange à Efoulan c'est que, les infirmières sont toujours en train de nous gronder comme si nous ne sommes pas des humains. Parfois, quand tu demandes même un renseignement, elles ne te regardent pas, elles répondent : allez attendre là-bas comme si on avait un problème avec elles. L'autre jour, moi j'avais dit à mon fils de ne plus m'amener ici. Les remèdes qu'on nous donne me fatiguent d'abord, donc quand on nous traite encore comme ça, ça décourage vraiment<sup>14</sup>.*

Toutefois, en interrogeant le personnel des FOSA (les infirmières) sur l'accueil réservé aux TS et sur la nature de leurs rapports, elles ont affirmé que leurs rapports avec les TSS étaient « bons ». Voici quelques affirmations :

---

<sup>14</sup> Entretien avec Bernadette Op. Cit.

*Quand les TS arrivent ici, je les reçois bien. Et je fais ce que j'ai à faire. Vraiment je n'ai jamais eu de problèmes avec elles<sup>15</sup>.*

*Les filles-là ne sont pas simples. Elles sont très difficiles. Quand elles arrivent ici et qu'elles trouvent le rang, elles ne veulent pas s'aligner. Elles sont toujours pressées. Si tu leur demande de patienter un peu, ça devient seulement les problèmes<sup>16</sup>.*

En tout état de cause, le caractère contradictoire de ces illustrations montre à quel point la problématique de l'accueil et des rapports soignant/soigné en milieu hospitalier demeure pertinente.

En substance, l'analyse des déterminants structurels montre qu'autant les éléments liés à la conscience individuelle constituent une entrave à l'accès aux soins et services de santé indiqués chez les TS, autant les déterminants émanant de la conscience collective peuvent en constituer un frein.

## **II.2. Les déterminants géographiques**

Il existe un type de déterminants n'ayant rien avoir avec les précédents. Il s'agit des déterminants non spécifiques parmi lesquels, les déterminants géographiques autant dire, l'accessibilité géographique. Cette dernière renvoie à la notion d'obstacle à l'accès d'un service ou d'une infrastructure.

---

<sup>15</sup> Entretien avec ANONYMAT 6, infirmière à l'hôpital de la Cité Verte Yaoundé le, 31/03/2022.

<sup>16</sup> Entretien avec ANONYMAT 8, infirmière à l'hôpital de District de la Cité Verte Yaoundé le, 31/03/202.

### **II.2.1. La distance entre le lieu de prise en charge et le lieu de résidence de la TS**

Dans le cadre du projet « CHAMP », trois principales Unités de Prise en Charge (UPEC) ont été sollicitées par les responsables du projet, afin que les TS puissent s'y faire prendre en charge. Il s'agit notamment des UPEC de l'hôpital de district d'Efoulan dans l'arrondissement de Yaoundé 3, de la Cité Verte dans l'arrondissement de Yaoundé 7 et de celui de l'hôpital de district de Biyem-Assi située dans l'arrondissement de Yaoundé 6. En effet, selon la philosophie de la structure, chaque TS a la possibilité de se rendre au lieu de prise en charge le plus proche de son domicile. Or, étant donné que les TS proviennent des quatre coins de la ville de Yaoundé et que l'unique siège se trouve à Melen au lieudit Mini-ferme, il est tout à fait plausible de soulever le problème de l'accessibilité géographique du principal lieu de prise en charge, qui est Horizons Femmes. Lorsque la question de savoir pourquoi selon elle, les TS ne passaient pas prendre leurs médicaments ou voir le médecin en cas de soucis de santé lui a été posée, elle a répondu : *C'est parce que ces filles mentent comme il n'est pas permis. Tout ça c'est de l'ignorance de leur part. Puisqu'il s'agit de leur propre santé*<sup>17</sup>.

Pourtant, lors des entretiens avec ces TS, la question leur a été directement posée et une a affirmé :

*Moi je vis à Nkoabang, donc quand j'ai l'argent de taxi je viens. Mais il y a des jours où même 5F pour venir à Horizons Femmes je n'ai pas. Même*

---

<sup>17</sup> Entretien avec MABOU Marceline, Op. Cit.

*si on va me rembourser mon taxi après, il faut d'abord que moi-même je paye pour venir ici. C'est pour ça que moi je préfère souvent prendre le para ou même je pars vite acheter à la boutique du quartier là à côté<sup>18</sup>.*

De ces affirmations, il apparaît que la proximité géographique entre le lieu de prise en charge et le domicile de la TS a une incidence sur le choix de son recours. Ce qui ne favorise pas leur accès à des soins plus adéquats. Ainsi, l'on peut affirmer en partant des affirmations ci-dessus que les TS ont recours à des choix thérapeutiques peu recommandables non seulement pour des raisons d'ordre économiques, mais aussi et surtout, pour des raisons d'ordre géographique.

Par ailleurs, parlant des difficultés liées à la distance entre le lieu de prise en charge de la TS et son lieu de résidence, durant les entretiens avec elles, un autre aspect du problème a été découvert. En effet, même dans le cadre du recours à la trajectoire appropriée notamment la biomédecine, le choix de la Formation Sanitaire à capitaliser pose un problème tout autre. En réalité, il ne s'agit pas de ceux sus évoqués au niveau des déterminants structurels de l'accès aux soins des TS, à savoir de la qualité des prestations sanitaires ou de l'inhospitalité des institutions hospitalières. Il s'agit plutôt de la crainte d'y rencontrer un proche. En fait, parmi les TS séropositives interrogées, plus de la moitié ont affirmé qu'elles préféreraient se rendre dans les UPEC des Formations Sanitaires qui se situaient très loin de leurs lieux de résidence. La principale raison qu'elles évoquent est « la

---

<sup>18</sup> Entretien avec Edith, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

*crainte d'être reconnue par un proche » soit qui travaillerait dans cette structure de prise en charge, soit qui passerait par là.*

De plus, lorsqu'il leur a été demandé les raisons de cette fixation, elles ont déclaré pour les paraphraser, qu'en plus du regard stigmatisant du personnel soignant, elles ne voulaient pas se confronter à celui de leurs proches. Surtout, faut-il le rappeler, elles ont pour la plupart caché la nature de leur statut sérologique à ces proches. Elles poursuivent en expliquant que ce qui rend leur accès dans les UPEC près de leurs lieux de résidence complexe, c'est également parce que le lieu où elles prennent leur médicament est excentré et assez connu de tous les usagers. Ce qui fait que lorsqu'elles se dirigent de ce côté, l'on arrive à déduire assez rapidement ce pourquoi elles sont là. Ce qui participe à l'intensification de la stigmatisation à leur égard. Pour agrémenter cela, voici l'extrait du récit de vie de l'une d'elles :

*J'habite à Nsam, mais je préfère partir chercher mes médicaments à la Cité-verte parce qu'à Efoulan et même à Biyem-assi, on me connaît là-bas. J'ai mon beau-frère donc le mari de ma sœur qui travaille à Efoulan et ma tante travaille à l'hôpital de Biyem-assi. Même si c'est à côté de chez moi par rapport à la Cité-verte, je ne peux pas partir dans les endroits-là. C'est difficile ma sœur. Au début là je partais en cachette. Mais comme tout le monde connaît que quand tu pars vers la porte là c'est pour partir prendre nos médicaments-ci. On comprend une fois que tu es malade. Dans mon quartier, les gens bavardent*



*trop. Donc je ne voulais pas qu'on découvre que je suis malade. Quand j'avais dit ça au père de mon enfant, il m'avait abandonnée avec l'enfant. Donc même comme le taxi est cher, je préfère partir loin là où on ne me connaît pas. Parfois quand il n'y a pas d'argent pour le taxi. Je ne pars pas. Je me débrouille avec les écorces là à la maison.<sup>19</sup>*

Toujours dans le même ordre d'idée, lorsqu'il a été demandé aux personnels soignants des Formations Sanitaires et notamment au Médecin de la Cité verte qui s'occupe de la prise en charge des KP (Key Population c'est-à-dire population clé dont font partie les TS) pourquoi à son avis malgré leurs mises en garde, cette cible recourt encore à la médecine parallèle, elle a répondu en ces termes :

*N'oublions pas le contexte dans lequel nous évoluons. Nous sommes d'abord Africains. Et de ce fait, même s'il arrive que ces TS sollicitent d'autres médecines, il faut dire que dans la plupart des cas, elles sollicitent des médecines traditionnelles qui sont faciles d'accès (sans contrainte véritable). Déjà, dans le cadre de leur activité (le travail de sexe), elles utilisent des écorces qu'elles ont avec elles et autres produits de la médecine traditionnelle pour soit disant « rester en forme ». Avec tout cela, c'est normal que leur accès aux soins adaptés soit biaisé<sup>20</sup>.*

---

<sup>19</sup> Entretien avec Marie-Madeleine, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

<sup>20</sup> Dr. OMGBA, Op. Cit.

En substance, les analyses ci-dessus montrent que la distance entre le lieu de résidence de la TSS et son lieu de prise en charge apparaît comme un déterminant à prendre en compte dans l'accès aux soins adaptés de ces TSS, en ce sens qu'une distance plus ou moins longue peut constituer un obstacle à cet accès.

### **II.2.2. La mobilité des TS**

La mobilité des TS constitue un déterminant pertinent dans leur accès aux soins du fait de l'influence qu'elle peut avoir sur la capitalisation d'un choix thérapeutique. En effet, la population des Travailleuses de Sexe est réputée pour sa grande mobilité. Ce qui fait d'ailleurs partie de leur travail. En réalité, il arrive qu'elles soient contactées par les membres de leur réseau relationnel (clients et des partenaires non-clients ou la famille) pour des contraintes familiales, la plupart ne vivant pas avec leurs enfants. Elles peuvent aussi être contactées pour des services relevant de leur domaine de compétence. Ainsi, arrive-t-il que leurs clients soient dans des localités différentes de là où elles sont basées. Certaines, finissent par trouver leurs comptes s'y installent, rompant de fait même, le contact avec la structure de prise en charge initiale. Un personnel de prise en charge, la CPS Lead a affirmé à cet effet :

*Vous savez, la population des TS est une population très mobile. Ce qui rend leur localisation et donc leur lien aux soins et services difficile<sup>21</sup>.*

---

<sup>21</sup> NGA Fridoline, Op. Cit.

D'aucunes oublient de se munir de leurs ARVs si bien qu'elles n'en prennent pas pendant toute la durée de leur séjour. Toutefois, il importe de signaler que l'Association Horizons Femmes ne dispose que de quatre antennes notamment au centre (Yaoundé), dans le Littoral (Douala) à l'Ouest (Bafoussam) et plus récemment au Sud (Ebolowa). Par conséquent, elle ne peut prendre en charge les TS basées dans des localités autres que celles sus citées. Ce qui pose ainsi, l'épineux problème du lien aux soins autant dire, de l'accès aux soins. Aussi, en raison de leur activité qui est plutôt considérée comme déviante par la société, sont-elles souvent victimes de violences de toutes sortes (discrimination et stigmatisation) ne favorisant pas ainsi, leur accès aux services de santé hospitaliers. Pour renchérir, dans le cadre des enquêtes menées, une TS a révélé dans son récit de vie que :

*Quand j'ai su que j'étais malade, j'ai commencé à aller prendre mon traitement à l'hôpital central, parce que moi j'habite à Soa et comme c'est une petite ville, j'avais peur de rencontrer quelqu'un que je connais là-bas. Mais à l'hôpital central, comme il y avait souvent beaucoup de gens, on ne me gérait même pas. On vous traite comme-ci vous n'êtes pas des humains. Une fois, je m'étais écroulée parce que j'avais déjà attendu pendant des heures et des heures. J'ai tellement été maltraitée là-bas que j'ai décidé de ne plus partir prendre mon traitement. J'ai fait plusieurs mois*

*sans partir, c'est quand j'ai recontacté qu'une connaissance m'a conseillée Horizons Femmes<sup>22</sup>.*

Ainsi, pour venir à bout de la gêne occasionnée par la mobilité des TS, l'Association Horizons Femmes a mis sur pieds une stratégie de relance téléphonique. Cette stratégie comme son nom l'indique consiste à se procurer le numéro de téléphone de la TS en question, afin de lui rappeler ses dates de rendez-vous. Au départ, elle a porté ses fruits. Mais avec le temps, elle est devenue moins efficace car, pour éviter les appels téléphoniques des personnels de prise en charge, les TS donnaient de plus en plus des numéros non attribués. D'autres en changeaient tout simplement. Ce qui rend leur localisation et donc leur lien au traitement fastidieux. À cet égard, une conseillère relais a déclaré ce qu'il suit :

*La principale difficulté que nous rencontrons dans la prise en charge des TS séropositives c'est la perte de leurs contacts. Comme ce sont des filles qui ne restent jamais surplace, parfois dans leurs multiples déplacements, elles égarent leurs téléphones. D'autres, après avoir volé l'argent ou les objets de valeurs d'un client, pour que ce dernier ne les retrouve pas, elles changent immédiatement de numéro de téléphone. Elles mentent aussi trop. Quand tu réussis même à les avoir au téléphone, elles te disent qu'elles viendront à leurs rendez-vous. Mais quelques temps après quand tu les relances, les numéros ne*

---

<sup>22</sup> Entretien avec Christèle, Op. Cit.

*passent plus. Au bout d'un certain temps, elles deviennent des perdues de vue<sup>23</sup>.*

Ainsi, pour ce qui est de la mobilité des TS séropositives, il convient de dire au regard de l'analyse précédente qu'elle aussi, à l'instar de la distance entre le lieu de prise en charge de la TS et son lieu de résidence constitue un facteur déterminant dans l'accès aux soins adaptés chez ces cibles.

### ***II.2.3. La répartition géographique des lieux de prise en charge***

Selon LAMBERT (1985, P : 29) : « *La concentration des médecins et celle des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire* ». C'est dire en d'autres termes que la répartition géographique des lieux de prise en charge peut constituer un facteur déterminant dans l'accès aux soins et services de santé des populations. En effet, plus grande est la distance entre les lieux de prise en charge, moins est la motivation de s'y rendre.

La couverture géographique renvoie principalement à la répartition spatiale des Formations Sanitaires, puis au nombre d'habitant couvert par une structure sanitaire fonctionnelle. Selon les données du Ministère de la Santé Publique (2012), le Cameroun présente sur son territoire une couverture éparse et inégale des Formations Sanitaires. 2 454 Formations Sanitaires publiques ont été recensées dans les 189 districts de santé. Intégrés et les Centres Médicaux

---

<sup>23</sup> Entretien avec NGO SINGOG Martine, CR à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

d'Arrondissement. Les Formations Sanitaires privées n'ont pas été recensées.

## **Discussion et conclusion**

En définitive, l'analyse des déterminants des inégalités d'accès aux soins et services de santé au Cameroun est lisible à plusieurs niveaux, car elle touche à des enjeux cruciaux de santé publique, de droits humains, et de justice sociale. En effet, cette étude a révélé que la double stigmatisation des travailleuses de sexe séropositives limite fortement leur accès aux soins et services de santé adaptés. Cette stigmatisation engendre des barrières à la fois psychologiques et sociales qui empêchent ces femmes de révéler leur statut ou de chercher un accompagnement médical adéquat, ce qui renforce leur vulnérabilité. Aussi, les inégalités d'accès aux soins par cette cible sont accentuées par des déterminants socioéconomiques (revenus faibles) et des contraintes culturelles (discrimination, représentations sociales, genre). Ces facteurs limitent la capacité des travailleuses de sexe à bénéficier de traitements efficaces. Aussi faut-il ajouter que cette étude a mis en lumière les inégalités de genre dans le système de santé camerounais, où les femmes, notamment celles vivant avec le VIH, subissent des discriminations spécifiques dans la prise en charge médicale et sociale. Ces disparités reflètent des constructions sociales qui influencent la gestion de leur santé, leur sexualité et leur reproduction, posant des questions fondamentales sur l'égalité des droits et l'accès universel aux soins. Dès lors, la portée sociale de cette étude réside dans l'urgence d'implémenter des politiques de santé publique

intégrant une approche globale, combinant lutte contre la stigmatisation, amélioration de l'accès économique et géographique aux soins, et sensibilisation culturelle. Cela implique aussi un renforcement des services adaptés aux populations vulnérables, notamment les travailleuses de sexe, afin de garantir leur droit à la santé et contribuer à la réduction des inégalités.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**ADAM Philippe et HERZLICH Claudia**, 1994. *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, Université.

**AKOTO Eliwo**, 2002, « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Côte D'ivoire et Mali) », in Les cahiers de l'IFORD n° 27, 2002.

**BEAT SONGUE Paulette**, 1981. *La prostitution au Cameroun : l'exemple de Yaoundé (Esquisse d'analyse sociologique)*, Université de Yaoundé.

**BILLONG Serge Clotaire et al**, 2015. *La distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implication stratégiques pour les programmes de prévention*.

**BOUCHON Magalie**, 2011. *Cultures et interprétations de la santé et de la maladie Impacts de la précarité et de l'exclusion sur la santé Anthropologie médicale*.

**BERGER Peter et LUCKMANN Thomas**, 1861. *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens-Klincksieck,.

**De ROSNY Eric**, 1992. *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.

**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, 2010. « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun » in : REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales, [http:// revista-redes.Rediris.es](http://revista-redes.Rediris.es), Vol, 18.

**DOUOMONG YOTTA Serge**, 2014. *Investir sur les populations clés pour inverser la tendance du VIH. Plaidoyer pour le positionnement des MARPS dans le financement du Fond Mondial au Cameroun.*

**EBOKO Fred et al**, 2010. « Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise », in Collection sciences sociales et le sida, Paris, éd EDK, 2010, P. 48.

**ETOUNOU-Moses et al**, 2015. *Évolution des Programmes Nationaux de Lutte Contre l'Infection à VIH et le Sida au Cameroun, 2000-2015.*

**FAINZANG Sylvie**, 2010. « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n°1, 2010.

**KLEINMAN Arthur**, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

**KONDJI KONDJI Dominique**, 2005. *Politique et système de santé. Evolution historique au Cameroun : de la conceptualisation à l'opérationnalisation*, 1<sup>ère</sup> éd.

**MINSANTE**, 2011. *Recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun.*

**MINSANTE**, *Rapport CNLS 2011-2015. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST.*

**MINSANTE**, 2001-2015. *Stratégie Sectorielle de Santé.*



**MINSANTE**, 2014. *Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA Cameroun Global Aids rapport Response Progress (GARP), ONU/SIDA.*

**MINSANTE**, 2015. *Les estimations et projections sur le VIH et le sida au Cameroun période : 2010-2020.*

**MINSANTE**, 2017. *Directives pour la mise en œuvre de la stratégie Test and traitement au Cameroun.* Yaoundé, Cameroun.

**MONTEILLET Nicolas**, 2005. *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun*, Paris, KARTHALA.

**MOSCOVICI Serges**, 1961. *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

**NKOMA POUHE**, 2015. *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication.* 7eme Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis", Johannesburg, Afrique du Sud.

**PARENT Colette**, 2001. « Les identités sexuelles et les travailleuses de l'industrie du sexe à l'aube du nouveau millénaire », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no 1, 159-178.

**PARENT Colette et BRUCKERT Chris**, 2010. « Le débat actuel sur le travail du sexe », dans Parent Colette et al (dir.), *Mais oui c'est un travail ! Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 7-27.

**PARENT Colette et BRUCKERT Chris**, 2005. « Le travail du sexe dans les établissements de services érotiques : une forme de travail marginalisé », *Déviance et Société*, 29, 1, pp. 33-53.

**PARENT Colette et CODERRE Cécile**, 2000. « Le corps social de la prostituée : regards criminologiques », In : FRIGON S.,

KÉRISIT M., *Du corps des femmes. Contrôles, surveillance, résistances*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 93-124.

**PARENT Colette et CODERRE Cécile**, 2000. « Corps en danger, mères sous contrôle : les pratiques du service social concernant la prostitution », dans S. Frigon et M. Kérisit, *Du corps des femmes*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 57-92.

**PASKO Lisa**, 2002. *Naked Power: « The Practice of Stripping as a Confidence Game »*, *Sexualities*, 5, 1, pp. 49-66.

**SACKETT David et al**, 1996. *Evidence-based medicine (EBM): what it is and what it isn't*, P: 18-19.

**SOULET Marc-Henri**, 2008. « La vulnérabilité. Un problème social paradoxal ». in

**SOULET Marc-Henri**, 2004. *Quel avenir pour l'exclusion ?* Fribourg, Editions universitaires.

**STRAUSS Anselm et al**, 1985. *The social organization of medical work*, Chicago, the University of Chicago press.

**WATTS Paris et al**, 1999. "Accessibility and Perceived Value of Health Services in Five Western Illinois Rural Communities". *Journal of Community Health*, 24 (2), pp. 147-157.