

Supports enquête scientifique

PROCOLE

Étude ProSanté 2010

Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins
et l'accès aux droits des personnes
en situation de prostitution rencontrées
dans des structures sociales et médicales

Abréviations	2
1. Contexte	3
2. Objectifs	3
2.1 Objectifs primaires	3
2.2 Objectifs secondaires	4
3. Méthodologie	4
3.1 Type d'étude	4
3.2 Recueil des données	4
3.3 Étapes préalables à la mise en place de l'étude	5
3.4 Déroulement de l'étude	6
3.5 Gestion, analyse et diffusion des données	7
3.6 Limites de l'étude	7
4. Aspects éthiques de l'étude	8
4.1 Participation volontaire	8
4.2 Respect de la confidentialité	8
4.3 Autorisations	8
4.4 Prise en charge médicale	8
5. Coordination et pilotage de l'étude	8
5.1 Mise en place de plusieurs comités	9
5.2 Calendrier prévisionnel	9
6. Perspectives	10
Annexe 1 – Bibliographie indicative des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution	11
Annexe 2 – Études sur la santé objectivée des personnes en situation de prostitution	12

Étude ProSanté 2010

Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales

Protocole

Préambule

"La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir :

- se loger ;
- accéder à l'éducation ;
- se nourrir convenablement ;
- disposer d'un certain revenu ;
- bénéficier d'un écosystème stable ;
- compter sur un apport durable de ressources ;
- avoir un droit à la justice sociale et à un traitement équitable."

OMS, charte d'Ottawa, 21 novembre 1986

Abréviations

Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPP	Comité de protection des personnes
DGS	Direction générale de la santé
Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible

1. Contexte

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) a proposé à la Direction générale de la santé (DGS) de mener une étude sur la santé des personnes en situation de prostitution, car elle rencontre dans ses associations adhérentes cette population pour laquelle elle n'est pas toujours en mesure d'évaluer ses besoins et son état de santé. Ainsi, elle souhaiterait pouvoir disposer de données sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution dans le but d'améliorer leur accès aux soins et aux droits.

La question de la santé des personnes en situation de prostitution est souvent abordée sous l'angle de l'identification d'une population vulnérable dans une approche épidémiologique. La Fnars, en tant qu'acteur clé de la lutte contre les exclusions, souhaite inscrire cette étude dans une approche plus globale de la santé, au sens de la définition de la charte d'Ottawa, c'est-à-dire en y intégrant les notions de bien être physique, mental et social et de ressource de la vie quotidienne, et en la considérant globalement comme un levier vers l'insertion.

Parce qu'elle regroupe une majorité d'associations professionnelles spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de prostitution, le pilotage et la réalisation de l'étude par la Fnars répondent à un souci de mobilisation des associations professionnelles, ainsi que d'une bonne couverture du territoire national.

Depuis plusieurs années, la Fnars travaille sur le concept d'accompagnement santé et sensibilise son réseau afin que la santé des personnes en situation de précarité soit utilisée comme un levier vers l'insertion. C'est dans cette démarche, que l'objectif global de l'étude prend son sens. Il s'agit de réintégrer la définition de santé comme une ressource, en y intégrant la notion d'un bien-être social. Cette étude a donc pour ambition d'aller au-delà d'une conception de la santé en termes de présence ou absence de pathologies et d'entrer dans une conception dynamique de la santé qui intègre une dimension sociale. La santé est donc fonctionnelle, car elle est une ressource pouvant être mise au service de la personne en situation de précarité.

Rares sont les études qui permettent d'avoir des éléments quantitatifs ou qualitatifs au niveau national sur la santé des personnes en situation de prostitution. Les différentes études produites (cf. annexe 1) montrent l'incidence que les conditions de vie et de travail de cette population au caractère hétérogène ont sur les représentations, les pratiques et les comportements de santé. De même, des déterminants tels que l'âge, le sexe, la nationalité et le temps passé dans la prostitution amènent à un rapport au corps et à la santé différent. Une meilleure connaissance de ces déterminants et de leur impact sur la santé permettrait de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et du social dans les modes de prises en charge de prévention et de soins de cette population et d'y apporter des réponses. Si ces difficultés relèvent bien souvent d'une faible prise en compte de ces déterminants, le non-accès

aux soins et aux droits par ces personnes peut provenir (au-delà de la question économique) d'une méconnaissance du système de santé et de protection sociale, d'une inadaptation des services sociaux et sanitaires, mais aussi de la peur d'être stigmatisé, d'un sentiment de honte au regard de leur activité et/ou d'un sentiment d'isolement social. Ces derniers éléments renvoient à la dynamique du "bien-être", mais aussi à celle de la production des inégalités sociales de santé, qui plaident pour un dépassement de la définition de la santé, considérée sous le seul prisme d'absence de maladies.

Sans vouloir remplacer le corps médical, les structures sociales ont tout intérêt à s'investir de la dimension santé. Pour une meilleure prévention auprès des personnes en situation de précarité au sens large et en situation de prostitution dans notre étude, la coordination des deux domaines et la sensibilisation des structures sociales, médico-sociales et médicales est nécessaire.

Le rapprochement entre le secteur social et le secteur médical se fera grâce à une proposition d'orientation vers une structure médicale, pour les personnes participant à l'étude. Cette orientation se fera vers une consultation médicale capable d'assurer un accueil anonyme et gratuit. Ceci permettra de compléter l'étude menée par la Fnars par le recueil de données cliniques et biologiques, qui se fera sous la responsabilité scientifique de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Les études françaises sur la santé objectivée des personnes en situation de prostitution sont rares et remontent pour la plupart au milieu des années quatre-vingt et à l'émergence du sida, alors que le profil de la prostitution a changé, notamment en termes de populations concernées (femmes venues de pays de l'est, femmes chinoises...) et de lieux de prostitution (fuite des grandes villes vers des lieux plus cachés). La loi de sécurité intérieure de 2003 a eu pour conséquence d'aggraver la précarité de cette population et d'augmenter les violences subies, ce qui peut laisser craindre une aggravation de l'état de santé de ces personnes. Ces études anciennes ont essentiellement permis de recueillir le statut sérologique de cette population vis-à-vis du VIH, en s'intéressant parfois à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (cf. annexe 2). Des données de santé plus globales ont rarement été collectées.

La finalité de l'étude ProSanté, coordonnée par la Fnars en lien avec l'InVS, est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de prostitution.

2. Objectifs

2.1 OBJECTIFS PRIMAIRES

- Améliorer la connaissance sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution.
- Identifier les freins qui s'opposent à l'accès réel aux droits et aux soins.
- Faire bénéficier les personnes en situation de prostitution d'une prise en charge médicale dans un cadre anonyme et gratuit : consultation médicale, dépistage des IST (dont le VIH et l'hépatite B), dépistage

de l'hépatite C, traitement des IST aiguës, proposition de vaccinations (contre l'hépatite B notamment).

- Objectiver l'état de santé des personnes en situation de prostitution, en le confrontant aux données de santé perçue.
- Connaître la prévalence des IST (VIH, VHB, syphilis, chlamydie, gonococcie, trichomonose) et de l'hépatite C dans l'échantillon de l'étude.

2.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

- Améliorer la prise en compte des problématiques de santé dans les structures sociales et former des intervenants sociaux à ces problématiques dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution.
- Sensibiliser le personnel médical aux spécificités de ce public.
- Développer les réseaux locaux entre acteurs du social et du médico-social ou médical et favoriser l'émergence de partenariats.

3. Méthodologie

3.1 TYPE D'ÉTUDE

L'étude ProSanté est une étude nationale, transversale de type recherche action, qui comprend deux volets, un volet sur l'état de santé et ses déterminants, et un volet clinique et biologique :

- un volet sur l'état de santé et ses déterminants (sous la responsabilité scientifique de la Fnars), réalisé à l'aide d'un entretien mené par questionnaire, dans les structures spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution (structures adhérentes ou non à la Fnars) qui accepteront de participer à l'étude ;
- un volet clinique et biologique sur la santé objectivée (sous la responsabilité scientifique de l'InVS) réalisé dans des structures capables d'assurer des consultations médicales dans un cadre anonyme et gratuit : Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ou Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

3.2 RECUEIL DES DONNÉES

3.2.1 Qui sera interrogé ?

Seront invités à participer à l'étude les hommes, femmes ou transgenres, âgés de 18 ans ou plus, se déclarant en situation de prostitution, rencontrés par les intervenants des structures d'accueil/ accompagnement et/ou les médecins des consultations médicales.

L'étude sera proposée dans son intégralité (deux volets) par un intervenant social, au sein de la structure associative ou de tout autre lieu permettant un échange en face à face (domicile, café...). En cas de refus de la personne de participer au 2^e volet de l'étude, la participation pourra se faire uniquement sur le 1^{er} volet (état de santé et ses déterminants).

L'étude pourra aussi être réalisée auprès des personnes souhaitant participer sans avoir recours à une structure associative, et qui consulteraient directement dans une structure médicale participant à l'étude.

3.2.2 Nombre de personnes enquêtées

Dans le cadre du volet de l'étude sur l'état de santé et ses déterminants, environ 500 personnes seront incluses.

Aucun échantillonnage ne sera réalisé, dans la mesure où l'adhésion des structures sociales ou médico-sociales est indispensable à la réalisation de l'étude, où le taux d'acceptation des personnes en situation de prostitution est impossible à anticiper, et où le nombre total de personnes dans une telle situation en France est inconnu.

Dans le cadre du volet sur la santé objectivée, le nombre attendu de personnes sera sans doute moindre. L'étude Abena, réalisée elle aussi en deux temps auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire, peut sans doute donner une indication : 27 % des personnes ayant accepté de répondre à un questionnaire nutritionnel se sont ensuite rendues dans un centre d'examen de santé pour un examen nutritionnel¹. Sur cette base, le 2^e volet de l'étude pourrait inclure environ 140 personnes.

3.2.3 Zone géographique et choix des structures

L'étude sera menée au niveau national, dans un maximum de régions, sous réserve de la participation des structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution. L'ensemble des structures adhérentes à la Fnars, ainsi que des associations non adhérentes, seront sollicitées pour participer.

L'étude sera déployée dans près d'une vingtaine de structures associatives, en partenariat pour chacune avec une structure médicale de proximité assurant des consultations dans un cadre anonyme et gratuit. Les structures médicales pourront être soit des Ciddist qui ont pour vocation d'assurer une activité de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des IST, soit des CPEF qui sont des lieux d'accueil et d'information pour les femmes sur la sexualité, les méthodes de contraception et les IST.

3.2.4 Passation des questionnaires

Dans le cadre du volet Fnars, seront disponibles deux types de questionnaire anonyme (un questionnaire long et un questionnaire court) portant sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée (âge, sexe, pays de naissance, scolarité, situation familiale, habitat, ressources, relations sociales) et les thèmes suivants : activité de prostitution, perception de la santé, état de santé (consommation de produits psychoactifs, santé psychique, violences, sexualité et contraception, dépistage), accès aux soins et aux droits (couverture sociale, suivi médical).

L'un des deux questionnaires sera complété par un intervenant social, au cours d'un entretien en face à face avec la personne. L'intervenant pourra être l'intervenant référent de la personne concernée ou un autre intervenant de la structure. La personne interrogée sera totalement libre de ne pas répondre à certaines questions (item "ne répond pas").

¹ Bellin-Lestienne C, Noukpoapé A, Deschamps V, Le Clésiau H, Delord G, Varsat B et al. Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005. BEH 2006;11-12:81-3.

Le questionnaire long (d'une durée comprise entre 45 minutes et 1 heure) sera principalement destiné aux personnes accueillies au sein des structures, tandis que le questionnaire court (environ 30 minutes) est destiné essentiellement au travail de rue. Le choix du questionnaire se fera non seulement en fonction du lieu de l'entretien, mais aussi en fonction de la disponibilité de l'intervenant et de la personne interrogée, ou de tout autre facteur. Le questionnaire long sera privilégié.

En cas de refus de la personne de participer à l'étude, un questionnaire de refus lui sera proposé, complété lui aussi par l'intervenant, permettant de décrire succinctement son profil : sexe, âge, pays de naissance et raisons du refus.

Pour le volet InVS de l'étude, un questionnaire anonyme portera sur les informations suivantes : circonstances de la consultation médicale, données sociodémographiques (âge, sexe et pays de naissance), antécédents (médicaux, d'IST, gynéco-obstétricaux, de vaccinations, de dépistages), contraception et utilisation de préservatifs, consommation de produits, état de santé actuel, résultats des dépistages réalisés (complétés dans un second temps) et conclusion de la consultation (diagnostics et traitements, réalisation de vaccinations, orientation nécessaire). Ce questionnaire sera complété par le médecin pendant la consultation médicale, et au décours de celle-ci pour les résultats des dépistages.

La population des personnes en situation de prostitution est constituée par une proportion élevée de personnes migrantes. Afin de ne pas réduire l'effectif et biaiser l'étude par un recrutement exclusif de personnes francophones, la langue ne devra pas être un obstacle à l'inclusion dans l'étude. L'ensemble des documents remis aux personnes, ainsi que les questionnaires du volet sur la santé et ses déterminants seront traduits en plusieurs langues, et les intervenants des structures sociales ou médico-sociales, et les médecins des Ciddist et CPEF pourront faire appel au service téléphonique d'interprétariat (ISM interprétariat).

3.2.5 Durée de l'étude

La période d'étude est définie comme le temps nécessaire pour inclure environ 500 personnes se déclarant en situation de prostitution dans le 1^{er} volet de l'étude. Elle est estimée entre quatre et six mois, compte tenu de la file active des structures sociales ou médico-sociales participantes. Un mois supplémentaire sera nécessaire pour le recueil des données du 2^e volet de l'étude, afin de tenir compte-tenu du délai de venue des personnes dans les consultations médicales et du délai d'obtention des résultats biologiques.

3.3 ÉTAPES PRÉALABLES À LA MISE EN PLACE DE L'ÉTUDE

3.3.1 Étude pilote

Une étude pilote sera réalisée dans deux structures d'accueil/ accompagnement des personnes en situation de prostitution et deux consultations médicales, afin de tester la faisabilité de l'étude (taux et raisons de refus), les questionnaires (compréhension, ambiguïté, réticences...), l'orientation des personnes vers les consultations médicales (taux et raisons de refus) et le recueil des données cliniques

et biologiques dans les Ciddist ou CPEF (problèmes de faisabilité). Des questions spécifiques à l'étude pilote seront ajoutées dans les questionnaires, afin de préciser la durée de l'entretien, le recours à l'interprétariat, etc.

Pour le volet portant sur l'état de santé et ses déterminants, l'étude pilote sera réalisée par des intervenants de structures, membres du comité technique de la Fnars, auprès d'une vingtaine de personnes. L'analyse de l'étude pilote sera faite de façon conjointe par la Fnars et l'InVS. Selon les résultats, des ajustements du protocole et des questionnaires seront réalisés².

3.3.2 Sensibilisation des structures

Dans la mesure où les structures d'accueil, d'hébergement ou d'insertion des personnes en situation de prostitution ne réalisent pas toutes un accompagnement santé, elles seront fortement sensibilisées à l'étude. Cette sensibilisation se fera par la Fnars, avec l'aide de son groupe d'appui national "Prostitution". Il sera nécessaire d'identifier au sein de chaque structure associative une personne référente, responsable de la coordination du recueil des données de l'étude et de l'articulation avec la consultation médicale.

Au vu des structures sociales qui accepteront de participer à l'étude, les structures médicales de proximité susceptibles de participer à l'étude seront identifiées et sollicitées par l'InVS. Les structures médicales devront pouvoir accueillir les personnes dans un cadre anonyme (sauf si fonctionnement très particulier et justifié) et gratuit. Dans le contexte particulier de consultations nominatives, les données recueillies pour l'étude seront anonymisées.

Il sera demandé aux consultations médicales d'élargir le cadre de la consultation, centrée sur les IST pour les Ciddist ou sur la sexualité/contraception pour les CPEF, à une consultation plus généraliste. Au sein de la structure médicale, un médecin référent pour assurer la prise en charge des personnes participant à l'étude, le suivi de l'étude et l'interface avec la structure d'accueil/accompagnement et l'InVS devra être identifié. L'ensemble des personnels de la structure médicale devront être informés du déroulement de l'étude.

Une prise de contact formel sera indispensable entre les structures sociales et les structures médicales, en lien avec la Fnars et l'InVS. Elle devra donner lieu à un déplacement dans le Ciddist ou le CPEF partenaire, afin de visualiser les locaux et de comprendre l'organisation des consultations. Ceci permettra de préparer au mieux la collaboration entre les équipes et d'informer sur les spécificités de la population de l'étude. Les consultations médicales seront sensibilisées à l'importance d'un accueil de qualité et adapté à la précarité dans laquelle se trouve la population en situation de prostitution (pénalisation du racolage, irrégularité du séjour, absence de couverture médicale...).

3.3.3 Formation des enquêteurs

Pour le volet sur l'état de santé et ses déterminants, les enquêteurs seront des intervenants sociaux des structures spécialisées dans l'accompagnement de personnes en situation de prostitution. Les responsables de structures s'engagent donc à mettre à disposition au moins une personne pour la passation des questionnaires.

² L'enquête pilote, réalisée en mai 2009, a permis de prendre les remarques des personnes interrogées, et de reformuler certains items des questionnaires Fnars et InVS. Elle a mis en évidence certaines réticences des intervenants des structures sociales à proposer l'étude à certaines personnes, en raison de situations particulières. Elle a aussi permis d'identifier, au sein des consultations médicales, certains ajustements nécessaires dans l'accueil des personnes et la réalisation de dépistages.

Aucune rétribution financière n'est prévue, dans la mesure où cette enquête entre dans les missions générales des associations, et peut être menée en parallèle de l'accompagnement classique.

Au moins un intervenant par structure participera à une formation gratuite, et sera dédommagé des frais engagés, selon les procédures habituelles.

Les modalités de la formation seront définies par la Fnars (avec l'appui ponctuel de l'InVS concernant l'orientation des personnes vers une consultation médicale).

Au regard de l'étude pilote, la formation abordera notamment les points suivants : articulation locale entre structures sociales et médicales, mode et lieu de passation des questionnaires, moyens pour favoriser la participation à l'étude.

3.4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'étude devra être proposée par les intervenants de façon systématique à l'ensemble des personnes rencontrées, afin de ne pas créer de biais pouvant remettre en cause les résultats de l'étude. Il est notamment très important que les deux volets de l'étude soient proposés, indépendamment du statut sérologique VIH de la personne, d'une prise en charge médicale existante, de la notion de bilans récents ou de facteurs autres.

Durant tout le déroulement de l'étude, une affiche sera apposée dans les lieux d'accueil de la structure (fixes ou mobiles), ce qui permettra d'assurer la visibilité de l'étude et de faciliter la proposition de participation par les intervenants. De même, une plaquette d'information sera remise aux personnes accueillies, afin de faciliter leur participation.

Durant toute la durée de l'étude, un tableau de bord sera complété par le référent de la structure sociale, selon une fréquence à définir, afin de préciser le nombre total de personnes rencontrées se déclarant en situation de prostitution, le nombre de personnes auxquelles l'étude a été proposée et le nombre de personnes ayant refusé de participer.

3.4.1 Volet sur l'état de santé et ses déterminants (Fnars)

Le recueil des données se fera par entretien mené par les intervenants des structures sociales, au sein ou à l'extérieur de ces structures, sur la base d'un des deux questionnaires. Les données recueillies seront anonymes, seul un numéro d'ordre personnel (numéro d'étude) devra être recopié sur chaque questionnaire. Les intervenants s'engageront à respecter la confidentialité des données recueillies.

Il sera également possible d'envisager que la participation à l'étude débute par la consultation médicale, pour des raisons de calendrier ou de disponibilité.

3.4.2 Orientation vers une consultation médicale

À l'issue de cet entretien, les intervenants proposeront aux personnes interrogées une orientation vers la consultation médicale

de proximité identifiée, dans le but de faire le point sur leur santé et leurs vaccinations, de bénéficier de certains dépistages, d'un traitement des IST aiguës et d'un entretien de prévention. La remise par l'intervenant du livret de santé bilingue, dans la langue de la personne, pourra être un outil utile dans cette proposition.

La possibilité d'une prise en charge médicale dans un cadre anonyme et gratuit justifie le choix d'une orientation vers des consultations médicales telles que les Ciddist ou les CPEF. Le choix de ces consultations centrées autour des IST et de la sexualité pouvant être vécu comme stigmatisant devra donc être expliqué et motivé auprès des personnes³.

Les coordonnées de la consultation médicale leur seront données sur une carte de consultation et des créneaux horaires particuliers pourront y être précisés, afin de leur assurer un accueil de qualité. Les intervenants pourront être amenés à accompagner les personnes désireuses de bénéficier de cette consultation.

Les personnes seront encouragées à apporter lors de la consultation leur carnet de vaccination et leurs examens récents.

Les personnes ne souhaitant pas cette orientation vers un Ciddist ou un CPEF seront interrogées sur les raisons de ce refus. Leur faire prendre conscience qu'elles participent à une action collective sera un argument, puisque les résultats de l'étude serviront de support à la mise en place d'actions de prévention auprès de l'ensemble de la population.

Si le refus est lié à la présence d'une infection virale chronique (VIH, hépatites...) déjà suivie, l'intervenant devra néanmoins motiver la personne à consulter en Ciddist/CPEF (avec ses examens biologiques récents) pour une approche de santé globale. L'alternative sera de proposer à la personne de faire compléter le questionnaire médical par le médecin qui la suit, dans la mesure où il est informé de son activité de prostitution. Pour ce faire, l'intervenant fournira à la personne un dossier destiné à son médecin habituel, comportant un guide d'enquête, le questionnaire médical anonyme et une enveloppe T.

Les personnes refusant l'orientation médicale recevront néanmoins un livret de santé bilingue, ainsi qu'une carte de consultation avec les coordonnées de la consultation médicale, précisant les conditions d'anonymat et gratuité dans laquelle elle se déroule, afin de leur permettre de s'y rendre indépendamment de l'étude. D'autres lieux de consultation (Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)...), ainsi que les numéros de Sida Info Service ou Hépatites Info Service y seront aussi indiqués.

3.4.3 Volet sur la santé objectivée (InVS)

Le recueil des données se fera au cours de la consultation médicale (données cliniques) et au décours de celle-ci (résultats des dépistages, réalisation de vaccinations, nécessité d'une orientation), sur la base du questionnaire médical anonyme, par les médecins des Ciddist ou CPEF prenant en charge les personnes venues en consultation. Les médecins devront reporter sur le questionnaire le numéro d'étude avec lequel la personne s'est présentée.

³ Une IST aiguë est souvent asymptomatique, notamment chez la femme, alors que le traitement est simple et disponible gratuitement dans les Ciddist. Le caractère chronique des infections à VIH et des hépatites B et C met en jeu le pronostic vital, alors qu'un traitement peut permettre la guérison ou la stabilisation (hépatites), ou ralentir l'évolution (VIH).

La consultation médicale donnera lieu à un examen clinique complet et notamment au recueil du poids, de la taille et de la tension artérielle (prise de façon systématisée). Une bandelette urinaire sera si possible réalisée, en fonction des capacités de la consultation. Un examen gynécologique sera proposé aux femmes avec la réalisation d'un prélèvement vaginal à la recherche d'une IST (chlamydie, gonococcie, trichomonose...) et si possible d'un frottis cervico-vaginal [en l'absence d'un suivi gynécologique ou s'il existe des signes cliniques d'infection bactérienne (frottis à différer dans ce cas)]. Un examen complet de la sphère génitale sera proposé aux hommes avec prélèvements urinaire et anal à la recherche d'une IST (chlamydie, gonococcie, trichomonose...). Dans le cadre de cette consultation, sera proposé un dépistage du VIH, de l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBc), de l'hépatite C (Ac anti-VHC) et de la syphilis, à partir d'un prélèvement sanguin veineux.

L'ensemble de ces dépistages nécessitera une 2^e consultation (voire une 3^e) pour un rendu des résultats et une proposition de prise en charge, ce qui impliquera de motiver fortement les consultants lors de leur venue initiale. En cas de non-immunisation, sera proposée une vaccination contre l'hépatite B. En cas d'absence de rappel DTPolio fait dans les deux dernières années, ce rappel pourra aussi être proposé. Pour des raisons de pharmacovigilance, la réalisation d'une vaccination nécessitera la levée de l'anonymat. Un carnet de vaccination devra être donné aux personnes, afin d'y faire figurer les vaccinations réalisées et les rappels ultérieurs à prévoir.

Toutes les prestations assurées se feront dans le cadre du secret médical auquel est soumis tout médecin.

L'ensemble des dépistages ne sera pas forcément fait chez les personnes ayant déjà réalisé ces examens de façon récente et ayant apporté leurs résultats. Ces résultats seront reportés sur le questionnaire (au niveau de la rubrique 3.5 "Dépistages antérieurs").

Les personnes se déclarant en situation de prostitution, qui consulteraient directement dans une structure médicale participant à l'étude, sans être adressées par une structure d'accueil et d'accompagnement, pourront être incluses dans l'étude. Cela nécessitera de compléter d'une part le questionnaire clinique et biologique de l'InVS, et d'autre part le questionnaire sur l'état de santé et ses déterminants de la Fnars (questionnaire court). L'entretien nécessaire pour compléter ce questionnaire Fnars sera mené préférentiellement par un intervenant social, mais pourra aussi être conduit par un médecin de la structure médicale. Une orientation vers la structure d'accueil/d'accompagnement partenaire devra être proposée à ces personnes, notamment dans le but de les aider dans des démarches nécessaires à l'ouverture de droits.

3.5 GESTION, ANALYSE ET DIFFUSION DES DONNÉES

Les questionnaires du 1^{er} volet de l'étude (état de santé et ses déterminants) complétés après entretien seront adressés au chargé de mission de la Fnars, par les structures d'accueil/accompagnement des personnes en situation de prostitution. Aucune validation ne sera possible auprès des structures (pas de correspondance au sein des structures entre le numéro d'étude individuel figurant sur le questionnaire et le nom de la personne). Les premiers chiffres du numéro, qui correspondront

à une structure précise, permettront néanmoins de gérer au fur et à mesure de l'étude le nombre d'inclusions par structure, et d'identifier d'éventuels problèmes de complétude des questionnaires.

La Fnars assurera le codage de ces questionnaires.

Les questionnaires du 2^e volet de l'étude (santé objectivée) seront adressés par les structures médicales au médecin en charge de l'étude à l'InVS. Leur codage sera réalisé par ce médecin. En cas de données manquantes ou incohérentes, une validation pourra être réalisée auprès des structures médicales grâce au numéro d'anonymat, qui aura été indiqué sur le questionnaire (dans le cas d'une consultation anonyme pour laquelle aucun dossier nominatif n'est constitué au sein de la structure).

Le croisement des questionnaires des deux volets d'étude sera fait par la Fnars, au moyen du numéro d'étude figurant sur les questionnaires (cf. paragraphe 4.2 sur la confidentialité des données). La saisie des données sera réalisée par la Fnars. Toutes les mesures, et notamment des règles de sécurité matérielle, seront prises pour assurer la conservation des questionnaires tout au long de leur saisie et au-delà. La base de données sera mise à disposition du médecin en charge de l'étude à l'InVS.

L'analyse des données se fera selon les règles de confidentialité.

L'analyse des données du 1^{er} volet de l'étude sera réalisée par la Fnars et sera discutée au sein du comité technique et du comité stratégique.

L'analyse des données du 2^e volet sera réalisée par le médecin de l'InVS, au regard de certaines données sociodémographiques et comportementales recueillies sur le 1^{er} volet de l'étude. Les résultats seront discutés au sein du comité de pilotage et du comité stratégique.

Un rapport commun sera rédigé conjointement par la Fnars et l'InVS, et diffusé notamment à l'ensemble des structures participantes.

Les résultats seront communiqués auprès des personnes en situation de prostitution par un document mis à disposition dans les structures sociales.

3.6 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude, qui sollicitera des personnes en situation de prostitution rencontrées dans près d'une vingtaine de structures sociales, ne prétend pas être représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France.

Il faudra néanmoins s'attacher à ce qu'elle soit représentative des personnes rencontrées dans les structures sociales participantes, en limitant le nombre de refus, qu'il s'agisse de refus complets de participation, ou de refus de participation au volet médical de l'étude. Le fait notamment que les personnes déjà suivies pour une pathologie chronique refusent l'orientation médicale vers un Ciddist ou un CPEF, pourrait biaiser considérablement les données recueillies sur la santé objectivée.

L'étude permettra néanmoins de fournir un éclairage spécifique sur la prostitution, en précisant le contexte de cette prostitution, les éléments de précarité de la population concernée et les actions prioritaires à mettre en œuvre.

4. Aspects éthiques de l'étude

4.1 PARTICIPATION VOLONTAIRE

Une affiche sera apposée dans les lieux d'accueil (fixes ou mobiles) des structures sociales, ainsi que dans les structures médicales, afin d'assurer la visibilité de l'étude durant toute sa durée.

L'étude sera proposée aux personnes en situation de prostitution rencontrées par les structures sociales dans son intégralité (volet sur l'état de santé et ses déterminants et volet sur la santé objectivée), et une plaquette d'information leur sera remise.

Leur participation pourra se faire sur les deux volets de l'étude ou uniquement sur le 1^{er} volet de l'étude (état de santé et ses déterminants).

Elles auront un droit de rectification et de retrait et pourront l'exercer pendant toute la durée du recueil des données, sur présentation de leur numéro d'étude auprès de la structure sociale (cf. chapitre 4.2). La structure en informera la Fnars, qui détruira les questionnaires correspondants.

Les personnes seront libres de refuser de participer à l'étude. Dans ce cas, un questionnaire de refus leur sera proposé (sexe, âge, pays de naissance, raisons du refus). Elles recevront un livret de santé bilingue, ainsi qu'une carte de consultation (sans numéro d'étude) avec les coordonnées de la consultation médicale partenaire, précisant les conditions d'anonymat et gratuité dans laquelle elle se déroule, afin de leur permettre de s'y rendre indépendamment de l'étude. Par le biais de cette carte, elles auront aussi connaissance de lieux de consultation autres (PASS, CDAG...), et des numéros de téléphone de Sida Info Service ou Hépatites Info Service.

4.2 RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

Les données personnelles recueillies au travers des deux volets de l'étude seront anonymes et ne permettront pas d'identifier la personne.

Un numéro d'étude individuel sera attribué à chaque personne ayant accepté de participer à l'étude et figurera sur une carte de consultation remise à la personne. Il s'agira d'un numéro à 5 chiffres (numéro à 2 chiffres correspondant à la structure associative suivi d'un numéro à 3 chiffres incrémenté pour chaque personne). Ce numéro d'étude individuel sera recopié sur le questionnaire du 1^{er} volet de l'étude par l'intervenant chargé de l'entretien.

Si la personne accepte l'orientation médicale, elle se présentera à la consultation médicale avec sa carte de consultation. Son numéro d'étude sera alors reporté sur le questionnaire médical par le médecin.

Au sein des structures associatives, aucun lien ne sera créé entre le nom de la personne et son numéro d'étude individuel. Ce numéro n'y sera pas conservé. Le nom de la structure ne sera pas renseigné sur le questionnaire du 1^{er} volet de l'étude, ni son département ou sa région d'appartenance.

Au sein des structures médicales, la personne n'aura pas à donner son nom, les consultations étant anonymes et aucun dossier nominatif ne sera constitué (sauf en cas de fonctionnement très spécifique, connu des structures associatives).

Le couplage des questionnaires des deux volets d'étude sera fait au moyen du numéro d'étude figurant sur les questionnaires. Lors de la saisie des données, les chiffres correspondant à la structure associative seront transformés en d'autres chiffres, grâce à une table de correspondance papier détenue uniquement par la Fnars et l'InVS. Seuls ces deux organismes auront donc la possibilité d'identifier la structure associative dans la base informatique. Parallèlement, le nom de la consultation médicale, figurant sur le questionnaire médical, ne sera pas saisi dans la base.

L'analyse des données se fera selon les règles de confidentialité et du secret professionnel. Les résultats de ces analyses ne feront état que d'informations agrégées. Des analyses par structure d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution pourront éventuellement être réalisées, pour l'usage exclusif de la structure considérée, dans le but d'optimiser l'accueil et la prise en charge médico-sociale des personnes. Ces analyses ne seront réalisées qu'à partir d'un nombre suffisant de personnes incluses dans la structure, en restant vigilant sur le respect de la confidentialité des informations personnelles recueillies dans le cadre de la passation du questionnaire et de l'interaction spécifique créée dans le cadre de l'étude entre l'intervenant et la personne répondante.

4.3 AUTORISATIONS

Un avis auprès d'un Comité de protection des personnes (CPP) a été sollicité. Dans sa séance du 30 juin 2008, le CPP Île-de-France IX a confirmé que l'étude ne constituait pas une recherche clinique.

Le traitement automatisé de données à caractère personnel a été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), en date du 18 décembre 2009 (numéro de déclaration 1375106).

4.4 PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Le dépistage d'infections ou de pathologies chroniques (infection à VIH, hépatite B ou C chronique, cancer du col de l'utérus, suspicion d'hypertension artérielle ou de diabète) dans le cadre de cette étude doit pouvoir permettre la prise en charge médicale des personnes concernées. À cette fin, l'ouverture de droits en matière de couverture médicale et de titre de séjour devra être facilitée au regard des textes de loi légiférant en la matière (instruction prioritaire d'une demande d'aide médicale d'État, ouverture des droits à la couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire, carte de séjour temporaire...). Afin de faciliter les démarches de la personne, une aide de la structure sociale sera nécessaire.

5. Coordination et pilotage de l'étude

La mise en place des deux volets de l'étude nécessite un important travail de coordination qui sera réalisé par les personnes référentes à la Fnars et à l'InVS, ainsi qu'au sein du comité stratégique.

5.1 MISE EN PLACE DE PLUSIEURS COMITÉS

5.1.1 Le comité stratégique

Ce comité est constitué de la DGS, la Fnars et l'InVS. Il se réunit régulièrement pour la mise en place et le suivi de l'étude.

Pour la Fnars, sont présents : le prestataire, le président des groupes Santé et Prostitution, la chargée de mission Santé et la chargée de mission Prostitution, ainsi qu'une personne ressource reconnue pour son expertise sur les questions de santé auprès de ce public.

Pour l'InVS, sont présents les deux médecins de santé publique en charge de l'étude.

Pour la DGS, sont présents : un représentant du bureau "Santé des populations" (MC1) et un représentant du bureau "Infections par le VIH, IST et hépatites" (RI2)

Les missions de ce comité sont de fixer les orientations de l'étude, de s'assurer d'une coordination et d'une cohérence dans la conduite de ses deux volets, et d'assurer les arbitrages nécessaires.

5.1.2 Le comité technique de la Fnars/ groupe d'appui national

Les associations qui participent au groupe d'appui national constituent le comité technique auquel participent le prestataire et les chargées de mission Santé et Prostitution.

Ce comité technique a pour objet d'apporter des éléments d'éclairage sur le terrain et sur la faisabilité de l'enquête. Il a notamment pour mission de valider le questionnaire proposé par le prestataire.

Il sert également de relais auprès des structures dans lesquelles les personnes seront interrogées.

Une fois validé par ce comité technique, le questionnaire sera ensuite proposé aux associations et structures ayant accepté de participer à l'étude, qui auront la possibilité de réagir.

5.1.3 Le comité de pilotage de l'InVS

L'InVS a constitué un comité de pilotage pour la réalisation du volet médical de l'étude, composé notamment de médecins de Ciddist (Dr Laurence Boyer, Dr Brigitte Burdin-Pipon, Dr Eric Goudot), des chargées de mission Santé et Prostitution de la Fnars (Lise Fender, Elsa Hajman), d'épidémiologistes et de sociologues de l'InVS (Dr Anne Gallay, Dr Christine Larsen, Dr Florence Lot, Annie Velter, Marie Jauffret-Roustide), et de structures associatives non adhérentes à la Fnars (Dr Marc Bary, Frédéric Labich).

Ce comité a pour mission de valider le projet de protocole du 2^e volet de l'étude, de finaliser le questionnaire de recueil des données clinico-biologiques, de suivre la mise en œuvre de cette partie de l'étude et d'en discuter les résultats.

La collaboration entre la Fnars et l'InVS dans le cadre de cette étude fera l'objet d'une convention permettant de préciser les rôles et engagements de chaque structure. Y seront notamment définies la valorisation et la diffusion des résultats.

5.2 CALENDRIER PRÉVISIONNEL

Septembre-décembre 2008	Rédaction d'un projet de protocole
Décembre 2008	Mise en place du comité stratégique
Janvier 2009	- Réalisation de projets de questionnaires (Fnars et InVS) - Soumission (informelle) à la Cnil - Constitution du comité de pilotage de l'InVS - Début d'identification des structures d'accueil et d'accompagnement par le comité technique
Mars 2009	- Finalisation du protocole d'étude et des questionnaires de l'étude - Finalisation d'une brochure d'information, du questionnaire de refus, d'une proposition de carte d'orientation
Avril-mai 2009	Étude pilote auprès de deux structures d'accueil/accompagnement des personnes en situation de deux prostitution et de deux structures médicales
Mai-décembre 2009	Sollicitation et engagement des structures associatives
Juillet 2009	Soumission à la Cnil
Août 2009-janvier 2010	Ajustement du protocole, des questionnaires et des documents annexes
Novembre-décembre 2009	- Identification et sollicitation des structures médicales par l'InVS pour le 2 nd volet de l'étude - Réponse de la Cnil
Novembre 2009-février 2010	Maquettage, traduction et impression des documents
Décembre 2009-janvier 2010	Formation des intervenants des structures associatives
Mars-juillet 2010	- Recueil des données dans les structures sociales et les structures médicales - Codage des questionnaires par la Fnars et l'InVS - Saisie des questionnaires par la Fnars
Août-septembre 2010	Décali supplémentaire pour le recueil des données dans les structures médicales
Septembre-octobre 2010	Analyse des données
Novembre 2010	Présentation des résultats préliminaires au comité technique et au comité de pilotage
Décembre 2010-janvier 2011	Rédaction du rapport final

6. Perspectives

Il s'avère indispensable de bien connaître les problématiques qui constituent pour les personnes en situation de prostitution un frein à l'accès aux soins et à un bien-être au sens large. C'est en effet cette connaissance qui permettra par la suite de construire des mesures adaptées pour favoriser l'accès aux soins et au bien-être, et de développer des actions de prévention.

À la suite de cette étude, des réflexions seront engagées pour l'amélioration de l'accompagnement santé fait auprès de ces personnes, sur leur état de santé et sur des orientations d'un travail à poursuivre. À terme, si cette démarche s'avère concluante, il pourra s'agir de la renouveler et de l'ancrer dans une logique plus large d'observation car, à ce jour, il n'existe pas d'observatoire de la santé de cette population.

Annexe 1 – Bibliographie indicative des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution

- [1] Balthasar H, Dubois-Arber F. Évaluation des activités de prévention du VIH/sida auprès des clients de la prostitution en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2007. 64 p. (Raisons de santé;128).
- [2] Bernede M. Prostitué(e)s de tous les pays, pouvez-vous vous unir? *Transversal*, n°12, 2003;14-9.
- [3] Boudinet F. Prostitution et identité sexuelle: la prévention face à la personne. *Combat face au Sida*, n°28, 2002;36-7.
- [4] Cagliero S, Lagrange H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend). Saint-Denis-La Plaine: OFDT, octobre 2004. 93 p.
- [5] Commerce du sexe et VIH/sida: actualisation ONU Sida. Genève: ONU Sida, mars 2003. (Meilleures pratiques de l'ONU Sida). 20 p.
- [6] Darmon L. La prostitution chinoise: celles dont on ne prononce pas le nom. *Le Journal du Sida*, n° 185, 2006;13-4.
- [7] Derycke D. Rapport d'activité pour l'année 2000 fait au nom de la délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) et compte-rendu des travaux de cette délégation sur la prostitution, déposé en application de l'article 6 septies de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, Sénat, n° 209, 31 janvier 2001, 228 p.
- [8] Deschamps C. Évolution des liens entre prostitution et drogues en France. *Swaps*, n° 42, janvier 2006;2-4.
- [9] Deschamps C. Le sexe et l'argent des trottoirs. Paris: Hachette Littératures, 2006. 238 p.
- [10] Despres D. La loi sur la sécurité intérieure deux ans après: prévention entravée et conditions sanitaires déplorables pour les personnes prostituées. *Le Journal du Sida*, n°176, 2005;8-9.
- [11] Dubois-Arber F, Jeanin A, Meystre-agustini G *et al.* Évaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2003. 190 p. (Raisons de santé; 90a).
- [12] Fondation scelles. La prostitution adulte en Europe. Toulouse: Erès, 2002. 264 p.
- [13] Guillemau F. Cabiria. Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe: stratégies et empowerment. Lyon: Le Dragon Lune, 2005. 287 p.
- [14] Guillemau F, Debrus M, Simonnot N. Un programme de réduction des risques pour les prostituées chinoises à Paris. *La Santé de l'homme*, n° 379, 2005;35-9.
- [15] Guillemau F, Schutz-Samson M. Prostitution et prévention, enjeux et débats. *Le Journal de la Démocratie Sanitaire*, n° 143, 2002;15-8.
- [16] Guillemaut F, Carthonnet C. Cabiria, Lyon. Santé publique et prostitution dans une ville moyenne: état des actions associatives et institutionnelles en matière de prostitution à Lille et étude des possibilités d'amélioration du dispositif pour une prise en compte de la prévention du VIH. Lyon: Le Dragon Lune, 2002. 103 p.
- [17] Handman M-E. (dir.); Mossuz-Lavau J (dir.). La prostitution à Paris. Paris: Ed. de La Martinière, 2005.
- [18] Kulakowska E. Prostitution à Bordeaux, un lieu adapté à la diversité des situations. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2 337, 12 décembre 2003;31-2.
- [19] Langlet M. Les personnes prostituées hispanophones en situation de précarité à Paris: les anges du trottoir. *Le Journal de la Démocratie Sanitaire*, n° 165, 2004;21-2
- [20] Laurindo Da Silva L, Evangelista L. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend). Saint-Denis-La Plaine: OFDT, octobre 2004. 149 p.
- [21] Mathieu L. Prostitution en Europe: abus des drogues et sida: enrayer l'épidémie. *Peddro*, Numéro spécial, 2001, p. 117-8.
- [22] Meystre-Agustoni G. Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe, revue de la littérature. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive), 2004. (Raisons de santé; 98). 123 p.
- [23] Les personnes prostituées. Mieux comprendre pour mieux intervenir et prévenir. Interviews réalisés à Paris, Marseille, Bordeaux et Nantes. Paris: l'espace Metanoya [sd].
- [24] La prévention du VIH/sida auprès des personnes prostituées: 50^e rencontre du Crips Île-de-France: Paris, 2003/05/15. Lettre du Crips Île-de-France, n° 66, 2003, 6 p.
- [25] Prostitution. État des lieux partagé et perspectives, Journée de sensibilisation en Îlle-et-Vilaine, MFPP-CIDF-Asfad-Aides 35, Rennes, 9 décembre 2003: Actes. Paris: l'espace Metanoya, décembre 2003. 32 p.
- [26] La Prostitution en question. Enquête. L'arrivée de prostituées dans un quartier de Rennes. *Le Rennais*, janvier 2003;23-6.
- [27] Pryn S. Stigmate et métier, une approche sociologique de la prostitution de rue. Rennes: PUR, 1999. 231 p.
- [28] Sousa A. La prostitution masculine s'est transformée. *Swaps*, n° 42, janvier 2006;4-5.

Annexe 2 – Études sur la santé objectivée des personnes en situation de prostitution

Plusieurs études de séroprévalence du VIH ont été réalisées auprès de personnes en situation de prostitution dans des lieux divers [1] : rue Saint-Denis (en 1985 puis en 1988) [1;2], dans un laboratoire privé d'analyses médicales de Paris (entre 1986 et 1988) [3], et dans des dispensaires antivénéériens à Toulouse (entre 1985 et 1989) [4] et en Martinique (entre 1985 et 1988) [5].

Entre novembre 1990 et avril 1992, Vincenzi et al. ont mené, dans le cadre d'une étude multicentrique européenne, une enquête sur les risques d'infection par le VIH chez les prostituées parisiennes [6]. La séroprévalence globale du VIH était de 12,8 % parmi les 141 personnes testées (33,3 % chez les femmes usagères de drogues et 2,1 % chez les autres). La prévalence globale, d'environ 28 % chez les femmes travaillant en périphérie, n'excédait pas les 5 % chez celles de la rue Saint-Denis. À partir de données déclaratives, les auteurs ont estimé que la proportion de femmes ayant présenté une IST dans l'année précédant l'enquête devait être comprise entre 13 et 40 %.

Cette étude est la dernière source en date apportant des données de séroprévalence sur le VIH chez les personnes en situation de prostitution en France⁴. Les études réalisées depuis reposent sur des données déclaratives, qui sous-estiment sans doute la prévalence réelle, en raison d'une méconnaissance fréquente du statut sérologique et de biais possibles de désirabilité sociale.

En 1993, ont été recueillies des données sur les antécédents d'IST chez 61 transsexuels et transgenres [7]. Deux tiers d'entre eux déclaraient avoir déjà eu une IST, avec par ordre de fréquence la syphilis, l'hépatite, la gonococcie, l'herpès, les mycoses et les chlamydioses.

En 1994, Ingold et al. ont mis en œuvre une approche ethnographique pour décrire les caractéristiques de la population prostituée de la capitale française, et ont recueilli des données déclaratives sur les problèmes de santé et sur la connaissance du statut VIH des personnes interrogées [8]. Les chiffres retrouvés font ainsi état d'un taux de dépistage ne dépassant pas les 50 % des sujets interrogés ; parmi lesquels la prévalence déclarée de VIH était de 22 %.

Ces chiffres sont confirmés par l'étude de l'association "Les amis du bus des femmes" sur la prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France. Dans cette étude, sur 144 femmes connaissant leur statut sérologique, la prévalence déclarée de l'infection à VIH était de 31 % chez les usagères de drogues et de 2 % chez les autres [9].

Plus récemment, en 2004, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies a réalisé deux enquêtes autour de la consommation de drogues dans les populations prostituées masculine [10] et féminine [11]. Les prévalences déclarées étaient de 3 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes, mais ces résultats ne peuvent être ni généralisés à l'ensemble de la population des personnes prostituées, ni même à celle des prostitué(e)s usager(e)s de drogues.

Concernant des données de santé plus globales, hors du champ des IST, peu de données sont disponibles.

Les résultats de l'étude quantitative sur la santé des prostituées étrangères à Lyon et Toulouse, réalisée par Guillemaut *et al.* entre 2002 et 2004, montrent néanmoins, qu'en plus des problèmes de santé de la population générale, d'autres sont plus spécifiques de cette population : problèmes dentaires, dermatologiques, ophtalmologiques, anxio-dépressifs, ... [12]. Des problèmes gynécologiques et pulmonaires ont aussi été retrouvés chez les femmes accueillies par le Lotus Bus à Paris.

C'est pourquoi, certaines pathologies chroniques auraient mérité d'être dépistées dans le cadre de l'étude, en raison de l'origine géographique des personnes concernées par l'étude (variable d'une ville à l'autre) et de la situation de précarité dans laquelle vivent ces personnes. Mais compte-tenu de la population concernée, il nous a paru préférable de privilégier des lieux de consultations anonymes et gratuites (Ciddist et CPEF).

Tuberculose

Même en l'absence de données de morbidité dans cette population, il aurait sans doute été pertinent d'élargir le dépistage à la tuberculose pulmonaire.

Le dépistage d'une tuberculose maladie chez l'adulte repose classiquement sur la radiographie pulmonaire. Cet examen peut être fait gratuitement dans les Centres de lutte contre la tuberculose (Clat), de façon nominative. Ces centres offrent aussi la possibilité d'un traitement gratuit. Mais compte tenu de la contrainte forte quant à l'absence d'anonymat possible, il paraît difficile de proposer un dépistage de la tuberculose pour la population de l'étude, sachant que cela nécessiterait aussi d'orienter les personnes sur deux consultations médicales différentes. Le médecin du Ciddist devra par contre s'attacher à interroger la personne sur ses antécédents pulmonaires, ses signes respiratoires, et à pratiquer un examen clinique complet.

Diabète

Un dépistage du diabète a aussi été envisagé, éventuellement au cas par cas, en fonction du pays d'origine (intérêt chez les personnes originaires du Maghreb, d'Asie et d'Europe de l'Est), de l'âge (la prévalence augmente avec l'âge), et de l'indice de masse corporelle de ces personnes (rôle de l'obésité). Néanmoins, ce dépistage repose sur deux glycémies veineuses réalisées à jeun (depuis au moins 8 heures), ce qui représente une contrainte forte pour les personnes en situation de prostitution, compte tenu de leur mode de vie. De plus, ce dépistage dans les Ciddist nécessitait aussi un financement spécifique. La réalisation d'une bandelette urinaire a paru être un acte plus simple, ne nécessitant par ailleurs pas de financement particulier.

⁴ Dans le cadre d'une enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris, une expérience de dépistage hors les murs a été réalisée par le Lotus Bus en décembre 2008 auprès de cette population. Sur 46 femmes dépistées et 43 venues chercher leurs résultats, aucune femme n'était porteuse du VIH ou du VHC. Trois femmes étaient porteuses de l'hépatite B, 1 femme avait la syphilis et 1 femme une infection à chlamydia.

- [1] De Vincenzi A. Sida et prostituées. Revue des données françaises. BEH 1989;40:165-6.
- [2] Unknown. HTLV-III antibody in prostitutes. Lancet 1985;2:1424.
- [3] Aim G, de Vincenzi I, Ancelle-Park R, Brunet JB, Catalan F. HIV infection in French prostitutes. AIDS 1989;3:767-8.
- [4] Gayet-Mengelle C, Puel J, Averous S, Bazex J. AIDS virus infection in Toulouse prostitutes (France). J Acq Immun Def Synd 1991;4:443-4.
- [5] Chout R, Cales-Quist D, Verdier M, Hélénon R, Demeuleemester R, Denis F. 4 year follow-up study of the HIV infection in high risk and control groups in Martinique. Abstract TAP 12. V^e conference internationale sur le sida, Montréal 1989.
- [6] De Vincenzi I, Braggiotti L, El-Amri M, Ancelle-Park R, Brunet JB. Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris. BEH 1992;47:223-4.
- [7] Serre A, Cabral C, Castelletti S, Brunet JB, de Vincenzi I. Recherche-action auprès de transsexuels et travestis prostitués à Paris. BEH 1994;20:89-90.
- [8] Ingold R, Youssirt M. Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH. Investigation ethnographique de la prostitution à Paris (1989-1993). BEH 1994;27:119-20.
- [9] Serre A. Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France. Université Victor Ségalen Bordeaux II; 1998.
- [10] Da Silva L, Evangelista L. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. OFDT; 2004.
- [11] Cagliero S, Lagrange H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. OFDT; 2004.
- [12] Guillemaut F. Femmes migrantes : enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe, stratégies et empowerment, Lyon, Le Dragon Lune. 2006, 286 p.

