Supports enquête scientifique

RAPPORT

Étude ProSanté

2010-2011

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

FNARS
agir pour la solidarité

InVS
INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Sommaire

Abréviations 3

1. Introduction 5

2. Méthodologie 7

2.1 Le recrutement des structures associatives et médicales 7

2.2 L'inclusion des personnes en situation de prostitution 7

2.3 Les questionnaires 8

2.4 Le recueil des données 10

2.5 Étapes préalables au recueil de données 11

2.6 Gestion et analyse des données 12

3. Participation des structures et des personnes en situation de prostitution 14

3.1 Calendrier 14

3.2 Participation au volet santé-social 14

3.3 Orientation médicale 17

3.4 Participation au volet médical 17

4. Volet santé-social 22

4.1 Caractéristiques démographiques 22

4.2 Caractéristiques sociales 33

4.3 Activité de prostitution 47

4.4 État de santé déclaré 57

4.5 Déterminants de santé 72

4.6 Accès aux soins et aux droits 93

4.7 Profils-types de personnes 97

5. Volet médical 113

5.1 Sexe, lieu de naissance et âge 113

5.2 Spécificités concernant les personnes transgenres 114

5.3 Antécédents 114

5.4 Orientation sexuelle, contraception et utilisation du préservatif 118

5.5 Consommation de produits 120

5.6 État de santé 121

5.7 Discussion 126

6. Discussion globale 132

6.1 Les principaux constats de l'étude 132

6.2 Les enseignements à tirer de l'étude 134

7. Recommandations 136

7.1 Recommandations en matière de prévention 137

7.2 Recommandations en matière d'accès aux soins et aux droits 139

7.3 Recommandations pour la mise en place de partenariats territoriaux 140

7.4 Recommandations pour des études ultérieures 142

Références bibliographiques 144

Étude ProSanté 2010-2011

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

Ont participé à la mise en œuvre de l'étude, en lien avec les comités de pilotage et le comité stratégique :

FNARS (Lise Fender et Elsa Hajman)

InVS (Florence Lot, Anne Gallay, Marie Jauffret-Roustide)

DGS (Lionel Lavin)

Et Eric Le Grand (sociologue, consultant en promotion de la santé)

Remerciements :

Au comité de pilotage de l'InVS (par ordre alphabétique) :

Dr Marc Bary (Centre du Moulin Joly, Paris), Dr Laurence Boyer (service d'infectiologie du CHU de Nancy), Dr Brigitte Burdin-Pipon (Ciddist de Dijon), Dr Anne Gallay (InVS), Dr Eric Goudot (CPEF de l'hôpital Villemin, Nancy), Frédéric Labich (ARS/Antigone, Nancy), Dr Christine Larsen (InVS), Dr Anne-Lise Pinault (Ciddist de l'hôpital de Brabois, Nancy), Annie Velter (InVS)

Au comité de pilotage de la FNARS (par ordre alphabétique) :

Sophie Alary (FNARS), Sandrine Arnaud (Amicale du Nid, Montpellier), Roxana Boldor (ALC/Les Lucioles, Nice), Mireille Dupré-Latour (L'appart, Grenoble), Patrick Hauvuy (ALC/Les Lucioles, Nice), Frédéric Labich (ARS/Antigone, Nancy), Pascale Marcellin (Amicale du Nid Rhône, Lyon), Nathalie Nebout (FNARS), Jean-Marie Rabo (FNARS), Thierry Royer et Catherine Sumi (ADEFO/Le Pas, Dijon)

Et Eric Le Grand (sociologue, consultant en promotion de la santé)

Au comité stratégique (par ordre alphabétique) :

Sophie Alary (FNARS), Patrick Ambroise (DGS), Dr Christine Barbier (DGS), Joëlle Connan-Clark (DGS), Katell Daniault (DGS), Dr Lionel Lavin (DGS), Nathalie Goyaux (DGS), Fréderic Labich (ARS/Antigone, Nancy), Eric Le Grand (consultant), Flore Moreux (DGS)

Aux structures sociales qui ont participé au volet santé-social de l'étude :

ADEFO/Le Pas à Dijon, AIEM/Pôle urgence à Metz, ALC/Les Lucioles à Nice, Amicale du Nid à Marseille, Amicale du Nid à Montpellier, Amicale du Nid Rhône à Lyon, Amicale du Nid à Paris, L'Appart à Grenoble, ARIA/A.P.U.S à Lyon, ARS/Antigone à Nancy, Diaconat Protestant/Arcades à Valence, L'Embellie à Avignon

Aux structures médicales qui ont participé au volet médical de l'étude :

Le Ciddist de l'hôpital Saint-Roch à Nice (Dr Alain Passeron et son équipe), le Ciddist de l'hôpital Saint-Louis à Paris (Dr Lionel Lavin, Dr Aguenier, Dr Petrequin, Dr Lagrange, Dr Rovani), le CPEF de l'hôpital Villemin à Nancy (Dr Eric Goudot et son équipe), le CPEF de Lyon (Dr Nguyen et son équipe), le Cidag-Ciddist de Grenoble (Dr Bénédicte Gratacap-Cavallier et son équipe), le Ciddist Espace Perréal à Béziers (Mme Françoise Lignon), l'APUS à Lyon (Dr Livrozet), le Ciddist de l'hôpital Bon Secours à Metz (Dr Truchetet), le Ciddist de Dijon (Dr Brigitte Burdin-Pipon), les Cidag-Ciddist CG13 à Marseille (Dr Joëlle Cadiou, Dr Pervenche Martinet, Dr Chantal Vernay-Vaïsse), le Ciddist de l'hôpital Saint-Eloi à Montpellier (Dr Vincent Tribout), le Ciddist Pontiffroy à Metz (Dr Viviane Millot), le Ciddist de l'Hôtel-Dieu à Lyon (Dr Fatima Yassir Oria), le Ciddist de l'hôpital Henri Duffaut à Avignon (Dr Christine Lorente)

À l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) de Picardie pour la saisie et le traitement des données :

Philippe Lorenzo, Béatrice Oliveux

À toutes les personnes en situation de prostitution ayant participé à l'étude

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

Parties 1.Introduction, 2.Méthodologie et 3.Participation des structures et des personnes en situation de prostitution :

InVS (Florence Lot)

FNARS (Christelle Cirbeau, Lise Fender et Elsa Hajman)

Partie 4.Volet santé-social :

FNARS (Christelle Cirbeau, Lise Fender et Elsa Hajman)

Partie 5.Volet médical :

InVS (Florence Lot avec l'aide de Christine Larsen, Guy La Ruche et Caroline Semaille)

Parties 6.Discussion globale et 7.Recommandations :

FNARS (Lise Fender, Christelle Cirbeau et Elsa Hajman)

InVS (Florence Lot)

Relecteurs (par ordre alphabétique) :

Sophie Alary (FNARS), Christine Barbier (DGS), François Brégou (FNARS), Martine Théaudière (FNARS), Katell Daniault (DGS), Stéphane Delaunay (FNARS), Nathalie Goyaux (DGS), Frédéric Labich (ARS/Antigone, Nancy), Carole Lardoux (FNARS), Didier Lennon (FNARS), Maryse Lépée (FNARS), Christine Saura (InVS), Hélène Therre (InVS)

Abréviations

ADN	Amicale du nid
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de Santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CMU	Couverture maladie universelle
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification ou d'éducation familiale
CPP	Comité de protection des personnes
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DGS	Direction générale de la Santé
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HLM	Habitation à loyer modéré

HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSI	Loi de sécurité intérieure
MDM	Médecins du monde
OCRTEH	Office Central pour la Répression de la Traite des Êtres Humains
OFDT	Office français des drogues et des toxicomanies
PACS	Pacte civil de solidarité
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RSA	Revenu de solidarité active
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise

1. Introduction

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), en tant qu'acteur clé de la lutte contre les exclusions, travaille depuis plusieurs années sur le concept d'accompagnement santé et sensibilise son réseau afin que la santé des personnes en situation de précarité soit un vecteur d'insertion. Il s'agit de considérer la santé comme une ressource, en y intégrant la notion d'un bien-être social. Dans ce cadre, la FNARS souhaitait mettre en place une étude auprès des personnes en situation de prostitution avec une approche 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. L'ambition était d'aller au-delà d'une conception de la santé en termes de présence ou absence de pathologie, et d'entrer dans une conception dynamique de la santé qui intègre une dimension sociale.

Les différentes études produites sur la santé des personnes en situation de prostitution ont montré que comme pour toute population, les conditions de vie ont un lien avec les représentations, les pratiques et les comportements de santé. De même, des déterminants tels que l'âge, le sexe, la nationalité, 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 permet 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. Le non-accès aux soins et aux droits pour 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. La prise en compte de ces déterminants dans l'accompagnement permet d'améliorer l'accès aux soins, aux droits et l'état de santé des personnes. 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 se substituer au corps médical, les structures associatives ont tout intérêt à investir la dimension santé. La coordination des deux domaines et la sensibilisation des structures sociales, médico-sociales et médicales est nécessaire pour une meilleure prévention auprès des personnes en situation de précarité au sens large, et plus particulièrement auprès de celles en situation de prostitution.

C'est dans ce contexte que la FNARS a envisagé une étude sur la santé des personnes en situation de prostitution, avec le soutien financier de la Direction générale de la Santé (DGS).

Suite à une saisine de la DGS en 2006 demandant à l'Institut de veille sanitaire (InVS) d'actualiser les connaissances sur la santé des personnes prostituées, un rapprochement s'est fait entre la FNARS et l'InVS afin de conduire une étude commune, qui sera dénommée « étude ProSanté ».

Cette étude a pour objectifs, au travers d'une population (dont un nombre élevé de personnes étrangères) rencontrée dans des structures sociales, d'améliorer la connaissance sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution et d'identifier les freins qui s'opposent à un accès réel aux soins et aux droits. Elle a également pour objectifs de faire bénéficier ces personnes d'une prise en charge médicale dans un cadre anonyme et gratuit, et de recueillir des données cliniques et biologiques de santé pour les confronter aux données de santé déclarée.

La finalité de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de prostitution.

Pour cela, cette étude doit permettre, dans les structures sociales, d'améliorer la prise en compte des problématiques de santé ; et parallèlement, dans les structures médicales, de sensibiliser l'ensemble du

personnel aux spécificités des personnes en situation de prostitution. Elle a aussi pour but de favoriser l'émergence de partenariats entre les acteurs du social et ceux du médical.

Compte tenu des structures sollicitées, cette étude ne prétend pas être représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France.

Elle permet néanmoins de fournir un éclairage particulier sur la prostitution, en précisant certains profils spécifiques, les situations de précarité de la population concernée et les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Le recueil de données a été mené de juin 2010 à mars 2011, dans plusieurs villes de France.

2. Méthodologie

L'étude ProSanté est une étude transversale de type « recherche-action », qui comprend deux volets :

Un volet santé-social portant sur l'état de santé et ses déterminants (sous la responsabilité scientifique de la FNARS) réalisé dans des structures sociales associatives spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution ;

Un volet médical sur la santé observée (sous la responsabilité scientifique de l'InVS) réalisé dans des structures assurant 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 ou d'éducation familiale (CPEF).

2.1 Le recrutement des structures associatives et médicales

La FNARS a sollicité l'ensemble des structures répertoriées dans son annuaire « Accueil Hébergement Insertion » ayant déclaré accueillir des personnes en situation de prostitution pour participer à l'étude : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Centre d'hébergement d'urgence, Atelier et chantier d'insertion, Accueil de jour... Ainsi près d'une centaine de structures ont été invitées à participer : associations gestionnaires d'établissement, associations de santé communautaires, services spécialisés ou généralistes...

Au sein de chaque structure sociale ayant accepté de participer, une personne référente a été désignée comme responsable de la coordination du recueil des données et de l'articulation avec la consultation médicale.

Au vu des structures associatives ayant accepté de participer à l'étude, les partenariats pré-existants avec des structures médicales de type Ciddist ou CPEF ont été recherchés par l'InVS. À défaut, les structures médicales de proximité de ce type ont été identifiées. Toutes ces structures médicales ont été sollicitées par l'InVS et ont accepté d'élargir le cadre de leurs consultations, centré respectivement sur les infections sexuellement transmissibles (IST) pour les Ciddist ou sur la sexualité/contraception pour les CPEF, à des consultations plus généralistes. Les structures médicales ont été sensibilisées à l'importance d'un accueil de qualité, adapté à la précarité dans laquelle se trouve la population en situation de prostitution (pénalisation du racolage, irrégularité du séjour, absence de couverture médicale, stigmatisation…). Au sein de chaque structure médicale, un médecin référent a été identifié pour assurer le suivi de l'étude et l'interface avec la structure sociale et l'InVS.

2.2 L'inclusion des personnes en situation de prostitution

Ont été 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 associatives et/ou les médecins des consultations médicales.

Le terme «transgenre» désigne toute personne dont l'identité de genre, l'expression ou le comportement est en inadéquation avec son sexe biologique[1]. L'identité de genre diffère donc du sexe de naissance et cela peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, par l'utilisation d'hormones ou, enfin, par des chirurgies de réassignation sexuelle.

[1] Cette définition est celle qui figure dans le rapport sur la « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », dirigé par le Pr Patrick Yéni en 2008

Selon le genre désiré par la personne, lorsque l'information est disponible, on parlera dans ce rapport de transgenres MtoF (Male to Female) et de transgenres FtoM (Female to Male).

L'étude devait être proposée dans son intégralité (2 volets) par un intervenant social de la structure associative, de façon systématique à l'ensemble des personnes reçues. Leur participation pouvait se faire uniquement sur le 1er volet de l'étude (santé-social) en cas de refus de la personne de participer au 2e volet. L'étude pouvait également être réalisée dans son intégralité auprès des personnes en situation de prostitution qui consultaient directement dans une structure médicale participant à l'étude, sans avoir eu recours à une structure sociale.

Durant le déroulement de l'étude, une affiche d'information en deux langues (français/anglais) était apposée dans les locaux des structures, afin d'assurer la visibilité de l'étude et de faciliter la proposition de participation par les intervenants. Une plaquette d'information était remise aux personnes accueillies dans les structures sociales, afin de faciliter leur participation. Cette plaquette était disponible en français et en 6 autres langues (anglais, bulgare, espagnol, russe, chinois mandarin, roumain), compte tenu de la proportion élevée de personnes étrangères parmi la population accueillie.

L'étude avait prévu d'inclure environ 500 personnes pour son 1er volet, sur une durée d'environ 5 mois, compte tenu de l'activité déclarée par les structures sociales.

Il avait été estimé, sur la base notamment de l'étude Abena [1] réalisée en deux temps auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire, qu'environ un quart des personnes ayant accepté de participer au 1er volet de l'étude participeraient au 2nd volet de l'étude.

2.3 Les questionnaires

Volet santé-social

Dans le cadre du volet FNARS de l'étude, deux types de questionnaire anonyme étaient disponibles : un long et un court. Ces deux questionnaires portaient 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 maladie, suivi médical).

La coexistence de ces deux questionnaires avait été souhaitée par les structures associatives, afin d'adapter la faisabilité du recueil de données aux réalités de terrain. La passation du questionnaire long devait néanmoins être privilégiée.

Un nombre important d'items était commun aux deux questionnaires, par contre, les items suivants figuraient uniquement dans le questionnaire long :

- la connaissance du français, le niveau scolaire et le dernier diplôme obtenu ;
- le nombre d'enfants ;
- l'ancienneté dans le logement actuel, l'entourage familial dans ce logement et le degré de satisfaction par rapport aux conditions de logement ;
- les ressources perçues dans le cadre d'un emploi rémunéré hors prostitution ;
- les liens avec la famille et les amis ;
- la pratique d'activités de loisirs ;

- les modalités d'entrée en contact avec les clients ;
- le sentiment de sécurité dans la vie de tous les jours ;
- l'aspect quantitatif et qualitatif de l'alimentation ;
- les problèmes de sommeil, le sentiment de solitude, les idées suicidaires, et le fait de bénéficier d'un suivi psychologique ;
- les antécédents de rapports sexuels forcés ;
- l'existence d'une personne avec qui parler de sexualité et contraception ;
- l'utilisation de préservatifs hors prostitution et l'utilisation chez les femmes d'un autre moyen de contraception et du préservatif féminin ;
- les antécédents de recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- la connaissance et le recours à un traitement d'urgence en cas d'exposition à un risque ;
- les raisons de non réalisation (éventuelle) d'un dépistage du VIH dans les douze derniers mois ;
- les antécédents d'IST, de réalisation d'un frottis du col de l'utérus, de vaccination contre l'hépatite B ;
- les circonstances de consultation (éventuelle) dans les douze derniers mois avec un médecin généraliste ou spécialiste, et la connaissance par le médecin généraliste de l'activité prostitutionnelle.

Ces questionnaires ont été élaborés par la FNARS, avec l'aide d'un consultant en promotion de la santé, en lien avec les acteurs de terrain et à partir de ceux utilisés pour les enquêtes menées en population générale. Certaines questions ont été modifiées afin d'être adaptées au vécu des personnes en situation de prostitution.

Ils ont été traduits dans quatre des langues parlées par les intervenants sociaux des structures sociales (anglais, bulgare, espagnol et russe).

En cas de refus de la personne de participer à l'étude, un questionnaire de refus était proposé, permettant de décrire succinctement son profil (sexe, âge, pays de naissance) et les raisons de son refus.

Volet médical

Pour ce volet de l'étude, un questionnaire médical anonyme avait été élaboré par l'InVS, en lien avec des médecins de Ciddist/CPEF. Il recueillait les informations suivantes : circonstances de la consultation, 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).

Les questionnaires des deux volets de l'étude ont été testés lors d'une phase pilote (voir plus loin) et ont fait l'objet d'échanges avec les structures sociales et les associations de santé communautaire. Ils ont ensuite été validés définitivement par le comité stratégique et les comités de pilotage de la FNARS pour le volet santé-social et de l'InVS pour le volet médical.

2.4 Le recueil des données

Volet santé-social

Dans le cadre du 1er volet de l'étude, les données sur l'état de santé et ses déterminants des personnes en situation de prostitution ont été recueillies par entretiens en face à face, menés par les intervenants des structures associatives, au sein ou à l'extérieur de ces structures, sur la base d'un des 2 questionnaires (long ou court).

À l'issue de ces entretiens, les intervenants proposaient aux personnes interrogées une orientation vers la consultation médicale de proximité identifiée (Ciddist ou CPEF selon les villes), dans le but de faire le point sur leur santé et leurs vaccinations, de les faire bénéficier de certains dépistages, si besoin d'un traitement pour une IST aiguë, et d'un entretien de prévention. Les coordonnées de la consultation médicale leur étaient données sur une carte de consultation, où des créneaux horaires particuliers pouvaient être précisés, afin de leur assurer un accueil adapté. Selon l'organisation de la structure sociale, les intervenants sociaux pouvaient être amenés à accompagner les personnes désireuses de bénéficier de cette consultation médicale.

Les personnes ne souhaitant pas cette orientation médicale étaient interrogées sur les raisons de ce refus. Si le refus était lié à la présence d'une infection virale chronique (VIH, hépatites…) déjà suivie, l'intervenant motivait néanmoins la personne à consulter (avec ses examens biologiques récents) pour une approche de santé globale. Il lui était aussi proposé de faire compléter le questionnaire médical par son médecin habituel, dans la mesure où celui-ci était informé de son activité de prostitution. L'intervenant donnait alors à la personne un dossier destiné à son médecin, comportant le questionnaire médical, un guide d'enquête et une enveloppe T.

Les personnes refusant l'orientation médicale recevaient néanmoins une carte de consultation avec les coordonnées de la structure médicale, précisant les conditions d'anonymat et gratuité, afin de leur permettre de s'y rendre indépendamment de l'étude.

Volet médical

Dans le cadre du 2nd volet de l'étude, le recueil des données se faisait au cours de la consultation médicale (données cliniques) et à la suite de celle-ci (résultats des dépistages, réalisation de vaccinations, nécessité d'une orientation), sur la base du questionnaire médical complété par les médecins. La consultation médicale donnait lieu à un examen clinique complet avec recueil du poids, de la taille, de la tension artérielle, et réalisation d'une bandelette urinaire si possible. Un examen gynécologique était proposé aux femmes avec prélèvement vaginal et si possible frottis cervico-vaginal. Un examen complet de la sphère génitale était proposé aux hommes avec prélèvements urinaire et anal à la recherche d'une IST. Dans le cadre de cette consultation, était également proposé un dépistage du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis, à partir d'un prélèvement sanguin. Lors de la 2e consultation pour la remise des résultats et si besoin proposition de prise en charge, une vaccination contre l'hépatite B en cas de non-immunisation, voire un rappel DTpolio, pouvaient être proposés.

Le dépistage d'une IST aiguë donnait lieu à une prescription médicale immédiate. En revanche, le dépistage d'une autre pathologie nécessitant un suivi ou une prise en charge spécifique donnait lieu à une orientation médicale.

Dispositions communes aux deux volets

Afin de faciliter la passation des questionnaires auprès des personnes maitrisant mal la langue française, les intervenants des structures sociales, ainsi que les médecins des Ciddist et CPEF pouvaient faire appel au service téléphonique d'interprétariat (Inter Service Migrants-ISM- interprétariat).

Les données personnelles recueillies dans les questionnaires étaient anonymes et ne permettaient pas d'identifier la personne. Un numéro d'étude individuel était attribué à chaque personne grâce à la carte de consultation qui lui était remise. Ce numéro d'étude individuel était recopié sur le questionnaire du 1er volet de l'étude par l'intervenant chargé de l'entretien au sein de la structure sociale. Ce numéro était également reporté sur le questionnaire du 2nd volet de l'étude par le médecin, quand la personne se présentait à la consultation avec sa carte de consultation.

2.5 Etapes préalables au recueil de données

2.5.1 Étude pilote

Une étude pilote a été réalisée en mai/juin 2009 dans deux structures sociales (ARS/Antigone à Nancy et ADEFO/Le Pas à Dijon) auprès d'environ une quinzaine de personnes, et dans deux consultations médicales partenaires (le CPEF de Nancy et le Ciddist de Dijon).

Les objectifs de cette étude pilote étaient de tester les questionnaires des deux volets de l'étude (compréhension, ambiguïté, réticences…), l'orientation des personnes vers les consultations médicales (taux d'acceptation, raisons de refus) et la faisabilité du recueil des données cliniques et biologiques dans les Ciddist ou CPEF. À l'issue de l'étude pilote, une évaluation a été réalisée auprès des structures sociales, afin de faire préciser la durée de passation des questionnaires du volet santé-social, les difficultés rencontrées notamment avec certaines questions sensibles, l'acceptation ou les inquiétudes formulées par les personnes interrogées, le recours à l'interprétariat, et l'articulation avec les structures médicales.

Cette étude pilote a permis de prendre en compte les remarques des personnes interrogées et de reformuler certains items des questionnaires des deux volets de l'étude.

Elle a mis en évidence des réticences des intervenants des structures sociales à proposer l'étude à certaines personnes, en raison de situations particulières : par exemple, séropositivité VIH récemment découverte, problèmes linguistiques…

Elle a aussi permis d'identifier, au sein des consultations médicales, des ajustements nécessaires dans l'accueil des personnes et la réalisation de dépistages.

Les retours des personnes interrogées au cours de cette étude pilote ont été en grande majorité positifs, non seulement au regard de l'intérêt porté sur tous les aspects de leur vie quotidienne, mais également par l'envergure nationale de l'étude et sa finalité. L'orientation médicale a également été accueillie favorablement.

2.5.2 Formation des enquêteurs

Pour la réalisation du volet santé-social, les enquêteurs étaient des intervenants sociaux des structures spécialisées dans l'accompagnement de personnes en situation de prostitution. Les responsables de ces structures se sont donc engagés à mettre à disposition, pour la passation des questionnaires, au moins une personne qui a participé à l'une des deux sessions de formation.

Les modalités de la formation ont été définies par la FNARS, avec l'aide du consultant en promotion de la santé, et de l'InVS concernant l'orientation des personnes vers la consultation médicale. Les objectifs de cette formation étaient que les intervenants se sentent à l'aise pour proposer l'étude et s'approprient les questionnaires. La formation a notamment abordé les points suivants : cadre de l'étude, modes et lieux de passation des questionnaires, organisation et contenu des questionnaires, articulation locale entre structures sociales et médicales, moyens pour favoriser la participation à l'étude sur ses deux volets. Sur

ce dernier point, au regard des constats de l'étude pilote, la formation a permis de travailler sur un argumentaire écrit, afin de faciliter la proposition de participation à l'étude par les intervenants et l'acceptation par les personnes sollicitées. La possibilité d'un recours à « Inter Service Migrants » (ISM) interprétariat a également été abordée au cours de la formation, grâce à la participation de son sous-directeur.

2.5.3 ISM

Les difficultés de communication en langues étrangères avec les personnes accueillies dans les structures risquant d'être un frein à leur participation à l'étude, une convention a été signée entre l'association ISM et la FNARS.

Cette convention comprenait trois volets :

- la traduction écrite des plaquettes d'information remises aux personnes en anglais, bulgare, chinois mandarin, espagnol, roumain et russe (langues les plus fréquemment parlées par les personnes rencontrées) ;
- la traduction écrite des deux questionnaires du volet santé-social dans des langues parlées par les intervenants des structures sociales (anglais, bulgare, espagnol et russe) ;
- l'interprétariat par téléphone disponible pour les intervenants sociaux 7 jours sur 7, 24h/24, dans toutes les langues.

Dans le cadre d'une convention entre ISM interprétariat et la DGS, les Ciddist peuvent faire appel aux services offerts par l'association ISM.

2.5.4 Autorisations

Le protocole de l'étude a été soumis au Comité de protection des personnes (CPP) Ile-de-France IX en juin 2008. Celui-ci 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).

2.6 Gestion et analyse des données

Le croisement des questionnaires des deux volets de l'étude a été réalisé par la FNARS et l'InVS, au moyen du numéro d'étude attribué à chaque personne et reporté sur chaque questionnaire, lors des entretiens et lors des consultations médicales.

L'ensemble des questionnaires ont été relus et leur cohérence a été vérifiée respectivement par la FNARS pour le 1er volet et l'InVS pour le 2nd volet. Certains questionnaires médicaux ont fait l'objet d'une validation auprès des Ciddist ou CPEF concernés, lorsque cela était nécessaire. Cette validation a été possible grâce au numéro d'anonymat propre à la structure médicale, qui avait été renseigné sur le questionnaire, et qui permettait donc un retour au dossier médical anonyme. Cette validation n'avait pas été envisagée pour les questionnaires du volet santé-social pour des raisons de respect de l'anonymat, aucune correspondance n'étant établi au sein des structures sociales entre le numéro d'étude figurant sur le questionnaire et le nom de la personne.

La saisie des questionnaires des deux volets a été confiée à l'Observatoire régional de la santé et du social de Picardie (OR2S). Cet organisme a également effectué les premiers croisements de variables. La base de données a ensuite été transmise à la FNARS et à l'InVS.

L'analyse des données du 1er volet de l'étude a été réalisée par la FNARS, tandis que l'analyse des données du 2nd volet a été réalisée par l'InVS, en fonction de certaines données sociodémographiques et comportementales recueillies dans le 1er volet de l'étude. Les variables communes aux deux volets de l'étude ont donné lieu à une comparaison des réponses obtenues auprès des personnes ayant participé à l'intégralité de l'étude (volet santé-social et volet médical).

Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel Stata® 8.2. Le test du Khi2 a été utilisé pour les comparaisons bivariées. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Les parties « discussion » du volet santé-social ont illustré les résultats de l'étude par des exemples concrets et par l'expérience des professionnels.

Les principales données de l'étude ont été comparées, quand cela a été possible et avait du sens, à celles de la population générale.

3. Participation des structures et des personnes en situation de prostitution

3.1 Calendrier

Le calendrier du recueil de données a été décalé, compte-tenu notamment du délai de réponse de la CNIL, du temps nécessaire à la sollicitation et à l'engagement des structures sociales, et à la finalisation et à la traduction des documents de support. Par ailleurs, la durée totale prévue pour le recueil de données (6 mois) a été étendue afin d'augmenter le nombre de personnes incluses. Au final, le recueil de données a eu lieu pendant 9 mois, de début juin 2010 à fin février 2011. Un mois supplémentaire, jusqu'à fin mars 2011, a permis aux personnes qui le souhaitaient de participer au volet médical.

3.2 Participation au volet santé-social

3.2.1 Participation des structures associatives d'accompagnement social

Sur l'ensemble des structures associatives sollicitées par la FNARS, la majorité n'a pas souhaité s'engager dans l'étude pour les raisons suivantes :

Insuffisamment de personnes prostituées accueillies : un très grand nombre d'associations ont indiqué ne pas accueillir suffisamment de personnes prostituées pour que leur participation à l'étude soit envisageable (1 à 2 personnes par an) ;

La prostitution n'est pas évoquée dans la structure : certaines associations savent qu'elles accueillent des personnes qui se prostituent, mais n'évoquent pas cette question dans le cadre de l'accompagnement social proposé ;

Le manque de moyens : certaines structures n'ont pas été en mesure de répondre favorablement, faute de professionnels et de moyens disponibles pour cette étude.

Au total, douze associations ont accepté de participer à l'étude.

Parmi elles, dix sont des associations, établissements ou services spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. Seules l'ARIA et l'AIEM sont des associations dites généralistes. Le centre APUS de l'ARIA (CHRS avec ou sans hébergement) mène une action spécifique auprès des hommes et des femmes concernés par la prostitution. Il propose dans un même lieu un suivi social et un suivi médical. Au sein de l'AIEM, l'étude a été menée auprès des femmes hébergées par le CHRS, femmes du pôle urgence de l'association.

Parmi les 12 associations ayant participé, ARS/Antigone est la seule à ne pas être adhérente à la FNARS.

I Tableau 1 I

Structures sociales ayant participé à l'étude. Étude ProSanté 2010-2011.

Association/Service	Ville	Département	Région	Nb de personnes interrogées par structure
ALC/Les Lucioles	Nice	Alpes Maritime	PACA	93
Amicale du nid Paris	Paris	Paris	Ile de France	69
ARS/Antigone	Nancy	Meurthe et Moselle	Lorraine	28
Amicale du nid Montpellier/La Babotte	Montpellier	Hérault	Languedoc-Roussillon	12
L'Appart	Grenoble	Isère	Rhône Alpes	9
Amicale du nid Rhône	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	8
L'Embellie	Avignon	Vaucluse	PACA	8
Amicale du nid Marseille	Marseille	Bouche du Rhône	PACA	7
AIEM/Pôle urgence	Metz	Moselle	Lorraine	7
Diaconat Protestant/Arcades	Valence	Drôme	Rhône Alpes	5
ADEFO/Le Pas	Dijon	Côte d'Or	Bourgogne	3
ARIA/A.P.U.S	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	2

3.2.2 Participation des personnes

Un total de 251 personnes a accepté de participer au volet santé-social.

Le questionnaire long a été largement privilégié : 179 questionnaires longs et 72 questionnaires courts ont été renseignés. Le choix du questionnaire (long ou court) s'est fait selon le lieu de l'entretien (au sein de la structure ou dans la rue), mais aussi en fonction de la disponibilité de l'intervenant et de la personne interrogée.

Une majorité de questionnaires a été remplie par les associations ALC à Nice (n=93) et ADN Paris (N=69).

Le nombre visé de 500 questionnaires n'a pu être atteint pour différentes raisons :

- Les structures engagées ont surévalué le nombre de personnes en situation de prostitution susceptibles d'être incluses,
- Les structures ont dû faire face à des contraintes qu'elles n'avaient pas envisagées : temps à dégager pour les intervenants, période estivale plus tendue en termes de ressources humaines, adhésion des professionnels à l'étude, présence policière plus soutenue…
- Proposition non systématique de l'étude à toutes les personnes cibles par les intervenants associatifs, pour plusieurs motifs :
    - du fait du manque de disponibilité des travailleurs sociaux ou des personnes en situation de prostitution. En effet, le temps de passation étant relativement long (environ 1h pour un questionnaire long), cela nécessitait une disponibilité immédiate du travailleur et de la personne, ou qu'elles puissent convenir d'un rendez-vous ultérieur, ce qui n'était pas facile pour les petites structures notamment ;

- en raison de la difficulté de réalisation de l'étude auprès des personnes en situation de prostitution rencontrées dans la rue, malgré l'existence d'un questionnaire court : problème de gestion du temps pour les personnes qui sont sur leur lieu d'activité, problème de confidentialité pour les personnes qui sont en groupe, ce qui rend tout entretien individuel impossible, et problème de langues (la sensibilisation à l'étude n'a pu se faire qu'auprès des personnes avec lesquelles les travailleurs sociaux étaient en mesure de communiquer directement) ;
- les intervenants ont souvent préféré une première information et sensibilisation à l'étude auprès des personnes rencontrées hors des structures, en leur laissant une plaquette d'information et en leur proposant de prendre ultérieurement un rendez-vous pour compléter le questionnaire au sein de la structure ou dans un autre lieu plus adapté ;
- de la réticence ou la difficulté de certains travailleurs sociaux à proposer l'étude à certaines personnes qu'ils ne connaissaient pas ou à des personnes dont ils savaient, par exemple, qu'elles venaient de découvrir un problème de santé.

En revanche, au regard des questionnaires renseignés, il apparaît que, dès lors qu'un entretien a été commencé, l'ensemble des questions ont été posées par les travailleurs sociaux.

Dans la mesure où une réponse immédiate de participation à l'étude n'était bien évidemment pas demandée par les intervenants, il leur a été difficile de faire la part entre les évitements, les oublis et les refus des personnes sollicitées. C'est pourquoi, malgré la méthodologie prévue, il ne leur a pas été possible de compléter les questionnaires de refus.

3.2.3 Evaluation au sein des structures sociales

A l'issue du recueil de données, les structures ont renseigné un questionnaire d'évaluation concernant le déroulement de l'étude, le ressenti des personnes enquêtées et des travailleurs sociaux, les liens avec les structures médicales et l'impact de l'étude sur les pratiques professionnelles.

Parmi les structures sociales ayant répondu à cette évaluation, l'ensemble du personnel a été informé de l'existence de l'étude même si tous n'ont pas été impliqués dans la passation des questionnaires. Les documents fournis aux structures pour la réalisation de l'étude ont paru clairs, utiles et suffisamment informatifs. Une seule association a indiqué ne pas avoir apposé l'affiche d'information de l'étude au sein de sa structure. Deux structures ont mis en place des modalités d'accueil particulières dans le cadre de l'étude (proposition systématique des questionnaires pendant 15 jours, temps de rendez-vous plus longs). Seules deux structures ont déclaré avoir proposé systématiquement l'étude à toutes les personnes majeures se déclarant en situation de prostitution. L'un des freins à la proposition systématique a été principalement le manque de temps des travailleurs sociaux et/ou des personnes.

Globalement, l'étude a été bien accueillie tant par les travailleurs sociaux que par les personnes en situation de prostitution. Même si certaines questions ont d'abord été signalées comme difficiles à aborder, les entretiens menés dans le cadre de l'étude ont permis aux travailleurs sociaux de faciliter le dialogue autour de questions telles que les violences subies, le bien-être ou le suicide, qu'ils n'abordaient pas habituellement. Cela a permis d'apporter des réponses aux demandes qui ont émergé lors de ces entretiens et d'engager une démarche d'accompagnement social ou de proposer une orientation vers un professionnel du soin ou autre.

Les personnes enquêtées ont pour leur part manifesté un intérêt dans la participation à l'étude pour plusieurs raisons : participation à une étude nationale sur la santé globale, prise en compte de leur parole directe, orientation vers une structure médicale avec si besoin un accompagnement physique par un travailleur social. Cet accompagnement a été nécessaire pour la moitié des structures.

3.3 Orientation médicale

Parmi les 251 personnes ayant accepté de participer au volet santé-social de l'étude, une orientation médicale a été proposée à 217 d'entre elles (86 %) par l'intervenant social en fin d'entretien. Cette orientation n'a pas été proposée à 3 personnes et l'information n'a pas été renseignée pour 31 autres, dont 20 accueillies au sein d'une même structure.

Parmi les 217 personnes auxquelles cette orientation a été proposée, 183 (84 %) l'ont acceptée et 30 l'ont refusée, essentiellement en raison d'un suivi médical déjà en cours. La réponse à cette proposition d'orientation n'était pas connue pour 4 personnes.

3.4 Participation au volet médical

3.4.1 Participation des Ciddist/CPEF et évaluation

Au vu des structures sociales ayant accepté de participer au 1er volet de l'étude, et compte tenu des partenariats parfois déjà engagés avec des structures médicales, ce sont 13 Ciddist et 2 CPEF de proximité qui ont été sollicités par l'InVS pour le 2nd volet de l'étude. Hormis un Ciddist engagé dans un processus de réorganisation, toutes les structures médicales ont accepté de participer. Par ailleurs, l'association basée à Lyon (l'APUS) disposait de sa propre consultation médicale.

Au total, 15 structures médicales ont participé au volet médical de l'étude (cf. liste en page 2).

Un questionnaire d'évaluation leur a été transmis en fin d'étude, dans le but de connaître l'impact éventuel sur leurs pratiques et d'en tirer quelques éléments utiles sur la faisabilité d'une telle étude dans ce type de structures.

Cette évaluation a permis de montrer que des liens existaient déjà le plus souvent entre la structure médicale et la structure sociale, mais que des échanges spécifiques ont néanmoins été nécessaires pour la mise en place de l'étude. Durant le déroulement de l'étude, des échanges ont également eu lieu, ne serait-ce que dans le cadre de l'accompagnement des personnes par les intervenants sociaux jusqu'à la consultation médicale.

Les documents de l'étude (protocole et guide d'enquête) ont été jugés suffisamment informatifs et utiles par les structures médicales. L'affiche d'information sur la réalisation de l'étude n'a pas été apposée par plusieurs structures, dans un souci de confidentialité vis-à-vis des autres consultants.

Le volet médical de l'étude a, du point de vue des médecins, été bien perçu par les personnes en situation de prostitution venues en consultation.

L'organisation mise en place pour l'étude a été différente selon les structures, les consultations médicales ayant été effectuées soit par l'ensemble des médecins, soit par quelques médecins dédiés. La plupart des structures se sont organisées pour prévoir des durées de consultation supérieures aux durées habituelles, sur des créneaux parfois ciblés, afin d'être en mesure d'assurer un examen général de chaque personne, avec notamment recueil de certaines mesures standard (poids, taille, tension artérielle). Réaliser un bilan de santé global n'a pas toujours été aisé. Il leur a parfois été compliqué d'obtenir le matériel nécessaire pour peser et mesurer les personnes accueillies. Une demande particulière de la part d'une structure sociale pour la venue groupée de plusieurs personnes a posé un problème dans une structure médicale, compte tenu de ses capacités d'accueil et des horaires d'ouverture.

Les médecins ne parlant pas anglais se sont parfois sentis en difficulté dans la prise en charge de personnes non francophones. Quand il y a eu recours à de l'interprétariat, ce qui a été peu fréquent,

celui-ci s'est fait soit par l'accompagnateur de la structure sociale, soit par un interprète professionnel interne à la structure médicale, soit grâce à « ISM Interprétariat ».

Certaines questions du questionnaire médical, notamment celles sur les pratiques sexuelles, ont pu paraître intrusives à certains médecins.

Globalement, les équipes ont été motivées pour participer à l'étude, même si parfois elles se sont dites déçues par le faible nombre de personnes en situation de prostitution ayant consulté, alors que l'ensemble de la structure avait été mobilisé. L'étude a permis à certains médecins de mieux appréhender les problèmes de santé de cette population et d'être plus attentifs à son accueil et à sa prise en charge.

3.4.2 Participation des personnes

Parmi les 251 personnes ayant participé au 1er volet de l'étude (sachant que l'orientation médicale avait été proposée à 217 d'entre elles et que 183 l'avaient acceptée), 71 se sont effectivement rendues en consultation médicale, soit 28 % (71/251). Ce pourcentage variait énormément selon les structures sociales participantes : au maximum, ce sont 88 % (7 personnes sur 8) qui se sont rendues dans un Ciddist/CPEF suite à l'orientation proposée par l'intervenant social, et à l'inverse, dans d'autres structures, aucune personne ne s'y est rendue.

La proportion globale de personnes venues en consultation médicale (28 %) correspond à celle qui avait été estimée (27 %) par similitude avec une étude réalisée auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire [1]. En revanche, le nombre de personnes vues en consultation médicale a été plus limité que ce qui avait été prévu, en raison d'une part d'un nombre de structures sociales ayant participé à l'étude et d'autre part d'un nombre de personnes incluses par chaque structure, inférieurs à ceux qui étaient attendus.

Le volet médical de l'étude a par ailleurs été complété chez 7 personnes, qui se sont présentées en Ciddist/CPEF, sans avoir été interrogées sur le volet Santé social de l'étude. Compte tenu du nombre total de personnes vues en consultation médicale (78 personnes, dont 90 % de migrants, notamment d'Afrique subsaharienne), l'analyse du volet médical a été centrée sur le sous-groupe des femmes (66 femmes, soit 85 % des consultants).

I Tableau 2 I

Nombre de personnes en situation de prostitution ayant participé au volet médical de l'étude, selon le lieu de consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011

Structure	Ville	N
Ciddist de l'hôpital Saint-Roch	Nice	32
Ciddist de l'hôpital Saint-Louis	Paris	16
CPEF de l'hôpital Villemin	Nancy	10
CPEF	Lyon	8
Cidag-Ciddist	Grenoble	7
Ciddist Espace Perréal	Béziers	2
Ciddist de l'hôpital de Bon Secours	Metz	1
Apus	Lyon	1
Médecin traitant	Nancy	1
Total		78

3.4.3 Biais de participation

Les personnes s'étant rendues en consultation médicale différaient significativement de celles n'y étant pas allées sur plusieurs caractéristiques : le sexe, l'âge, le lieu de naissance, la situation administrative, la couverture maladie, l'ancienneté de la prostitution, la déclaration d'une maladie chronique, la crainte du VIH/sida, la consommation de drogues et, la connaissance de lieux de dépistage anonyme et gratuit (cf. tableau).

Ont plus volontiers consulté les personnes de sexe féminin, ayant moins de 25 ans, nées à l'étranger (et plus particulièrement au Nigéria), dont la situation administrative était précaire (autorisation provisoire de séjour, en attente de régularisation…) ou irrégulière (sans papiers), n'ayant pas de couverture maladie ou seulement l'Aide médicale d'état (AME), ne connaissant pas d'endroit pour un dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST, ayant débuté une activité de prostitution depuis moins de un an, et ayant déclaré craindre le VIH/sida.

À l'inverse, les personnes ayant déclaré souffrir d'un problème de santé chronique (notamment d'une infection à VIH, variable à la limite de la significativité) et consommer des drogues (cannabis, cocaïne, héroïne…) ont été proportionnellement moins nombreuses à venir consulter.

Par contre, parmi les variables testées, la date d'arrivée en France, le niveau scolaire, l'état de santé perçue ne différaient pas entre les personnes s'étant rendues en consultation médicale et les autres.

I Tableau 3 I

Principales caractéristiques des 251 personnes en situation de prostitution rencontrées par les structures sociales, selon leur venue ou non en consultation médicale, Étude ProSanté, 2010-2011.

		Venue en consultation médicale		
		Oui	**Non**	**p°**
		n=71	**n=180**	
Sexe	Femme	86 %	58 %	<0.001
	Transgenre	11 %	30 %	
	Homme	3 %	12 %	
Classe d'âge	18-24 ans	35 %	9 %	<0.001
	25-34 ans	32 %	37 %	
	35-44 ans	18 %	30 %	
	>=45 ans	13 %	23 %	
	Inconnue	2 %	1 %	
Lieu de naissance	France	8 %	20 %	0.02
	Étranger	89 %	77 %	
	Inconnu	3 %	3 %	
Date d'arrivée en France $	<3 mois	11 %	6 %	0.09
	3 mois-1 an	17 %	18 %	
	1 an-3 ans	28 %	15 %	
	>3 ans	41 %	55 %	
	Inconnu	3 %	6 %	
Niveau scolaire	Primaire	16 %	12 %	0.42
	Collège	34 %	32 %	
	Lycée	11 %	20 %	
	Supérieur	7 %	7 %	
	Inconnu	32 %	29 %	
Situation administrative	Titre de séjour stable	34 %	59 %	0.01
	Titre précaire	31 %	21 %	
	Sans papiers	27 %	14 %	
	Inconnue	8 %	6 %	
Couverture maladie	Sécurité sociale	10 %	13 %	0.03
	CMU	19 %	41 %	
	AME	34 %	24 %	
	Aucune	34 %	18 %	
	Inconnue	3 %	4 %	
Ancienneté dans la prostitution	<1 an	38 %	23 %	0.003
	1-5 ans	31 %	24 %	
	>5 ans	24 %	46 %	
	Inconnue	7 %	7 %	

État de santé perçue	Bon ou très bon	46 %	47 %	0.62
	Moyen	28 %	34 %	
	Mauvais ou très mauvais	23 %	18 %	
	Inconnu	3 %	1 %	
Maladie chronique déclarée	Oui	24 %	39 %	0.03
	Non	66 %	53 %	
	Inconnue	10 %	8 %	
Infection à VIH connue	Oui	7 %	15 %	0.07
	Non	92 %	79 %	
	Inconnue	1 %	6 %	
Autre maladie chronique que le VIH	Oui	16 %	18 %	0.59
	Non	83 %	76 %	
	Inconnue	1 %	6 %	
Crainte par rapport au VIH/sida	Oui	56 %	43 %	0.006
	Non	13 %	29 %	
	Inconnue*	31 %	28 %	
Crainte par rapport aux IST	Oui	32 %	32 %	0.71
	Non	37 %	40 %	
	Inconnue*	31 %	28 %	
Usage de drogues	Oui	9 %	22 %	0.02
	Non	56 %	49 %	
	Inconnu*	35 %	29 %	
Connaissance d'un endroit pour un dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG)	Oui	59 %	77 %	0.005
	Non	37 %	20 %	
	Non renseignée	4 %	3 %	
Connaissance d'un endroit pour un dépistage gratuit des IST (Ciddist)	Oui	53 %	73 %	0.003
	Non	41 %	23 %	
	Non renseignée	6 %	4 %	

° test chi2 réalisé en excluant les inconnus
$ pour les personnes nées à l'étranger
* ces items ne figuraient que dans le questionnaire long du volet Santé-social et n'ont pu être renseignés pour les personnes ayant répondu au questionnaire court

4. Volet santé-social

Les questionnaires ont été majoritairement complétés en journée, quel que soit le sexe des personnes (hommes, femmes ou transgenres). Seuls 9 % des questionnaires (sur les 244 renseignés sur cette question) ont été passés entre 20h et 10h du matin.

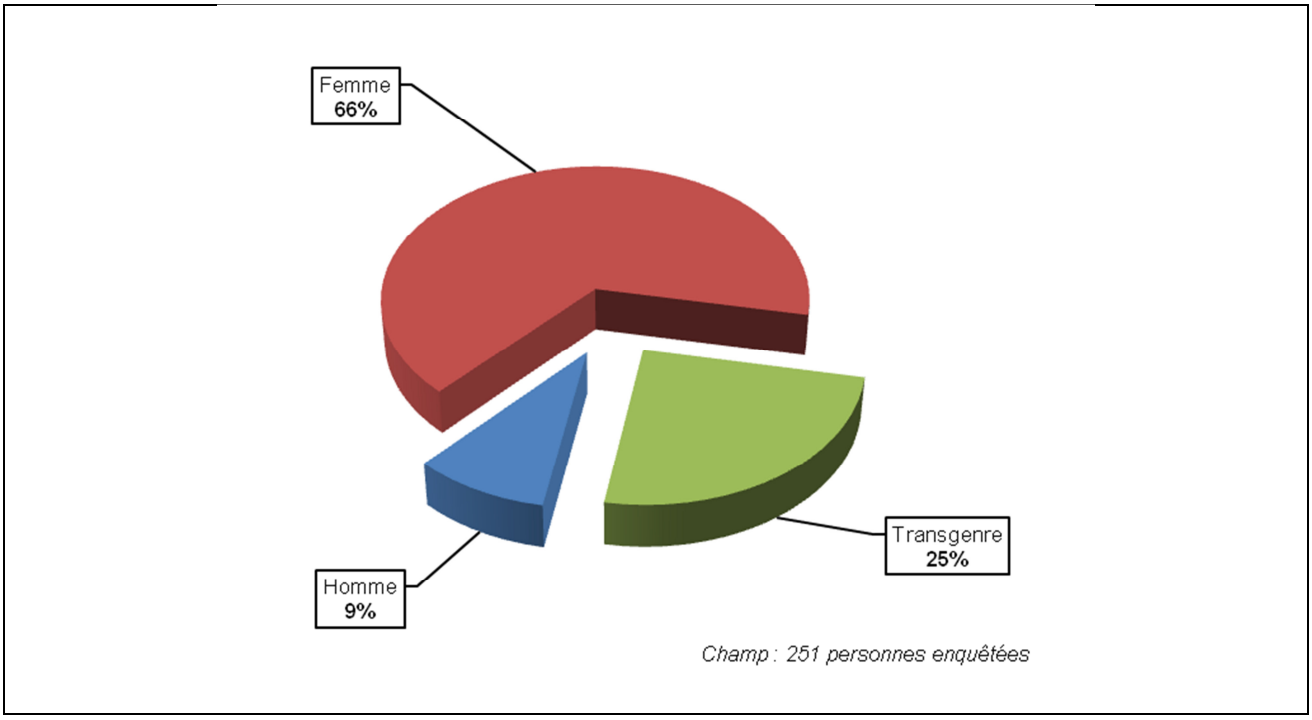
74% des questionnaires ont été passés au sein du service d'accueil et 8 % dans la rue. Les autres questionnaires ont été réalisés dans les bars, au domicile des personnes ou marginalement dans d'autres lieux.

4.1. Caractéristiques démographiques

4.1.1 Répartition par sexe

I Figure 1 I

Répartition des personnes en situation de prostitution interrogées pour le volet santé social selon leur sexe. Étude ProSanté, 2010-2011.

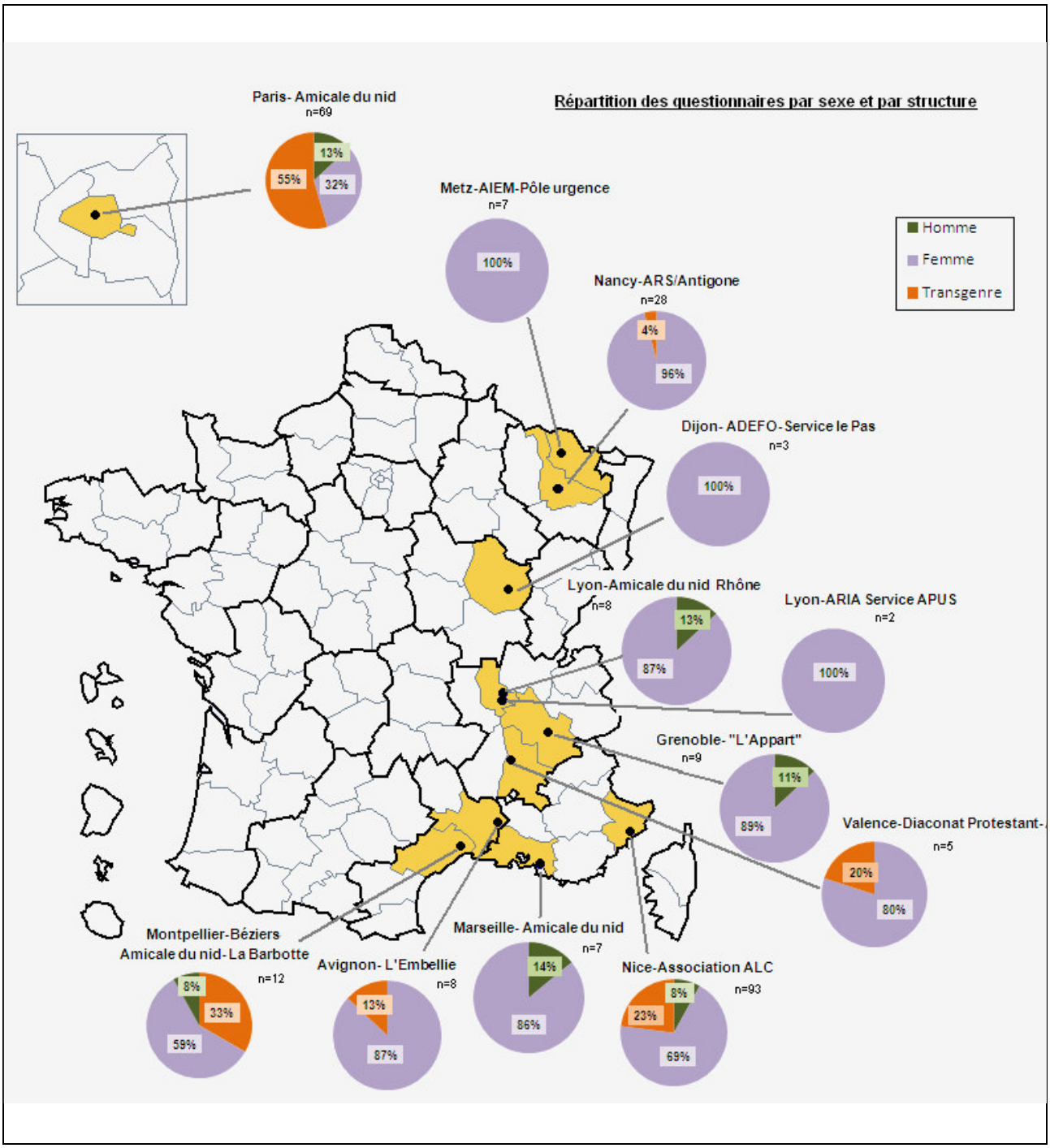


Les résultats de l'enquête montrent une forte participation des femmes ; la répartition par sexe diffère selon les structures. La majorité des personnes transgenres[2] a été rencontrée à Paris et à Nice (94 %). L'association l'Amicale du Nid (ADN) à Paris a, quant à elle, rencontré plus de la moitié de transgenres (60 %) et ALC/Les Lucioles 34 % de l'ensemble des personnes enquêtées. Plus de la moitié des structures n'a rencontré aucun homme et/ou aucune personne transgenre.

[2] Il faut rappeler qu'il s'agit d'une information déclarative de la part des personnes enquêtées.

I Figure 2 I

Répartition des personnes en situation de prostitution par sexe selon la structure sociale. Étude ProSanté 2010-2011.



Cette répartition géographique est liée à l'engagement des structures ayant souhaité participer à l'étude.

I Tableau 4 I

Répartition des personnes en situation de prostitution par structure sociale et par sexe. Étude ProSanté 2010-2011

Structure	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
ADN Paris	39	13	60	27
ADN Marseille	4	4	0	3
ARS/Antigone Nancy	0	16	2	11
ADN Montpellier	17	4	2	5
Embellie Avignon	0	4	2	3
AIEM/Pôle urgence Metz	0	4	0	3
ADN Rhône Lyon	4	4	0	3
Appart Grenoble	4	5	0	4
ALC/Les Lucioles Nice	30	39	34	37
Diaconat Protestant/Arcades Valence	0	2	2	2
ARIA/APUS Lyon	0	1	0	1
ADEFO/Le Pas Dijon	0	2	0	1
NSP	0	1	0	0
Total	100	100	100	100

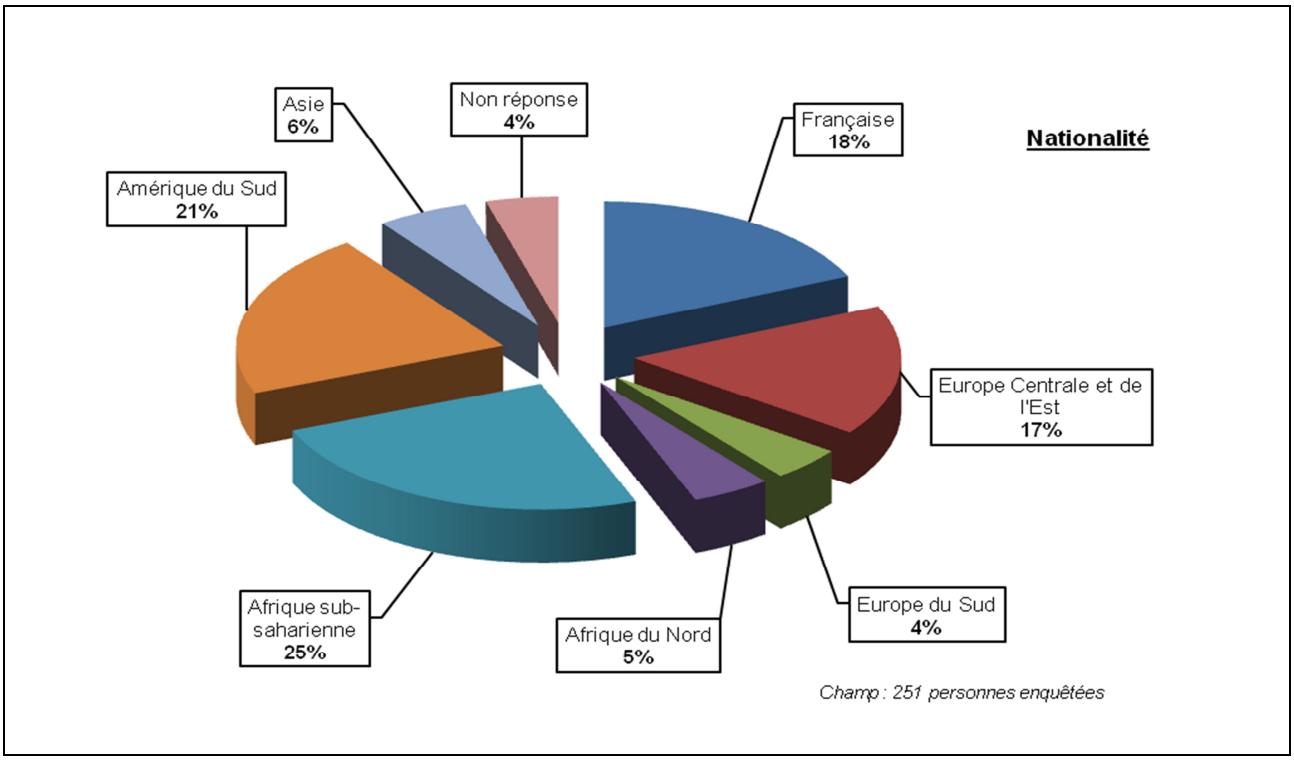
Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Signalons que l'ALC/Les Lucioles, ainsi que l'ADN Montpellier, nous ont précisé que 100 % des personnes qui se déclaraient « homme » se travestissent lors de leur activité prostitutionnelle, ce qui n'a pas été confirmé par l'ensemble des structures. Par ailleurs, les hommes enquêtés se prostituent uniquement à destination des hommes.

4.1.2 Répartition par nationalité

I Figure 3 I

Répartition des personnes en situation de prostitution par nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.



L'analyse de la variable « nationalité » a été préférée à celle du « pays de naissance » en raison de la pertinence de cette donnée en termes de droit au séjour pour les personnes étrangères hors Union Européenne. On peut noter une quasi-convergence de ces deux variables, la nationalité française par acquisition ne concernant que 3 personnes.

Plus des trois-quarts (78 %) des personnes interrogées sont de nationalité étrangère et 18 % sont de nationalité française de naissance ou par acquisition.

I Tableau 5 I

Nationalité et sexe des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Afrique subsaharienne	0	37	0	25
Amérique du Sud	26	2	69	21
France	43	17	11	18
Europe centrale et de l'Est	17	21	5	17
Asie	0	8	0	6
Afrique du Nord	9	5	2	5
Europe du Sud	4	3	8	4
NSP	0	5	5	4
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Parmi les femmes, 78 % sont étrangères et 17 % françaises. Toutes les personnes issues de nationalités d'Afrique subsaharienne et d'Asie sont des femmes.

Parmi les hommes, 57 % sont étrangers et 43 % sont français.

Parmi les transgenres, 84 % sont étrangers dont la majorité sont sud-américains (69 %) et 11 % sont français.

Parmi les personnes enquêtées, un quart est de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (25 %) composé en grande partie de Nigérianes (85 %des personnes originaires d'Afrique subsaharienne soit 22 % de l'ensemble des enquêtés). Les personnes sud-américaines (21 %) sont majoritairement des Péruviennes et des Equatoriennes (respectivement 47 % et 21 % des personnes sud-américaines et 10 % et 5 % de l'échantillon total). Les personnes d'Europe centrale et orientale (17 %) sont en majorité des Bulgares (74 % et 13 % du total renseigné). 6 % sont chinoises (seule nationalité asiatique représentée), 5 % des personnes d'Europe du Sud et 5 % d'Afrique du Nord.

Les personnes sud-américaines ont principalement été rencontrées à l'ADN Paris (62 %) et à ALC/les Lucioles à Nice (30 %). Les personnes d'Europe centrale et orientale ont été rencontrées à 79 % à AL/ les Lucioles à Nice et à 14 % à ARS/Antigone à Nancy.

Les personnes d'Afrique subsaharienne ont été rencontrées pour 55 % d'entre elles à Nice et 19 % à Nancy.

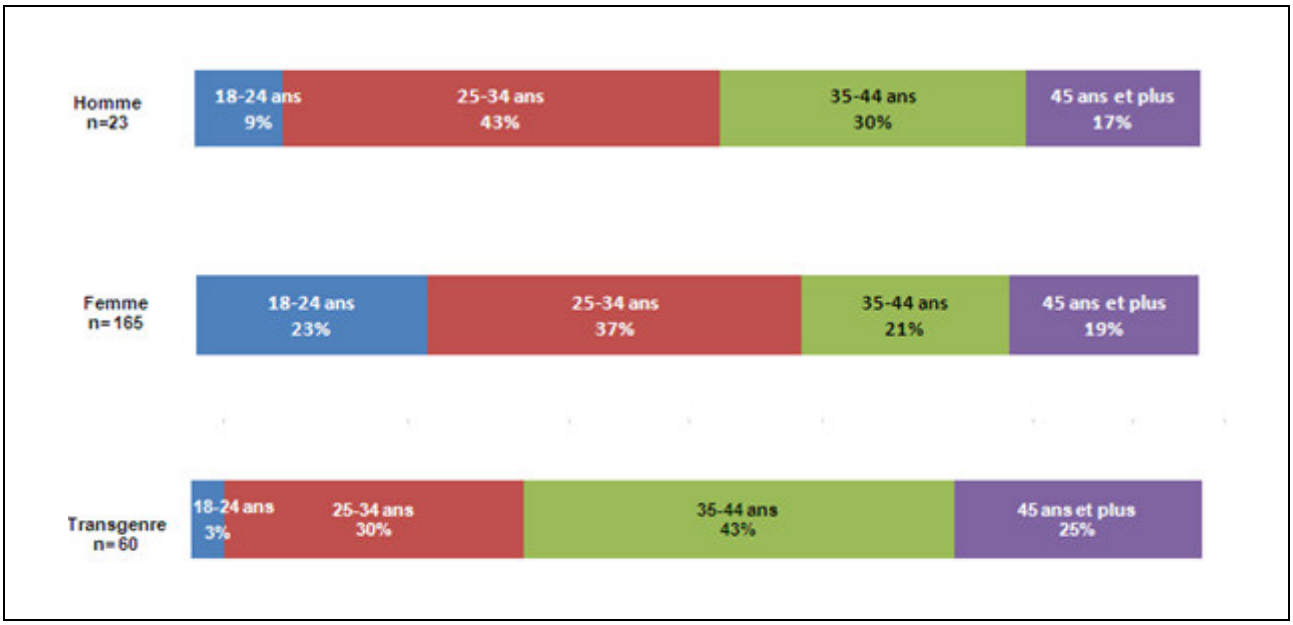
L'ensemble des Chinoises ont été rencontrées par l'Amicale du Nid Paris.

Hormis l'APUS à Lyon, l'ensemble des structures ont inclus des personnes françaises dans l'étude.

4.1.3 Répartition par âge

I Figure 4 I

Age et sexe des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.



La structure par classe d'âges montre que la part des personnes âgées de 25 à 34 ans, tous sexes confondus, est la plus importante (35 %).

Cependant, on note certains extrêmes : 4 femmes sont âgées de plus de 70 ans (71, 75, 79 et 85 ans) dont 3 Françaises et une femme d'Europe du Sud. L'homme le plus âgé a 54 ans et la personne transgenre 61 ans.

I Tableau 6 I

Age médian et moyen selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Sexe	Age médian	Age moyen
Homme	34 ans	36 ans
Femme	32,5 ans	35 ans
Transgenre	38 ans	39 ans
Total	34 ans	36 ans

Champ = 238 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (questionnaires long et court)

La moyenne d'âge pour l'ensemble des personnes est de 36 ans alors que l'âge médian est de 34 ans[3].

[3] L'âge moyen correspond à la somme des valeurs de la variable âge divisée par le nombre d'individus. L'âge médian est la valeur centrale de la variable âge qui partage l'échantillon en deux groupes de même effectif. Le calcul de l'âge médian est plus pertinent que le calcul de l'âge moyen en présence de valeurs extrêmes de l'âge, comme dans notre échantillon (valeur minimale de 18 ans ; valeur maximale de 85 ans).

I Tableau 7I

Nationalité et âge des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Classes d'âge				Total	p
		18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et +		
Homme	**N**	2	10	7	4	23	0,397
Française		2	3	2	3	10	
Amérique du Sud		0	3	2	1	6	
Autres nationalités		0	4	3	0	7	
Femme	**N**	38	63	34	31	166	
	%	23%	38%	20%	19%	100%	<0,001
Française	N	1	6	10	12	29	
	%	3%	21%	34%	41%	100%	
Europe centrale et Est	N	5	20	7	2	34	
	%	15%	59%	21%	6%	100%	
Afrique subsaharienne	N	30	28	2	2	62	
	%	48%	45%	3%	3%	100%	
Asie	N	0	2	11	1	14	
	%	-	14 %	79 %	7 %	100 %	
Autres nationalités	N	1	5	2	12	20	
	%	5%	25%	10%	60%	100%	
Inconnue	N	1	2	2	2	7	
	%	14%	29%	29%	29%	100%	
Transgenre N		2	18	26	15	61	0,451
Française		1	2	3	1	7	
Amérique du Sud		1	14	19	8	42	
Autres nationalités		0	2	3	4	9	
Inconnue		0	0	1	2	3	

Champ = 250 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Parmi les femmes enquêtées de 18 à 24 ans, 81 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, ce qui représente 73 % de l'ensemble de la population enquêtée dans cette classe d'âge; parmi les femmes qui ont entre 25 à 34 ans, 47 % viennent d'Afrique subsaharienne.

I Tableau 8 I

Nationalité et âge des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Classe d'âge	France	Europe centrale et de l'Est	Europe du Sud	Afrique du Nord	Afrique subsaharienne	Amérique du Sud	Asie	Total
	N= 46	N= 41	N= 11	N= 12	N= 62	N= 52	N= 14	N= 238
	%	%	%	%	%	%	%	%
18-24 ans	9	15	0	8	49	2	0	17
25-34 ans	24	59	9	25	45	35	14	37
35-44 ans	33	24	36	0	3	42	79	27
45 ans et plus	34	5	55	67	3	21	7	19
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ = 238 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

Parmi les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne, la quasi-totalité (94 %) a moins de 34 ans.

Par ailleurs, 79 % des Chinoises ont entre 35 et 44 ans.

59% des personnes d'Europe centrale et orientale ont entre 25 et 34 ans.

Concernant les personnes originaires d'Amérique du Sud, 77 % d'entre elles ont entre 25 et 44 ans.

I Tableau 9 I

Age médian et âge moyen selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité	Age médian	Age moyen
Afrique subsaharienne	25 ans	26 ans
Europe centrale et orientale	32 ans	32,5 ans
Amérique du sud	37,5 ans	38 ans
Asie	38 ans	39 ans
France	41,5 ans	43 ans
Europe du Sud	45 ans	47 ans
Afrique du Nord	48 ans	43 ans

Champ = 238 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 questionnaires long et court)

4.1.4 Connaissance de la langue française et niveau d'étude

Alors qu'environ la moitié des personnes interrogées déclarent savoir lire le français (51 %) et l'écrire (42 %), la plupart d'entre elles déclarent le parler (74 %) et le comprendre (85 %). 14 % des personnes ne parlent ni ne comprennent le français.

I Tableau 10 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon le niveau scolaire et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Niveau scolaire	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
N'est jamais allé à l'école	5	3	4	3
Niveau primaire	11	16	14	15
Niveau collège	42	50	39	46
Niveau lycée	26	26	22	25
Niveau supérieur bac	11	6	20	10
Non renseigné	5	1	2	2
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

Sans différence significative selon le sexe, un grand nombre de personnes enquêtées a été scolarisé plusieurs années. Une majorité (46 %) déclare avoir un niveau scolaire de collège et 25 % un niveau lycée. 10 % ont atteint un niveau supérieur au bac. Environ 18 % des personnes interrogées n'ont pas ou quasiment pas été scolarisées.

I Tableau 11 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon le diplôme et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Diplôme	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Aucun diplôme	26	49	31	41
Certificat d'études et BEPC	26	18	39	25
CAP et BEP	0	7	2	5
Bac professionnel/ technique/ + général	26	14	14	15
> au bac	11	4	4	4
Autre	11	5	4	5
inconnu	0	4	6	4
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

Globalement, 41 % des personnes enquêtées ne sont pas diplômées. C'est le cas pour la moitié des femmes.

25 % des personnes enquêtées déclarent avoir un certificat d'étude ou un brevet des collèges et 15 % un baccalauréat général, technique ou professionnel.

4.1.5 Date d'arrivée en France et titre de séjour

52 % des personnes de nationalité étrangère interrogées sont en France depuis plus de trois ans, 25 % sont arrivées il y a moins de 1 an et 20 % sont en France depuis 1 à 3 ans.

I Tableau 12 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon la date d'arrivée en France et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Date d'arrivée en France	Sexe			Total
	Homme N=13	Femme N=137	Transgenre N=55	N=205
	%	%	%	%
Moins de 1 an	8	28	22	25
De 1 à 3 ans	31	21	13	20
Plus de 3 ans	62	46	65	52
Non-réponse	0	4	0	3
Total	100	100	100	100

Champ = 205 personnes enquêtées de nationalité étrangère (questionnaires long et court)

Parmi les personnes étrangères, 66 % se déclarent en situation régulière dont : 23 % avec un statut de l'Union européenne, 20 % titulaires d'une carte de séjour ou d'une carte de résident et 20 % titulaires d'une autorisation provisoire ou d'un récépissé de demande de titre de séjour. En revanche, 22 % se déclarent sans titre de séjour et sans aucune demande de régularisation en cours. Il est à noter que 3 % ne répondent pas sur leur situation administrative en France.

I Tableau 13 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon le titre de séjour et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Titre de séjour	Sexe			Total
	Homme N=13	Femme N=137	Transgenre N=55	N=205
	%	%	%	%
Carte de résident ou de séjour	15	16	29	20
Visa touristique	8	3	4	3
Autorisation provisoire	8	20	20	20
En attente de régularisation	0	6	5	5
Statut UE	38	23	18	23
Aucun titre et aucune demande	31	23	18	22
Autre	0	2	2	2
Non réponse	0	6	4	5
Total	100	100	100	100

Champ = 205 personnes enquêtées de nationalité étrangère et ayant répondu à cette variable (questionnaires long et court)

➔ DISCUSSION

Répartition par sexe et nationalité

Il y a une majorité de femmes parmi les personnes enquêtées dans l'étude ProSanté (66 %). Cette proportion semble néanmoins moins importante que la proportion de femmes se prostituant en France. A contrario, la proportion de transgenres est élevée dans l'étude (25 %) ce qui ne semble pas refléter la réalité. En effet, si le dernier rapport parlementaire de la mission d'information sur la prostitution en France du mois d'avril 2011 [2] indique que 10 % à 20 % des personnes prostituées sont des hommes, ces estimations incluent les personnes transgenres pour lesquelles aucune donnée nationale n'est disponible.

Il y a 81 % de personnes étrangères dont les nationalités correspondent assez fidèlement aux files actives des associations auprès desquelles ont été passés les questionnaires. En outre, les personnes qui ont une activité prostitutionnelle « indoor » (internet, téléphone, bar, appartements, salon de massage), n'ont quasiment pas pu être incluses dans l'étude.

La plupart des typologies décrites dans ProSanté correspondent à la perception des acteurs de terrain qui interviennent auprès des publics en situation prostitutionnelle (dans les limites décrites) : des personnes françaises, des femmes nigérianes, des femmes d'Europe de l'Est, des femmes chinoises, des transgenres sud-américains et des hommes majoritairement français. Ces profils font l'objet d'une analyse particulière dans la partie 4.7 Profils-types.

Un peu plus de la moitié des personnes enquêtées ont moins de 35 ans et 81 % d'entre elles ont moins de 45 ans. On constate des variations significatives en fonction du genre et de la nationalité. En effet, la tranche d'âge la plus représentée pour les hommes et les femmes est 25 à 34 ans alors que pour les transgenres, il s'agit de personnes majoritairement âgées de 35 à 44 ans.

De même, les Français, les Sud-américains et les Chinoises ont majoritairement plus de 35 ans, respectivement 67 %, 63 % et 86 %. Les personnes d'Europe centrale et de l'Est ont pour leur part entre 25 et 34 ans pour 59 % d'entre elles. Les personnes d'Afrique subsaharienne sont proportionnellement plus jeunes (94 % d'entre elles ont moins de 34 ans).

Connaissance de la langue française et niveau d'études

Les résultats relatifs au niveau scolaire et de diplôme sont à prendre avec précaution dans la mesure où la majorité des personnes enquêtées est étrangère. Il s'agit d'une correspondance approximative. Une proportion très importante de personnes n'a aucun diplôme (41 %). Celle-ci est encore plus importante parmi les femmes puisque la moitié d'entre elles n'a aucun diplôme.

L'absence de diplôme et/ou le fait de ne pas lire ou écrire le français pour les personnes étrangères peut entraver l'accès au marché du travail, à la prévention et aux soins. Cet accès est rendu d'autant plus difficile par l'absence de titre de séjour ou par des titres de séjour précaires ou n'offrant pas droit au travail en France.

Date d'arrivée en France et titre de séjour

La majorité des personnes étrangères enquêtées (50 %) ne dispose d'aucun titre de séjour ou d'un droit au séjour précaire d'une durée inférieure à 1 an. Cette proportion reflète une réalité a minima. Les personnes ressortissantes de l'Union Européenne disposent en effet d'un droit au séjour en France. Cependant, des dispositions spécifiques restrictives s'appliquent aux personnes roumaines et bulgares.

Certaines personnes rencontrées dans la rue n'ont pas souhaité venir dans les services dans le cadre de ProSanté. Pour exemple, l'ADN Paris a précisé que les personnes d'origine roumaine plus souvent rencontrées dans la rue qu'au service n'ont pas pu être incluses dans l'étude. De même, l'ADN La

Babotte à Montpellier précise que les personnes rencontrées dans la rue sont plus souvent des femmes plutôt jeunes, alors qu'inversement, les hommes et les transgenres sont plus accompagnés au service.

Si dans ProSanté, le nombre de femmes roumaines incluses est réduit, elles sont néanmoins présentes sur les lieux de prostitution et en nombre croissant depuis 2011. Par exemple, si des Roumaines sont de plus en plus nombreuses à être repérées à Nancy depuis 2011, elles n'étaient pas présentes dans cette ville lors de la passation des questionnaires de l'étude ProSanté. Ces réalités sont également celles de Nice où une forte augmentation des Roumaines a été constatée en 2011. Cette tendance se confirme en 2012, avec 18 % de nouveaux contacts sur le premier trimestre. Les Roumaines sont rencontrées dans la rue plus qu'au service.

Enfin, le lieu de passation des questionnaires a aussi un impact sur les résultats. La quasi-totalité a été passée dans les services des structures sociales. Si une bonne partie des personnes incluses sont accompagnées ou suivies au sein de ces mêmes services, certaines personnes rencontrées dans la rue ont été spécifiquement reçues au service pour passer le questionnaire. Aussi, les résultats obtenus ne reflètent pas nécessairement l'activité des services. Nous constatons par exemple un décalage à l'Amicale du Nid Paris dans la représentativité au niveau du sexe où la proportion de transgenres est presque deux fois plus importante que dans la file active rencontrée dans la rue. De même, il ressort du rapport d'activité que la nationalité la plus représentée parmi les personnes rencontrées au service est la nationalité française, alors que ce sont principalement des personnes sud-américaines qui ont été incluses dans l'étude ProSanté.

4.2. Caractéristiques sociales

4.2.1 Situation familiale

I Tableau 14 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon la situation familiale et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Situation familiale	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N= 23	**N= 166**	**N= 62**	**N=251**
	%	**%**	**%**	**%**
Célibataire	78	64	82	70
Marié ou pacsé	13	14	10	13
Divorcé ou séparé	4	17	0	12
En couple	4	2	3	3
Veuf/veuve	0	1	0	1
Non renseigné	0	1	5	2
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Les personnes enquêtées sont principalement célibataires.

I Tableau 15 I

Avoir un (des) enfant(s) selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Enfants	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N= 23	**N= 166**	**N= 62**	**N=251**
	%	**%**	**%**	**%**
Oui	13	52	5	37
Non	83	46	87	60
Inconnu	4	2	8	4
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

37 % des personnes ont un ou plusieurs enfants. Plus de la moitié des femmes (52 %) ont des enfants alors que seuls 13 % des hommes et 5 % des transgenres en ont.

I Tableau 16 I

Avoir des enfant(s) et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Avoir un enfant		Total	p
		Oui	Non		
		N	N		
Homme N		3	19	22	0,567
Française	N	2	8	10	
Amérique du Sud	N	0	5	5	
Autres nationalités	N	1	6	7	
Femme N		86	77	163	<0,001
	%	53%	47%	100%	
Française	N	20	8	28	
	%	71%	29%	100%	
Europe centrale et Est	N	24	11	35	
	%	69%	31%	100%	
Afrique subsaharienne	N	12	49	61	
	%	20%	80%	100%	
Asie	N	14	0	14	
	%	100%	-	100 %	
Autres nationalités	N	10	7	17	
	%	59%	41%	100%	
Inconnue	N	6	2	8	
	%	75%	25%	100%	
Transgenre N		3	48	51	0,678
Française		0	6	6	
Amérique du Sud		2	38	40	
Autres nationalités		0	9	9	
Inconnue		1	1	2	

Champ = 236 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Il est intéressant de remarquer que pour les femmes, la nationalité a un impact important sur le fait d'avoir ou non un (des) enfant(s) : les Chinoises ont toutes au moins un enfant, les femmes françaises (71 %) et d'Europe centrale et de l'Est (69 %) ont le plus souvent un enfant, alors qu'une très grande proportion de femmes d'Afrique subsaharienne (80 %) n'en ont pas.

4.2.2 Habitat

I Tableau 17 I

Répartition des personnes en situation de prostitution par type de logement. Étude ProSanté 2010-2011.

Logement actuel	%
Locataire	54
Propriétaire	4
Hôtel	21
Dans la rue / Squat	2
En accueil collectif	4
Chez famille ou amis	12
Autre	1
Non-réponse	2
Total	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Si plus de la moitié des personnes se déclarent locataires, de leur logement, 39 % vivent dans un logement précaire (hôtel, rue, squat, famille et accueil collectif).

Une majorité (76 %) est dans cette situation de logement depuis moins de 6 mois.

I Tableau 18 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon les conditions de logement et le type de logement. Étude ProSanté 2010-2011.

Conditions de logement	Type de logement		Total
	Logement stable N=98	Logement précaire N=69	N=167
	%	%	%
Très bonnes ou bonnes	47	29	40
Acceptables	31	35	32
Mauvaises ou très mauvaises	22	36	28
Total	100	100	100

Champ = 167 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

Bien qu'elles soient dans un logement stable, 22 % des personnes estiment leurs conditions de logement mauvaises ou très mauvaises.

I Tableau 19 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon la date d'arrivée en France et le type de logement. Étude ProSanté 2010-2011.

Date d'arrivée en France	Type de logement		Total
	Logement stable N=110	Logement précaire N=85	N=195
	%	%	%
Moins de 1 an	20	35	27
De 1 à 3 ans	17	25	20
Plus de 3 ans	63	40	53
Total	100	100	100

Champ = 195 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

Les personnes dans un logement stable sont majoritairement en France depuis plus de 3 ans.

I Tableau 20 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon les personnes résidant dans le logement et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous habitez ?	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Seul	79	51	41	51
Seul avec votre ou vos enfants	0	14	0	8
Avec votre conjoint et sans enfant	0	3	8	4
Avec votre conjoint et ses ou vos enfants	0	0	2	1
Avec vos parents ou des membres de la famille	0	1	0	1
Avec d'autres personnes	21	27	37	29
Non-réponse	0	5	12	6
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

Parmi les personnes de nationalité étrangère, elles sont 30 % à vivre avec leurs enfants.

Il est également intéressant de noter que si seulement 6 % des personnes françaises vivent avec d'autres personnes (hors conjoint, enfant, famille), cela concerne par contre 40 % des personnes étrangères.

I Tableau 21 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon les personnes résidant dans le logement et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Conditions de logement	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N= 19	**N= 109**	**N= 51**	**N=179**
	%	**%**	**%**	**%**
Très bonnes ou bonnes	68	38	25	37
Acceptables	21	28	37	30
Mauvaises ou très mauvaises	11	28	31	27
Non-réponse	0	6	6	5
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

28 % des femmes et 31 % des transgenres estiment que leurs conditions de logement sont mauvaises ou très mauvaises, alors que 89 % des hommes estiment au contraire que leurs conditions de logement sont très bonnes, bonnes ou acceptables.

I Tableau 22 I

Conditions de logement et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Conditions de logement			Total	p
		Très bonnes ou bonnes	Acceptables	Mauvaises ou très mauvaises		
Homme N		13	2	4	19	0,754
Française		6	1	1	8	
Amérique du Sud		3	1	1	5	
Autres nationalités		4	0	2	6	
Femme N		41	31	31	103	<0,001
	%	40%	30%	30%	100%	
Française	N	15	4	4	23	
	%	64%	17%	17%	100%	
Europe centrale et Est	N	4	5	13	22	
	%	18%	23%	59%	100%	
Afrique subsaharienne	N	9	17	7	33	
	%	27%	52%	21%	100%	
Asie	N	4	0	0	4	
	%	100%	-	-	100 %	
Autres nationalités	N	7	2	5	14	
	%	50%	14%	36%	100%	
Inconnue	N	2	3	2	7	
	%	29%	43%	29%	100%	
Transgenre N		13	16	19	48	0,037
Française		1	4	1	6	
Amérique du Sud		6	10	16	32	
Autres nationalités		5	2	1	8	
Inconnue		1	0	1	2	

Champ = 170 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 179 du questionnaire long)

Pour les femmes, l'appréciation des conditions de logement est différente selon leur nationalité. 64 % des Françaises et 100 % des Chinoises trouvent leurs conditions de logement très bonnes ou bonnes alors que 18 % des femmes d'Europe centrale ou de l'Est et 27 % des femmes d'Afrique subsaharienne les trouvent bonnes ou très bonnes.

I Tableau 23 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon la date d'arrivée en France et les conditions de logement. Étude ProSanté 2010-2011.

Date d'arrivée en France	Conditions de logement			Total
	Très bonnes ou bonnes	Acceptables	Mauvaises ou très mauvaises	
	N=44	N=38	N=46	N=128
	%	%	%	%
Moins de 1 an	27	11	17	19
De 1 à 3 ans	16	32	26	24
Plus de 3 ans	57	58	57	57
Total	100	100	100	100

Champ = 128 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 179 du questionnaire long)

4.2.3 Ressources financières et emploi

I Tableau 24 I

Proportion par sexe des personnes en situation de prostitution qui considèrent la prostitution comme un métier. Étude ProSanté 2010-2011.

Considérer la prostitution comme un métier	Sexe			Total
	Homme	Femme	Transgenre	
	N= 23	N= 166	N= 62	N= 251
	%	%	%	%
Oui	22	22	58	31
Non	74	72	34	62
Non-réponse	4	7	8	7
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

La majorité des personnes interrogées (62 %) ne considèrent pas la prostitution comme un métier : ce sont principalement les hommes et les femmes qui sont dans ce cas. Il est à souligner que 7 % des personnes ne se prononcent pas sur cette question.

90 % des personnes n'occupent pas d'emploi rémunéré en dehors de leur activité de prostitution. Parmi les 18 personnes qui travaillent en plus de leur activité de prostitution, 4/5 occupent un emploi à temps partiel. Par ailleurs, la moitié des personnes qui occupent un emploi gagne moins de 600 euros par mois en plus de leur activité prostitutionnelle[4].

Pour les personnes n'occupant pas d'emploi en dehors de leur activité prostitutionnelle, 53 % n'ont pas accès à des ressources complémentaires. Ils ont les statuts suivants : étudiant, chômeurs non indemnisés, interdits d'accès au travail.

[4] Ceci concerne 10 personnes sur 18

4.2.4 Relations sociales

I Tableau 25 I

Contact téléphonique ou de visu dans les 6 derniers mois avec un membre de la famille (en dehors des enfant(s) et du conjoint) selon le sexe (en %). Étude ProSanté 2010-2011.

Contact téléphonique ou de visu avec un membre de la famille (en dehors du (des) enfant(s) et du conjoint)	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N= 19	**N= 109**	**N= 51**	**N= 179**
	%	**%**	**%**	**%**
Oui	63	78	71	74
Non	37	18	18	20
Non-réponse	0	4	11	5
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

Au cours des six derniers mois, près des trois quarts des personnes ont eu un contact téléphonique ou de visu avec un membre de leur famille en dehors de leurs enfants et/ou conjoint. Cette proportion est plus importante pour les femmes.

I Tableau 26 I

Avoir un (des) ami(s) selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Avez-vous un (des) amis ?	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N= 19	**N= 109**	**N= 51**	**N= 179**
	%	**%**	**%**	**%**
Oui	84	72	90	79
Non	11	27	6	19
Non-réponse	5	1	4	2
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

79 % des personnes interrogées ont des amis. Les femmes sont globalement plus nombreuses à ne pas avoir d'amis que les hommes et les transgenres.

I Tableau 27 I

Faire appel à un proche en cas de difficulté selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Faire appel à un proche en cas de difficultés	Sexe			Total
	Homme	Femme	Transgenre	
	N= 23	N= 166	N= 62	N= 251
	%	%	%	%
Oui	70	40	58	47
Non	22	54	19	42
Non-réponse	9	6	23	10
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

47 % des personnes estiment pouvoir faire appel à un proche en cas de difficultés.

70% des hommes et 58 % des personnes transgenres estiment qu'un proche peut les aider alors que seulement 40 % des femmes pensent pouvoir y faire appel dans les mêmes circonstances. Il n'y a pas de différences significatives entre les Français et les étrangers. Il est à noter que beaucoup de transgenres n'ont pas répondu à cette question (23 %).

Par contre, parmi les femmes, il existe des différences entre les nationalités : 63 % des femmes d'Afrique subsaharienne estiment qu'elles ne peuvent faire appel à personne. C'est le cas pour l'ensemble des Chinoises (100 %).

4.2.5 Activités de loisirs

I Tableau 28 I

Activité de loisirs selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Activités de loisirs	Sexe			Total
	Homme	Femme	Transgenre	
	N= 19	N= 109	N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Oui	63	52	65	57
Non	32	45	27	39
Non-réponse	5	3	8	4
Total	100	100	100	100

Champ = 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

57 % des personnes déclarent avoir des activités de loisirs (cinéma, lecture, sport).

I Tableau 29 I

Activité de loisirs et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Activité de loisirs		Total	p
		Oui	Non		
Homme	**N**	12	6	18	0,57
Française		6	2	8	
Amérique du Sud		3	1	4	
Autres nationalités		3	3	6	
Femme	**N**	57	49	106	<0,001
	%	54%	46%	100%	
Française	N	15	8	23	
	%	65%	35%	100%	
Europe centrale et Est	N	14	8	22	
	%	64%	36%	100%	
Afrique subsaharienne	N	7	27	34	
	%	21%	79%	100%	
Asie	N	4	1	5	
	%	80%	20%	100%	
Autres nationalités	N	11	4	15	
	%	73%	27%	100%	
Inconnue	N	6	1	7	
	%	86%	14%	100%	
Transgenre	**N**	33	14	47	0,643
Française		5	1	6	
Amérique du Sud		21	11	32	
Autres nationalités		6	2	8	
Inconnue		1	0	1	

Champ = 171 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 179 du questionnaire long)

Les femmes d'Afrique subsaharienne sont proportionnellement celles qui déclarent avoir le moins de loisirs.

I Tableau 30 I

Activité de loisirs selon la nationalité pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Activités de loisirs	Nationalité							
	Française	Europe centrale et de l'Est	Europe du Sud	Afrique du Nord	Afrique subsaharienne	Amérique du Sud	Asie	Total
	N=37	N=28	N=9	N=11	N=34	N=39	N=5	N=163
	%	%	%	%	%	%	%	%
Oui	70	64	67	64	21	69	80	58
Non	30	36	33	36	79	31	20	42
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ = 163 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

Parmi les personnes françaises 70 % déclarent avoir des activités de loisirs. Parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, seules 21 % déclarent avoir des activités de loisirs. Pour les autres personnes, elles sont plus de 60 % à avoir des activités de loisirs, quelle que soit leur origine.

➔ DISCUSSION

Situation familiale

Les femmes d'Afrique subsaharienne sont majoritairement jeunes. Ceci explique en partie le fait que proportionnellement elles soient moins nombreuses à avoir des enfants.

Selon l'expérience des services spécialisés de Rhône-Alpes, les femmes nigérianes, dès lors qu'elles sont enceintes ou qu'elles ont un enfant, feraient la démarche d'arrêter la prostitution. Ce qui pourrait contribuer à expliquer le faible taux de femmes d'origine subsaharienne qui ont un enfant ainsi que leur jeune âge.

Selon la Babotte à Montpellier et Béziers, qu'elles soient seules ou en couple, 80 % des personnes qui ont un accompagnement social dans cette structure, sont sans enfant. Par contre, si les femmes d'Europe de l'Est ont souvent des enfants au pays, les Nigérianes sont plutôt sans enfant.

Logement

Nous n'avons pas d'information objective sur la nature et l'état du logement des personnes enquêtées. En effet, si l'on a considéré que les locataires et les propriétaires habitaient dans un logement stable, il n'en demeure pas moins que les conditions dans ces logements peuvent être moins confortables que dans des logements dits précaires, tel que l'hôtel ou le centre d'hébergement.

Il est possible, par exemple, que parmi les personnes qui se déclarent locataires, certaines soient logées chez des « marchands de sommeil » ou logent à plusieurs personnes dans un logement exigu.

Les travailleurs sociaux estiment indignes les conditions de logement dans lesquelles vivent un grand nombre de personnes en situation de prostitution. Ainsi alors qu'elles vivaient à l'hôtel, en famille ou collectivement, les personnes interrogées ont pu estimer que leurs conditions de logement étaient bonnes malgré tout.

L'acceptation du logement par les personnes enquêtées ne signifie pas que le logement n'est pas considéré comme insalubre ou précaire au regard de la législation française. Cette distance entre la bonne acceptation du logement et la réalité s'expliquerait en partie par une possible amélioration des conditions de logement au regard de leur situation antérieure sachant que trois quarts des personnes enquêtées ont changé de logement au cours des 6 derniers mois. Il ressort de l'expertise des associations que les personnes qu'elles accueillent présentent pour un certain nombre d'entre elles un seuil de tolérance élevé sur leurs conditions de logement au regard de leurs conditions de vie antérieures.

L'appréciation du logement varie en fonction de la nationalité des femmes : les femmes d'Afrique subsaharienne estiment très bonnes ou bonnes leurs conditions de logement à 27 %, alors que les Françaises, sont 64 % dans ce cas. Les Chinoises estiment toutes que leurs conditions de logement sont bonnes ou très bonnes.

De même, l'appréciation du logement est variable selon le sexe : si 68 % des hommes les considèrent comme bonnes ou très bonnes, ceci ne concerne que 25 % des transgenres et 38 % des femmes.

La réalité de la précarité du logement n'a qu'un très faible impact sur le ressenti qu'ont les personnes de leurs conditions de logement. Parmi les personnes qui habitent dans un logement précaire, 64 % estiment leurs conditions de logement très bonnes, bonnes ou acceptables.

Une inégalité des droits face au logement social réside entre les Français et les étrangers hors Union Européenne notamment pour le droit au logement opposable pour lequel les étrangers même en situation régulière doivent justifier d'un temps de résidence en France supérieur à 5 ans ou au moins deux années de résidence en situation régulière. La Halde a d'ailleurs considéré cette disposition discriminatoire[5].

Comme le souligne le rapport parlementaire d'information sur la prostitution en France du mois d'avril 2011 [2], « Les conditions de logement, souvent précaires, accentuent également la propagation des infections et affectent les capacités de guérison. […] Ainsi, lorsqu'elles partagent une chambre avec d'autres personnes prostituées, non seulement la transmission des maladies contagieuses est favorisée, mais il leur est plus difficile de se reposer et de guérir parfaitement ».

Ressources financières, emploi

Globalement, les personnes interrogées ne considèrent pas la prostitution comme un métier (62%) : 74% des hommes et 72 % des femmes sont dans ce cas. Au contraire, 58 % des transgenres considèrent la prostitution comme un métier.

Parmi les femmes, un nombre important de personnes de nationalité bulgare et nigériane, dont on sait qu'elles sont plus exposées à la traite, a été intégré à l'étude et déclare majoritairement (83 % en moyenne) ne pas considérer la prostitution comme un métier. Il semble que les personnes dont on peut supposer, en raison de leur nationalité, qu'elles sont victimes de la traite considèrent moins la prostitution comme un métier.

C'est donc plutôt le rapport à la prostitution et l'inscription ou non dans des réseaux de la traite des êtres humains qui induit la reconnaissance ou non de la prostitution comme un métier. Pour illustrer ce propos,

[5] HALDE. Délibération n°2009-385 du 30 novembre 2009

on peut noter que les femmes françaises qui ne sont pas victimes de ces réseaux, estiment à 52 % que la prostitution est un métier. Néanmoins, elles peuvent être victimes d'un proxénète.

Les transgenres sont plus nombreux à considérer la prostitution comme un métier. Les structures nous ont fait remonter qu'il peut exister, pour les transgenres, un lien entre l'absence de perspectives en termes d'accès à l'emploi et l'affirmation qu'une autre activité n'est que difficilement envisageable. Ceci est confirmé dans l'étude réalisée par ALC/Les Lucioles à Nice [3] : « Quasiment toutes les personnes enquêtées expriment le souhait de pouvoir un jour faire autre chose. À la question de savoir si elle considère la prostitution comme un travail, Ines nous répond hésitante : « Oui, parce que tu le fais pour l'argent, parce que c'est la seule chose que je connais ici, que je peux faire ici. Mais si je pouvais faire un autre travail, j'accepterais n'importe quoi. Mais comme c'est difficile de trouver un autre travail, je ne reste pas là à attendre de faire autre chose. ». Nieves rajoute : « Je voulais gagner de l'argent et puis retourner chez moi, parce que je n'aime pas ce travail… (…) je pensais qu'ici c'était plus facile de trouver un travail, pas la prostitution, je pensais autre chose de la France. (…)».

Relations sociales

Les personnes en situation de prostitution enquêtées s'avèrent plus isolées qu'en population générale. Le rapport de juin 2012, « Les solitudes en France » de la Fondation de France [4], relève que, dans la population générale, 7 % des personnes n'ont aucun ami alors qu'elles sont 19 % dans ProSanté. Ces résultats s'expliquent en partie car les personnes prostituées ne font pas toujours confiance aux personnes prostituées de leur communauté comme le souligne ALC Les Lucioles à Nice. En outre, elles sont pour beaucoup dans la même situation et ne peuvent pas compter les unes sur les autres en cas de difficulté.

Cependant, il semble exister une certaine solidarité sur les lieux de prostitution avec la mise en place d'une surveillance des uns/unes envers les autres lorsqu'ils/elles partent avec un client par exemple.

Activités de loisirs

Concernant les activités de loisirs, la question était orientée sur : cinéma, lecture, sport qui étaient proposés dans la question. Or dans les récentes études, sont inclus les loisirs issus des nouvelles technologies (internet, dvd, jeux, vidéos etc.). Aussi, il est difficile de comparer avec la population générale. La proportion de femmes d'Afrique subsaharienne n'ayant pas d'activité de loisirs est beaucoup plus importante que celle de l'ensemble des personnes enquêtées (plus du double) et peut s'expliquer soit par une autre conception du terme « loisirs » soit par l'organisation même du réseau, soit par le contrôle exercé par d'éventuels proxénètes.

Nous n'avons pas la possibilité de savoir si l'entrée dans la prostitution est liée à un manque de ressources. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur le lien entre travailleurs pauvres/précarité et activité prostitutionnelle. Au regard des caractéristiques sociales dégagées, il apparaît qu'un grand nombre de personnes a :

- un faible niveau de qualification (principalement les femmes) ;
- un logement précaire ;
- peu de proches sur qui compter ;
- de faibles ressources en dehors de l'activité prostitutionnelle.

4.3. Activité de prostitution

I Tableau 31 I

Lieux de contacts des clients pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Contacts clients (plusieurs réponses possibles)	N	%
Bars, discothèques	18	10
Rue	158	88
Saunas	4	2
Internet, petites annonces, téléphone	36	20
Autre	8	4

Champ : 179 personnes enquêtées (questionnaire long)

La majorité des contacts se font dans la rue.

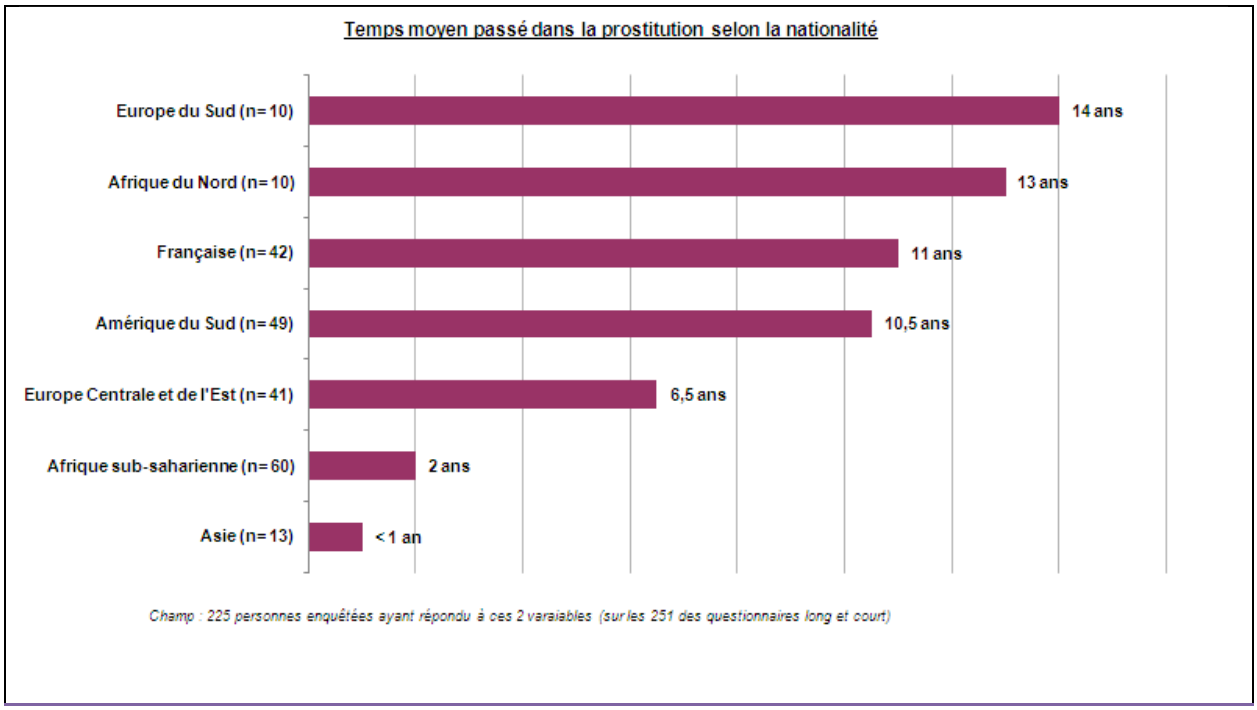
Concernant le moment de l'activité de prostitution, 60 % des personnes se prostituent plus particulièrement la nuit, elles sont 20 % à se prostituer en journée et 1 % ont une activité le jour et la nuit (6 % n'ont pas répondu à cette question). Près de 60 % se prostituent en semaine et le week-end et un peu plus de 30 % seulement en semaine.

Près du tiers des personnes se prostituent depuis moins d'un an. Un peu moins d'un tiers a une activité prostitutionnelle depuis 1 à 5 ans. Et 43 % se prostituent depuis plus de 5 ans.

En moyenne, les personnes se prostituent depuis 7 ans et demi.

I Figure 5 I

Temps moyen passé dans la prostitution chez les personnes en situation de prostitution selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.



I Tableau 32 I

Répartition des personnes en situation de prostitution selon le temps passé dans la prostitution et le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Temps passé dans la prostitution	Sexe			Total
	Homme N= 23	Femme N= 166	Transgenre N= 62	N=251
	%	%	%	%
Moins de 1 an	26	34	8	27
Entre 1 et 5 ans	35	30	15	26
Plus de 5 ans	35	30	69	40
Non-réponse	4	7	8	7
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Le temps passé dans la prostitution est assez similaire entre les hommes et les femmes: environ 1/3 d'entre eux se prostituent depuis moins d'un an, 1/3 entre 1 et 5 ans et 1/3 depuis plus de 5 ans.

Par contre, la proportion de personnes transgenres se prostituant depuis plus longtemps est plus importante : 69 % se prostituent depuis plus de 5 ans.

I Tableau 33 I

Temps passé dans la prostitution et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Temps passé dans la prostitution			Total	p
		Moins de 1 an	Entre 1 et 5 ans	Plus de 5 ans		
Homme	**N**	6	8	8	22	0,928
Française		3	3	3	9	
Amérique du Sud		2	2	2	6	
Autres nationalités		1	3	3	7	
Femme	**N**	57	49	49	155	<0,001
	%	37%	32%	31%	100%	
Française	N	7	4	15	26	
	%	27%	15%	58%	100%	
Europe centrale et de l'Est	N	3	14	17	34	
	%	9%	41%	50%	100%	
Afrique subsaharienne	N	33	24	3	60	
	%	55%	40%	5%	100%	
Asie	N	11	2	0	13	
	%	85%	15%	-	100 %	
Autres nationalités	N	2	3	10	15	
	%	13%	20%	67%	100%	
Inconnue	N	1	2	4	7	
	%	14%	29%	57%	100%	
Transgenre	**N**	5	9	43	57	0,246
Française		1	0	6	7	
Amérique du Sud		4	9	27	40	
Autres nationalités		0	0	8	8	
Inconnue		0	0	2	2	

Champ = 234 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

En dehors des femmes chinoises et d'origine d'Afrique subsaharienne, la majorité des femmes se prostituent depuis plus de 5 ans.

Les femmes d'Afrique subsaharienne se prostituent pour 95 % d'entre elles depuis moins de 5 ans. 55 % de ces femmes se prostituant depuis moins d'un an.

Parmi les Chinoises, elles sont 85 % à se prostituer depuis moins d'un 1 an et aucune d'entre elles ne se prostitue depuis plus de 5 ans.

Plus de la moitié des femmes d'autres nationalités se prostituent depuis plus de 5 ans.

I Tableau 34 I

Age de début de prostitution selon le sexe des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Age début de prostitution	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N=23	**N=166**	**N=62**	**N= 251**
	%	**%**	**%**	**%**
Moins de 18 ans	17	6	16	10
18-24 ans	22	42	39	39
25-34 ans	26	27	21	25
Plus de 35 ans	26	19	13	18
Non-réponse	9	6	11	8
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Les personnes ont commencé à se prostituer pour la plus forte proportion d'entre eux entre 18 et 24 ans (39 %).

Il faut souligner que 10 % ont commencé à se prostituer alors qu'elles étaient mineures.

I Tableau 35 I

Age de début de prostitution selon le sexe des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Age de début de prostitution					p
		Moins de 18 ans	18-24 ans	25-34 ans	Plus de 35 ans	Total	
		N	N	N	N		
Homme	**N**	4	5	6	6	21	0,663
Française		3	2	2	2	9	
Amérique du Sud		0	1	3	2	6	
Autres nationalités		1	2	1	2	6	
Femme	**N**	10	70	44	32	156	<0,001
	%	6%	45%	28%	21%	100%	
Française	N	4	9	8	8	29	
	%	14%	31%	28%	28%	100%	
Europe centrale et Est	N	2	14	16	3	35	
	%	6%	40%	46%	9%	100%	
Afrique subsaharienne	N	1	41	13	1	56	
	%	2%	73%	23%	2%	100%	
Asie	N	0	0	1	11	12	
	%	-	-	8 %	92 %	100 %	
Autres nationalités	N	2	4	4	7	17	
	%	12%	24%	24%	41%	100%	
Inconnue	N	1	2	2	2	7	
	%	14%	29%	29%	29%	100%	
Transgenre	**N**	10	24	13	8	55	0,37
Française		2	4	0	0	6	
Amérique du Sud		6	16	10	7	39	
Autres nationalités		2	3	3	0	8	
Inconnue		0	1	0	1	2	

Champ = 232 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Les Chinoises sont les personnes qui ont commencé leur activité prostitutionnelle le plus tard, 92 % d'entre elles ont commencé à se prostituer entre 35 et 44 ans. Aucune d'entre elles n'a commencé à se prostituer avant l'âge de 24 ans.

Les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne ont majoritairement commencé plus tôt leur activité prostitutionnelle, 73 % ont commencé avant l'âge de 24 ans.

I Tableau 36 I

Age médian et âge moyen d'entrée en prostitution selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité	Age médian	Age moyen
Afrique subsaharienne	22 ans	23,5 ans
France	22,5 ans	26,5 ans
Europe centrale et Est	25 ans	25 ans
Amérique du sud	25 ans	27 ans
Europe du Sud	25 ans	27 ans
Afrique du Nord	26 ans	29 ans
Asie	38 ans	38 ans
Total	24 ans	26,5 ans

Champ = 232 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

L'âge médian d'entrée dans la prostitution est un peu moins élevé que l'âge moyen mais reste inférieur à 29 ans quelle que soit la nationalité sauf pour les Chinoises pour lesquelles il est de 38 ans (comme l'âge moyen).

I Tableau 37 I

Prostitution dans d'autres villes en France selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

S'être prostitué dans d'autres villes en France	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Oui	48	29	60	38
Non	48	64	35	55
Non-réponse	4	7	5	7
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes (questionnaires long et court)

38 % des personnes se sont prostituées dans d'autres villes en France.

I Tableau 38 I

Prostitution dans d'autres villes en France et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		**Prostitution dans d'autres villes françaises**			
		Oui	Non	Total	p
Homme	**N**	11	11	22	0,356
Française		5	4	9	
Amérique du Sud		4	2	6	
Autres nationalités		2	5	7	
Femme	**N**	48	106	154	0,014
	%	31%	69%	100%	
Française	N	14	14	28	
	%	50%	50%	100%	
Europe centrale et Est	N	10	25	35	
	%	29%	71%	100%	
Afrique subsaharienne	N	11	47	58	
	%	19%	81%	100%	
Asie	N	5	3	8	
	%	63%	37%	100%	
Autres nationalités	N	6	11	17	
	%	35%	65%	100%	
Inconnue	N	2	6	8	
	%	25%	75%	100%	
Transgenre	**N**	37	22	59	0,008
Française		6	1	7	
Amérique du Sud		24	17	41	
Autres nationalités		5	4	9	
Inconnue		2	0	2	

Champ = 240 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

I Tableau 39 I

Prostitution dans d'autres villes à l'étranger selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

S'être prostitué dans d'autres villes à l'étranger	Sexe			Total
	Homme N= 23	Femme N= 166	Transgenre N= 62	N=251
	%	%	%	%
Oui	22	17	58	28
Non	61	66	29	57
Non-réponse	17	16	13	16
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

28 % des personnes se sont prostituées dans d'autres villes à l'étranger.

Parmi les personnes transgenres, une forte majorité s'est déjà prostituée à l'étranger (58 %) alors qu'une forte majorité d'hommes (61 %) et de femmes (66 %) n'ont eu une activité prostitutionnelle qu'en France.

I Tableau 40 I

Prostitution dans d'autres villes à l'étranger et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Prostitution dans d'autres villes à l'étranger		Total	p
		Oui	Non		
Homme	**N**	5	14	19	0,491
Française		1	7	8	
Amérique du Sud		2	3	5	
Autres nationalités		2	4	6	
Femme	**N**	29	110	139	0,005
	%	21%	79%	100%	
Française	N	3	20	23	
	%	13%	87%	100%	
Europe centrale et Est	N	15	20	35	
	%	43%	57%	100%	
Afrique subsaharienne	N	7	47	54	
	%	13%	87%	100%	
Asie	N	0	7	7	
	%	-	100 %	100 %	
Autres nationalités	N	3	10	13	
	%	23%	77%	100%	
Inconnue	N	1	6	7	
	%	14%	86%	100%	
Transgenre	**N**	36	18	54	0,008
Française		1	6	7	
Amérique du Sud		28	10	38	
Autres nationalités		6	2	8	
Inconnue		1	0	1	

Champ = 212 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Les Chinoises sont les seules à ne s'être prostituées qu'en France. 87 % des femmes d'Afrique subsaharienne et 57 % des femmes d'Europe centrale et de l'Est déclarent ne s'être jamais prostituées à l'étranger.

➔ DISCUSSION

Contacts avec les clients

Les personnes en situation de prostitution incluses dans l'étude entrent en contact avec leurs clients principalement dans la rue. Dans ces cas-là, les lieux de « passe » sont soit l'hôtel ou des appartements soit, plus souvent, des véhicules (voiture du client, camionnette de la personne prostituée) ou les bois.

Ces derniers lieux de « passe » ne sont pas sans poser des questions d'hygiène (accès à un point d'eau et sanitaires) et peuvent avoir un impact sur la santé et la sécurité des personnes.

Dans le cadre des projets qu'ils mènent, les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes prostituées ont adapté leurs pratiques et développé des actions d'« aller vers » : aller à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité (maraudes à pieds ou en véhicule, de jour ou de nuit, etc.)

À Montpellier, les personnes se prostituent principalement dans la rue ou sur les routes. La majorité des personnes originaires des pays d'Europe de l'Est se prostituent sur les routes en journée tandis que les femmes africaines se prostituent plutôt dans la rue la nuit. Selon les chiffres de l'ADN La Babotte, 53 % des personnes rencontrées lors des tournées à Montpellier sont des Nigérianes mais certaines d'entre elles bénéficient d'un accompagnement social. Les femmes d'Europe de l'Est et les Nigérianes sont plus souvent sous contrainte : elles se rendent donc moins facilement au service. Les femmes françaises sont assez présentes. Si les personnes rencontrées au service sont plutôt âgées, la proportion de jeunes rencontrées dans la rue est plus importante. Les équipes de la Babotte rencontrent en tournée 20 % d'hommes ou de transgenres alors qu'elles accompagnent 62 % d'entre eux. Pour la plupart, les transgenres ne semblent pas inscrits dans des réseaux de prostitution, mais sont intégrés à la communauté transgenre.

Age d'entrée et temps passé dans la prostitution

L'âge médian d'entrée dans la prostitution des Chinoises est plus élevé (38 ans) que pour les autres nationalités alors que ce sont celles qui se prostituent depuis le moins longtemps (moins d'un an). Au contraire, les personnes d'Afrique subsaharienne sont majoritairement plus jeunes (âge médian 22 ans) et se prostituent depuis en moyenne deux ans.

Les personnes françaises, pour leur part, ont un âge médian d'entrée dans la prostitution de 22,5 ans ; elles ont déjà souvent passé plus de dix ans dans la prostitution. De même, les personnes d'Amérique du Sud y ont passé plus de dix ans avec un âge médian d'entrée dans la prostitution de 25 ans.

Prostitution dans d'autres villes en France ou à l'étranger

Les Chinoises, les femmes d'Afrique subsaharienne, ont eu pour la plupart une activité prostitutionnelle en France uniquement. Les femmes d'Europe centrale et de l'Est, quant à elles, se sont souvent prostituées à l'étranger dans une proportion non négligeable.

Une forte majorité de transgenres sud-américains se sont prostitués à l'étranger. Cela est confirmé tant par les témoignages des travailleurs sociaux que par le rapport « Personnes transgenres d'origine péruvienne en situation de prostitution à Nice » [3], qui indiquent que souvent la prostitution a débuté en Amérique du Sud.

4.4. État de santé déclaré

4.4.1 Perception de l'état de santé

I Tableau 41 I

Perception de l'état de santé général selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

État de santé général	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Très bon ou bon	52	44	52	47
Moyen	35	33	31	32
Mauvais ou très mauvais	9	22	16	20
Non-réponse	4	1	2	1
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

47 % des personnes s'estiment en bon ou très bon état de santé général, 32 % s'estiment être dans un état de santé moyen et 20 % dans un état de santé mauvais ou très mauvais.

I Tableau 42 I

Perception de l'état de santé général et couverture maladie pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

État de santé général	Couverture maladie		Total
	Oui N=182	Non N=57	N=239
	%	%	%
Très bon ou bon	41	63	46
Moyen	38	18	34
Mauvais ou très mauvais	20	19	20
Total	100	100	100

Champ = 239 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

Qu'elles aient ou non une couverture maladie, 20 % des personnes enquêtées s'estiment en mauvais ou très mauvais état de santé.

I Tableau 43 I					
Perception de l'état de santé général selon l'âge pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.					
État de santé général	**Classes d'âge**				**Total**
	18-24 ans	**25-34 ans**	**35-44 ans**	**45 ans et plus**	
	N= 41	**N= 88**	**N= 66**	**N= 49**	**N= 244**
	%				**%**
Très bon ou bon	44	55	52	31	47
Moyen	29	25	35	47	33
Mauvais ou très mauvais	27	20	14	22	20
Total	100	100	100	100	100

Champ = 244 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

Les personnes âgées de plus de 45 ans déclarent, pour 69 % d'entre elles, un état de santé général moyen à très mauvais.

I Tableau 44 I

Perception de l'état de santé et âge des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011

Classe d'âge		État de santé			Total	p
		Très bon ou bon	Moyen	Mauvais ou très mauvais		
Homme	**N**	12	8	2	22	0,177
18-24 ans		1	1	0	2	
25-34 ans		5	4	1	10	
35-44 ans		5	2	0	7	
45 ans et +		1	1	1	3	
Femme	**N**	73	54	37	164	
	%	45%	33%	23%	100%	0,481
18-24 ans	N	16	10	11	37	
	%	43%	27%	30%	100%	
25-34 ans	N	31	15	14	60	
	%	52%	25%	23%	100%	
35-44 ans	N	17	12	5	34	
	%	50%	35%	15%	100%	
Plus de 45 ans	N	8	16	7	31	
	%	26%	52%	23%	100%	
Inconnue	N	1	1	0	2	
	%	50%	50%	-	100 %	
Transgenre	**N**	32	19	10	61	0,452
18-24 ans		1	1	0	2	
25-34 ans		12	3	3	18	
35-44 ans		12	9	4	25	
45 ans et +		6	6	3	15	
Inconnue		1	0	0	1	

Champ = 247 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (questionnaires long et court)

Quel que soit le sexe, l'âge n'a pas d'incidence significative sur l'état de santé déclaré.

I Tableau 45 I

Perception de l'état de santé général selon le temps passé dans la prostitution pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

État de santé général	Temps passé dans la prostitution			Total
	< 1 an	1 à 5 ans	Plus de 5 ans	
	N= 67	N= 64	N= 100	N= 231
	%	%	%	%
Très bon ou bon	42	47	53	48
Moyen	45	30	25	32
Mauvais ou très mauvais	13	23	22	20
Total	100	100	100	100

Champ = 231 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

Le temps passé dans la prostitution n'a pas d'incidence significative sur la perception de l'état de santé général.

4.4.2 Apparence physique et opinion de soi-même

I Tableau 46 I

Acceptation de l'apparence physique selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Acceptez-vous votre apparence physique ?	Sexe			Total
	Homme	Femme	Transgenre	
	N= 23	N= 166	N= 62	N= 251
	%	%	%	%
Pas du tout	9	14	5	11
Un peu ou modérément	30	27	24	27
Suffisamment ou tout à fait	61	51	60	54
Non-réponse	0	8	11	8
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Un peu plus de la moitié des personnes acceptent tout à fait ou suffisamment leur apparence.

I Tableau 47 I

Avoir une bonne opinion de soi-même selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	Sexe			Total
	Homme N= 23	Femme N= 166	Transgenre N= 62	N= 251
	%	%	%	%
Pas du tout	4	13	6	11
Un peu ou modérément	48	35	47	39
Beaucoup ou extrêmement	43	45	42	44
Non-réponse	4	7	5	6
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Si 54 % des personnes acceptent leur apparence physique, seules 44 % d'entre elles ont une bonne opinion d'elles-mêmes.

La durée passée dans la prostitution n'a d'incidence significative ni sur l'acceptation de leur apparence physique ni sur l'opinion qu'elles ont d'elles-mêmes.

4.4.3 Maladie chronique

I Tableau 48 I

Déclaration d'une maladie chronique selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Maladie chronique	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Oui	22	27	60	35
Non	52	69	26	57
Non-réponse	26	4	15	8
Total	100	100	100	100

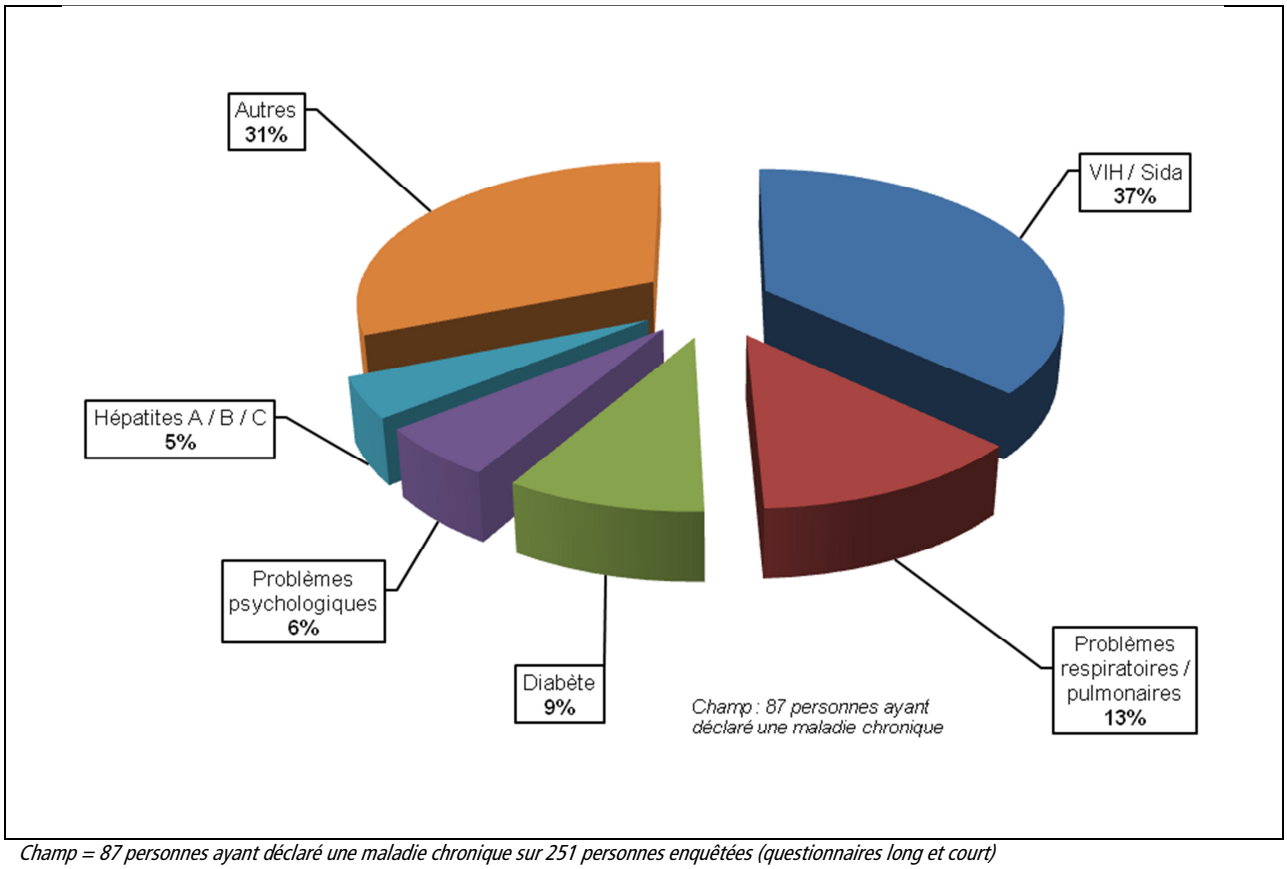
Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

35 % des personnes enquêtées déclarent une maladie chronique[6], soit 86 personnes. 60 % des personnes transgenres en déclarent une.

[6] Il s'agit de l'état de santé déclaré et certaines maladies précisées lors de l'entretien peuvent ne pas être reconnues comme chroniques par les professionnels de santé

I Figure 6 I

Type de maladie chronique déclarée par les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.



Champ = 87 personnes ayant déclaré une maladie chronique sur 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

I Tableau 49 I

Type de maladie chronique déclarée par les personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Type de maladie chronique	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	Ayant déclaré une maladie chronique			
	N=5	**N=45**	**N=37**	**N=87**
	%	**%**	**%**	**%**
VIH / sida	60	4	73	37
Problèmes respiratoires	40	18	3	13
Autres	0	78	24	51
Total	100	100	100	100

Champ = 87 personnes ayant déclaré une maladie chronique sur 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Parmi les 37 personnes transgenres qui ont déclaré une maladie chronique, 73 % ont le VIH/sida et 24 % déclarent une autre maladie chronique. Parmi les 45 femmes ayant déclaré une maladie chronique, 78 % déclarent une autre maladie que le VIH/sida ou des problèmes respiratoires.

I Tableau 50 I

Perception de l'état de santé général et déclaration d'une maladie chronique des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

État de santé général	Avoir une maladie chronique		Total
	Oui N=86	Non N=143	N=229
	%	%	%
Très bon ou bon	26	61	48
Moyen	36	29	32
Mauvais ou très mauvais	38	10	21
Total	100	100	100

Champ = 229 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

La perception de l'état de santé général est dépendante du fait d'avoir une maladie déclarée. En effet, 38 % des personnes qui déclarent une maladie chronique s'estiment en mauvais ou très mauvais état de santé général. Alors que celles qui n'en déclarent pas sont 10 %.

4.4.4 Besoins d'informations

I Tableau 51 I

Besoins d'informations sur la santé des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Informations sur la santé (plusieurs réponses possibles)	Effectif de personnes souhaitant être informées	% de personnes souhaitant être informées
VIH / sida	96	54
contraception	26	15
alimentation	42	23
dépression	53	30
violences	47	26
tabac	33	18
alcool	35	20
drogues	28	16
tuberculose	30	17
vaccination	44	25
accès aux soins	57	32
Autres informations	10	6

Champ : 179 personnes enquêtées (questionnaire long) pour chaque item

Parmi les thèmes sur lesquels les personnes souhaitent être les plus informées, ressortent principalement : le VIH/sida, l'accès aux soins, la dépression, puis les violences. Les maladies et les risques les plus craints par les personnes en situation de prostitution enquêtées sont le VIH/sida, les IST et les violences. Bien qu'ayant été posée à l'ensemble des personnes enquêtées, la question sur la

contraception n'a été renseignée que par des femmes et 24 % d'entre elles ont souhaité être informées sur ce sujet.

4.4.5 Santé psychique

Problèmes de sommeil

I Tableau 52 I

Problèmes de sommeil des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Pas du tout	32	30	39	33
Un peu	32	29	25	28
Beaucoup	37	40	33	38
Non-réponse	0	0	2	1
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

67 % des personnes déclarent qu'au cours des 8 derniers jours, elles ont eu des problèmes de sommeil : beaucoup de problèmes pour 38 % et un peu pour 29 % d'entre elles. 33 % déclarant ne pas en avoir du tout.

I Tableau 53 I

Prise de médicaments pour dormir selon le sexe chez les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Prise de médicaments pour dormir au cours des douze derniers mois	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Oui	26	30	35	31
Non	74	69	65	68
Non-réponse	0	1	0	1
Total	100	100	100	100

Champ = 251 personnes enquêtées (questionnaires long et court)

Les personnes prostituées sont 31 % à avoir pris des médicaments pour dormir dans les douze derniers mois.

Le sexe n'a pas d'incidence significative tant sur l'existence de problèmes de sommeil que sur la consommation de somnifères.

I Tableau 54 I

Problèmes de sommeil et consommation de médicaments pour dormir. Étude ProSanté 2010-2011.

Problèmes de sommeil dans les 8 derniers jours	Prise de médicaments pour dormir dans les 12 derniers mois		Total
	Oui	Non	
	%		
Pas du tout n= 59	14	86	100
Un peu n= 60	30	70	100
Beaucoup n= 67	60	40	100
Total N= 176	36	64	100

Champ = 176 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

Parmi les personnes qui déclarent avoir eu beaucoup de problèmes pour dormir dans les 8 derniers jours. 60 % ont pris des somnifères au cours des douze derniers mois.

Sentiment de solitude, de déprime ou d'anxiété et pensées suicidaires

I Tableau 55 I

Sentiment de solitude, de déprime, d'anxiété, et pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (en %). Étude ProSanté 2010-2011.

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de :	vous sentir seul ?	vous sentir déprimé ?	être anxieux ?	penser au suicide ?
	N=179	N=179	N=179	N=179
	%	%	%	%
Jamais	12	16	25	59
Rarement	6	15	13	8
Parfois	44	40	20	18
Souvent	36	25	29	3
Non-réponse	3	3	13	12
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

Une très large majorité de personnes ressent de la solitude. En effet, elles sont 80 % à déclarer qu'au cours des douze derniers mois, elles se sont senties parfois ou souvent seules.

De même, 65 % des personnes se sont senties parfois ou souvent déprimées, et 49 % parfois ou souvent anxieuses.

Près d'un tiers des personnes ont pensé au moins une fois au suicide au cours de douze derniers mois.

I Tableau 56 I

Sentiment de solitude des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de vous sentir seul ?	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Jamais	11	11	14	12
Rarement	0	7	4	6
Parfois	47	43	43	44
Souvent	37	38	31	36
Non-réponse	5	1	8	3
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

Le sexe n'a pas d'incidence sur le sentiment de solitude ressenti par les personnes enquêtées.

I Tableau 57 I

Sentiment de déprime des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de vous sentir déprimé ?	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Jamais	21	17	14	16
Rarement	16	10	25	15
Parfois	37	41	39	40
Souvent	26	28	20	25
Non-réponse	0	5	2	3
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

I Tableau 58 I

Sentiment d'anxiété des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé d'être anxieux ?	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Jamais	21	22	33	25
Rarement	11	11	20	13
Parfois	16	24	12	20
Souvent	32	35	16	29
Non-réponse	21	8	19	13
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

I Tableau 59 I

Pensées suicidaires des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de penser au suicide ?	Sexe			Total
	Homme N= 19	Femme N= 109	Transgenre N= 51	N= 179
	%	%	%	%
Jamais	63	61	53	59
Rarement	11	4	16	8
Parfois	11	20	16	18
Souvent	0	4	2	3
Non-réponse	16	11	14	12
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

La proportion d'hommes, de femmes et de transgenres est globalement la même face au sentiment de solitude et de déprime. En revanche, la proportion de transgenres qui ressentent parfois ou souvent le sentiment d'anxiété (28 %) est inférieure à celle des femmes (59 %).

29% des personnes déclarent avoir déjà pensé au suicide (rarement, parfois ou souvent). La proportion de transgenres qui y a déjà pensé est de 34 %, celle des femmes de 28 %. Il est à noter que le taux de non-réponse à cette question est de 12 %.

17 % des personnes prostituées ont pris des antidépresseurs au cours des douze derniers mois et 20 % des anxiolytiques.

Parmi les personnes transgenres interrogées, 35 % prennent des somnifères, 13 % des antidépresseurs et 11 % des anxiolytiques.

Parmi les femmes, 30 % prennent des somnifères, 20 % des antidépresseurs et 25 % des anxiolytiques.

Parmi les hommes, 26 % prennent des somnifères, 9 % des antidépresseurs et 14 % des anxiolytiques.

I Tableau 60 I

Sentiment de solitude des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de vous sentir seul ?	**Nationalité**		**Total**
	Française	**Étrangère**	
	N= 19	**N= 109**	**N= 164**
	%		**%**
Jamais	11	13	12
Rarement	5	6	5
Parfois	32	50	46
Souvent	51	32	37
Total	100	100	100

Champ = 164 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

I Tableau 61 I

Sentiment de déprime des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de vous sentir déprimé ?	**Nationalité**		**Total**
	Française	**Étrangère**	
	N= 37	**N= 127**	**N= 164**
	%		**%**
Jamais	24	15	17
Rarement	3	20	16
Parfois	32	43	40
Souvent	41	22	26
Total	100	100	100

Champ = 164 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

I Tableau 62 I

Sentiment d'anxiété des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé d'être anxieux ?	Nationalité		Total
	Française N= 36	Étrangère N= 112	N= 148
	%		%
Jamais	22	32	30
Rarement	11	17	16
Parfois	8	27	22
Souvent	58	24	32
Total	100	100	100

Champ = 148 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

I Tableau 63 I

Pensées suicidaires des personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Vous est-il arrivé de penser au suicide ?	Nationalité		Total
	Française N= 36	Étrangère N= 112	N= 148
	%		%
Jamais	59	69	67
Rarement	14	8	9
Parfois	19	21	20
Souvent	8	2	3
Total	100	100	100

Champ = 148 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

Les personnes françaises et étrangères se sentent parfois ou souvent seules à proportion égale.

Globalement, 76 % des personnes déclarent s'être senties parfois ou souvent déprimées au cours des douze derniers mois. Elles sont en moyenne 54 % à s'être senties parfois ou souvent anxieuses au cours des douze derniers mois. Au cours des douze derniers mois, 32 % des personnes ont pensé au moins une fois au suicide.

On note que 16 % des personnes ont un suivi psychologique. Parmi les personnes qui ont déjà pensé au suicide la proportion des personnes qui ont un suivi psychologique est deux fois plus importante que celle de la population enquêtée, soit 35 %.

Il n'y a pas de surreprésentation du sentiment de solitude, de déprime ou d'anxiété parmi les personnes qui souffrent d'une maladie chronique. Parmi ces dernières, la proportion de personnes qui a pensé au suicide au cours de douze derniers mois est de 41 % contre 29 % pour l'ensemble des personnes

enquêtées. La proportion de personnes qui ont une maladie chronique bénéficiant d'un suivi psychologique (23 %) est légèrement supérieure à celle de la population enquêtée.

➔ DISCUSSION

Perception de la santé

Proportionnellement, les personnes âgées de 45 ans et plus déclarent un moins bon état de santé que les plus jeunes. Cette tendance n'est pas spécifique aux personnes prostituées.

Le temps passé dans la prostitution ne semble pas être déterminant d'une mauvaise perception de sa santé, car 53 % des personnes qui se prostituent depuis plus de 5 ans se déclarent en bon ou très bon état de santé général. Il en est de même pour l'acceptation de son apparence physique ou sur l'opinion de soi.

Ce n'est pas parce que la personne a une couverture maladie qu'elle s'estime en meilleur état de santé. Le bénéfice d'une couverture maladie n'implique donc pas nécessairement une meilleure perception de la santé. En effet, 77 % des personnes qui s'estiment en mauvais ou très mauvais état de santé ont pourtant une couverture maladie. Au regard des échanges que nous avons eus avec les structures, nous pouvons émettre l'hypothèse que ceci peut s'expliquer par les régularisations pour soins dont on sait qu'elles font suite à une maladie grave.

Apparence et opinion de soi

Il est important de souligner que les questions relatives à l'apparence physique et à la bonne opinion de soi ont suscité des difficultés de traductions et d'explications. Elles ont été difficiles à expliquer pour les travailleurs sociaux. De plus, culturellement elles ne font pas nécessairement écho aux mêmes représentations.

Maladies chroniques

Il ressort des résultats de l'étude que 35 % des personnes interrogées (27 % des femmes) déclarent avoir une maladie chronique. En population générale, selon l'enquête sur les ressources et les conditions de vie de l'Insee de 2009 [5], 39 % des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, cette proportion augmentant fortement avec l'âge : 14 % des femmes de 15-24 ans, 19 % des 25-34 ans, 24 % des 35-44 ans, 35 % des 45-54 ans... Sachant que dans notre étude, 8 femmes sur dix ont moins de 45 ans, la déclaration d'une maladie chronique y paraît plus élevée qu'en population générale.

Ce thème du VIH-sida est d'ailleurs celui pour lequel le plus de personnes enquêtées souhaitent être informées. Comme le souligne le Conseil national du sida, dans son rapport « VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins » [6], « les personnes prostituées étrangères, disposent en général d'un « niveau de connaissances préalables sur le VIH et les IST limité ». Les facteurs de risque sont en outre largement accrus pour les personnes prostituées de nationalité étrangère, qui ne maîtrisent généralement pas le français et connaissent des conditions de vie difficiles ».

Concernant la question sur les maladies chroniques, il faut noter qu'une définition avait été transmise aux enquêteurs lors de la formation et dans le guide d'utilisation des questionnaires[7]. Néanmoins, la notion de « maladie chronique » a pu être difficile à maîtriser par des travailleurs sociaux et à comprendre par les personnes. De plus, étant donné qu'il s'agit de l'état de santé perçue, les personnes ont pu soit déclarer comme chronique une maladie qui ne l'est pas, soit ne pas la déclarer. Ceci peut expliquer le taux important de personnes qui déclarent une maladie chronique autre : soit la proportion de la maladie mentionnée ne justifiait pas d'item séparé, soit elles n'ont pas identifié de quelle maladie chronique il s'agissait.

Santé psychique

Si 66 % des personnes enquêtées dans l'étude ProSanté déclarent avoir des problèmes de sommeil (69 % pour les hommes comme pour les femmes et 58 % pour les transgenres), cette proportion est de 40,3 % chez les hommes et 52,4 % chez les femmes en population générale comme le montre le Baromètre Santé 2005 (dont la tranche d'âge concernée est 12-75 ans). Il faut souligner que les personnes qui déclarent « beaucoup » de problèmes de sommeil sont 3 fois plus nombreuses dans l'étude ProSanté que dans le Baromètre Santé. Le fait d'avoir une activité de nuit est probablement un des facteurs associés aux troubles du sommeil.

Dans cette même logique, les personnes prostituées enquêtées sont 5 fois plus nombreuses à consommer des somnifères que la population générale (respectivement 31 % et 7 %).

En mettant en perspective les résultats du Baromètre santé 2005 et ceux de ProSanté, nous constatons que parmi les personnes ayant des problèmes de sommeil, elles sont beaucoup plus nombreuses dans ProSanté à déclarer avoir pris des somnifères au cours des douze derniers mois que dans le Baromètre Santé. Selon celui-ci, 21 % des personnes insatisfaites de leur qualité de sommeil indiquent avoir consommé des médicaments pour les aider à dormir. Cette proportion est de 47 % dans notre étude.

Les pensées suicidaires sont beaucoup plus présentes chez les personnes en situation de prostitution enquêtées (29 %) qu'en population générale. À ce titre, le baromètre santé 2010 indique que 4 % des femmes et 3 % des hommes [7] déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Les comparaisons effectuées avec cette enquête sont néanmoins à analyser sous la réserve que l'identité transgenre n'a pas été renseignée dans les caractéristiques sociodémographiques. Pour les personnes enquêtées dans ProSanté, ces chiffres sont 7 fois plus importants. L'écart entre la proportion d'hommes et de femmes qui ont pensé au suicide dans les douze derniers moins est important (6 points). Cet écart est davantage marqué pour la proportion de transgenres qui y ont pensé (12 points de plus que pour les hommes). Ce constat semble confirmer par une récente étude [8] selon laquelle « le harcèlement et la discrimination, dont les transgenres sont souvent victimes, pourraient aggraver les causes habituelles de comportement suicidaire […] et expliquer le risque accru de comportement suicidaire observé ».

Le taux de non-réponse sur les questions liées au suicide et à l'anxiété est significatif. Pour ces questions, il y a eu plus 12 % de non-réponses qui peuvent s'expliquer, soit par la difficulté de compréhension, soit par un refus de répondre à cette question.

Du fait de l'isolement de certaines personnes étrangères, on pourrait s'attendre à ce qu'elles se sentent plus seules, plus déprimées ou plus anxieuses que les personnes françaises ; or il ressort des résultats que ces dernières se déclarent davantage seules déprimées ou anxieuses. Cette réalité déclarée est à prendre avec précaution du fait non seulement d'une éventuelle compréhension partielle des questions mais également du fait de la difficulté culturelle à pouvoir les reconnaître.

---

7 Définition du guide d'utilisation des questionnaires : « une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications grave. Les maladies chroniques comprennent : 1/des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, mes maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques, 2/des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose, et les myopathies, 3/ des maladies persistantes comme le sida ou l'hépatite C, 4/enfin des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie…)

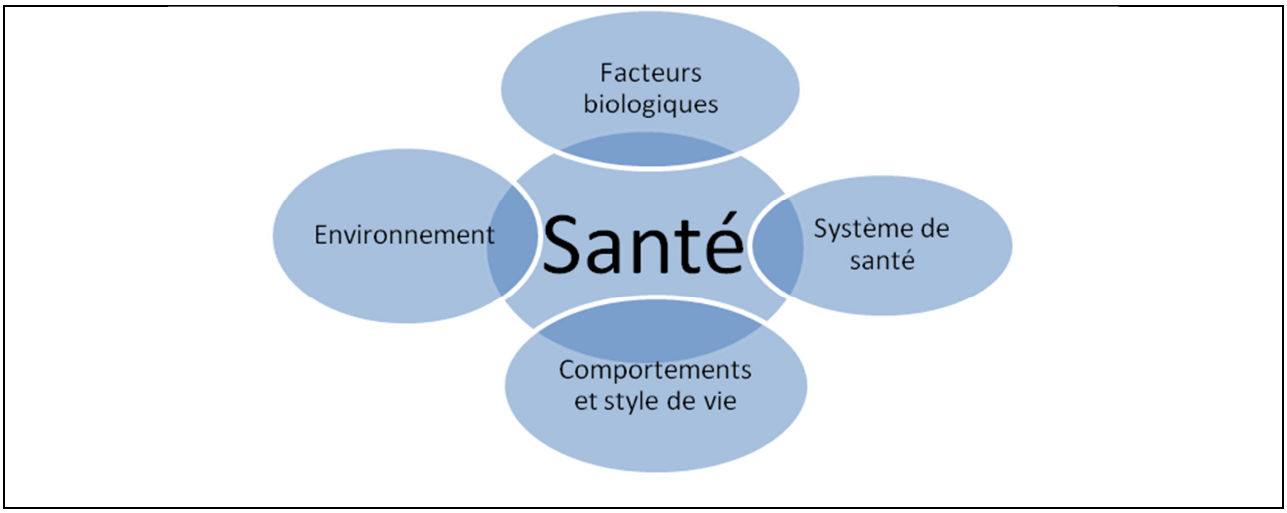
4.5. Déterminants de santé

Définition préliminaire : que sont les déterminants de santé ?

La santé et la maladie sont des processus qui résultent de l'interaction de nombreuses déterminations, aussi bien biologiques que sociales.

I Figure 7 I

Les quatre groupes de déterminants de santé.



Les facteurs biologiques renvoient par exemple au sexe, à l'âge, mais aussi à la physiologie et au patrimoine génétique.

Les facteurs environnementaux regroupent de manière large les facteurs socio-économiques, le cadre de vie, les facteurs physiques (climatiques et géographiques), biologiques (micro-organismes…), mais également les facteurs socio-anthropologiques comme l'environnement affectif, les liens de réseaux familiaux et extra-familiaux ou encore les facteurs politiques.

Les comportements et styles de vie sont influencés par le statut social des personnes et leur situation professionnelle. Ils sont plus ou moins liés aux facteurs environnementaux. Il s'agit, en particulier, des modes de consommation (alimentation, produits d'entretien, activités sportives ou culturelles, loisirs, fréquentation des lieux de sociabilité…).

Enfin, le quatrième facteur porte sur **le système de santé**. Il s'agit ici de l'organisation des services de santé. Ce facteur repose sur l'adaptation des politiques de soins et d'accès aux soins, de prévention aux besoins des usagers.

La santé ne dépend pas d'un facteur en particulier mais résulte de l'interaction de ces grands groupes de déterminants. Ces données concernent l'ensemble de la population française. Si l'on se recentre sur les publics accueillis dans les établissements adhérents de la FNARS, la pauvreté est l'un des déterminants centraux de la santé des personnes. Elle a de multiples conséquences : diminution de l'espérance de vie, risque accru de maladies infectieuses, hausse des taux de tabagisme ainsi que de consommation d'alcool et autres produits psychoactifs (Organisation mondiale de la santé Europe, Rapport sur la santé en Europe 2002). Elle engendre également des effets sur l'état psychique des personnes avec une plus grande prévalence de la dépression, du suicide et des troubles du comportement.

4.5.1 Alimentation

Parmi les 163 personnes ayant répondu à cette question, 31 % d'entre elles estiment ne pas avoir assez à manger (souvent ou parfois).

Nous constatons de fortes disparités sur l'accès à l'alimentation en quantité suffisante en fonction des nationalités. En effet, 96 % des personnes d'Europe centrale et orientale, 77 % des personnes d'Amérique du Sud et 69 % des Français estiment avoir suffisamment à manger.

60% des personnes d'Afrique subsaharienne déclarent n'avoir souvent ou parfois pas assez à manger.

La stabilité dans le logement n'a qu'un impact relatif sur l'accès à une alimentation suffisante (p=0,065). En effet, 25 % des personnes déclarant ne pas avoir assez à manger vivent dans un logement stable et 38 % dans un logement précaire.

➔ DISCUSSION

On constate qu'un grand nombre de personnes déclare ne pas avoir suffisamment à manger. Ce qui nous laisse supposer qu'une proportion importante de personnes prostituées rencontrées dans le cadre de l'étude est exposée à la précarité.

Il est à noter qu'un tiers des personnes françaises déclarent n'avoir souvent ou parfois pas assez à manger.

La proportion des personnes d'Afrique subsaharienne n'ayant pas assez à manger est deux fois plus élevée que la moyenne totale pour l'ensemble des nationalités.

Cet indicateur corrélé avec la situation dans le logement (stable/précaire) nous permet de déduire que 38 % cumulent un logement précaire et une alimentation insuffisante.

La seule question posée sur l'alimentation n'a pas permis d'apporter des précisions sur la qualité du régime alimentaire des personnes.

4.5.2 Consommation de produits psychoactifs

Les produits psychoactifs sont le tabac, l'alcool, la drogue et les médicaments détournés de leur usage habituel.

Tabac

I Tableau 64 I

Consommation de tabac des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Êtes-vous fumeur ?	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N=23	**N=166**	**N=62**	**N= 251**
	%	**%**	**%**	**%**
Non-fumeur	35	53	47	50
Fumeur actuel	65	46	51	49
Non-réponse	0	1	2	1
Total	100	100	100	100

Champ : 251 personnes ayant répondu (questionnaires long et court)

La moitié des personnes enquêtées fument.

I Tableau 65 I

Consommation de tabac et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Consommation de tabac		Total	p
		Non-fumeur	Fumeur		
Homme	**N**	8	15	23	0,152
Française		2	8	10	
Amérique du Sud		4	2	6	
Autres nationalités		2	5	7	
Femme	**N**	88	77	165	<0,001
	%	53%	47%	100%	
Française	N	9	20	29	
	%	31%	69%	100%	
Europe centrale et Est	N	1	33	34	
	%	3%	97%	100%	
Afrique subsaharienne	N	55	7	62	
	%	89%	11%	100%	
Asie	N	13	1	14	
	%	93%	7%	100%	
Autres nationalités	N	7	11	18	
	%	39%	61%	100%	
Inconnue	N	3	5	8	
	%	38%	63%	100%	
Transgenre	**N**	29	32	61	0,07
Française		2	5	7	
Amérique du Sud		25	17	42	
Autres nationalités		1	8	9	
Inconnue		1	2	3	

Champ = 249 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Seule une femme de nationalité d'Europe centrale et orientale ne fume pas. Une très forte proportion de femmes françaises (69 %) fume.

En revanche, 89 % des personnes d'Afrique subsaharienne ne fument pas et seule une Chinoise fume.

Boissons alcoolisées

Pour mesurer la consommation d'alcool, a été prise en considération la fréquence (jamais, rarement, régulièrement ou tous les jours) et non la quantité d'alcool consommée.

I Tableau 66 I

Consommation de boissons alcoolisées des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Prenez-vous des boissons alcoolisées ?	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N=23	**N=166**	**N=61**	**N=251**
	%	**%**	**%**	**%**
Jamais ou rarement	61	83	63	76
Régulièrement	17	13	29	17
Tous les jours	22	5	6	7
Non-réponse	0	0	2	0
Total	100	100	100	100

Champ : 251 personnes ayant répondu (questionnaires long et court)

17 % des personnes consomment des boissons alcoolisées régulièrement et 7 % tous les jours. A contrario, 76 % déclarent ne jamais en consommer ou rarement.

Les femmes ont une consommation d'alcool plus modérée que les hommes et les transgenres, dans la mesure où les femmes sont 83 % à ne jamais boire ou rarement, alors que cela concerne environ 60% des hommes et des transgenres. 35 % des transgenres et 39 % des hommes boivent régulièrement ou quotidiennement.

I Tableau 67 I

Consommation de boissons alcoolisées et nationalité des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Consommation d'alcool			Total	p
		Jamais	Régulièrement	Tous les jours		
Homme	**N**	14	4	5	23	0,598
Française		7	2	1	10	
Amérique du Sud		4	1	1	6	
Autres nationalités		3	1	3	7	
Femme	**N**	137	21	8	166	0,003
	%	83%	13%	5%		
Française	N	18	7	4	29	
	%	62%	24%	14%		
Europe centrale et Est	N	30	3	2	35	
	%	86%	9%	6%		
Afrique subsaharienne	N	57	4	1	62	
	%	92%	6%	2%		
Asie	N	14	0	0	14	
	%	100%	-	-		
Autres nationalités	N	11	6	1	18	
	%	61%	33%	6%		
Inconnue	N	7	1	0	8	
	%	88%	12%	-		
Transgenre	**N**	39	18	4	61	0,396
Française		4	3	0	7	
Amérique du Sud		25	13	4	42	
Autres nationalités		8	1	0	9	
Inconnue		2	1	0	3	

Champ = 250 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Aucune Chinoise ne consomme de boisson alcoolisée. En revanche, la proportion de Françaises qui en consomment est la plus importante.

Le temps passé dans la prostitution n'a pas de réel impact sur la consommation de boissons alcoolisées. En effet, quel que soit le temps passé dans la prostitution, entre 71 et 87 % des personnes ne boivent jamais ou rarement d'alcool.

I Tableau 68 I

Consommation de drogues sur les douze derniers mois des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Consommation de drogues (plusieurs réponses possibles)	**Effectif « Oui »**	**%**
Cannabis	31	17
Cocaïne	19	11
Héroïne	8	4
Amphétamines / Speed	1	1
Médicaments	8	4
LSD / Hallucinogènes	2	1
Colles / Solvants	0	0

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

Parmi les 31 personnes qui prennent du cannabis, la moitié consomme également d'autres drogues (16 personnes). 7 personnes consomment à la fois du cannabis et de la cocaïne et 4 personnes consomment cannabis, cocaïne et héroïne.

Les 5 autres personnes cumulent leur consommation avec d'autres drogues (héroïne, amphétamine, LSD).

La proportion d'hommes qui consomment du cannabis est de 37 %, ce qui est bien supérieur à celle des femmes (14 %) et des transgenres (19 %). Il en va de même pour la consommation de cocaïne : 21 % des hommes en consomment alors que cela ne concerne que de 12 % des transgenres et 8 % des femmes.

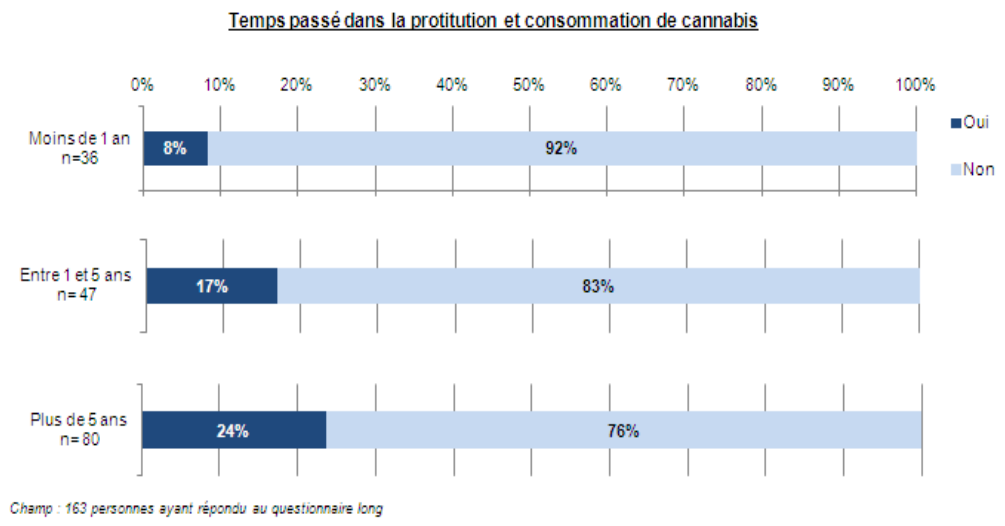
Pour le cannabis, si la proportion est globalement similaire pour l'ensemble des nationalités, en revanche, les femmes chinoises et d'Afrique subsaharienne n'en consomment pas (à l'exception d'une personne d'Afrique subsaharienne).

Pour la cocaïne, ce sont principalement les Français, en effet 32 % d'entre eux en consomment.

La durée passée dans la prostitution n'a pas d'impact sur la consommation de cocaïne. En revanche, concernant la consommation de cannabis, on constate que plus les personnes ont passé du temps dans la prostitution, plus la consommation de cannabis est élevée.

I Figure 8 I

Temps passé dans la prostitution et consommation de cannabis chez les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.



Le fait d'être ou non en logement précaire n'a pas d'impact significatif sur la proportion de personnes consommant de l'alcool ou des drogues.

➔ DISCUSSION

Les personnes en situation de prostitution interrogées dans le cadre de l'étude ProSanté consomment quotidiennement plus d'alcool que la population générale, à âge équivalent [9]. Ce sont 5 % des femmes interrogées qui déclarent consommer de l'alcool tous les jours versus 1 % des femmes de 26-34 ans et 2 % des 35-44 ans en population générale. Il en est de même chez les hommes : 22 % des hommes interrogés dans ProSanté versus 7 % des hommes de 26-34 ans et 10 % des 35-44 ans en population générale.

Les personnes en situation de prostitution fument également plus que la population générale à âge équivalent [9]. Dans l'étude ProSanté, 46 % des femmes déclarent être fumeuses, cette proportion étant de 36 % chez les femmes de 26-34 ans et de 34 % chez les 35-44 ans en population générale. Il en est de même chez les hommes : 65 % des hommes interrogés dans ProSanté sont fumeurs versus 48 % des hommes de 26-34 ans et 41 % des 35-44 ans en population générale.

Parmi les femmes, certaines nationalités se démarquent très clairement au regard de la consommation de tabac : celles d'Europe centrale et de l'Est fument quasiment toutes (seules 3 % ne fument pas). Au contraire, les femmes d'Afrique subsaharienne qui fument sont peu nombreuses. Il ressort des échanges avec les structures que cela relève en partie de phénomènes culturels : les femmes d'Afrique subsaharienne qui fument sont mal considérées au sein de leur communauté.

Il est intéressant de mettre en perspective ces résultats avec ceux des enquêtes de l'OFDT menées en 2004 [10] [11] sur la consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine et masculine (qui incluent et distinguent les transgenres), c'est la plus récente à s'être intéressée aux consommations auprès des hommes, des femmes et des transgenres en situation de prostitution. Dans ces enquêtes, il

ressort que 64 % des femmes, 75 % des hommes et 76 % des transgenres fument du tabac. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude ProSanté.

Les résultats issus du baromètre santé 2010 indiquent une consommation de cannabis bien plus faible en population générale qu'auprès de notre échantillon, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes [9]. En effet, 13 % des hommes et 5 % des femmes ; âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours des douze mois, alors que la proportion dans l'étude ProSanté est bien plus importante.

Dans les enquêtes de l'OFDT, 16 % des femmes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des trente derniers jours comparé à 14 % dans ProSanté au cours des douze derniers mois ; en revanche, 51 % des hommes et 62 % des transgenres déclarent consommer du cannabis alors qu'ils sont respectivement dans ProSanté 37 % et 19 %. Pour la consommation d'autres drogues, en dehors de la cocaïne, les consommations déclarées en population générale et dans l'enquête OFDT sont également marginales.

Néanmoins, à Nancy, il s'avère que les femmes toxicomanes ont été plus difficiles à intégrer dans l'enquête ce qui a pu influencer à la baisse les résultats sur la consommation de drogues et ses conséquences.

Il ressort des témoignages des associations que, d'une part une consommation de médicaments détournés de leur usage et/ou d'alcool est relativement fréquente parmi les transgenres et d'autre part, dans le cas de consommation de drogues, les personnes se prostituent pour se payer leurs produits. Les drogues ont un impact sur la santé de leurs consommateurs. Les addictions restent souvent un tabou. Ces consommations peuvent également être liées à la prostitution, dans la mesure où elles aident à surmonter les peurs et les violences subies au quotidien.

Comme indiqué précédemment, le temps passé dans la prostitution n'a pas de réel impact sur la consommation de boissons alcoolisées et de drogues. Il apparaît que les indicateurs pertinents sont le sexe et/ou la nationalité de la personne. En effet, les femmes consomment par exemple moins de drogues que les hommes et les transgenres. De même, les Chinoises ou les femmes d'Afrique subsaharienne ne consomment quasiment pas d'alcool ou de drogues.

Enfin, on pourrait s'attendre à ce que l'âge ait une influence sur les consommations d'alcool et de tabac comme en population générale [9], mais dans ProSanté, la consommation d'alcool et de tabac ne diffère pas selon l'âge. Certains profils particulièrement représentés, tels que les Nigérianes jeunes et peu consommatrices et les transgenres plus âgés et plus souvent consommateurs, impactent très fortement le croisement de ces données.

4.5.3 Violences

Les violences répertoriées sont les violences psychologiques, physiques et sexuelles. Par ailleurs, plusieurs types de violence ont pu concerner une même personne (questions avec plusieurs réponses possibles)

I Tableau 69 I

Violences subies par les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

	Jamais %	Au moins 1 fois %
Injures et violences psychologiques au cours des douze derniers mois*		
Avez-vous été victime de brimades, injures (N=237)	36%	64%
Auteurs de violences physiques sur la personne selon les auteurs*		
clients (N=244)	63%	37% *dont plusieurs fois = 58%*
autres prostitué(e)s (N=240)	75%	25% *dont plusieurs fois = 27%*
passants (N=239)	67%	33% *dont plusieurs fois = 63%*
police (N=234)	89%	11% *dont plusieurs fois = 56%*
un membre de la famille (N=230)	96%	4% *dont plusieurs fois = 60%*
autres personnes (N=231)	89%	11% *dont plusieurs fois = 62%*
Violences physiques au cours des douze derniers mois *		
Victime de racket (N=231)	84%	16%
Victime de vol (N=232)	62%	38%
Victime de détérioration de biens (N=224)	86%	14%
Violences sexuelles au cours de la vie**		
Rapports sexuels forcés (N=171)	62%	38%

**Champ : personnes ayant répondu parmi les 251 des questionnaires long et court*

***Champ : personnes ayant répondu parmi les 179 du questionnaire long*

Les injures et les violences psychologiques sont les violences les plus souvent mentionnées : 64 % des personnes en ont subi au moins une fois au cours des douze derniers mois (43 % des hommes, 66 % des femmes et 53 % des transgenres).

I Tableau 70 I

Violences subies par les personnes en situation de prostitution selon le sexe (en % et effectifs). Étude ProSanté 2010-2011.

	Homme		Femme		Transgenre		p
	N	%	N	%	N	%	
Injures et violences psychologiques au cours des douze derniers mois							
Avez-vous été victime de brimades, injures							0,114
Non	12	52	49	30	24	39	
Oui	10	43	109	66	33	53	
Non renseigné	1	4	8	5	5	8	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques sur la personne selon les auteurs							
Violences physiques par des clients							0,113
Jamais	19	83	99	60	35	56	
Au moins une fois	4	17	63	38	10	16	
Non renseigné	0	0	4	2	17	27	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques par d'autres prostitué(e)s							0,422
Jamais	18	78	123	74	40	65	
Au moins une fois	5	22	36	22	12	19	
Non renseigné	0	0	7	4	10	16	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques par des passants							
Jamais	17	74	112	67	32	52	0,072
Au moins une fois	6	26	46	28	12	19	
Non renseigné	0	0	8	5	18	29	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques par la police							
Jamais	21	91	146	88	42	68	0,065
Au moins une fois	1	4	14	8	5	8	
Non renseigné	1	4	6	4	15	24	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques par un membre de la famille							0,196
Jamais	20	87	146	88	54	87	
Au moins une fois	1	4	9	5	0	0	
Non renseigné	2	9	11	7	8	13	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences physiques par d'autres personnes							0,428
Jamais	22	96	135	81	48	77	
Au moins une fois	1	4	20	12	3	5	
Non renseigné	0	0	11	7	11	18	
Total	23	100	166	100	62	100	

Violences physiques au cours des douze derniers mois							
Victime de racket							0,211
Non	20	87	125	75	50	81	
Oui	1	4	29	17	6	10	
Non renseigné	2	9	12	7	6	10	
Total	23	100	166	100	62	100	
Victime de vol							0,539
Non	15	65	96	58	32	52	
Oui	5	22	59	36	25	40	
Non renseigné	3	13	11	7	5	8	
Total	23	100	166	100	62	100	
Victime de détérioration de biens							0,827
Non	19	83	125	75	48	77	
Oui	2	9	24	14	6	10	
Non renseigné	2	9	17	10	8	13	
Total	23	100	166	100	62	100	
Violences sexuelles au cours de la vie							
Rapports sexuels forcés							0,789
Non	12	63	66	61	28	55	
Oui	6	32	39	36	20	39	
Non renseigné	1	5	4	4	3	6	
Total	19	100	109	100	51	100	

38 % ont été victimes de vol (22 % des hommes, 36 % des femmes et 40 % des transgenres).

16 % des personnes ont été victimes de racket (4 % des hommes, 17 % des femmes et 10 % des transgenres). 14 % ont été victimes de détérioration de biens (9 % des hommes, 14 % des femmes et 10 % des transgenres).

38 % des personnes ont été victimes de rapports sexuels forcés au cours de la vie (32 % des hommes, 36 % des femmes et 39 % des transgenres).

I Tableau 71 I

Situation de cumul des violences subies par les personnes en situation de prostitution au cours des douze derniers mois. Étude ProSanté 2010-2011.

Cumul des violences physiques sur la personne au cours des douze derniers mois	**N**	**%**
N'a subi aucune violence	118	47
1 type de violences	72	29
2 types de violences	39	16
3 types de violences	12	5
4 types de violences	2	1
Ne répond pas	8	3
Total	251	100

Champ : 251 personnes ayant répondu (questionnaires long et court)

➔ **DISCUSSION**

Si les résultats concernant les violences faites aux personnes prostituées apparaissent élevés, les structures estiment au regard des témoignages qu'elles recueillent que les personnes ont largement sous-déclaré les violences dont elles ont été victimes, quels que soient la nature ou les auteurs de ces violences.

La question posée sur les rapports sexuels forcés ne permet pas de savoir à quel moment et à quelle fréquence ont eu lieu ce ou ces rapports (pays, auteurs, dans ou hors activité prostitutionnelle…). Nous pouvons néanmoins comparer ces résultats avec l'enquête de 2006 « Contexte de la sexualité en France » [12] qui fait apparaître que globalement 5 % des hommes et des femmes en population générale ont subi des rapports sexuels forcés. Dans ProSanté, ils sont 38 % à avoir subi au moins une fois un rapport sexuel forcé.

Les personnes en situation de prostitution ont plus de risques au cours de leur vie d'être victimes de rapports sexuels forcés que la population générale.

Ces résultats concernant les violences sont à mettre en regard avec le Baromètre Santé 2010 [7], qui décrit le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles) comme le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

4.5.4 Sexualité et contraception

Il y a 32 % des personnes qui ne peuvent pas parler librement de sexualité et de contraception. Il y a proportionnellement plus de femmes qui ne peuvent pas en parler (38 %) et moins d'hommes (32 %) et beaucoup moins de transgenres (22 %).

I Tableau 72 I

Parler librement de sexualité et de contraception selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Parler librement de sexualité et de contraception	**Sexe**			**Total**
	Homme	**Femme**	**Transgenre**	
	N=18	**N=108**	**N=45**	**N=171**
	%	**%**	**%**	**%**
Non	32	38	22	32
Oui avec :				
Famille	11	7	2	6
Amis	37	21	37	27
Travailleur social	0	9	4	7
Médecin	0	6	0	3
Proches et professionnels	0	5	0	3
Autres	16	14	24	17
Non-réponse	5	1	12	4
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

Parmi les personnes qui estiment pouvoir parler librement de sexualité, 48 % peuvent en parler avec des amis, 19 % avec d'autres personnes (hors amis, famille, travailleur social, médecin, proche) et seulement 12 % mentionnent un travailleur social et 6 % un médecin[8].

I Tableau 73 I

Parler librement de sexualité et de contraception selon le sexe pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Nationalité		Parler librement de sexualité		Total	p
		Oui	Non		
Homme	**N**	10	4	14	0,184
Française		3	3	6	
Amérique du Sud		2	1	3	
Autres nationalités		5	0	5	
Femme	**N**	65	40	105	0,003
	%	62%	38%	100%	
Française	N	19	4	23	
	%	83%	17%	100%	
Europe centrale et Est	N	17	5	22	
	%	77%	23%	100%	
Afrique subsaharienne	N	18	16	34	
	%	53%	47%	100%	
Asie	N	0	5	5	
	%	-	100 %	100 %	
Autres nationalités	N	9	5	14	
	%	64%	36%	100%	
Inconnue	N	2	5	7	
	%	29%	71%	100%	
Transgenre	**N**	27	6	33	0,49
Française		5	0	5	
Amérique du Sud		17	5	22	
Autres nationalités		5	1	6	
Inconnue		0	0	0	

Champ = 152 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 179 du questionnaire long)

Parmi les personnes africaines (du Nord ou subsaharienne), environ la moitié estime ne pas pouvoir parler librement de sexualité ou de contraception. Les 5 femmes chinoises qui ont répondu à cette question estiment ne pas pouvoir en parler. Pour les autres nationalités, la proportion des personnes qui ne peuvent pas en parler est bien moindre.

8 Il s'agit d'une question ouverte telle que : « connaissez-vous une personne, avec qui vous pouvez parler librement de sexualité et de contraception ? Si oui avec qui ? »

I Tableau 74 I

Utilisation du préservatif avec les clients par les personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude 2010-2011.

Utilisation du préservatif avec les clients	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
À chaque fois	83	97	89	94
Pas systématiquement	13	2	6	4
Jamais	4	0	2	1
Ne répond pas	0	1	3	1
Total	100	100	100	100

Champ : 251 personnes ayant répondu (questionnaires long et court)

94 % des personnes en situation de prostitution déclarent utiliser le préservatif avec leurs clients à chaque fois.

Dans les rapports hors prostitution, 48 % des personnes interrogées utilisent les préservatifs. 63 % des hommes et 67 % des transgenres utilisent les préservatifs pour seulement 37 % des femmes. En revanche, 27 % des femmes ne l'utilisent jamais en dehors de la prostitution.

La majorité (83 % des personnes) se procure des préservatifs auprès d'associations et de services sociaux ou de santé, et certaines (38 %) les achètent, ces deux modes d'obtention pouvant se cumuler.

81% des femmes n'utilisent que le préservatif comme moyen de contraception.

80% des femmes n'utilisant pas les préservatifs systématiquement (activité prostitutionnelle ou non), n'utilisent pas d'autres moyens de contraception.

Par ailleurs, 88 % des femmes n'ont jamais utilisé le préservatif féminin.

I Tableau 75 I

Connaissance d'un traitement d'urgence en cas de risque d'accident d'exposition au VIH pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Connaissance du traitement d'urgence	Sexe			Total
	Homme N=19	Femme N=109	Transgenre N=51	N=179
	%	%	%	%
Oui	79	52	61	58
Non	21	46	29	39
Non-réponse	0	2	10	4
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu (questionnaire long)

79 % des hommes connaissent l'existence d'un traitement d'urgence en cas d'accident d'exposition, pour seulement 52 % des femmes et 61 % des transgenres. Le temps de présence en France n'a pas d'impact sur la connaissance du traitement d'urgence en cas d'accident d'exposition.

I Tableau 76 I

Recours à un traitement d'urgence en cas d'accident d'exposition au VIH pour les personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

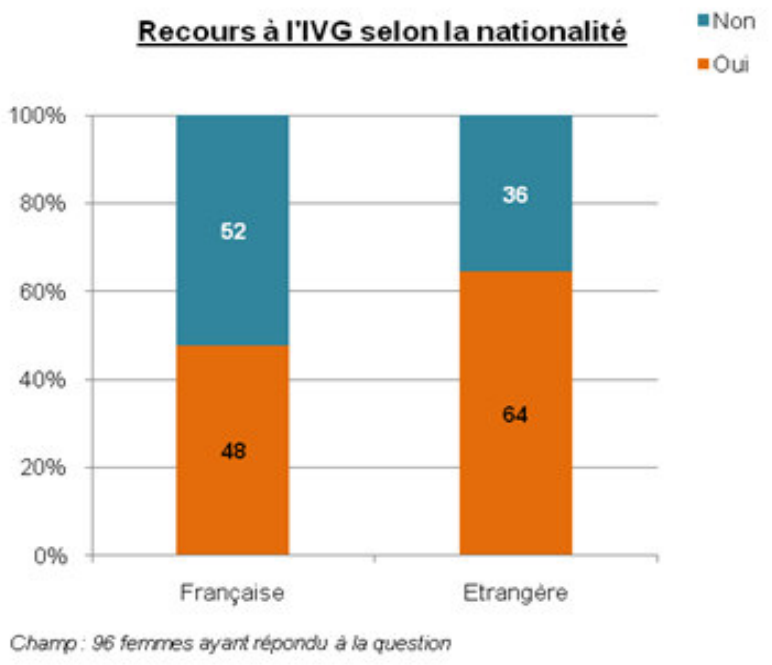
Avoir eu recours à un traitement d'urgence	Sexe			Total
	Homme N=15	Femme N=57	Transgenre N=30	N=102
	%	%	%	%
Oui	40	44	27	38
Non	60	56	73	62
Total	100	100	100	100

Champ : 102 personnes ayant répondu à cette variable (questionnaire long)

Parmi les personnes qui connaissent les traitements d'urgence, 38 % y ont déjà eu recours.

I Figure 9 I

Recours à l'IVG des femmes en situation de prostitution selon la nationalité. Étude Prosanté 2010-2011.



61% des femmes ont déjà eu recours à une IVG : 48 % parmi les Françaises et 64 % parmi les étrangères.

Le recours à l'IVG au cours de la vie diffère également en fonction de l'âge : 45 % des femmes de 18-24 ans et 64 % des 25-54 ans ont déjà eu recours à une IVG.

96 % des hommes et 97 % des transgenres connaissent l'existence d'au moins une structure de dépistage anonyme et gratuit du VIH et/ou des IST (CDAG et/ou Ciddist). Pour les femmes, cette proportion est beaucoup moins importante (65 %).

Seules 52 % des femmes connaissent un lieu (CPEF) où elles peuvent être informées gratuitement sur la contraception et l'IVG.

➔ DISCUSSION

En préalable, il faut rappeler que l'information concernant le sexe/genre est une information déclarative de la part des personnes enquêtées. De plus, certaines personnes déclarant un genre féminin mais étant de sexe masculin ou étant transgenres sont incluses parmi les femmes et impactent les résultats liés aux questions destinées aux personnes de sexe féminin (IVG, frottis du col de l'utérus, préservatif etc.…).

Il ressort de l'ensemble des chiffres concernant la sexualité et la contraception un manque notoire d'information, plus prégnant chez les personnes étrangères que parmi les personnes françaises. Par exemple, 80 % des femmes n'utilisant pas le préservatif systématiquement n'utilisent pas non plus

d'autres moyens de contraception. En outre, les traitements d'urgence en cas de risque de contamination par le VIH restent peu connus, surtout chez les femmes et les transgenres. Or certaines structures nous ont indiqué qu'il s'agissait d'un des sujets les plus souvent abordés lors des tournées de rue.

Le fait de ne pas pouvoir parler librement de sexualité ni avec des amis, ni avec des professionnels, renforce l'idée que certaines personnes prostituées sont particulièrement isolées. De plus, des freins liés à la culture peuvent également jouer sur les tabous à parler de ces questions. Par exemple, aucune des Chinoises enquêtées et un peu plus de la moitié des personnes originaires d'Afrique ne peuvent en parler.

On peut penser qu'il faut prendre avec précautions le chiffre sur l'usage du préservatif avec les clients car la réponse est donnée au travailleur social lors d'un entretien en face à face.

Il ressort toutefois de l'enquête « *femmes migrantes : enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe* » [13], un usage systématique du préservatif déclaré par les femmes. Par contre, pour les hommes et les transgenres, en comparaison avec l'étude OFDT, ce chiffre est légèrement plus bas pour l'usage systématique du préservatif (respectivement 68 % et 80 %) que dans ProSanté.

Ces résultats sont à relativiser au regard des données sur la santé observée (partie 5) qui, distinguant les différentes pratiques sexuelles, révèlent un usage du préservatif moins systématique. De même la Babotte indique que l'usage du préservatif semble surdéclaré. Par contre, cette structure confirme que conformément à l'étude ProSanté, il leur semble moins systématique parmi les hommes et les personnes transgenres. D'après les récits recueillis par les travailleurs sociaux, de plus en plus de clients font pression sur les personnes pour ne pas utiliser de préservatif.

Dans la sphère privée, et d'après l'enquête précitée [13], « la plupart des femmes admettent ne pas utiliser de préservatif avec leur partenaire privé ». Ceci se confirme dans l'enquête ProSanté.

Dans l'étude ProSanté, le taux d'IVG concerne 61 % des femmes enquêtées. Il est bien plus élevé qu'en population générale, où 22 % des femmes âgées de 18 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels déclarent en 2010 avoir déjà eu recours à une IVG [14]. Nous n'avons pas d'indication quant à l'endroit où l'IVG a eu lieu (en France ou à l'étranger), ni si les IVG ont eu lieu avant ou après l'entrée dans la prostitution. Quoi qu'il en soit, les femmes enquêtées sont en situation de vulnérabilité sur ce sujet.

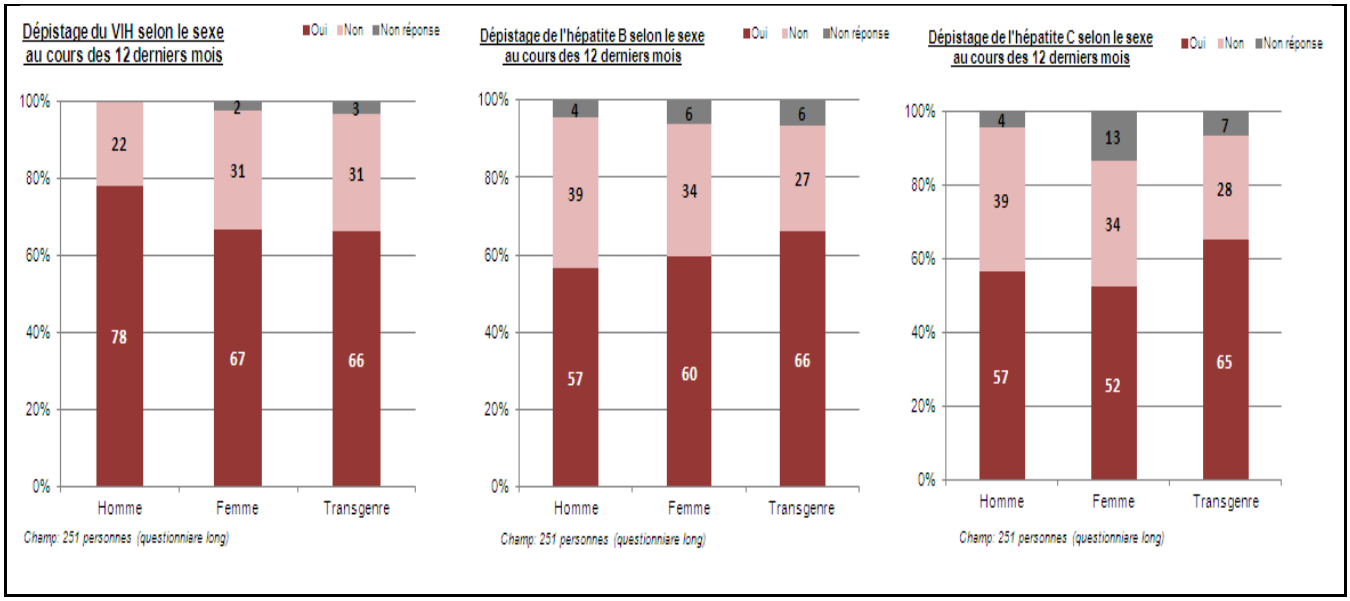
Selon le témoignage des travailleurs sociaux de la Babotte qui ne disposent pas de données statistiques précises, les femmes prostituées subissent des IVG mais elles n'en parlent pas nécessairement. Celles-ci ne sont pas forcément pratiquées à l'hôpital et peuvent être réalisées en dehors du cadre légal.

4.5.5 Dépistages

Au cours des douze derniers mois : 68 % ont fait un test de dépistage du VIH, 61 % ont fait un test de dépistage hépatite B. 55 % ont fait un test de dépistage de l'hépatite C.

I Figure 10 I

Antécédents de dépistage du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C chez les personnes en situation de prostitution. Étude Prosanté 2010-2011.



La nationalité n'a pas d'impact sur la proportion des personnes à avoir pratiqué ces différents tests.

Parmi les personnes qui ont fait un test du VIH, 38 % n'utilisent pas systématiquement le préservatif.

Les personnes n'ayant pas effectué de dépistage du VIH dans les douze derniers mois invoquent principalement les raisons suivantes : 16 personnes pensent ne pas avoir pris de risque les exposant à une contamination, 11 personnes par manque de connaissance des lieux de dépistage. Il est important de remarquer qu'aucune des personnes n'a mentionné le manque d'argent comme frein au dépistage[9].

42 % des personnes sont vaccinées contre l'hépatite B, mais 20 % ne savent pas si elles le sont. Cette proportion est globalement la même qu'elles soient de nationalité française ou étrangère.

8 % des personnes indiquent avoir contracté une IST dans les douze derniers mois.

72% des femmes ont effectué un frottis du col de l'utérus dans les trois dernières années. Parmi les femmes qui n'ont jamais effectué de frottis du col de l'utérus, 37 % (n=10) n'ont pas de couverture maladie.

[9] Il s'agissait ici d'une question fermée avec réponses à choix multiples

I Tableau 77 I

Frottis du col de l'utérus chez les femmes en situation de prostitution selon la nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

Avoir déjà effectué un frottis	Nationalité		Total
	Française N=23	Étrangère N=71	N=94
	%	%	%
Oui	96	65	72
Non	4	35	28
Total	100	100	100

Champ : 94 femmes ayant répondu à cette variable (questionnaire long)

Proportionnellement, les femmes françaises ont effectué plus souvent un frottis au cours des 3 dernières années (96 %) que les femmes étrangères (65 %). Par exemple, 64 % des femmes d'Europe centrale et 61 % des femmes d'Afrique subsaharienne en ont fait un.

24% des femmes de 25 ans et plus n'ont jamais fait de frottis du col de l'utérus.

Concernant les centres de dépistage, une proportion plus importante de Français connaît les Ciddist et/ou les CDAG (76 % d'entre eux), alors que pour les étrangers cette proportion s'élève à 63 %.

Plus leur durée de présence en France est importante, plus les étrangers connaissent au moins l'une des deux structures :

Moins d'un an en France : 61 % connaissent au moins l'une des deux

Entre un an et 3 ans en France : 72 % connaissent au moins l'une des deux

Plus de 3 ans : 79 % connaissent au moins l'une des deux

Globalement, les femmes ont une moins bonne connaissance de ces dispositifs (35 % n'en connaissent aucune des deux) que les hommes et les transgenres (respectivement 4 % et 3 %)

Quelle que soit la nationalité (française ou étrangère), les proportions des personnes connaissant une structure de dépistage sont similaires. Il en va de même en fonction de la connaissance de la langue française.

Par contre, il ressort de l'étude que la quasi-totalité des Chinoises (excepté une personne) et 40 % des femmes d'Afrique subsahariennes ne connaissent aucune de ces deux structures. Cette proportion est bien supérieure à celle des autres nationalités (Français inclus).

Parmi les personnes qui ont fait un test de dépistage VIH/sida, 55 % connaissent au moins l'une des deux structures de dépistage (Ciddist/CDAG).

Parmi les personnes qui ont fait un test de dépistage hépatite B, 64 % connaissent au moins l'une des deux structures

Parmi les personnes qui ont fait un test de dépistage hépatite C, 60 % connaissent au moins l'une des deux structures.

Il est important de signaler que parmi les personnes atteintes du VIH/sida, 93 % connaissent au moins l'une des deux structures de dépistage.

➔ DISCUSSION

Globalement, dans l'étude ProSanté, 68 % des personnes déclarent avoir effectué un dépistage du VIH au cours des douze derniers mois ; aucune différence significative n'est repérable entre les Français et les étrangers.

Si l'on met en perspective ces résultats avec ceux obtenus dans le cadre d'études en population générale (KABP 2010 [14] dans laquelle 16 % des femmes et des hommes déclarent s'être fait dépister dans les douze derniers mois, Dourgnon et al 2009 [15]), on constate un taux de dépistage du VIH dans l'année bien plus important chez les personnes en situation de prostitution. D'après l'étude de Françoise Guillemaut [13], les femmes migrantes en situation de prostitution sont 81 % à avoir effectué au moins un test de dépistage au cours de l'année. L'activité prostitutionnelle semble justifier que ces personnes, qu'elles soient françaises ou étrangères, soient proportionnellement plus dépistées que la population générale. Les actions de prévention des associations auprès des personnes en situation de prostitution répondent donc à leurs besoins.

Cette absence de différence significative peut paraître étonnante du fait que globalement les personnes françaises connaissent mieux les centres de dépistage que les personnes étrangères. Elle est néanmoins à nuancer car les personnes n'associent peut-être pas une structure qu'ils connaissent à un centre de dépistage anonyme et gratuit type Ciddist/CDAG. Il faut préciser que logiquement les résultats montrent que plus les personnes étrangères sont depuis longtemps en France, plus elles sont nombreuses à connaître au moins l'une des deux structures.

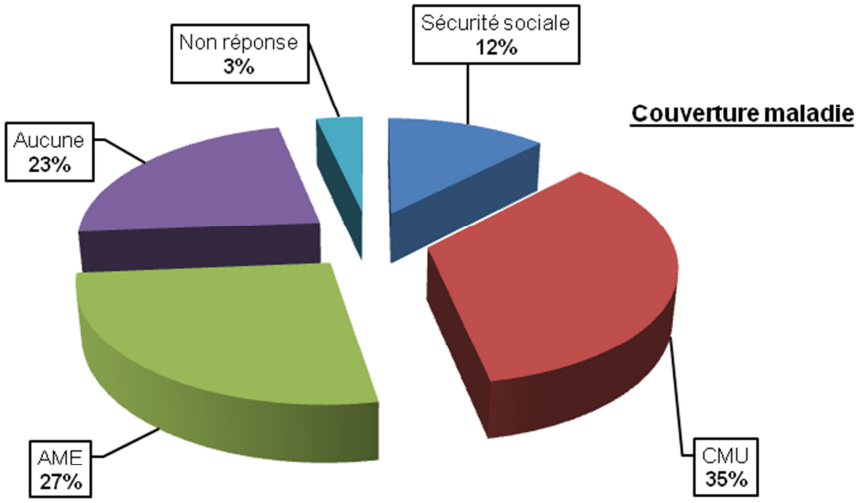
Des différences notables apparaissent entre les deux volets de l'étude concernant le frottis. Cette différence sera discutée plus loin dans le rapport (cf. chapitre 5.Volet médical).

4.6. Accès aux soins et aux droits

4.6.1 Couverture maladie

I Figure 11 I

Couverture maladie des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.



Champ : 251 personnes ayant répondu au questionnaire long

I Tableau 78 I

Couverture maladie des personnes en situation de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Couverture maladie	Sexe			Total
	Homme N=23	Femme N=166	Transgenre N=62	N=251
	%	%	%	%
Sécurité sociale	22	13	6	12
CMU	35	31	44	35
AME	30	27	24	27
Aucune	9	27	18	23
Non-réponse	4	2	8	3
Total	100	100	100	100

Champ : 251 personnes ayant répondu (questionnaires long et court)

23 % des personnes n'ont aucune couverture maladie. Cette proportion est plus importante parmi les femmes qui sont 27 % à ne pas en avoir, alors que cela concerne 9 % des hommes et 18 % des transgenres.

Une majorité (74 %) a une couverture maladie, mais 55 % n'ont pas de complémentaire santé.

29% des personnes de nationalité étrangère n'ont pas de couverture maladie pour 7 % de Français. Plus les personnes sont présentes en France depuis longtemps, plus il est fréquent qu'elles aient une couverture maladie. 46 % des personnes présentes en France depuis moins d'un an en ont une, et 85 %pour celles qui sont en France depuis plus de 3 ans.

Parmi les 32 personnes qui déclarent avoir le VIH/sida, 28 ont une couverture maladie.

15% des personnes cumulent un logement précaire et l'absence de couverture maladie.

I Tableau 79 I

Date d'arrivée en France et couverture maladie des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Date d'arrivée en France		Couverture maladie		Total
		Oui	Non	
Moins de 3 mois	**N =14**	36	64	100
De 3 mois à 1 an	**N =34**	50	50	100
Entre 1 et 3 ans	**N =40**	70	30	100
Plus de 3 ans	**N =103**	85	15	100
Total	**N =191**	72	28	100

Champ = 191 personnes enquêtées ayant répondu à ces variables (parmi les 251 des questionnaires long et court)

La durée de présence en France contribue à améliorer le taux de couverture maladie parmi les personnes étrangères.

4.6.2 Accès à la santé

Au cours des douze derniers mois, 20 % des personnes ont été hospitalisées soit 48 personnes (20 % des femmes, 25% des transgenres et seulement 4 % des hommes).

I Tableau 80 I

Hospitalisation et couverture maladie des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Couverture maladie	Hospitalisation		Total
	Oui N=48	Non N=182	N=230
	%	%	%
Oui	50	35	38
Non	50	65	62
Total	100	100	100

Champ : 230 personnes ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

La moitié des personnes qui ont été hospitalisées n'ont pas de couverture maladie.

I Tableau 81 I

Hospitalisation selon l'âge des personnes en situation de prostitution. Étude ProSanté 2010-2011.

Classes d'âges	Hospitalisation		Total
	Oui	Non	
	N=49	N=197	N=246
	%	%	%
18-24 ans	10	19	17
25-34 ans	27	39	36
35-44 ans	35	24	26
45 ans et plus	29	18	20
Total	100	100	100

Champ : 246 personnes ayant répondu à ces variables (sur 251 des questionnaires long et court)

Le risque d'hospitalisation n'est pas lié à l'âge.

Au cours des douze derniers mois, 81 % des personnes ont consulté un médecin généraliste. Dans 71 % des cas, ce médecin a été rencontré en cabinet privé et dans 17 % des cas dans des structures de soins gratuits.

41% des personnes ont consulté le médecin généraliste de leur propre initiative, 30 % ont été orientées par une association, 16 % par les membres de la famille ou un ami et 13 % par un service social.

I Tableau 82 I

Connaissance par le médecin de l'activité de prostitution selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Connaissance prostitution	Sexe			Total
	Homme	Femme	Transgenre	
	N= 14	N= 87	N= 39	N= 140
	%	%	%	%
Oui	36	38	72	47
Non	43	51	17	41
Ne sait pas	21	12	11	13
Total	100	100	100	100

Champ : 179 personnes ayant répondu au questionnaire long

72 % des personnes transgenres ont un médecin généraliste qui connaît leur activité prostitutionnelle, alors que ceci ne concerne que 36 % des hommes et 38 % des femmes.

Il est à noter cependant que 13 % des personnes indiquent ne pas savoir si leur médecin connaît leur activité de prostitution.

Au cours des douze derniers mois, 55 % des personnes ont consulté au moins un spécialiste de santé : 63 % des femmes et des hommes et 37 % des transgenres. Parmi les personnes qui ont consulté un spécialiste de santé, 40 % ont consulté un dentiste, 40 % un gynécologue, 25 % un dermatologue, 22 % un ophtalmologiste et 20 % un psychiatre.

La dernière consultation d'un spécialiste s'est déroulée principalement en cabinet privé et à l'hôpital.

Les personnes ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, principalement pour raisons financières (41 personnes l'ont mentionné, soit 23 %), 27 personnes y ont renoncé en raison de la barrière linguistique, 23 personnes ne savaient pas où se rendre, 18 personnes y ont renoncé craignant des questions trop personnelles, 16 en raison d'horaires d'ouverture inadaptés, 12 en raison de la crainte de l'attitude hostile du personnel et 7 personnes ont indiqué qu'elles craignaient qu'on leur demande leur papier (plusieurs réponses possibles).

4.6.3 Accès aux droits

Lors des douze derniers mois, 48 % des personnes ont rencontré un travailleur social en dehors du service ou de la structure où a été passé le questionnaire.

Certaines personnes ont renoncé à se rendre dans ce type de services principalement pour les raisons suivantes : 29 personnes ont renoncé par crainte de questions trop personnelles, 25 en raison de la barrière de la langue, 24 parce qu'elles ne savaient pas où se rendre et 23 car elles craignaient une attitude hostile des personnels (plusieurs réponses possibles).

41 personnes ont renoncé à s'y rendre mais n'indiquent pas pourquoi.

➔ DISCUSSION

Il est très inquiétant de constater que près d'un quart des personnes enquêtées n'ont pas de couverture maladie. Ceci pourrait en partie s'expliquer par deux raisons principales :

- Des personnes pourraient y avoir droit mais n'ont pas effectué les démarches en raison d'une méconnaissance des dispositifs et/ou de la barrière linguistique ;
- La crainte d'une stigmatisation.

Le fait qu'il y ait quatre fois plus d'étrangers que de Français qui n'ont pas de couverture maladie corrobore ces deux hypothèses.

Le service ALC/Les Lucioles remarque qu'un des freins à l'accès aux soins repéré est la longueur des délais d'attentes dans le cadre des démarches administratives (ouverture de l'AME). Il précise également que le turn-over des personnes est important et nécessite donc que le service s'adapte à l'ouverture fréquente de droits, par la mise en place d'actions « d'aller-vers ».

Par ailleurs, les personnes ressortissantes de l'Union européenne ou ayant droit au séjour dans un autre pays de l'Union dans lequel elles ont droit à une assurance maladie ne peuvent prétendre être affiliées à la sécurité sociale. Celles-ci doivent avancer les frais et en demander le remboursement dans le pays de l'UE auquel elles sont rattachées.

En outre, le réseau social est déterminant pour l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière. Aussi, plus les personnes sont isolées, moins elles ont accès aux soins.

Plus de la moitié des personnes n'ont pas de mutuelle. Ce qui induit qu'en cas de besoin et en fonction des soins, elles auront un reste à charge important qui risque de provoquer des renoncements aux soins pour raisons financières.

Nous remarquons que 71 % des personnes qui ont consulté un médecin généraliste l'ont fait dans le cadre d'un cabinet privé et seules 17 % l'ont fait dans le cadre de consultation gratuite alors même que l'un des principaux freins repérés à l'accès aux soins est financier.

Nous émettons l'hypothèse que ceci pourrait s'expliquer par un manque d'information et de connaissance des structures de soins gratuits ou et/ou par la peur d'être stigmatisé. De plus, un certain nombre des personnes enquêtées ont déjà engagé un suivi médical auprès d'un médecin traitant avec lequel elles ont pu établir une relation de confiance. Un certain nombre de personnes a refusé l'orientation vers la structure médicale dans le cadre du volet médical de l'étude, du fait d'un suivi médical déjà existant, ce qui peut par conséquent corroborer l'hypothèse émise ci-dessus.

On peut noter que pour plus de la moitié des personnes, il n'est pas certain que le médecin connaisse leur activité prostitutionnelle. Cela est inquiétant dans la mesure où cette activité peut avoir un impact sur la santé physique ou psychique des personnes.

Il ressort que les personnes transgenres semblent mieux assumer leur activité prostitutionnelle auprès de leur médecin. En effet, si pour près des ¾ d'entre eux, le médecin connaît l'activité prostitutionnelle, ceci, ne concerne que moins de 40 % des hommes et des femmes.

La transformation physique (avec ou sans opération) peut être à l'origine d'un dialogue plus approfondi avec le médecin, notamment sur l'activité prostitutionnelle.

Par ailleurs, ces chiffres sont relativement concordants avec le fait de reconnaître la prostitution comme un métier : les transgenres sont 58 % à le reconnaître contre 26 % des hommes et 28 % des femmes.

On ne sait pas si les personnes qui ont renoncé à se rendre dans un service d'aide sociale autre bénéficient d'un accompagnement dans le service spécialisé où elles ont passé le questionnaire. En effet, vu le cadre de l'étude, certaines personnes n'étaient pas suivies dans les structures et ont néanmoins souhaité y participer. C'est principalement le cas dans 2 structures : ALC à Nice et ADN à Paris.

Ces précisions apportées, nous pouvons néanmoins constater qu'il existe réellement :

- Un frein à l'accès aux droits pour les personnes en situation de prostitution ;
- Un manque d'information et de connaissance de l'accompagnement qui peut être proposé dans les structures d'aide sociale ;
- Une crainte pour les personnes d'être stigmatisées.

4.7. Profils-types de personnes

Au travers des résultats obtenus, il nous a semblé intéressant d'essayer de dégager des profils-types en fonction du sexe et de certaines nationalités. Nous avons isolé des catégories de personnes dont le nombre était suffisamment important afin de pouvoir confronter les résultats obtenus avec l'expertise des associations sur les différents territoires.

Nous avons retenu selon le sexe et la nationalité :

- Les femmes nigérianes ;
- Les femmes françaises ;
- Les femmes bulgares ;
- Les femmes chinoises ;
- Les transgenres sud-américains.

Les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques des personnes, à leur réseau relationnel, à leurs pratiques et à la santé ont été sélectionnées et analysées pour chaque profil-type.

I Tableau 83 I

Caractéristiques des personnes en situation de prostitution interrogées pour le volet santé-social selon leur sexe et leur nationalité. Étude ProSanté 2010-2011.

	Femmes nigérianes		Femmes chinoises		Femmes françaises		Femmes bulgares		Transgenres sud-américains	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Classe d'âge										
18-24 ans	30	53	0	0	1	3	4	17	1	2
25-34 ans	22	39	2	14	6	21	15	63	14	33
35-44 ans	3	5	11	79	10	34	3	13	19	44
45 ans et plus	0	0	1	7	12	41	1	4	8	19
Non renseigné	2	4	0	0	0	0	1	4	1	2
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Avoir des enfants										
Oui	13	23	14	100	20	69	16	67	2	5
Non	43	75	0	0	8	28	8	33	38	88
Non renseigné	1	2	0	0	1	3	0	0	3	7
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Arrivée en France										
Moins de 1 an	24	42	8	57	-	-	4	17	9	21
Entre 1 et 3 ans	15	26	1	7	-	-	5	21	7	16
Plus de 3 ans	17	30	5	36	-	-	15	62	26	60
Non renseigné	1	2	0	0	-	-	0	0	1	2
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***-***	***-***	***24***	***100***	***43***	***100***
Temps passé dans la prostitution										
Moins de 1 an	30	53	11	79	7	24	2	8	4	9
Entre 1 et 5 ans	22	39	2	14	4	14	8	33	9	21
Plus de 5 ans	2	4	0	0	15	52	14	58	27	63
Non renseigné	3	5	1	7	3	10	0	0	3	7
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Considérer la prostitution comme un métier										
Oui	2	4	4	29	15	52	6	25	26	60
Non	52	91	8	57	12	41	17	71	15	35
Non renseigné	3	5	2	14	2	7	1	4	2	5
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Avoir des amis										
Oui	23	72	1	20	18	78	15	100	32	91
Non	8	25	4	80	5	22	0	0	2	6
Non renseigné	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	***32***	***100***	***5***	***100***	***23***	***100***	***15***	***100***	***35***	***100***

Soutien de personnes en cas de difficultés										
Oui	19	33	0	0	11	38	11	46	25	58
Non	36	63	13	93	15	52	11	46	8	19
Non renseigné	2	4	1	7	3	10	2	8	10	23
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Conditions de logement										
Très bonnes + Bonnes	8	25	4	80	15	66	3	20	6	17
Acceptables	7	22	0	0	4	17	8	53	16	46
Mauvaises + Très mauvaises	15	47	0	0	4	17	4	27	10	29
Non renseigné	2	6	1	20	0	0	0	0	3	9
Total	***32***	***100***	***5***	***100***	***23***	***100***	***15***	***100***	***35***	***100***
Se sentir déprimé au cours des douze derniers mois										
Jamais	7	22	1	20	4	17	4	27	4	11
Rarement	3	9	0	0	9	39	1	7	11	31
Parfois	13	41	2	40	0	0	6	40	14	40
Souvent	5	16	2	40	10	43	4	27	5	14
Non renseigné	4	13	0	0	0	0	0	0	1	3
Total	***32***	***100***	***5***	***100***	***23***	***100***	***15***	***100***	***35***	***100***
Violences au cours des douze derniers mois										
Aucune violence	24	42	14	100	13	45	11	46	17	40
1 violence	17	30	0	0	11	38	7	29	13	30
2 violences	8	14	0	0	5	17	4	17	9	21
3 violences	3	5	0	0	0	0	2	8	1	2
4 violences et plus	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Non renseigné	4	7	0	0	0	0	0	0	2	5
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Rapports sexuels forcés au cours de la vie										
Oui	11	34	0	0	11	48	3	20	12	34
Non	19	59	5	100	11	48	12	80	21	60
Non renseigné	2	6	0	0	1	4	0	0	2	6
Total	***32***	***100***	***5***	***100***	***23***	***100***	***15***	***100***	***35***	***100***
Maladie chronique déclarée										
Oui	14	25	1	7	15	52	4	17	28	65
Non	40	70	13	93	14	48	19	79	9	21
Non renseigné	3	5	0	0	0	0	1	4	6	14
Total	***57***	***100***	***14***	***100***	***29***	***100***	***24***	***100***	***43***	***100***
Type de maladie chronique										
VIH/sida	0	-	0	-	0	-	0	-	20	-
Problèmes respiratoires	2	-	0	-	4	-	0	-	0	-
Diabète	0	-	0	-	3	-	0	-	0	-
Problèmes psychologiques	3	-	0	-	2	-	0	-	0	-
Hépatite A/B/C	2	-	0	-	0	-	0	-	2	-
Autres	7	-	1	-	6	-	4	-	6	-
Total	***14***	-	***1***	-	***15***	-	***4***	-	***28***	-

4.7.1 Les femmes nigérianes

Les femmes nigérianes (aucun homme ni transgenre nigérian n'a été rencontré dans le cadre de l'étude) représentent plus d'un cinquième des personnes enquêtées (57 personnes sur 251 : 25 questionnaires courts et 32 questionnaires longs).

Elles sont principalement jeunes : 92 % ont entre 18 et 35 ans (18-24 ans : 53 % et 25-34 : 39 %).

Pour la plupart (75 %), elles n'ont pas d'enfant.

Elles sont majoritairement arrivées récemment en France : 68 % sont en France depuis moins de 3 ans, dont 42 % depuis moins d'un an.

70% ne parlent pas français[10].

Elles se prostituent pour la quasi-totalité d'entre elles (91 %) depuis moins de 5 ans et 53 % depuis moins d'un an. Seules 2 personnes se prostituent depuis plus de 5 ans.

La quasi-totalité d'entre elles ne considèrent pas la prostitution comme un métier (91 %).

Concernant les liens sociaux, bien que 72 % des femmes nigérianes déclarent avoir des amis[10], seules 33 % d'entre elles considèrent pouvoir demander de l'aide à un proche en cas de difficultés.

Au niveau de leurs conditions de logement, la moitié d'entre elles les considèrent comme mauvaises ou très mauvaises, 25 % les considèrent comme acceptables et 22 % les considèrent bonnes ou très bonnes.

57% d'entre elles se sont senties parfois ou souvent déprimées dans les douze derniers mois[10].

La proportion de femmes nigérianes concernées par les consommations d'alcool, tabac ou drogues est très faible :

- 89% des femmes nigérianes déclarent ne jamais ou rarement consommer des boissons alcoolisées ;
- 93 % d'entre elles déclarent ne pas fumer ;
- Aucune femme nigériane ne déclare se droguer.

Concernant la prévention dans le cadre de leur activité prostitutionnelle, elles déclarent toutes utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs clients.

Elles sont 39 % à n'avoir aucune couverture maladie. 57 % d'entre elles en ont une : 30% l'AME, 23 % la CMU et 5 % bénéficient de la sécurité sociale de base.

Au niveau de leur état de santé, 51 % se déclarent dans un bon ou très bon état de santé général, 23 % dans un état de santé moyen et un quart dans un mauvais ou très mauvais état de santé général.

---

[10] Question posée auprès des 32 personnes ayant répondu au questionnaire long

50% des femmes ont eu recours à l'IVG au cours de leur vie.

Au cours des douze derniers mois, 79 % ont fait un test du dépistage du VIH.

44% disent ne pas être vaccinées contre l'hépatite B et 9 % ne savent pas si elles le sont.

Aucune d'entre elles ne déclare être atteinte du VIH/sida.

51 % des femmes nigérianes ont subi au moins une fois des violences au cours des douze derniers mois et 21 % d'entre elles en ont subi plusieurs.

34% déclarent avoir déjà subi un ou des rapports sexuels forcés au cours de leur vie.

➔ DISCUSSION

Malgré leur jeune âge, la moitié des femmes nigérianes déclarent un état de santé plutôt moyen, mauvais ou très mauvais.

Le fait qu'elles soient 43 % à être arrivées en France depuis moins d'un an peut expliquer l'absence élevée de couverture médicale.

Environ la moitié des femmes nigérianes se prostituent depuis moins d'un an. Ceci est concomitant, selon ALC/Les Lucioles à Nice, avec une arrivée massive de femmes nigérianes dans le milieu prostitutionnel depuis 2010. Certaines d'entre elles ont résidé dans un autre pays européen avant leur arrivée en France. Les femmes nigérianes ont transité et/ou séjourné dans d'autres pays de l'Union européenne et ne peuvent prétendre à un titre de séjour en France. Celles qui ont seulement transité par un autre pays de l'UE doivent attendre la réponse Eurodac, système d'information des demandeurs d'asile et immigrants illégaux se trouvant sur le territoire de l'UE, pour pouvoir entamer une procédure d'asile. En revanche, elles sont présentes à Nancy depuis une dizaine d'années et sont libres de circuler pour se prostituer dans d'autres villes. Les filières se concentrent sur quelques grandes villes en France ou dans les pays transfrontaliers (Italie, Espagne, Belgique).

Les structures nous font remonter qu'elles sont largement concernées par la traite des êtres humains. À ce titre, il est important de rappeler qu'elles sont 96 % à ne pas considérer la prostitution comme un métier. Mais selon la Babotte à Montpellier, elles dénoncent difficilement les réseaux. Elles peuvent évoquer le maraboutage (le Juju), les mamas proxénètes, les dettes à rembourser relatives au passage en France. Elles sont très souvent fidèles à l'église au sein des communautés adventistes ou pentecôtistes, ce que confirme le service ALC/les Lucioles à Nice.

Ces femmes semblent isolées et vulnérables. Elles peuvent peu compter sur quelqu'un : bien qu'elles aient des amis, on peut émettre l'hypothèse que ceux-ci se trouvent dans la même situation de prostitution qu'elles. Leur isolement est renforcé par le fait qu'elles sont 70 % à ne pas parler le français.

Elles sont aussi particulièrement fragiles psychologiquement, ce qui peut expliquer que 64 % d'entre elles se sentent déprimées parfois ou souvent. D'autant plus qu'elles sont 50 % à estimer que leurs conditions de logement sont mauvaises ou très mauvaises. Selon la Babotte à Montpellier, les femmes nigérianes sont plus en groupe et vivent à plusieurs dans un même logement.

Elles sont particulièrement victimes de violences, et notamment d'un cumul de violences, qui pourrait en partie s'expliquer par la situation de conflit dans leur pays d'origine et du parcours migratoire pour arriver en Europe.

Si elles sont 77 % à ne pas avoir d'enfants, en revanche la moitié d'entre elles (55 %) ont eu recours à une IVG. À l'Amicale du Nid Paris, si les femmes nigérianes rencontrées via l'antenne mobile disent ne pas avoir d'enfant, au contraire, celles qui se présentent à la permanence d'Accueil sont majoritairement accompagnées d'enfants.

La proportion de femmes nigérianes dépistées pour le VIH au cours des douze mois derniers est celle observée globalement dans l'étude (79 % contre 69 %), alors qu'elles déclarent utiliser systématiquement le préservatif avec les clients.

Les résultats de l'enquête montrent une faible consommation pour les femmes nigérianes d'alcool, de drogues et de tabac. Ceci correspond aux réalités constatées sur le terrain, à Nice et à Nancy notamment. Culturellement, il n'est pas bien vu de fumer ou consommer des produits pour les Nigérianes. Certaines associations ont constaté une augmentation récente depuis l'étude ProSanté de la consommation d'alcool chez certaines de ces femmes.

D'après tous les échanges que nous avons eus avec les associations de terrain, le profil des femmes nigérianes rencontrées est similaire à celui qui ressort de l'étude. Elles sont plutôt jeunes.

Afin de sortir de la prostitution, elles doivent rembourser les réseaux et payer leurs dettes. Elles sont néanmoins parfois amenées à continuer à se prostituer après avoir quitté les réseaux de prostitution. À la suite d'un événement violent ou spécifique, telle qu'une arrestation ou une grossesse, certaines arrêtent la prostitution.

4.7.2 Les femmes françaises

Les femmes françaises représentent 12 % des personnes enquêtées (29 personnes sur 251 : 6 questionnaires courts et 23 questionnaires longs) et 44 % des femmes enquêtées.

41% des femmes françaises ont plus de 45 ans et 69 % ont des enfants.

La majorité d'entre elles se prostituent depuis plus de 5 ans (52 %).

52 % des femmes françaises considèrent la prostitution comme un métier.

Concernant les liens sociaux, 78 % déclarent avoir des amis, cependant, 52 % considèrent ne pas pouvoir demander de l'aide à un proche en cas de difficultés.

Au niveau de leurs conditions de logement, 17 % d'entre elles les considèrent comme mauvaises ou très mauvaises, 17 % les considèrent comme acceptables et 66 % les considèrent bonnes ou très bonnes.

Parmi les 23 personnes qui ont répondu à cette question, 43 % se sont parfois ou souvent senties déprimées au cours des douze derniers mois.

Les proportions de femmes françaises concernées par les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues sont les suivantes :

- 38% déclarent consommer régulièrement ou tous les jours des boissons alcoolisées ;
- 69 % fument ;
- 8 ont consommé du cannabis ou de la cocaïne dans l'année précédente.

Concernant la prévention dans le cadre de leur activité prostitutionnelle, 93 % utilisent le préservatif à chaque fois avec les clients. Aucune d'entre elles indique ne jamais l'utiliser.

Elles sont 97 % à avoir une couverture médicale (59 % la CMU et 34 % la sécurité sociale). Seule une femme française n'a pas de couverture maladie[11].

[11] Une femme française déclare être bénéficiaire de l'AME, ce qui n'est pas possible. Il s'agit donc soit d'une méconnaissance de la personne, soit d'une erreur dans le remplissage du questionnaire

Au niveau de leur état de santé, 41 % se déclarent dans un bon ou très bon état de santé général, 41 % dans un état de santé moyen et 17 % dans un mauvais ou très mauvais état de santé général.

Sur les 23 personnes ayant répondu à la question sur l'IVG, 48 % y ont déjà eu recours.

Au cours des douze derniers mois, 76 % ont fait un test du dépistage du VIH.

30% disent ne pas être vaccinées contre l'hépatite B et 17 % ne savent pas si elles le sont.

Aucune femme française ne déclare être atteinte du VIH/sida.

55 % des femmes françaises ont subi au moins une fois des violences au cours des douze derniers mois et 17 % en ont subi plusieurs (2 fois maximum).

48% déclarent avoir déjà subi un ou des rapports sexuels forcés au cours de leur vie.

➔ DISCUSSION

Les femmes françaises sont plus âgées que la moyenne.

Les femmes françaises sont plus de la moitié à se prostituer depuis plus de 5 ans et considèrent qu'il s'agit pour elles d'un métier. Il est néanmoins important de noter qu'un quart d'entre elles se prostituent depuis moins d'un an. Nous pouvons ici supposer que la précarisation de leur situation financière, professionnelle, familiale etc. les a amenées à se prostituer. Néanmoins, il nous manque une indication quant à l'interruption éventuelle d'une activité prostitutionnelle antérieure.

Sur le plan de leur santé, elles sont particulièrement nombreuses à déclarer une maladie chronique.

Elles sont nombreuses à être bénéficiaires de la CMU, ce qui renseigne sur le niveau de leurs revenus (inférieurs à 764 € par mois[12]). Ceci révèle une situation particulièrement précaire pour ces femmes. Bien qu'elles aient majoritairement des amis, il semble qu'elles soient pour beaucoup assez isolées.

Les femmes françaises déclarent des rapports sexuels forcés de façon plus importante que la moyenne (50 % pour les femmes françaises et 38 % pour l'ensemble).

Le service ARS/Antigone à Nancy témoigne que les femmes françaises âgées en situation de prostitution sont aujourd'hui moins nombreuses à être suivies au service et sont inscrites dans un parcours de prostitution depuis l'âge de 16/17 ans. En dehors de leur activité prostitutionnelle, elles n'ont comme source de revenus que le Revenu de solidarité active (RSA) ou une pension de réversion lorsqu'elles en sont bénéficiaires. Des jeunes femmes françaises dans la trentaine sont également rencontrées ; elles sont majoritairement toxicomanes et se prostituent sans doute pour se procurer leurs substances. Malgré un éventuel sevrage ou l'accès un à emploi, un grand nombre d'entre elles continuent à se prostituer.

Avec l'arrivée des réseaux et l'augmentation de la prostitution étrangère, un certain nombre a quitté la rue comme lieu de prostitution et privilégie internet ou les bars à hôtesses comme lieux de rencontres pour éviter les violences et les pressions.

Ces femmes semblent moins concernées par le proxénétisme ou du moins il n'est pas évoqué.

Le profil des femmes maghrébines est assez similaire à celui des femmes françaises.

---

[12] Le plafond légal est de 9164€ sur 12 mois, ce chiffre a été rapporté sur un mois.

L'accompagnement santé à l'AIEM (Metz)

Exemple : la prise en compte des addictions

Un focus particulier est porté sur l'AIEM à Metz (seule structure non spécialisée dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution impliquée dans l'étude) dont le service du pôle urgence n'a inclus dans l'étude que des femmes françaises. La passation du questionnaire dans le cadre de l'étude a permis d'aborder les questions de prostitution de manière approfondie. Les femmes accueillies sont des Françaises de 35 à 40 ans.

Dans le cadre de l'accompagnement social mis en place à l'AIEM, la santé occupe une place essentielle. À ce titre des actions de réduction des risques sont menées par les équipes. Elles n'ont pas d'action spécifique sur la problématique prostitutionnelle.

Toutes les femmes rencontrées sont en très grande précarité et sont quasiment toutes consommatrices de produits psychoactifs (alcool et/ou drogues), et l'ont déclaré dans le questionnaire (6 personnes sur 7). Toutes celles qui se déclarent en situation de prostitution ont été incluses dans l'étude. Dans le cadre du suivi social et de l'accompagnement santé, la question de la prostitution y est abordée de façon informelle. En revanche la question des addictions est l'une des portes d'entrée de l'accompagnement. À ce titre, la consommation de drogues et d'alcool est tolérée dans l'établissement. Les principales consommations de produits sont la cocaïne, l'héroïne et les médicaments détournés de leur usage. Les femmes accompagnées qui se prostituent ne font pas partie de réseaux. Elles se prostituent pour acheter leurs drogues (cocaïne, héroïne).

Dans le cadre de l'accompagnement santé, les problématiques de la prévention des risques (addictions, sexualité) sont naturellement abordées. À ce titre, la question de l'utilisation des préservatifs est abordée, mais pas celle de la vie affective et des pratiques sexuelles.

Le travail fait autour de l'accès à l'emploi est donc parfois délicat avec les femmes les plus ancrées dans la prostitution. En revanche, pour les plus jeunes, la prostitution est généralement considérée comme un passage pour surmonter une situation financière difficile et non comme un métier.

Les personnes suivies à l'AIEM sont pour la plupart très marginalisées et refusent les orientations médicales. Dans le cadre de la passation des questionnaires, les personnes enquêtées bénéficiaient toutes d'une couverture médicale, car l'ouverture de droits fait partie des premières démarches effectuées à l'entrée dans la structure. Bien qu'elles aient toutes une couverture maladie elles n'ont quasiment aucun suivi médical.

Elles ont un état de santé très dégradé du fait d'une longue période de vie à la rue et de celui de l'usage de drogues. L'accompagnement proposé n'est pas différencié au regard d'une activité prostitutionnelle ou non car la prostitution n'entraîne pas de problématiques supplémentaires. L'AIEM n'a donc pas noué de lien particulier avec les services de police ou la préfecture sur cette question.

Un partenariat a été par exemple établi à Metz avec une antenne de l'association AIDES pour répondre aux demandes spécifiques des personnes qui souhaitent aborder les questions de prostitution avec un intervenant autre que celui qui les héberge. Cette orientation est proposée sans qu'il y ait nécessairement une problématique VIH/SIDA.

Les femmes accueillies ont souvent connu ou connaissent des situations de violences : violences conjugales, compagnon proxénète, violence des clients…. Les lieux de prostitution sont l'hôtel ou le domicile du client. La plupart des femmes ont des enfants qui sont placés et conservent un lien avec leur(s) enfant(s) par le biais de l'exercice d'un droit de visite dans un lieu médiatisé. La parentalité peut être un levier pour l'insertion notamment lorsque le placement est récent. Un travail est donc fait pour que ces liens soient maintenus.

L'accès au logement est un des champs sur lequel l'AIEM travaille avec les personnes, notamment autour du maintien dans le logement qui peut être rendu parfois difficile du fait de la proximité d'anciennes relations et du risque plus élevé de retomber dans les consommations de drogues.

Avant l'étude ProSanté, l'AIEM n'avait pas de lien avec le Ciddist. Même s'il n'y a eu qu'une orientation sur le Ciddist dans le cadre de l'étude, des liens ont été maintenus par la suite pour certaines situations.

4.7.3 Les femmes bulgares

Les femmes bulgares représentent 10 % des personnes enquêtées (24 personnes sur 251 : 9 questionnaires courts et 15 questionnaires longs) et 36 % des femmes enquêtées.

63% d'entre elles ont entre 25 et 34 ans, 17 % entre 18 et 24 ans, 13 % entre 35 et 44 ans et seule une personne a plus de 45 ans.

67 % ont des enfants.

Elles sont majoritairement en France depuis plus de 3 ans, pour 62 % d'entre elles. 87 % parlent le français.

La majorité d'entre elles se prostituent depuis plus de 5 ans (58 %). Les trois-quarts ne considèrent pas la prostitution comme un métier.

Concernant les liens sociaux, la totalité des 15 femmes bulgares ayant répondu au questionnaire long et à qui il a été demandé si elles avaient des amis ont répondu que c'était le cas. En revanche, la moitié seulement considère pouvoir demander de l'aide à un proche en cas de difficultés.

Au niveau de leurs conditions de logement, 27 % d'entre elles les considèrent comme mauvaises ou très mauvaises, 53 % les considèrent comme acceptables et 20 % les considèrent bonnes ou très bonnes.

67 % d'entre elles se sont parfois ou souvent senties déprimées au cours des douze derniers mois[13] (sur les 15 réponses à cette question).

Concernant les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues :

- 88% des femmes bulgares déclarent ne jamais ou rarement consommer des boissons alcoolisées ;
- 92 % d'entre elles fument ;
- 3 femmes ont consommé du cannabis sur les douze derniers mois.

Concernant la prévention dans le cadre de leur activité prostitutionnelle, à l'exception d'une femme qui ne l'utilise pas systématiquement, elles déclarent toutes utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs clients.

Elles sont 42 % à n'avoir aucune couverture médicale. 58 % en ont une : 21% la CMU et 37 % l'AME.

Au niveau de leur état de santé, 54 % se déclarent dans un bon ou très bon état de santé général, 21 % dans un état de santé moyen et un quart dans un mauvais ou très mauvais état de santé général.

87% des femmes ont déjà eu recours à l'IVG au cours de leur vie.

Au cours des douze derniers mois, 67 % ont fait un test du dépistage du VIH.

---

[13] Sur les 15 femmes ayant répondu au questionnaire long

67% disent ne pas être vaccinées contre l'hépatite B, mais 20 % ne savent pas si elles le sont.

54% des Bulgares ont subi au moins une fois des violences au cours des douze derniers mois et 25 % en ont subi plusieurs.

20% déclarent avoir déjà subi un ou des rapports sexuels forcés au cours de leur vie.

➔ DISCUSSION

Nous avons exclu les 4 hommes et les 3 transgenres bulgares, car nous souhaitions dégager le profil des femmes bulgares.

Les femmes bulgares se distinguent des autres personnes enquêtées, par leur temps de présence en France plus long et également un temps passé dans la prostitution plus long. Elles sont plus nombreuses à ne pas avoir de couverture maladie. La consommation de tabac est plus fréquente et le taux d'IVG élevé.

Concernant les femmes bulgares, le Service ALC/Les Lucioles estime qu'il s'agit le plus souvent d'une migration économique. Comme pour les femmes roumaines, la plupart d'entre elles savent qu'elles partent pour la prostitution. Un certain nombre de Bulgares appartiennent à la minorité turque ou rom. Des pressions de la part des réseaux sont exercées à la fois sur les personnes prostituées et sur leurs familles en raison de la proximité géographique des réseaux avec ces dernières. Au cours des 10 dernières années l'entrée dans la prostitution a évolué les concernant. Il existerait un système d'« entente » entre les réseaux et les femmes bulgares qui induit moins de menaces et de contraintes et notamment qui permet l'envoi de l'argent au pays. En revanche, l'existence d'un proxénète qui permet à ces femmes de s'installer sur un territoire semble systématique.

Au-delà des femmes bulgares, à Montpellier, il semble que les femmes d'Europe de l'Est sont très isolées et très seules et vivent principalement à l'hôtel. Elles n'abordent pas la question des réseaux avec les travailleurs sociaux. Cependant, ces réseaux existent et semblent plus liés à des contextes familiaux. Si nous avons peu de personnes roumaines intégrées dans l'étude, il ressort des échanges que nous avons eus avec La Babotte qu'elles sont néanmoins présentes sur les lieux de prostitution et semblent avoir un profil similaire aux personnes Bulgares.

De même, le service ARS/Antigone à Nancy nous fait part d'une évolution du profil des femmes d'Europe de l'Est ces dernières années.

En ce qui concerne les femmes ukrainiennes et les Biélorusses, elles sont soumises à des réseaux moins coercitifs qu'en 2004-2005 et s'étaient souvent déjà prostituées dans leur pays. Ce sont plutôt des filières de prostitution économique et les femmes concernées auraient accepté de venir se prostituer en France pour des raisons financières mais font des allers retours réguliers pour voir leur famille au pays. Il leur est néanmoins difficile de sortir de la prostitution, bien que les réseaux soient moins coercitifs qu'auparavant. Elles sont parfois titulaires d'un visa étudiant.

Les femmes roumaines ne sont pas identifiées comme rom. Un nombre important de prostituées bulgares sont d'origine turque ou originaires des quartiers dans lesquels se côtoient minorités turques, roms et bulgares défavorisées. Elles font partie de réseaux très difficiles à quitter.

4.7.4 Femmes chinoises

Les femmes chinoises (aucun homme, ni transgenre chinois n'a été rencontré dans le cadre de l'étude) représentent 6 % des personnes enquêtées (14 personnes sur 251 : 9 questionnaires courts et 5 questionnaires longs).

79 % d'entre elles ont entre 35 et 44 ans. Elles ont toutes des enfants.

Elles sont majoritairement arrivées récemment en France : 57 % sont en France depuis moins d'un an.

Elles se prostituent pour la quasi-totalité d'entre elles (79 %) depuis moins d'un an. Aucune ne se prostitue depuis plus de 5 ans. La durée moyenne de prostitution pour les femmes chinoises enquêtées est inférieure à un an.

57% ne considèrent pas la prostitution comme un métier.

Concernant les liens sociaux, aucune d'entre elles estime pouvoir faire appel à l'aide d'un proche en cas de difficultés.

La proportion de femmes chinoises concernées par les consommations d'alcool, tabac ou drogues est très faible :

- Elles déclarent ne jamais ou rarement consommer des boissons alcoolisées ;
- Une seule d'entre elles fume ;
- Aucune d'entre elles ne déclare se droguer.

Concernant la prévention dans le cadre de leur activité prostitutionnelle, elles déclarent toutes utiliser des préservatifs avec leurs clients à chaque fois.

86% d'entre elles ont une couverture maladie : 7 % la CMU et 79 % l'AME.

Au niveau de leur état de santé, 36 % se déclarent dans un bon ou très bon état de santé général, 57 % dans un état de santé moyen et 7 % dans un mauvais ou très mauvais état de santé général.

Au cours des douze derniers mois, 93 % n'ont pas fait de test du dépistage du VIH.

40% disent ne pas être vaccinées contre l'hépatite B.

Aucune d'entre elles ne déclare être atteinte du VIH/sida.

Aucune des femmes chinoises ne déclare avoir subi de violences au cours des douze derniers mois ou de rapports sexuels forcés au cours de la vie.

➔ DISCUSSION

Nous avons fait le choix de dégager un profil concernant les femmes chinoises, car il s'agit d'une forme de prostitution bien particulière, bien qu'elles ne soient que 14 à avoir été intégrées dans l'étude. Il nous a semblé qu'un profil homogène se dégageait, dont l'analyse permettait de mieux appréhender cette population.

Nous n'avons pris en compte que les questions communes aux questionnaires court et long, dans la mesure où le faible nombre de questionnaires longs renseignés (n=5) ne nous permettait pas d'en faire une analyse pertinente.

Les femmes chinoises sont majoritairement titulaires de l'AME. Aussi, bien que sans papier, elles ont néanmoins pour la plupart une couverture médicale.

Elles se démarquent par un taux très faible de dépistage du VIH dans les douze derniers mois, par rapport à l'ensemble des personnes enquêtées qui est de 69 %, alors qu'elles sont 93 % à ne pas avoir été dépistées.

En comparaison avec l'étude de Médecins du Monde « *Lotus bus : enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris* » de février 2009, le profil des Chinoises est tout à fait comparable en ce qui concerne :

- l'âge : il s'agit d'une population plutôt âgée (âge moyen de 39 ans pour ProSanté et 42 ans pour l'enquête du Lotus bus) ;
- les liens familiaux : les Chinoises ont quasiment toutes au moins un enfant (100 % dans ProSanté et 90 % pour le lotus bus). Les enfants vivent principalement en Chine (97 % d'entre eux) selon l'enquête menée par le Lotus bus. Dans ProSanté, 3 des Chinoises vivent avec leur(s) enfant(s) en France ;
- l'arrivée en France et le temps passé dans la prostitution : 2/3 d'entre elles sont en France depuis moins de trois ans selon MDM et 85 % se prostituent depuis moins d'un an dans l'enquête ProSanté.

Les femmes chinoises se prostituant à Paris ont un profil globalement similaire. Selon Médecins du Monde, cette population est très stigmatisée, à la fois par les autres prostituées qui considèrent qu'elles pratiquent des tarifs trop bas, et par la population chinoise qui les méprise car elles représentent une honte pour le pays. À travers les parcours décrits par les prostituées chinoises, il semble que nombre d'entre elles soient contraintes de se prostituer pour rembourser leurs dettes liées au passage en France.

Selon l'ADN Paris, la prostitution chinoise, majoritairement féminine, est surtout localisée entre Strasbourg-Saint-Denis et Belleville. Elles passent par des réseaux pour arriver en France. L'un des motifs de la prostitution est de subvenir aux besoins des familles restées en Chine et de rembourser leurs dettes de passage. Il s'agit donc de motifs économiques. Elles ressentent majoritairement un sentiment de honte par rapport à leur activité prostitutionnelle. Pour certaines femmes, la prostitution remplace parfois le travail au noir dans le textile qui apporte moins de ressources.

Elles se prostituent dans la rue et les passes se déroulent en général chez le client ou dans les parkings, ce qui les expose à davantage de violences.

Elles vivent le plus souvent dans des dortoirs ou en collectivités.

L'Amicale du Nid Paris accompagne depuis 4 ans des femmes chinoises. Depuis peu, une médiatrice culturelle a intégré l'équipe, rendant ainsi le contact et l'accompagnement plus facile qu'avec un simple interprète.

4.7.5 Les transgenres sud-américains

Au total, 62 personnes transgenres ont participé à l'étude ProSanté, parmi lesquels 43 sont sud-américaines.

Les personnes transgenres sud-américaines représentent donc 17 % des personnes enquêtées (43 personnes sur 251 : 8 questionnaires courts et 35 questionnaires longs) et 69 % des transgenres.

Les transgenres sud-américains se répartissent ainsi selon leur pays de naissance :

- 22 Péruviens ;
- 7 Équatoriens ;
- 6 Argentins dont l'un a acquis la nationalité française ;
- 3 Brésiliens ;

- 3 Colombiens ;
- 1 Paraguayen ;
- 1 Uruguayen.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 35-44 ans (44 %).

La plupart (88 %) n'ont pas d'enfants. La majorité d'entre eux (60 %) sont en France depuis plus de 3 ans. Un quart d'entre eux (26 %) ne parlent pas le français.

Ils se prostituent pour la majorité d'entre eux (63 %) depuis plus de 5 ans, et ils sont 60 % à considérer la prostitution comme un métier.

Concernant les liens sociaux, 91 % des personnes transgenres sud-américaines déclarent avoir des amis et 58 % d'entre eux estiment pouvoir faire appel à l'aide d'un proche en cas de difficultés.

Au niveau de leurs conditions de logement, 29 % d'entre eux les considèrent comme mauvaises ou très mauvaises, 46 % les considèrent comme acceptables et 17 % les considèrent bonnes ou très bonnes.

54% des transgenres sud-américains se sont sentis parfois ou souvent déprimés dans les douze derniers mois.

Concernant les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues :

- 39% boivent de l'alcool régulièrement ou tous les jours ;
- 40 % fument ;
- 7 transgenres consomment soit du cannabis soit de la cocaïne.

91 % des personnes transgenres sud-américaines utilisent le préservatif à chaque fois avec les clients, 7 % pas systématiquement.

75% ont une couverture maladie : 7 % bénéficient de la sécurité sociale, 44 % de la CMU et 23 % de l'AME.

Au niveau de leur état de santé, 53 % se déclarent dans un bon ou très bon état de santé général, 30 % dans un état de santé moyen et 14 % dans un mauvais ou très mauvais état de santé général.

20 personnes transgenres sud-américaines déclarent être atteintes du VIH/sida.

Au cours des douze derniers mois, 65 % ont fait un test du dépistage du VIH.

26% disent ne pas être vaccinés contre l'hépatite B et 20 % ne savent pas s'ils le sont.

55% des personnes transgenres ont subi au moins une fois des violences au cours des douze derniers mois et 25 % en ont subi plusieurs.

34% déclarent avoir déjà subi un ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie.

➔ DISCUSSION

Globalement, il s'agit du même profil que pour l'ensemble des transgenres inclus dans ProSanté avec cependant des différences marginales touchant les tranches d'âge, la consommation de tabac et la couverture maladie.

Selon l'ADN Paris, pour les transgenres sud-américains, il existe des filières d'immigration clandestines qui ne semblent pas être des réseaux de prostitution. Ceux rencontrés à Paris ont majoritairement des titres de séjour pour soins ou à la suite d'un PACS avec un français par exemple.

Selon le témoignage de l'ADN Paris, les transgenres sud-américains révèlent leur identité de genre plus jeunes (à l'entrée dans l'âge adulte) qu'en Europe et font l'objet d'un rejet familial et de discriminations de la part de la société. Ces personnes exclues qui se retrouvent en situation de prostitution y ont souvent été amenées par un groupe de personnes transgenres elles-mêmes en situation de prostitution. Cette activité leur permet d'avoir les ressources nécessaires pour payer leurs traitements et/ou leurs opérations. Beaucoup ont commencé à se prostituer lorsqu'ils étaient mineurs. Il ressort également de ce témoignage que nombre de transgenres prostitués ne se prostituent pas par choix, mais pour des raisons économiques et souhaiteraient mettre un terme à leur activité prostitutionnelle s'ils avaient des opportunités d'emploi. Le motif de la migration des transgenres sud-américains en Europe est principalement économique. Certaines personnes retournent s'installer dans leur pays d'origine par la suite. Au cours des années de prostitution en Europe, ils sont souvent très mobiles et se prostituent dans d'autres villes.

Pour les transgenres qui sont sous trithérapie pour une l'infection à VIH, l'hormonothérapie est rendue plus difficile. Il existe des protocoles qui adaptent cette hormonothérapie aux différents traitements antirétroviraux et à l'organisme de la personne concernée. L'apparence physique peut s'en trouver modifiée.

Ce sont plutôt les transgenres arrivés en France depuis un certain temps qui s'adressent au service. Les personnes arrivées récemment en France sont principalement rencontrées dans les maraudes. Le travail de prévention effectué est différent du travail d'accompagnement social. L'approche est donc différente au cours des tournées, au cours desquelles il y a davantage de demandes d'informations sur les prises de risques liées à l'activité prostitutionnelle.

Au niveau des conditions de logement, pour beaucoup, ils sont logés en hôtel qu'ils paient au mois ou dans des HLM lorsqu'ils ont des papiers.

Les profils sociodémographiques des personnes transgenres sud-américaines rencontrées par l'ALC/Les Lucioles correspondent à ceux dégagés dans l'étude. Beaucoup sont passées par d'autres pays. Elles sont victimes souvent de solitude et de stigmatisation.
Les transgenres sud-américains commencent souvent à se prostituer dans leur pays d'origine car lorsque la transition (MtoF) a commencé, les seules ressources possibles sont celles de la prostitution. En effet, ces personnes sont souvent victimes d'un rejet de la part de leur famille et sont adoptées par des groupes transgenres qui les amènent au processus de transition (MtoF) et à la prostitution. La prostitution leur permet ainsi à la fois de vivre et de payer le traitement lié à la transformation. À travers l'argent envoyé à leur famille, elles tentent de reconstituer un lien en remboursant une dette symbolique. La plupart des personnes transgenres arrivent en France où elles ont une connaissance par des filières d'immigration illégale, mais certaines situations pourraient s'apparenter à la traite des êtres humains. Depuis deux ans, il y a peu de nouveaux arrivants du fait d'une auto-régulation induite au sein même des groupes de transgenres sud-américains.

Le taux d'infections au VIH étant important au Pérou chez les transgenres (d'environ 40 %), un certain nombre est déjà infecté dans le pays d'origine et vient en France pour y recevoir des soins. Plusieurs

facteurs les rendent vulnérables à l'infection : marginalisation dans leur pays, utilisation d'injections en vue de la transformation sans contrôle médical, consommation d'alcool et d'autres produits psychotropes, violences répétées, manque de liens sociaux en dehors de leur communauté. Sur un certains nombres de territoires, les personnes transgenres rencontrent des difficultés pour accéder à un titre de séjour pour soins, même dans le cadre de renouvellement.
Selon l'équipe d'ALC/Les Lucioles, la consommation d'alcool semble largement sous-déclarée dans l'étude. Ils ont souvent recours à l'alcool dans le cadre de la prostitution ou dans un cadre festif. Il en est probablement de même pour la consommation de drogues qui semble également sous-déclarée.

L'équipe du service ARS/Antigone à Nancy a pu repérer une mobilité entre plusieurs villes en France parmi les transgenres sud-américains. Celle-ci serait liée à l'implantation de communautés transgenres et de réseaux. Pour la plupart il s'agit de transgenres non opérés qui gardent une identité de femme en dehors de l'activité prostitutionnelle.

5. Volet médical

Après avoir participé au volet santé-social de l'étude (49 questionnaires longs et 22 questionnaires courts), 71 personnes se sont rendues dans la consultation médicale partenaire, ce qui a permis de compléter le questionnaire médical de l'étude.

Il a été possible de comparer les variables communes aux 2 volets de l'étude pour l'ensemble de ces personnes, lorsque la variable figurait à la fois dans le questionnaire médical et le questionnaire santé-social (long ou court). Cette comparaison n'a été possible que pour 49 personnes, lorsque la variable ne figurait pas dans le questionnaire court du volet santé-social.

Le questionnaire médical de l'étude a par ailleurs été complété chez 7 personnes, qui se sont présentées en Ciddist/CPEF, sans avoir répondu au questionnaire santé-social. Au total, le volet médical a donc été renseigné pour 78 personnes en situation de prostitution.

5.1 Sexe, lieu de naissance et âge

Les 78 personnes en situation de prostitution ayant consulté se répartissaient ainsi : 66 femmes, 9 transgenres Male to Female (MtoF) et 3 hommes.

La comparaison du sexe déclaré dans le questionnaire médical avec le sexe déclaré dans le cadre du 1er volet de l'étude met en évidence qu'un de ces transgenres avait été identifié en femme dans le questionnaire santé-social et qu'un de ces hommes avait été identifié en transgenre.

La grande majorité des consultants (90 %) étaient nés à l'étranger. Les deux tiers des femmes étaient nées en Afrique subsaharienne (au Nigéria pour la plupart), 12 % en Europe (essentiellement de l'Est), 11 % en Asie (Chine exclusivement) et 9 % en France (cf. tableau). Les 9 personnes transgenres étaient nées en Amérique du sud, en Europe (Portugal) ou en France, et les 3 hommes en Amérique du sud ou en Afrique du Nord.

L'âge des personnes venues en consultation allait de 18 ans (avoir au moins 18 ans était un critère d'inclusion dans l'étude) à 84 ans.

La moyenne d'âge des femmes était de 31,0 ans et la médiane de 28 ans. Parmi elles, 25 (38 %) avaient moins de 25 ans et 7 (11 %) avaient 45 ans ou plus (cf. tableau). Les femmes nées en France étaient plus âgées que celles nées à l'étranger (médiane de 45 ans vs 26 ans). Les femmes nées en Afrique subsaharienne étaient les plus jeunes (médiane de 24 ans).

La moyenne d'âge des hommes/transgenres était de 39,8 ans, la médiane de 37,5 ans.

I Tableau 84 I

Pays de naissance et classe d'âge des personnes venues en consultation médicale, selon le sexe. Étude ProSanté 2010-2011.

Pays de naissance	Classe d'âge <25 ans	25-34 ans	35-44 ans	≥ 45 ans	Total
Femmes N	**25**	**23**	**11**	**7**	**66**
Afrique subsaharienne	23	17	2	1	43
Europe	1	3	2	2	8
Asie	0	1	5	1	7
France	0	2	1	3	6
Afrique du Nord	1	0	0	0	1
Amérique	0	0	1	0	1
Transgenres N	**1**	**2**	**3**	**2**	**9**
Amérique	0	2	1	0	3
Europe	0	0	1	2	3
France	1	0	1	0	2
Hommes N	**0**	**1**	**1**	**1**	**3**
Amérique	0	0	1	1	2
Afrique du Nord	0	1	0	0	1

Compte tenu des effectifs plus faibles dans les classes d'âge 35-44 ans et 45 et plus, ces 2 classes ont été regroupées dans les analyses qui suivent.

5.2 Spécificités concernant les personnes transgenres

Parmi les 9 personnes transgenres MtoF ayant bénéficié d'une consultation médicale dans le cadre de l'étude, 7 d'entre elles étaient sous traitement hormonal, pour moitié sur prescription médicale et pour moitié par automédication.

Quatre personnes transgenres ne bénéficiaient pas d'un suivi mammaire (dont 3 étaient sous traitement hormonal), 4 en bénéficiaient et la donnée n'était pas renseignée pour la dernière.

Six personnes transgenres ont eu recours à au moins une intervention chirurgicale corporelle : implants mammaires (n=6), chirurgie du visage (3), injections de silicone (2), vaginoplastie (1).

5.3 Antécédents

5.3.1 Antécédents médicaux

Un tiers des personnes vues en consultation ont signalé des antécédents médicaux, ce pourcentage étant de 29 % chez les femmes.

Ces antécédents étaient divers, il s'agissait notamment de problèmes métaboliques (hypertension artérielle-HTA, diabète, dyslipidémie), d'une séropositivité à VIH, de problèmes gynécologiques (fibromes, endométriose, kystes ovariens),…

Chez les femmes, le fait d'avoir des antécédents médicaux était lié à l'âge, les 25-34 ans étant les moins nombreuses à en signaler (9 %), alors que cela concernait 28 % des moins de 25 ans et 56 % des 35 ans et plus.

I Tableau 85 I

Antécédents médicaux chez les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

		Antécédents médicaux			
		Oui	**Non**	**Inconnu**	**Total**
Femmes	**N**	19	45	2	66
	%	29%	68%	3%	100%
Transgenres	**N**	5	4	0	9
Hommes	**N**	1	2	0	3
Total	**N**	25	51	2	78
	%	32%	65%	3%	100%

5.3.2 Antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST)

Un quart de l'ensemble des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà eu une IST au cours de la vie (cf. tableau) et 4 % dans les douze derniers mois (3 % des femmes).

I Tableau 86 I

Antécédents d'IST au cours de la vie chez les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

		Antécédents d'IST			
		Oui	**Non**	**Inconnu**	**Total**
Femmes	**N**	13	44	9%	66
	%	20%	67%	14%	100%
	%*	23%	77%	-	100%
Transgenres	**N**	4	5	0	9
Hommes	**N**	2	1	0	3
Total	**N**	19	50	9	78
	%	24%	64%	12%	100%

** en excluant les inconnus*

Les antécédents d'IST avaient tendance à être plus nombreux chez les hommes/transgenres que chez les femmes (23 % vs 6/12, p =0,06).

Les IST rapportées étaient les suivantes : hépatite B (chez 4 femmes et 1 transgenre), syphilis (1 femme, 1 homme et 2 transgenres), infection à papillomavirus-HPV- (2 femmes et 2 transgenres), herpès (1

femme et 2 transgenres), gonococcie (2 femmes et 1 homme), chlamydiose (2 femmes), trichomonose (1 femme).

Chez les femmes, les antécédents d'IST dans la vie avaient tendance à être plus nombreux chez celles de 25 ans et plus que chez celles de moins de 25 ans (respectivement 29 % vs 11 %, p=0,11).

5.3.3 Antécédents gynéco-obstétricaux

Plus de la moitié des femmes (56 %) n'avaient pas d'enfant, ce pourcentage étant plus important chez celles de moins de 25 ans (92 %). A contrario, toutes les femmes de 35 ans et plus avaient au moins 1 enfant.

Parmi les 56 femmes pour lesquelles la donnée était renseignée, 21 % ont signalé avoir déjà eu une fausse couche spontanée.

Les deux tiers des femmes (67 %) ont déclaré avoir déjà eu recours à une IVG : 1 seule pour 56 % d'entre elles, 2 pour 21 % et 3 ou plus pour 23 %. La proportion d'IVG était plus élevée chez les femmes de 25 ans et plus que chez celles de moins de 25 ans (75 % vs 54 %, p=0,09). Chez les femmes nées en Afrique subsaharienne, plus jeunes que les autres, la proportion d'IVG était relativement élevée (68 %). Parmi les 8 femmes nées en Europe, 7 d'entre elles avaient déjà eu au moins 2 IVG (2 pour 3 d'entre elles et 3 ou plus pour 4 d'entre elles).

Concernant les antécédents d'IVG, la concordance entre les 2 volets de l'étude était très bonne (pour 91 % des 40 femmes chez lesquelles la comparaison était possible).

La moitié des femmes (53 %) ont dit ne jamais avoir réalisé de frottis cervico-vaginal, ce pourcentage étant de 86 % chez celles de moins de 25 ans et de 34 % chez celles de 25 ans et plus[14] (pourcentage identique entre les 25-34 ans et les 35 ans et plus).

Chez les plus de 25 ans, ce sont 39 % des femmes nées à l'étranger qui n'ont jamais réalisé de frottis, alors que les 5 femmes nées en France avaient toutes déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du col (p=0,11, donnée non renseignée chez 2 femmes nées à l'étranger et 1 femme née en France). Lorsque les femmes ont déjà réalisé un frottis, un quart d'entre elles ne se souviennent pas de la date ou celle-ci est ancienne (depuis plus de 3 ans).

La réalisation d'un frottis cervico-vaginal (oui/non/ne sait pas), renseignée dans le questionnaire médical différait de celle déclarée dans le questionnaire santé-social long pour 31 % des 40 femmes (il s'agissait aussi bien de femmes ayant déclaré au travailleur social avoir déjà réalisé un frottis ou ne pas savoir et ayant déclaré ensuite au médecin n'en n'avoir jamais bénéficié, que de femmes ayant déclaré l'inverse).

Parmi les 5 femmes de plus de 50 ans et plus (dont 3 sont nées en France), une n'avait jamais réalisé de mammographie[15].

---

[14] La recommandation est de pratiquer un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après 2 frottis annuels normaux.

[15] La recommandation est de pratiquer une mammographie régulièrement à partir de l'âge de 50 ans.

5.3.4 Dépistages antérieurs

I Tableau 87 I

Antécédents de dépistages vis-à-vis du VIH, du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC) au cours de la vie chez les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

		Dépistage du VIH			Dépistage du VHB			Dépistage du VHC			Total
		Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas	
Femmes	**N**	48	17	1	26	23	17	24	27	15	66
	%	73%	26%	1%	39%	35%	26%	36%	41%	23%	100%
Transgenres	**N**	8	1	0	6	1	2	6	1	2	9
Hommes	**N**	3	0	0	2	1	0	2	1	0	3
Total	**N**	59	18	1	34	25	19	32	29	17	78
	%	76%	23%	1%	44%	32%	24%	41%	37%	22%	100%

VIH

Une seule personne ne savait pas si elle avait ou non déjà bénéficié d'un test de dépistage vis-à-vis du VIH.

Les trois quarts des personnes (76 %) ont déclaré avoir déjà été testées pour le VIH : 49% dans les douze derniers mois et 27 % il y a plus d'un an. Parmi ces personnes, 5 se savaient séropositives (4 transgenres et 1 femme).

Le fait d'avoir déjà été testé pour le VIH n'était pas lié au fait de craindre le VIH/sida (variable du volet santé-social). Chez les personnes nées à l'étranger, la réalisation d'un dépistage était liée à la date d'arrivée en France, 56 % des personnes en France depuis moins de 1 an avaient déjà été testées versus 84 % de celles en France depuis 1 an ou plus (p=0,02).

Parmi les femmes, 73 % avaient déjà été testées pour le VIH (52 % dans les douze derniers mois et 21 % il y a plus d'un an), cette proportion atteignait 91 % chez celles âgées de 25 à 34 ans. La proportion de femmes avec un antécédent de dépistage du VIH était assez comparable selon leur lieu de naissance, à l'exception des 7 femmes nées en Chine qui n'avaient jamais été testées.

VHB

Globalement 44 % des consultants ont déclaré avoir déjà été testés vis-à-vis de l'hépatite B, tandis que 32 % ne l'ont jamais été et 24 % ne savaient pas répondre à la question. Parmi les personnes testées, 2 femmes ont déclaré être porteuses de l'Ag HBs (marqueur de l'hépatite B chronique)[16] et 6 être immunisées.

La proportion de femmes déclarant avoir déjà été testées vis-à-vis du VHB avait tendance à être plus faible que celle des hommes/transgenres (39 % vs 8/12, p=0,08).

Les femmes nées dans un pays de forte endémicité de l'hépatite B (Afrique subsaharienne ou Chine) étaient moins nombreuses que les autres à déclarer avoir bénéficié d'un dépistage du VHB (32 % vs 63 %, p=0,03).

[16] Le portage chronique de l'Ag HBs ne sera pas confirmé par la suite chez une de ces femmes

VHC

Globalement 41 % des personnes ont déclaré avoir déjà été testées vis-à-vis de l'hépatite C, tandis que 37 % ne l'ont jamais été et 22 % ne savaient pas répondre à la question. Parmi les personnes testées, 1 femme et 1 transgenre ont déclaré être porteurs des Ac anti-VHC (marqueur d'une rencontre antérieure avec le virus, ne permettant pas de préjuger de la guérison ou de la chronicité de l'infection).

La proportion de femmes déclarant avoir déjà été testées vis-à-vis du VHC était inférieure à celle des hommes/transgenres (36 % vs 8/12, p=0,05).

Les femmes nées en Afrique subsaharienne et celles nées en Chine ont déclaré avoir été moins souvent testées que les autres (30 % vs 56 %, p=0,06).

Les antécédents de dépistage sur les douze derniers mois (oui/non/ne sait pas) différaient entre les 2 volets de l'étude, notamment pour les hépatites B et C. Ces différences concernaient 27 % des déclarations sur le dépistage vis-à-vis du VIH, 49 % vis-à-vis du VHC et 56 % vis-à-vis du VHB. Il s'agissait le plus souvent de personnes ayant déclaré au travailleur social avoir réalisé un dépistage dans la dernière année et ayant déclaré ensuite au médecin que ce dépistage datait de plus de 1 an ou qu'elles n'avaient jamais été testées ou qu'elles ne savaient pas.

Syphilis et chlamydia

Respectivement, 40 % et 23 % des personnes vues en consultation ont déclaré avoir déjà été dépistées pour la syphilis ou pour une infection à chlamydia (mais respectivement 27 % et 40 % ne savaient pas répondre).

5.3.5 Vaccinations antérieures

Globalement, 29 % des personnes ont déclaré être vaccinées contre l'hépatite B et 31 % ne pas l'être, tandis que 40 % ne savaient pas répondre.

La proportion de femmes ayant déclaré être vaccinées était inférieure à celle des hommes et transgenres (24 % vs 7/12, p=0,024).

Les femmes les moins vaccinées étaient les femmes françaises (aucune d'entre elles) et les femmes nées en Afrique subsaharienne (21 % d'entre elles).

La vaccination contre l'hépatite B (oui/non/ne sait pas) différait entre les 2 volets de l'étude dans 41 % des cas (sur 49 comparables). Il s'agissait en majorité de personnes ayant déclaré au travailleur social ne pas être vaccinées et ayant ensuite déclaré au médecin qu'elles l'étaient ou qu'elles ne savaient pas si elles l'étaient.

Concernant la vaccination DTpolio, un tiers des personnes ont déclaré être vaccinées, mais plus de la moitié d'entre elles ne savaient pas répondre à la question.

5.4 Orientation sexuelle, contraception et utilisation du préservatif

Toutes les personnes interrogées ont déclaré n'avoir des rapports sexuels qu'avec des hommes.

5.4.1 Moyens de contraception

Toutes les femmes ont déclaré utiliser au moins un moyen de contraception, qui est listé ci-dessous :

- contraception orale pour 8 femmes, dont 6 sont nées en Afrique subsaharienne (6 femmes disent utiliser également le préservatif masculin) ;

- stérilet pour 3 femmes nées en Chine et implant pour 1 femme née en France. Toutes ont dit utiliser par ailleurs le préservatif masculin ;
- préservatif féminin pour 1 femme née en Afrique subsaharienne (en complément du préservatif masculin) ;
- préservatif masculin seul pour 50 femmes, dont 2 sont ménopausées.

Trois femmes nées en Afrique subsaharienne ont dit avoir recours à la pilule du lendemain (en complément du préservatif masculin).

5.4.2 Utilisation du préservatif masculin

Parmi les 64 femmes déclarant des rapports vaginaux avec leurs clients, 92 % ont dit utiliser systématiquement un préservatif, 5 % l'utiliser souvent et 3 % rarement. L'utilisation systématique du préservatif ne variait pas selon l'âge ou le lieu de naissance des femmes.

I Tableau 88 I

Utilisation du préservatif avec les clients chez les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

		Utilisation du préservatif				
		Toujours	**Souvent**	**Rarement**	**Jamais**	**Total**
Femmes						
Pénétration vaginale	N	59	3	2	0	64*
	%	92%	3%	2%	0	100%
Pénétration anale	N	13	3	0	3	19*
	%	68%	16%	0	16%	100%
Fellation	N	48	2	2	3	55*
	%	87%	4%	4%	5%	100%
Transgenres						
Pénétration anale	N	8	0	0	1	9
Fellation	N	6	2	1	0	9
Hommes						
Pénétration anale	N	3	0	0	0	3
Fellation	N	2	0	1	0	3

* sont exclues les personnes non engagées dans ces pratiques

Dix-neuf femmes (29 %) pratiquent des pénétrations anales avec les clients (11 femmes nées en Afrique subsaharienne, 5 en Europe, 2 en France et 1 en Afrique du Nord). Parmi ces 19 femmes, 13 (68 %) utilisaient systématiquement un préservatif, tandis que 3 l'utilisaient souvent et 3 jamais.

Parmi les 55 femmes pratiquant la fellation avec leurs clients, 87 % ont dit utiliser systématiquement un préservatif, 4 % l'utiliser souvent, 4 % rarement et 5 % jamais.

Parmi les 12 hommes ou transgenres, 11 ont déclaré utiliser systématiquement un préservatif lors de pénétrations anales par un client (1 transgenre a dit ne jamais en utiliser).

Lors des fellations avec les clients, l'utilisation du préservatif est systématique pour 67 % d'entre eux.

Hors prostitution, l'usage du préservatif est beaucoup moins systématique, quel que soit le type de rapports, aussi bien chez les femmes (un quart de pénétrations vaginales ou anales et 16 % de fellations protégées systématiquement) que chez les hommes ou transgenres.

Parmi les femmes déclarant toujours utiliser le préservatif avec les partenaires hors prostitution, moins de la moitié d'entre elles (45 %) ont déjà eu recours à l'IVG. Parmi celles qui déclarent utiliser le préservatif de façon non systématique, cette proportion est plus élevée, les trois quarts (76 %) y ayant déjà eu recours (p=0,07).

Le questionnaire santé-social ayant exploré l'usage global du préservatif, sans différencier son utilisation selon le type de rapport sexuel, la comparaison des 2 volets de l'étude sur cet item est difficile. Pour environ 90 % des femmes, l'utilisation déclarée du préservatif lors des rapports sexuels avec les clients, dans le volet santé-social, a été similaire à celle déclarée dans le volet médical lors des rapports vaginaux avec les clients. Environ 10 % des femmes ont déclaré au travailleur social utiliser systématiquement un préservatif, et déclaré ensuite au médecin un usage plus aléatoire.

5.5 Consommation de produits

La consommation quotidienne ou régulière d'alcool dans les douze derniers mois a été déclarée par 15 % des femmes et par un tiers des hommes ou transgenres. La quantité ingérée était souvent non renseignée.

I Tableau 89 I

Consommation de produits dans les douze derniers mois chez les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

Consommation	Femmes N (%)	Transgenre N	Hommes N	Total N (%)
Alcool				
Quotidienne	1 (1%)	1	1	3 (4%)
Régulière	9 (14%)	2	0	11 (14%)
Rare	28 (42%)	1	1	30 (38%)
Aucune	28 (42%)	5	1	34 (44%)
Tabac				
Fumeur	17 (26%)	8	2	27 (35%)
Ex-fumeur	2 (3%)	0	0	2 (2%)
Non-fumeur	47 (71%)	1	1	49 (63%)
Cannabis				
Quotidienne	1 (1,5%)	1	0	2 (3%)
Régulière	0	0	1	1 (1%)
Occasionnelle	1 (1,5%)	0	0	1 (1%)
Aucune	63 (95,5%)	2	8	73 (94%)
Non renseigné	1 (1,5%)	0	0	1 (1%)
Total	66 (100%)	9	3	78 (100%)

La consommation d'alcool classée en 2 catégories (quotidienne ou régulière d'une part et rare ou nulle d'autre part) était en concordance avec celle déclarée dans le volet santé-social de l'étude (pour 92 % des personnes).

La consommation quotidienne ou régulière d'alcool chez les femmes était beaucoup moins fréquente chez celles nées en Afrique subsaharienne (pour 5 % d'entre elles) que chez celles nées ailleurs (chez 35 % d'entre elles), quelle que soit leur classe d'âge.

Environ 35 % des personnes venues en consultation médicale ont déclaré fumer quotidiennement (de 1 à 40 cigarettes/jour). La moitié des personnes consommaient moins d'un demi-paquet par jour et près de 20 % plus d'un paquet jour. Le fait de fumer concernait 26 % des femmes et 10/12 hommes ou transgenres.

La concordance avec la consommation de tabac déclarée dans le volet santé-social de l'étude (fumeur/ex-fumeur/non fumeur) était bonne (pour 93 % des personnes).

L'usage du tabac concernait moins les femmes nées en Afrique subsaharienne que les autres (respectivement 12 % vs 52 %, $p<10^{-3}$). Les 8 femmes nées en Europe et 4 femmes nées en France sur 6 ont déclaré fumer. Par contre, aucune des femmes nées en Chine n'était fumeuse (0/7).

Seules 4 personnes (2 femmes, 1 homme et 1 transgenre) ont déclaré consommer du cannabis, 2 quotidiennement et 2 de manière plus occasionnelle. Six personnes ont déclaré consommer d'autres produits : de la cocaïne (2 femmes et 1 homme), de l'héroïne (1 femme), les deux (1 femme et 1 transgenre). La consommation de cannabis, de cocaïne ou d'héroïne ne concernait aucune des femmes nées en Afrique subsaharienne ou en Chine.

La polyconsommation était fréquente, puisque parmi les 10 personnes fumeuses consommant quotidiennement ou régulièrement de l'alcool, 3 fumaient également du cannabis et 4 consommaient de la cocaïne.

5.6 État de santé

5.6.1 À l'interrogatoire

Concernant des signes généraux éventuels, une part importante des consultants a signalé une asthénie (28 % d'entre eux), quel que soit leur âge. Le problème d'asthénie concernait 4 personnes transgenres sur 9. Par ailleurs, 13 % des consultants ont signalé un amaigrissement et 8 % une anorexie.

Les signes respiratoires étaient relativement fréquents, à type de toux pour 17 % des consultants, d'expectorations (10 %) ou de dyspnée (9 %).

Des signes génito-urinaires n'ont été signalés que par des femmes : 12 % d'entre elles se sont plaintes de prurit ou de brûlures génitales et 6 % de brûlures urinaires.

Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés étaient des symptômes en lien avec une souffrance psychique : des troubles du sommeil (chez 21 % des consultants), une anxiété (15 %) et/ou un état dépressif (14 %). Au total, au moins un de ces troubles était déclaré par 36 % des consultants, de façon plus fréquente par les hommes/transgenres que par les femmes (8/12 vs 30 %, p=0,02).

Parmi les 71 personnes ayant participé aux 2 volets de l'étude, la déclaration d'au moins un de ces troubles était plus fréquente dans le questionnaire santé-social que dans le questionnaire médical, dans le sens d'une sur-déclaration auprès de l'intervenant social ou d'une sous-déclaration auprès du médecin.

I Tableau 90 I

Problèmes de santé déclarés à l'interrogatoire par les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté, 2010-2011.

	Femmes N=66	**Transgenres N=9**	**Hommes N=3**	**Total N=78**
Asthénie	18 (27%)	4	0	22 (28%)
Amaigrissement	7 (11%)	1	2	10 (13%)
Anorexie	5 (8%)	1	0	6 (8%)
Troubles du sommeil	11 (17%)	4	1	16 (21%)
Anxiété	8 (12%)	2	2	12 (15%)
Etat dépressif	9 (14%)	2	0	11 (14%)
Au moins un de ces trois troubles	*20 (30%)*	*5*	*3*	*28 (36%)*
Migraine	11 (17%)	0	0	11 (14%)
Au moins un de ces quatre troubles	*24*	*5*	*3*	*32 (41%)*
Problèmes dentaires (caries, douleurs, parodontite, dent cassée)	9 (14%)	3	1	13 (17%)
Hyperlipidémie	2 (3%)	1	0	3 (4%)
Diabète	3 (5%)	1	0	4 (5%)
HTA	2 (3%)	1	0	3 (4%)
Au moins un de ces 3 facteurs de risque	*4 (6%)*	*3*	*0*	*7 (9%)*
Infection virale chronique (infection à VIH, VHB ou VHC)	2 (3%)	4	0	6 (8%)
Problèmes pulmonaires (asthme, bronchite chronique ou emphysème)	4 (6%)	1	0	5 (6%)
Autres problèmes de santé (douleurs, troubles digestifs, …)	11 (17%)	1	2	14 (18%)
Au moins un problème de santé déclaré	37 (56%)	8	3	48 (62%)

En rajoutant le problème des migraines signalé par 17 % des femmes, ce sont au total 36 % d'entre elles qui souffraient d'au moins un de ces troubles (troubles du sommeil ou anxiété ou état dépressif ou migraine). Ces troubles étaient un peu plus fréquents chez les femmes de moins de 25 ans (48 %) que chez celles de 25-34 ans (35 %) ou de 35 ans et plus (22 %) ; ils n'étaient pas liés à leur pays de naissance, ni à leur ancienneté dans la prostitution.

Venaient ensuite des problèmes dentaires, touchant 17 % des consultants, à type de caries le plus souvent.

Près de 9 % des consultants présentaient une hyperlipidémie, un diabète et/ou une HTA, trois facteurs de risque cardio-vasculaires.

Une infection virale chronique (infection à VIH, hépatites B ou C) était signalée par 6 consultants et des problèmes pulmonaires par 5.

Les autres problèmes de santé signalés étaient des douleurs, de localisations diverses (8 consultants). Les troubles digestifs étaient également cités par 3 consultants.

Au total, au moins un problème de santé a été déclaré par 62 % des consultants (56 % des femmes, 8/9 transgenres et 3/3 hommes) et un problème de santé chronique[17] par 37 % des consultants (35 % des femmes, 6/9 transgenres et 0/3 hommes).

La comparaison des « problèmes de santé chronique » déclarés au cours de la consultation médicale avec ceux déclarés dans le cadre du volet santé-social met en évidence des différences pour 29 % des consultants, et pour deux tiers d'entre eux dans le sens d'une sur-déclaration auprès du médecin ou d'une sous-déclaration auprès de l'intervenant social.

La prise en charge de ces problèmes de santé a fréquemment été non renseignée dans le questionnaire médical. Il apparaît néanmoins qu'un certain nombre d'entre eux n'était pas pris en charge, notamment les problèmes d'anxiété ou d'état dépressif, les problèmes dentaires, mais également les infections virales chroniques. À l'inverse, l'HTA, le diabète, l'hyperlipidémie ou les problèmes pulmonaires paraissaient mieux pris en charge.

5.6.2 À l'examen clinique

La taille médiane des femmes était de 163 cm, celle des hommes ou des transgenres étant de 175 cm. Le poids des femmes était compris entre 42 et 90 kg, avec une médiane à 62 kg. L'indice de masse corporelle (IMC)[18] des femmes variait entre 17 et 36 kg/m^2, 29 % d'entre elles étaient en surpoids (26 % des 18-29 ans et 31 % des 30-54 ans) et 14 % présentaient une obésité (3 % des 18-29 ans et 24 % des 30-54 ans). Surpoids ou obésité concernait une proportion comparable de femmes quel que soit leur pays de naissance, en dehors des 7 femmes chinoises dont une seule était en surpoids.

La pression artérielle systolique moyenne était de 113 mm Hg chez les femmes (128 chez les hommes ou transgenres) et la pression artérielle diastolique moyenne de 69 (80 chez les hommes et transgenres). Une HTA[19] a été retrouvée chez 4 consultants, suite à deux mesures. Par ailleurs, 3 consultants étaient traités pour HTA. Au total, 7 consultants (soit 9 %, 8 % des femmes et 2/9 transgenres) présentaient une HTA parmi les 75 personnes évaluées (65 sur deux mesures et 9 sur une seule mesure).

L'examen clinique général était normal pour la quasi-totalité des personnes examinées. Ont simplement été notés quelques problèmes dermatologiques mineurs (dermatophytose[20], acné, pytiriasis versicolor[21],..).

L'examen génital était normal chez 83 % des femmes, les 3 hommes et 7/9 transgenres.

Les anomalies les plus fréquemment constatées chez les femmes étaient des pertes vaginales (5 cas), des anomalies du col de l'utérus (3 cas), et des douleurs pelviennes (2 cas). Il a par ailleurs été noté une excision clitoridienne chez 6 femmes nées en Afrique subsaharienne, cette mutilation n'ayant sans doute pas été signalée par tous les cliniciens pour l'ensemble des femmes concernées. Chez les personnes transgenres, les 2 anomalies constatées ont été un condylome scrotal et une atrophie testiculaire.

---

[17] Par rapport aux problèmes de santé signalés par les consultants lors de la consultation médicale, ont été considérés comme des problèmes de santé chronique : asthme, bronchite chronique, emphysème, hypertension artérielle, troubles du rythme, hyperlipidémie, diabète, migraines, état dépressif, cirrhose, infection virale chronique

[18] L'IMC est le ratio du poids (en kg) sur la taille (en m) au carré. On parle de corpulence normale si l'IMC est compris entre 18,5 et 25, de surpoids si l'IMC est compris entre 25 et 29 et d'obésité si l'IMC est égal ou supérieur à 30.

[19] L'HTA est définie par une pression systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg ou une pression diastolique supérieure ou égale à 9 mm Hg.

[20] Les dermatophytoses sont des infections de la peau ou des phanères (poils, cheveux, ongles) dues à des champignons microscopiques filamenteux, les dermatophytes.

[21] Le pytiriasis versicolor résulte de la prolifération anormale de champignons cutanés normalement anodins et se traduit par des taches de couleur sur la poitrine, les épaules, le cou ou le dos.

Les résultats de l'examen proctologique étaient renseignés pour environ la moitié des femmes et 10/11 hommes ou transgenres. Les seules anomalies constatées concernaient les personnes transgenres : un condylome anal (non associé au condylome scrotal signalé ci-dessus), une micro-érosion de la muqueuse anale et un problème d'hémorroïdes.

Au total, l'état de santé a été jugé très bon par le médecin pour environ un tiers des consultants, bon pour la moitié d'entre eux, moyen pour 13 % et mauvais ou très mauvais pour 2 %.

Parmi l'ensemble des variables considérées (âge, sexe, pays de naissance, situation familiale, situation administrative, couverture maladie, consommation d'alcool, de tabac ou de produits autres, ancienneté de la prostitution, activité régulière ou occasionnelle, temporalité de l'activité [jour/nuit, semaine/week-end], utilisation du préservatif), n'étaient liés à la santé observée que l'ancienneté de la prostitution et l'usage de tabac. Un bon ou un très bon état de santé était plus fréquent chez les consultants ayant débuté leur activité de prostitution dans les 5 dernières années que chez ceux dont l'activité avait débuté depuis plus de 5 ans (92 % vs 71 %, p=0,045). L'état de santé était jugé meilleur chez les non-fumeurs que chez les fumeurs (94 % en bonne ou très bonne santé vs 68 %, p=0,006).

Chez les femmes, ce sont 85 % d'entre elles qui ont été jugées en très bonne ou en bonne santé ; cela concernait 6/9 personnes transgenres (p=0,16). L'état de santé des femmes différait uniquement selon le fait d'être ou pas fumeuse (respectivement 96 % en bonne ou très bonne santé vs 61 %, p=0,001).

I Tableau 91 I

Conclusion portée par le médecin sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale. Étude ProSanté 2010-2011.

État de santé	Femmes N (%)	Transgenres N	Hommes N	Total N (%)
Très bon	24 (36%)	1	1	26 (34%)
Bon	32 (48,5%)	5	2	39 (50%)
Moyen	7 (11%)	3	0	10 (13%)
Mauvais	1 (1,5%)	0	0	1 (1%)
Très mauvais	1 (1,5%)	0	0	1 (1%)
Indeterminé	1 (1,5%)	0	0	1 (1%)
Total	66 (100%)	9	3	78 (100%)

La comparaison entre l'état de santé observé par le médecin et celui déclaré par les personnes elles-mêmes dans le cadre du volet santé-social (selon la même échelle en 5 stades, de très bon à très mauvais) a été possible pour 68 personnes. L'état de santé observé et déclaré était parfaitement corrélé pour 26 d'entre elles (38 %). L'état de santé observé par le médecin a été supérieur « d'un degré » à celui déclaré pour 23 personnes (34 %), et supérieur de 2 degrés ou plus pour 16 personnes (24 %). Chez seulement 3 personnes (4 %), l'état de santé observé a été inférieur d'un degré à celui déclaré (« bon » versus « très bon »).

5.6.3 Dépistages

Un dépistage du VIH a été réalisé chez 72 consultants, dont 3 se sont avérés séropositifs : 2 d'entre eux connaissaient déjà leur séropositivité et 1 l'a découverte.

Parmi les 6 personnes n'ayant pas été testées, 3 connaissaient déjà leur séropositivité et 3 avaient été testées très récemment séronégatives.

Au total, 6 personnes étaient séropositives pour le VIH :

- 4 personnes transgenres VIH+ connues, suivies et traitées (3 nées au Portugal et 1 en France) ;

- 1 personne transgenre ayant découvert sa séropositivité VIH dans le cadre de l'étude (née au Pérou) ;
- 1 femme VIH+ connue, suivie et traitée (née en Côte d'Ivoire).

L'Ag HBs, marqueur d'une hépatite B chronique, a été recherché chez 72 consultants et était positif chez 3 d'entre eux (2 femmes, nées en Chine et au Nigéria, et 1 transgenre VIH+ né au Portugal), soit 4,2 %. Il s'agissait d'une découverte dans un cas (femme née en Chine). Les 6 personnes non testées avaient soit été dépistées négatives récemment, soit vaccinées.

Les Ac anti-HBc, témoins d'une hépatite B ancienne guérie en l'absence d'Ag HBs, étaient présents chez 24 (39 %) des 61 personnes testées pour ces 2 marqueurs. Parmi ces 24 personnes, 20 avaient déclaré ne pas avoir d'antécédent d'hépatite B et 16 étaient nées dans un pays de forte endémicité (Afrique subsaharienne ou Asie).

Les Ac anti-HBs, marqueurs d'une vaccination antérieure en l'absence des Ac anti-HBc, étaient positifs chez 10 personnes (16 %) des 61 personnes testées. Six d'entre elles avaient déclaré être vaccinées et 4 n'avaient pas su répondre. À l'inverse, parmi les 11 personnes déclarant avoir été vaccinées et n'ayant pas d'Ac anti-HBc, 5 n'avaient pas d'Ac anti-HBs.

Globalement, 27 personnes n'avaient aucun marqueur du VHB (plus du tiers des consultants) et étaient donc (a priori) non immunisées contre l'hépatite B. Vingt d'entre elles étaient nées dans un pays de forte endémicité.

Les Ac anti-VHC, marqueurs d'une hépatite C, étaient présents chez 2 femmes parmi les 72 consultants testés, dont une en avait connaissance. Dans les 2 cas, l'ARN du VHC, dont la présence signe une infection chronique, n'a pas été recherché. L'une des femmes était considérée comme guérie de son hépatite C.

Concernant le dépistage de l'infection à chlamydia par PCR[22], réalisé chez 74 personnes sur au moins un site (vulve/vagin, 1er jet d'urine, col utérin ou anus), le résultat s'est avéré positif chez une seule femme de 25 ans sur un prélèvement du col utérin (parmi 63 femmes testées). Celle-ci avait déclaré ne pas utiliser de façon systématique un préservatif lors des rapports vaginaux.

La recherche du gonocoque a été négative chez les 69 consultants testés sur au moins un site (vulve/vagin, 1er jet d'urine, col utérin, anus ou gorge).

La recherche de la syphilis par TPHA/VDRL[23] a permis de conclure à 3 cas de syphilis considérés comme guéris (1 homme et 2 transgenres) et à 1 cas de syphilis latente précoce chez une personne transgenre VIH+/Ag HBs+. Cette personne avait déclaré utiliser le préservatif « systématiquement » lors des rapports anaux et « souvent » lors des fellations.

D'autres infections ont été diagnostiquées chez les femmes, notamment des vaginoses à gardnerella (13 cas) associées parfois à d'autres germes (streptocoque B, mycoplasme, staphylocoques), ainsi que des candidoses (7 cas).

Le frottis du col de l'utérus a été pratiqué chez 18 femmes et s'est révélé anormal dans 1 cas.

La réalisation d'une bandelette urinaire chez 69 consultants a permis de détecter 12 protéinuries, 9 hématuries, 7 leucocyturies et 1 glycosurie (chez une personne diabétique suivie). La bandelette était normale chez 44 consultants (63 %).

---

[22] Polymerase chain reaction (méthode de biologie moléculaire d'amplification d'ADN *in vitro)*

[23] Tests sérologiques permettant de détecter la présence d'anticorps spécifiques de la bactérie de la syphilis (Treponema pallidum), qui témoignent d'une réaction de l'organisme et donc d'une syphilis.

5.6.4 Traitement et orientation médicale

Parmi les 74 personnes pour lesquelles on dispose de l'information, 62 (84 %) sont revenues à une 2e consultation pour connaître le résultat des dépistages pratiqués. Les personnes ayant un problème de santé chronique ont eu tendance à moins revenir en consultation que les autres (74 % versus 89 %, p=0,08).

Au cours de cette seconde consultation, un traitement a été prescrit chez 27 personnes (24 femmes et 3 transgenres), dans la majorité des cas pour une vaginose à gardnerella ou une candidose vaginale.

Une dose vaccinale contre l'hépatite B a été réalisée chez 7 personnes et a été recommandée chez 26 autres. Un rappel DTpolio a également été réalisé chez 6 personnes et recommandé chez 30 autres.

Parmi les 72 consultants chez lesquels l'information était disponible, une orientation a été jugée nécessaire chez 64 % d'entre eux : vers un généraliste dans 9 cas, un spécialiste dans 18 cas (gynécologue essentiellement, hépatologue, infectiologue, dentiste…) et autre dans 20 cas (centre de vaccination essentiellement, centre de lutte antituberculeuse).

Les raisons de cette orientation étaient diverses : une infection à VIH non suivie jusque-là (2 transgenres), une infection chronique par le VHB (2 femmes), un portage des Ac anti-VHC (1 cas), une vaccination (20 cas), une intradermo-réaction à la recherche d'une infection tuberculeuse latente (7 cas), un suivi gynécologique avec frottis du col (6 cas), des anomalies du bilan hépatique (2 cas), une hypertension artérielle (2 cas), des problèmes dentaires…

Si on exclut les orientations pour vaccination seule, ce sont 50 % des consultants qui ont été orientés vers un autre professionnel de santé.

5.7 Discussion

5.7.1 Participation des personnes en situation de prostitution

Parmi l'ensemble des personnes ayant participé au volet santé-social de l'étude, les personnes venues en consultation médicale étaient plus volontiers des femmes, jeunes, nées à l'étranger, non-usagères de drogues, dont l'activité de prostitution était récente.

Ces personnes étaient également moins souvent porteuses d'une maladie chronique, et notamment du VIH, ce qui a biaisé l'échantillon. Les structures associatives avaient pourtant été alertées sur cette limite possible de l'étude et informées de l'importance d'orienter également en consultation les personnes déjà suivies sur le plan médical. Un dossier (guide d'enquête, questionnaire médical et enveloppe T), destiné à être remis par la personne en situation de prostitution à son médecin habituel, avait également été réalisé afin d'augmenter le recueil de données médicales. Cette alternative n'a été utilisée que par une seule personne, dont le médecin traitant a complété et renvoyé le questionnaire médical.

Les personnes ayant consulté étaient plus nombreuses à méconnaitre un lieu de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST, ce qui nécessite de renforcer l'information sur l'existence de ces lieux auprès cette population, via notamment les structures associatives d'accueil ou des brochures spécifiques.

Il est intéressant de constater qu'une situation administrative précaire (avec ou sans papiers) a constitué une incitation plutôt qu'un frein pour venir consulter en Ciddist/CPEF.

Une autre limite de l'étude est celle du faible nombre de personnes s'étant rendues en consultation médicale après orientation par la structure sociale, ceci s'expliquant par le nombre de personnes incluses dans le volet santé-social de l'étude. L'effectif total de 78 personnes pour le volet médical est limité et non représentatif, il ne permet aucune extrapolation. Cet effectif n'a sans doute pas permis de mettre en évidence l'ensemble des facteurs liés à une santé dégradée dans la population de l'étude, en raison d'un manque de puissance en analyse univariée, ni de réaliser une analyse multivariée. De même, les

comparaisons avec la population générale ont été faites le plus souvent de façon globale, sans possibilité de stratification par classe d'âge.

Malgré ces limites, cette partie de l'étude constitue une première approche pour le recueil de données médicales auprès de personnes en situation de prostitution, au titre d'une enquête de faisabilité. Cette étude est la 1re en France à avoir collecté des données globales de santé au cours d'une consultation médicale.

5.7.2 Santé observée au cours de la consultation médicale

Prévention du cancer du col utérin

Un tiers des femmes de 25 ans et plus, ayant consulté, ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis cervico-vaginal, ce qui est bien supérieur à ce qui est observé en population générale (4 % chez les femmes de 25 à 65 ans dans le baromètre Santé 2010 [16] et 21 % chez les femmes étrangères dans l'enquête SIRS 2010 [17]). Dans cette dernière étude, le risque de ne pas avoir bénéficié, au moins une fois dans sa vie, du dépistage du cancer du col de l'utérus était 5 fois plus important chez les femmes étrangères que chez les femmes françaises nées de 2 parents français. Cet excès de risque chez les femmes étrangères est principalement expliqué par une moindre durée de vie passée sur le territoire français, sachant que les autres facteurs comme le niveau d'études ou la couverture maladie n'en n'expliquent qu'une faible part. Les personnes en situation de prostitution présentent sans doute également d'autres facteurs de risque de non-réalisation d'un frottis cervico-vaginal, non explorés dans l'étude précitée. C'est pourquoi, il est primordial d'inciter ces femmes à un suivi gynécologique régulier, que ce soit par un gynécologue ou un médecin généraliste, sachant que les structures médicales comme les CPEF constituent également des lieux de dépistage privilégiés, l'objectif étant d'augmenter la couverture du dépistage et de diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus.

IVG et contraception

Deux tiers des femmes en situation de prostitution venues consulter avaient déjà subi une IVG, ce pourcentage étant beaucoup plus élevé qu'en population générale, quelle que soit la classe d'âge (22 % des femmes de 18-54 ans dans l'enquête KABP 2010 [14] – 12 % des 18-24 ans et 24 % des 25-54 ans[24]). On sait néanmoins que les femmes migrantes, qui constituent la majorité des consultantes de notre étude, ont un recours plus fréquent à l'IVG. En 2005, 16,7 % des IVG réalisées en France concernaient des femmes nées à l'étranger (dont plus de la moitié en Afrique), tandis qu'elles représentaient 12,2 % des femmes qui accouchent [18]. Cette surreprésentation des femmes migrantes dans notre échantillon ne permet pas seule d'expliquer la forte proportion d'IVG. Le faible recours à une contraception orale, associé à une utilisation non systématique du préservatif lors des rapports sexuels hors prostitution, peut être source de grossesses non prévues et de demandes d'IVG. Par ailleurs, il a été montré que les difficultés affectives, économiques et sociales auxquelles sont confrontées les femmes en situation de prostitution sont des facteurs de risque connus d'IVG répétées [19].

Infections à VIH, VHB et autres IST

Les trois quarts des personnes en situation de prostitution ont déclaré avoir déjà été testées vis-à-vis du VIH au cours de leur vie et la moitié a été testée au cours de la dernière année. Ces proportions sont similaires chez les femmes et sont bien supérieures à celles observées en population générale, notamment concernant le dépistage dans la dernière année : seuls 16 % des femmes et des hommes de 18-54 ans déclarent avoir réalisé un dépistage dans les douze derniers mois [14][25].

---

[24] ORS Ile-de-France. Enquête KABP 2010. Données personnelles

[25] Il est également possible de comparer nos résultats avec ceux de l'enquête KABP menée en 2005 par l'Inpes auprès des populations africaines d'Ile-de-France : 66% des femmes africaines ont déclaré avoir déjà été dépistées pour le VIH vs 79% dans notre étude.

Suite à la proposition d'un dépistage du VIH au cours de la consultation médicale chez les 9 personnes transgenres, ce sont 5 d'entre elles qui étaient séropositives pour le VIH, dont une a découvert sa séropositivité. Parmi les 63 femmes testées, une seule était connue comme infectée par le VIH (soit 1,6 %). Néanmoins, compte tenu de la non-venue en consultation médicale d'un certain nombre de personnes séropositives pour le VIH, il est difficile d'interpréter ces chiffres. Il est par contre possible d'analyser les données de prévalence déclarée par les 251 personnes ayant participé au volet santé-social de l'étude. Dans ce volet, figurait la question « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique » et si oui, « préciser ». Globalement, ce sont 27 transgenres qui ont déclaré être séropositifs pour le VIH (soit 44 % d'entre eux), 3 hommes (13 %) et 2 femmes (1,2 %). Quel que soit le sexe, la proportion de personnes ayant déclaré être VIH+ était plus importante chez celles ayant indiqué l'usage de drogues (UD) que chez les non-usagers. Le rôle de la toxicomanie avait déjà été retrouvé comme un des facteurs de risque vis-à-vis du VIH par Vincenzi et al dans une population de femmes prostituées testées à Paris entre 1990 et 1992 (prévalence de 33,3 % chez les femmes UD versus 2,1 % chez les non UD) [20].

Bien évidemment, ces chiffres dépendent de la pratique du dépistage vis-à-vis du VIH et excluent de fait les personnes qui ignorent leur séropositivité. Ils constituent cependant une limite basse, qui est notamment préoccupante chez les personnes transgenres en situation de prostitution, tout en sachant qu'elle ne peut être généralisée à l'ensemble de la population concernée, compte tenu des biais de recrutement de l'étude. Deux enquêtes réalisées en France auprès de personnes transgenres, en 2007 [21] et en 2010 [22], retrouvent une prévalence déclarée d'environ 6 %, sachant que ces deux enquêtes ont inclus peu de personnes étrangères et peu de personnes en situation de prostitution. L'enquête de 2010 a montré que la prévalence déclarée du VIH était beaucoup plus élevée dans le sous-groupe des transgenres MtF nés à l'étranger ayant déjà eu recours au travail du sexe (36,4 %). Le travail sexuel apparaît comme l'un des principaux déterminants de la prévalence du VIH chez les transgenres [23], celle-ci ayant été estimée à plus de 50 % chez ceux engagés dans ces pratiques aux États-Unis.

La prévalence déclarée parmi l'ensemble des femmes ayant participé à notre étude, de 1,2 % (4,2 % chez celles UD et nulle chez celles non UD) est beaucoup plus faible que la prévalence déclarée par les 144 femmes connaissant leur statut sérologique pour le VIH dans l'étude de A Serre, au milieu des années 1990 (31 % chez celles UD et 2 % chez les non UD). Notre chiffre est cohérent avec les prévalences retrouvées dans les études réalisées auprès de femmes se prostituant dans d'autres pays européens (entre 0 et 1,5 % en Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni) [24].

Concernant l'hépatite B, ce sont près de la moitié des consultants qui ont déclaré avoir déjà été testés vis-à-vis du VHB, mais une proportion importante (un quart) ne savait pas si elle avait déjà bénéficié d'un tel dépistage. Ce recours au dépistage du VHB paraît plus élevé qu'en population générale, où 27 % des 18-69 ans disent avoir déjà été dépistés au cours de la vie, tandis que seuls 5 % ne savent pas répondre à la question [25]. Mais les discordances importantes observées dans notre étude, entre les réponses apportées lors du volet santé-social et celles du volet médical, sur les antécédents de dépistage dans les douze derniers mois, amènent à rester prudent sur toute interprétation et montrent bien la difficulté des répondants à se situer face au dépistage du VHB. Ceci peut être expliqué par plusieurs raisons : défaut d'information par le professionnel lors de la prescription d'un test, non rendu systématique des résultats, difficulté de compréhension des résultats des différents marqueurs de l'hépatite B.

De même, 40 % des consultants ne savaient pas s'ils avaient été vaccinés contre l'hépatite B. Cette incertitude est néanmoins moins grande si on s'intéresse à l'ensemble des répondants du volet santé-social, puisque « seuls » 19 % d'entre eux ne savaient pas répondre à la question sur une vaccination antérieure. Il n'en reste pas moins qu'environ un tiers des personnes interrogées disent ne pas être vaccinées.

Le portage de l'hépatite B chronique est fréquent, puisque le dépistage de l'Ag HBs proposé dans le cadre de l'étude a permis de découvrir un cas et d'en confirmer 2 autres parmi les 72 personnes testées, soit 4,2%, ce qui est proche de la prévalence retrouvée chez les personnes nées à l'étranger (4%) [26]. Cette proportion est par contre très supérieure à la prévalence observée en population générale (0,65%). Le dépistage de l'hépatite B est fortement recommandé dans la population prostituée, en raison des pays d'origine souvent à forte endémicité vis-à-vis du VHB. En l'absence d'immunisation, il doit être suivi d'une vaccination, compte tenu des relations sexuelles multiples.

La déclaration d'une IST au cours de la vie pour un quart de l'ensemble des consultants et pour 20 % des femmes paraît beaucoup plus élevée qu'en population générale (7 % des hommes et 9 % des femmes de 18-54 ans dans l'enquête KAPB 2010, hors mycoses)[26].

Pourtant, la protection contre les IST semble assez bien maîtrisée dans le cadre de la prostitution, avec une utilisation systématique du préservatif par une grande proportion de femmes lors des rapports vaginaux ou des fellations avec les clients (respectivement chez 92 % et 87 % d'entre elles) et par les hommes ou transgenres lors des rapports anaux (chez 92 % d'entre eux). L'usage du préservatif avec les clients paraît par contre beaucoup moins systématique chez les hommes ou transgenres lors des fellations, et chez les femmes lors des rapports anaux, sachant néanmoins que cette pratique concerne peu de femmes Les IST dépistées lors de la consultation médicale ont été peu nombreuses, y compris l'infection à Chlamydiae, qui n'a été retrouvée que chez une seule femme (soit 1,6 % des femmes testées). Ce chiffre est très comparable à la prévalence retrouvée en population générale, alors que notre population d'étude cumulait plusieurs facteurs de risque. L'enquête nationale NatChla, réalisée en 2006, avait ainsi mis en évidence une prévalence de l'infection à Chlamydia de 1,6 % [1,0-2,5] chez les femmes de 18 à 44 ans, qui était plus élevée chez les 18-29 ans (3,2 %), chez les femmes sans diplôme et chez celles ayant plus de 2 partenaires dans l'année ou des partenaires occasionnels [27]. Néanmoins, il faut rester prudent dans l'interprétation des données de dépistage des IST, dans la mesure où les personnes séropositives pour le VIH (et susceptibles d'avoir été exposées à d'autres IST) se sont auto-exclues du volet médical de l'étude.

Autres problèmes de santé

Les problèmes de santé psychique sont les plus nombreux, des troubles du sommeil, une anxiété ou un état dépressif ayant été déclarés par un tiers des consultants dans le cadre de la consultation médicale. Au moins un de ces troubles avait été signalé de façon encore plus fréquente à l'intervenant social, lors du 1er volet de l'étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins n'ont peut-être pas spécifiquement interrogé les personnes sur ces troubles, sachant qu'ils étaient listés sur le questionnaire médical et devaient si besoin être cochés, mais ne répondaient pas à une réponse en oui/non. C'est sans doute l'importance de ces problèmes de santé psychique qui expliquent que l'état de santé perçue, déclaré dans le cadre du volet santé-social, est moins bon que l'état de santé observée par les médecins : 46 % des consultants ont déclaré être en très bonne ou bonne santé tandis que 84 % d'entre eux ont été jugés lors de la consultation médicale en très bonne ou bonne santé.

Dans la mesure où ces troubles semblent avoir été sous-déclarés auprès du médecin, et où l'évaluation médicale de la santé mentale n'a pas fait appel à une échelle normée et n'a pas porté sur une antériorité précise, les comparaisons avec les enquêtes en population générale sont difficiles. Concernant les problèmes de sommeil, la comparaison est possible avec les données du baromètre Santé 2005, mais doit rester prudente. La proportion de femmes ayant signalé au médecin des problèmes de sommeil (17 %) est comparable à celle observée en population générale (15 % des femmes de 20-25 ans se déclarent insatisfaites de la qualité de leur sommeil, 16 % chez les 26-34 ans et 20 % chez les 35-44 ans [28]).

La proportion de personnes souffrant d'une HTA parmi les consultants de l'étude (9 %) paraît similaire à la prévalence retrouvée en population générale (10 % chez les 18-44 ans dans l'enquête ENNS 2006-2007 [29], cette classe d'âge constituant l'essentiel de notre échantillon. De façon assez similaire à la population générale, seule la moitié des consultants connaissait leur HTA. Il faut néanmoins rester prudent sur ces comparaisons globales, compte tenu des variations de l'HTA selon l'âge principalement, mais aussi selon le sexe.

Concernant les problèmes de surpoids et d'obésité, il est possible de comparer les données mesurées dans notre étude avec celles de la population générale [30]. Quelle que soit leur classe d'âge, la proportion de femmes en surpoids est plus importante dans notre étude (26 % des 18-29 ans et 31 % des 30-54 ans) qu'en population générale (respectivement 13 % et 23 %). La proportion de femmes obèses

[26] ORS Ile-de-France. Enquête KABP 2010. Données personnelles

de 30-54 ans dans notre échantillon est également supérieure à celle mesurée en population générale (24 % vs 17 %), ce qui n'est pas retrouvé chez les femmes de 18-29 ans (3 % vs 10 %).

Un diabète a été déclaré par 3,1 % des personnes ayant participé au volet santé-social et par 5,1 % de celles venues en consultation médicale. Il n'a pas été possible de réaliser un dépistage du diabète dans le cadre de cette consultation, car cela aurait nécessité un bilan à jeun puis un contrôle ultérieur, et donc une contrainte forte pour les consultants. La réalisation d'une bandelette urinaire n'a pas permis de suspecter un diabète chez les consultants. Par comparaison, la prévalence du diabète diagnostiqué, traité ou non, est d'environ 5 % en population générale [30].

Au moins un problème de santé chronique a été déclaré par environ un tiers des consultants et des femmes, proportion qui paraît supérieure à celle déclarée en 2009 par la population générale (20 % chez les femmes de 25-34 ans et 26 % des 35-44 ans) [5].

Au total, il s'agit d'une 1re étude de faisabilité, avec recueil de données médicales auprès de personnes en situation de prostitution, non représentatives de la population dans son ensemble.

Les caractéristiques des personnes étant venues en consultation médicale sont très liées au recrutement des structures sociales impliquées dans l'étude, et notamment de deux structures. De plus, il a été difficile de motiver à venir consulter des personnes déjà suivies sur le plan médical.

En raison de l'effectif limité de participants au volet médical, il n'a pas été possible de mettre en évidence les facteurs indépendamment associés à l'état de santé observé de la population d'étude.

Néanmoins, les personnes ayant participé au volet médical ont été les plus précaires sur le plan de leur situation administrative ou de leur couverture maladie. Plus du tiers des consultants venus en consultation médicale méconnaissaient l'existence de lieux de dépistage anonyme et gratuit. Ils ont par ailleurs été nombreux à revenir à une 2ème consultation pour connaître le résultat des dépistages réalisés. Il est donc important de faire connaître les Ciddist/CPEF en tant que structures permettant un accueil anonyme et gratuit, d'autant que ces structures ont montré leur désir de pouvoir accueillir la population prostituée.

Cette étude met en évidence la vulnérabilité des femmes sur le plan gynéco-obstétrical, avec une faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, une faible utilisation d'une contraception orale et un fort recours aux IVG, et des antécédents d'IST susceptibles d'avoir des conséquences en termes de morbidité (syphilis congénitale, infertilité liée aux infections à chlamydia, cancer du col lié au papillomavirus, cirrhose et carcinome hépatocellulaire liés au VHB).

Il est donc indispensable de favoriser le suivi gynécologique des femmes, et notamment la réalisation de frottis réguliers du col de l'utérus et le dépistage des IST, en faisant connaître et en s'appuyant sur des structures telles que les CPEF.

Il est également important de promouvoir le dépistage, et si besoin la vaccination contre l'hépatite B, auprès de cette population qui a pu être exposée au VHB dans son pays d'origine et qui est susceptible d'être contaminée via les relations sexuelles multiples.

La séroprévalence du VIH mesurée dans le sous-groupe des femmes venues en consultation médicale est proche de la prévalence déclarée dans le volet santé-social dans un échantillon plus large (1,6 % vs 1,2 %). Ces chiffres pourraient néanmoins être sous-estimés, ils sont cependant similaires à la séroprévalence observée dans des pays voisins comme le Royaume-Uni.

Cette étude montre également que les personnes transgenres sont largement touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44 %. Ce chiffre est cependant assez cohérent avec ceux retrouvés dans d'autres études. L'utilisation du préservatif n'est pas systématique, notamment lors des fellations avec les clients, d'où un risque d'IST et notamment de syphilis.

L'usage du préservatif doit être amélioré pour ces pratiques lors des rapports tarifés.

Sur le plan de la santé psychique, on observe une fragilité de cette population, qui mériterait d'être mieux appréhendée dans des études ultérieures.

Les discordances observées entre le volet médical de l'étude et son volet santé-social ne sont pas réduites aux seuls troubles psychiques, puisqu'elles concernent aussi les problèmes de santé chronique, le frottis cervico-vaginal, les dépistages vis-à-vis des hépatites B et C, ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. Les raisons de ces discordances méritent d'être explorées et prises en considération pour des études futures.

Les concordances entre les 2 volets de l'étude montrent que l'interrogatoire semble plus fiable sur des variables telles que les antécédents d'IVG, la consommation d'alcool ou de tabac, l'usage du préservatif.

Une approche globale de santé pour des populations précaires n'est pas facile à organiser, en l'absence de structures adéquates, ce qui pose problème pour la prise en charge de la population prostituée et pour la mise en place d'études futures.

6. Discussion globale

6.1 Les principaux constats de l'étude

Cette étude ne prétend pas être représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France, du fait de sa méthodologie, des structures impliquées, du nombre de personnes enquêtées. Elle permet néanmoins de fournir un éclairage spécifique sur la prostitution et de dégager certains profils.

Le choix a été fait de faire appel à des travailleurs sociaux comme enquêteurs dans l'objectif d'une recherche-action permettant ainsi aux structures d'inclure pleinement la santé dans l'accompagnement des personnes, et aussi de mettre en place des partenariats durables avec des structures de soins.

L'étude ProSanté confirme qu'il n'existe pas de population prostituée homogène. En effet, tant l'analyse des résultats que l'expérience des professionnels des structures ayant participé à l'étude ont permis de dégager des groupes relativement homogènes sur des critères comme le sexe et la nationalité, mais hétérogènes entre eux.

L'Office Central pour la Répression de la Traite des Êtres Humains (OCRTEH) estime à 91 % la proportion de personnes étrangères parmi les personnes prostituées en 2010 [2]. Cette part très importante de personnes de nationalité étrangère est retrouvée dans l'étude ProSanté.

Une précarité globale émerge au sein des personnes enquêtées qui est caractérisée par des indicateurs défavorables en termes de logement, titre de séjour, couverture maladie, isolement... Cette précarité peut expliquer et justifier l'activité prostitutionnelle. Elle peut aussi être induite par le fait qu'elle a été repérée auprès de personnes accueillies et/ou accompagnées dans des structures de réinsertion sociale.

Les formes et les indicateurs de précarité divergent en fonction des grands profils. À titre d'exemple, les personnes françaises ne rencontrent que peu de difficultés au regard de leur situation administrative ou de la couverture maladie, mais elles peuvent se sentir aussi isolées et peu soutenues en cas de difficultés que les personnes étrangères. La stigmatisation et les discriminations dont font l'objet les personnes transgenres sont un facteur aggravant de précarité.

Cette situation de précarité est préoccupante au regard de la santé, car les conditions socio-économiques ont notamment un impact sur la santé globale des personnes, comme le montre l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde (MDM) [31]. Il ressort de notre étude que l'une des principales raisons du renoncement aux soins est le manque de ressources.

Il est important de remarquer que des freins à l'accès aux soins liés à l'ouverture des droits sont notables notamment pour les personnes étrangères sans titre de séjour ou sans accès à une couverture maladie.

Comme le relève le rapport 2010 de MDM précité, les personnes étrangères se prostituant se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux soins en France :

- méconnaissance du système de soins ;
- méconnaissance des droits à la couverture maladie ;
- contexte sécuritaire autour des « sans-papiers » : peur de se déplacer pour se faire soigner ;

- absence de médiation culturelle dans les structures de santé de droit commun ; manque de prise en compte de la culture de la personne pour appréhender les questions de la santé ;
- difficultés linguistiques ;
- outils de communication grand public ou de sensibilisation incompréhensibles ou inappropriés.

L'association ALC/Les Lucioles témoigne d'ailleurs qu'il est important de valoriser l'accompagnement physique vers les structures par les travailleurs sociaux qui peuvent alors jouer le rôle de médiateur et en conséquence permettre un accès aux soins réels. Un autre exemple qui favorise cet accès est le fait d'avoir une permanence de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), comme c'est le cas à l'ADN Paris deux fois par semaine permettant ainsi une ouverture de droits et un suivi plus adapté pour les personnes accompagnées.

Considérant la santé globale sous tous ces aspects, la santé psychique doit être regardée avec un intérêt particulier. Les résultats au regard de la solitude, du sommeil, de l'anxiété, de la dépression, du suicide et de la consommation de médicaments font apparaître que la santé mentale est un problème qui touche particulièrement les personnes en situation de prostitution et doit donc faire l'objet d'une attention particulière en termes de prévention, d'accès aux soins et d'accompagnement santé. Le surpoids, la consommation de tabac et de cannabis sont également des problématiques à prendre en compte.

Les stratégies de prévention mises en œuvre contre le VIH, les IST et les hépatites restent insuffisantes avec une utilisation du préservatif non systématique en particulier pour la pénétration anale, une couverture vaccinale contre le VHB très incomplète, un recours aux dépistages et au traitement d'urgence en cas d'exposition à un risque de contamination insuffisant eu égard aux risques de transmission auxquels peuvent être exposés ces publics.

La proportion de maladies chroniques déclarées est plus importante qu'en population générale. La prévalence déclarée du VIH est particulièrement élevée chez les personnes transgenres. À l'annonce de la maladie, la prise en charge sanitaire est bien souvent assortie d'un accompagnement social permettant l'ouverture des droits. Elles présentent de ce fait un meilleur taux de couverture maladie et une meilleure connaissance des dispositifs de dépistage et de soins. Ils bénéficient en outre d'un meilleur suivi médical.

Globalement, la vulnérabilité des femmes sur le plan gynéco-obstétrical est notable, avec notamment une fréquence d'IVG déclarée dans l'étude 3 fois plus élevée qu'en population générale, en lien probable avec un moindre recours à la contraception en cas de non-utilisation systématique du préservatif hors prostitution. Le dépistage du col utérin chez les plus de 25 ans est plus faible que celui constaté en population générale.

Les personnes se prostituant se heurtent par ailleurs à des difficultés supplémentaires, la stigmatisation et la discrimination. La difficulté pour les personnes de pouvoir aborder les questions de santé au regard de leur activité tant les représentations négatives autour de la prostitution, y compris de la part des personnels de santé, sont omniprésentes. Les associations spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution ont mis en place des actions pour faire évoluer les représentations : partenariats, travail en réseau, formation, sensibilisation des professionnels…

Ces éléments illustrent la nécessité de la mise en place de partenariats, notamment avec les services de police et de justice. Par exemple, le service ALC/Les Lucioles témoigne, que ces trois dernières années, il reçoit moins d'informations sur les réseaux et moins d'orientations sont faites par la police vers le service. Il est ainsi compliqué de faire avancer certains dossiers sur la traite des êtres humains. Un travail de partenariat, initié en 2012, implique désormais tous les acteurs de la lutte contre la traite des êtres humains au niveau local. Ce travail devrait permettre un meilleur traitement des situations de traite des êtres humains.

6.2 Les enseignements à tirer de l'étude

Lors de la mise en place de l'étude, des adaptations ont dû être envisagées, tant dans la phase préparatoire que dans la phase opérationnelle.

Lors de la phase préparatoire, le calendrier a dû être largement révisé au regard du temps nécessaire pour obtenir, l'autorisation de la Cnil, pour la finalisation des questionnaires et des documents-cadre (plaquette d'information, carte de consultation), la traduction des supports écrits, la préparation des structures, la mise en place de liens entre les structures sociales et les structures de soins.

La phase de recueil des données a duré 9 mois au lieu des 5 mois prévus initialement, en raison de la période estivale, de la mobilisation lente de certaines équipes, du manque d'articulation avec certaines structures médicales.

Malgré l'allongement de la durée de la phase de recueil des données, le nombre de questionnaires renseignés a été deux fois moins important que celui prévu à l'origine. Les structures sociales avaient surestimé le nombre de personnes qu'elles pourraient inclure dans l'étude au regard de leur activité. À ce titre, il serait souhaitable que les données et les indicateurs retenus dans les rapports d'activité soient plus homogènes d'une structure à l'autre, permettant ainsi des comparaisons et des mises en perspectives plus aisées.

Des contingences internes (déménagement, licenciement, réticence de certains professionnels) n'ont pas permis à certaines structures sociales de s'impliquer pleinement dans l'étude. Certaines structures nous ont aussi rapporté une présence policière importante concomitante à la phase de recueil des données, qui a pu éloigner les personnes en situation de prostitution des structures.

Le nombre de personnes incluses a été moindre également du fait de rendez-vous non honorés par les personnes en situation de prostitution, tant dans les structures sociales que médicales.

Un certain nombre de ces raisons sont citées par le service Antigone de Nancy pour expliquer que le nombre de personnes ayant participé à l'étude a été inférieur à celui qui était attendu :

- la difficulté de maintenir le contact avec les personnes souffrant d'addictions ;
- un nombre important de rendez-vous non honorés ;
- l'existence de pressions policières (augmentation des contrôles et procédures d'expulsion) au moment du recueil de données qui a contraint les personnes à exercer leur activité prostitutionnelle dans la clandestinité ;
- le démantèlement d'un réseau.

Pour toutes ces raisons et malgré une file active parfois très élevée, les associations qui ont participé à l'étude n'ont pu inclure davantage de personnes. Aussi, l'échantillon de personnes ayant accepté de participer à l'étude n'est pas représentatif de l'ensemble des publics rencontrés par les associations.

Certaines modalités prévues initialement dans le protocole de l'étude n'ont pas été exploitées. Il s'agit notamment de la mise en place d'un accès gratuit à un service d'interprétariat qui n'a pas été mobilisé par les structures sociales. La question de la langue a donc pu être un frein réel à l'inclusion de personnes étrangères dont la langue n'était pas parlée par les équipes. Par ailleurs, les questionnaires de refus qui prévoyaient de préciser les motifs de refus des personnes ne souhaitant pas participer à l'étude ont été très peu renseignés, ce qui n'a pas permis d'en faire une analyse spécifique. Enfin, la possibilité offerte aux personnes déjà suivies sur le plan médical de faire compléter le questionnaire médical par leur médecin traitant n'a quasiment pas été utilisée.

D'une structure sociale à l'autre, les taux d'orientation vers les structures médicales ont été variables. Cela peut s'expliquer par l'existence de liens plus ou moins tenus préalables à l'étude entre ces deux types de structures et par l'existence d'autres lieux d'accès aux soins gratuits mieux identifiés localement. Par exemple, la faible orientation vers les Ciddist de Montpellier et de Béziers est probablement due au fait que les personnes s'adressent en priorité aux associations de santé locale : Médecins du Monde à Montpellier et l'Association de santé biterroise à Béziers. Il faut aussi prendre en compte le fait que certaines personnes vont déjà d'elles-mêmes au CDAG. Les consultations y sont gratuites, même lorsque les droits ne sont pas ouverts. En général, ces associations prennent en charge les personnes, de la consultation jusqu'à la mise en place d'un suivi, tout en orientant lorsque nécessaire vers les dispositifs de droit commun : consultation générale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), médecins libéraux. Dans le travail de rue de la Babotte, des articulations avec MDM ont été mises en place pour l'ouverture des droits.

Parmi les points positifs évoqués par les structures sociales, il ressort que l'étude a permis de renforcer les partenariats avec les structures médicales lorsque ceux-ci existaient déjà et d'amorcer une démarche commune lorsque ces partenariats ont été initiés pour l'étude. Pour la grande majorité des structures, cette étude a contribué à mieux cerner les besoins en matière de santé et à mieux connaître les situations sociales des personnes.

Même si globalement l'étude a eu un impact positif dans les structures sociales, celles-ci n'ont pas développé de nouvelles actions ni mis en place de nouveaux modes de fonctionnement.

7. Recommandations

Les résultats de l'étude, portant sur des personnes en situation de prostitution s'adressant à des structures d'accompagnement social, nous ont permis de dégager des recommandations. Ces recommandations prennent en compte les constats de l'étude qui ont été présentés et discutés avec les associations concernées et des constats plus généraux.

Nos recommandations s'inscrivent, avant tout, dans le cadre plus large de la promotion d'un accompagnement global individualisé prenant en compte toutes les problématiques et besoins des personnes. Elles s'articulent avec le contexte institutionnel et législatif actuel des politiques visant les personnes en situation de prostitution au regard notamment :

- des ordonnances de 1960, suite à l'adhésion de la France à la Convention de Genève de 1949 qui prévoit que la prostitution n'est ni interdite ni légalement encadrée ;
- de la loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (LSI). La législation en vigueur réprime les conséquences publiques de la prostitution (racolage), les formes d'exploitation de la prostitution ainsi que tout acte la favorisant, en particulier le proxénétisme et l'exploitation sexuelle, notamment en ce qui concerne les victimes de la traite des êtres humains. Elle intègre des actions de prévention auprès des publics en situation de prostitution et accorde une importance primordiale à l'accès à un accompagnement pour les personnes qui le souhaitent par la création de services spécialisés. La LSI a eu un impact sur l'activité prostitutionnelle et sur la santé des personnes prostituées, car elle a entraîné le déplacement des personnes des centres villes vers les périphéries. Elles ont investi de nouveaux territoires (routes nationales, forêts, aires d'autoroute), éloignés des structures associatives et médicales existantes. Leurs activités sont davantage cachées, ce qui a rendu plus complexe l'action des acteurs de prévention.

Pour la première fois, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 comporte un volet spécifique en direction des personnes prostituées, qui s'articule autour de 5 axes : (1) prévention, information, éducation pour la santé, (2) dépistage, (3 et 4) prise en charge médicale, prise en charge sociale et lutte contre les discriminations, (5) recherche et observation [32].

Par ailleurs, un rapport de l'IGAS « Prostitutions : les enjeux sanitaires », publié en décembre 2012, pose un certain nombre de recommandations pour mieux prendre en compte les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution : améliorer la connaissance d'ensemble des prostitutions, mieux prendre en compte les problématiques prostitutionnelles dans les différentes politiques, développer des actions prioritaires en direction des jeunes, accroître les efforts de prévention en développant les outils et moyens confiés aux associations, améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun, en relais des interventions associatives.

Les recommandations développées ci-dessous visent le public concerné spécifiquement par l'étude et plus largement, à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité prises dans leur ensemble.

Dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques intégrant la dimension européenne, en particulier la santé publique (périnatalité, contraception, psychiatrie et santé mentale…), les publics précaires, dont certaines personnes en situation de prostitution, doivent être clairement ciblés pour réduire les inégalités sociales de santé et favoriser leur accès aux dispositifs de droit commun. De même, dans le cadre du projet régional de santé des agences régionales de santé (ARS), ces publics doivent être pris en compte à la fois de façon transversale et obligatoirement au titre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS).

Ces recommandations s'adressent aux acteurs du domaine de la santé et du social spécialisés ou non, mais aussi aux pouvoirs publics. Elles portent sur plusieurs domaines :

- la prévention ;
- l'accès aux droits et aux soins ;
- les partenariats territoriaux ;
- les études ultérieures.

7.1. Recommandations en matière de prévention

Les résultats de l'étude, confortés par l'expérience des travailleurs sociaux, montrent que les questions du bien-être et de l'estime de soi sont centrales dans la prise en compte de la santé globale. Cependant, la santé psychique et les questions de violences sexuelles sont parfois difficiles à aborder dans le cadre de l'accompagnement.

Les antécédents d'IST, le faible taux de vaccinations contre l'hépatite B, les problèmes de surpoids et de consommation tabagique, la vulnérabilité des femmes sur le plan gynéco-obstétrical, la prévalence du VIH déclarée chez les personnes transgenres montrent que les personnes en situation de prostitution incluses dans l'étude ProSanté sont particulièrement exposées à des risques en matière de santé.

→ À l'égard des acteurs de l'accueil, de l'hébergement, du logement et de l'insertion amenés à rencontrer des personnes en situation de prostitution

Il est important que des actions de prévention des risques et d'information soient menées auprès de ces personnes tant au niveau de la connaissance de leur corps que des conséquences de l'activité prostitutionnelle. Ces actions concernent autant l'activité prostitutionnelle que la sphère de la vie privée. Elles permettront de sensibiliser à certains comportements et à leur impact en matière de santé (alimentation, sexualité, contraception, addictions…). La diversité des profils sociodémographiques amène à encourager une approche combinée prenant en compte les aspects psychologiques et culturels, ainsi que les potentielles barrières linguistiques.

Les deux principaux thèmes sur lesquels les personnes enquêtées souhaitent être informées sont le VIH/sida et la contraception.

Il est donc indispensable de maintenir et poursuivre les actions d'informations sur :

- les différents moyens de contraception ;
- les IVG : information sur les modalités et les lieux de pratique des IVG ;
- l'importance d'un suivi gynécologique (dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein notamment) ;
- l'importance d'une vaccination contre l'hépatite B ;
- les structures de soins et de dépistages gratuits, en orientant et/ou accompagnant les personnes si besoin ;
- les risques liés aux différentes pratiques et les moyens de se protéger ;
- les traitements d'urgence en cas de rapport sexuel à risque (rapport non protégé, déchirure du préservatif…) soit vis-à-vis du VIH ou des hépatites soit vis-à-vis des grossesses non désirées (contraception d'urgence).

Les actions de prévention menées notamment sur ces risques permettent une première prise de contact avec les personnes, qui peut par la suite aller au-delà et viser, par exemple à :

- Maintenir et développer des actions d'« aller vers » sur les lieux de prostitution. À ce titre, encourager notamment les partenariats, les conventions multi-partenariales et les actions multi-professionnelles ;
- Poursuivre les distributions des préservatifs et lubrifiant gratuits et informer sur leur usage ;
- Faciliter la mise à disposition des outils d'information et de prévention simples et adaptés en fonction des profils, langues et cultures et des différentes problématiques ;
- Maintenir et renforcer les actions autour du bien-être et de l'estime de soi et du lien social (esthétique, massage, repas conviviaux…) ;
- Aider les personnes en situation de prostitution à identifier des personnes ou lieux ressources tant pour la prise en charge médico-sociale que pour favoriser le lien social notamment avec les pairs.

Par ailleurs en reprenant la définition de la santé énoncée en amont comme une ressource, en y intégrant la notion d'un bien-être social, il nous apparaît indispensable que les équipes qui accueillent et accompagnent ces personnes, continuent, si nécessaire, d'aborder la question de la vie affective et sexuelle en dehors de l'activité prostitutionnelle.

Mise en place de formations auprès des professionnels

Dans le cadre de la formation initiale et/ou continue de l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir auprès de personnes en situation ou en risque de prostitution, des modules spécifiques de sensibilisation aux problématiques de ces personnes devront être mis en place. Ces modules pourront être communs aux professionnels concernés.

Les professionnels concernés sont : les intervenants du social, du médical et du paramédical (notamment les services d'urgence et de gynécologie, les CDAG-Ciddist), de la justice, de la police et les personnels d'accueil des administrations. Le contenu et le degré d'approfondissement de ces formations seront adaptés au corps de métier.

Les éléments de cette formation aborderont :

- introduction au contexte prostitutionnel en France : profils, forme de prostitution, problématiques migratoires, traite des êtres humains…
- repérage des problématiques et identification des besoins : droit, santé, liens familiaux, addictions, violences, risques liés à la sexualité…
- information sur les droits des personnes prostituées, généralités et spécificités : droit sociaux, droit à la santé, droit au séjour en France pour les personnes étrangères…
- information et actions santé : prévention, dépistages répétés, vaccinations, contraception, traitements d'urgence et post-exposition, prise en charge et suivi médical ;
- sensibilisation à une approche psychologique et culturelle ;
- recours à l'interprétariat ....

Des formations-stages croisées pourraient être mises en place : après avoir suivi une formation commune, un professionnel issu d'un secteur (social/sanitaire/police/justice) accompagne sur son lieu de travail un professionnel d'un autre secteur. Ceci leur permet de s'approprier les pratiques professionnelles et les contraintes de l'autre secteur pour mieux les comprendre tout en créant des liens sur un territoire donné.

Un référentiel de formation pourra être élaboré.

Pour les professionnels de santé, des modules de formation pourront être proposés via les différents canaux existants (formation initiale des IFSI via les conseillères pédagogiques, circulaire annuelle de la DGOS pour la formation continue des personnels hospitaliers, développement professionnel continu).

→ À l'égard des pouvoirs publics

Ces actions de prévention doivent être soutenues par les pouvoirs publics dans un objectif de santé publique à tous les échelons territoriaux : national, régional, local et sur les territoires de santé.

À ce titre, il nous paraît primordial que l'État et notamment les Agences régionales de santé (ARS) :

- financent les actions de prévention mises en œuvre par les associations intervenant auprès des personnes prostituées ;
- financent des actions de formation des professionnels intervenant auprès de ces publics : formation de professionnels relais à la contraception, formation en santé mentale par le secteur de psychiatrie à l'aide du guide DGS/DGAS « Souffrance psychique ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social » (avec en particulier le repérage de la souffrance psychique et du risque suicidaire) ;
- développent, dans le cadre des schémas régionaux de prévention, des programmes de promotion de la santé mentale dans une approche globale et positive : prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé économiques, sociaux, psychosociaux, spécifiques à cette population, tout en impliquant les bénéficiaires, les professionnels de la santé mentale et de l'asile, les acteurs associatifs, institutionnels et politiques locaux…(exemples : groupes de parole et de réflexion sur le thème de la santé, permettant d'aborder la question du bien-être, du rapport aux autres, et favorisant l'expression individuelle ; ateliers-animations sur la gestion de situations difficiles, mécanismes et modalités d'adaptation à l'environnement, mobilisation de ressources personnelles et collectives) ;
- favorisent les interventions des équipes mobiles psychiatrie précarité dans les structures d'accueil et d'hébergement, ces équipes étant chargées de faciliter l'accès aux soins (CMP, médecine générale, réseaux de santé mentale…) et de former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale auxquels ils sont confrontés ;

7.2 Recommandations en matière d'accès aux soins et aux droits

Il ressort de l'étude ProSanté que 24 % des personnes n'ont aucune couverture maladie et 55 % des personnes n'ont pas de complémentaire santé. Or, la principale raison de renoncement aux soins mentionnée par les personnes enquêtées est financière.

→ À l'égard du réseau du secteur de l'accueil, l'hébergement et l'insertion

Comme cela peut déjà se faire, notamment dans les services spécialisés auprès des personnes en situation de prostitution, il nous apparaît nécessaire que l'accompagnement social global intègre un volet santé comprenant :

- L'ouverture systématique des droits permettant que chaque personne suivie ait une couverture maladie, en lien notamment avec un lieu de soin éventuel
- L'orientation vers les dispositifs de santé de droit commun, tant publics (notamment les dispositifs anonymes et gratuits) que privés, somatiques que psychiques, avec la proposition systématique d'accompagner la personne vers les soins
- Le soutien dans les démarches de soins

→ À l'égard des professionnels de santé

Les professionnels de santé doivent accueillir et prendre en charge les personnes en situation de prostitution, sans jugement de valeur ou discrimination, notamment dans des situations d'urgence telles que l'évaluation d'une exposition sexuelle au risque viral et la mise en route d'un traitement

postexposition (TPE). Il en est de même pour tout autre recours aux soins, qu'il s'agisse d'une consultation médicale auprès d'un médecin de ville ou en établissement de santé, dans une situation d'urgence ou non (demande de recours à une IVG, consultation aux urgences pour coups et blessures…)

→ À l'égard des pouvoirs publics

L'égalité de tous dans l'accès aux soins et aux droits nécessite une véritable volonté politique passant par un accès effectif aux dispositifs de droit commun (accès à l'emploi, à la formation, au logement, aux soins…).

Il est essentiel que l'État et notamment les Agences régionales de santé (ARS)

- Permettent un accès à une contraception adaptée pour les femmes : partenariats avec les conseils généraux pour faciliter une information sur les services offerts par les centres de planification en matière de contraception, sur les CPEF géographiquement accessibles [33]…
- Facilitent le recours aux IVG pour les personnes en situation de précarité, quelle que soit leur couverture maladie (information sur les lieux de pratique des IVG -en établissements de santé et « hors établissements de santé »-, sur les dispositifs de prise en charge gratuite…) ;

Un aménagement de certaines dispositions législatives actuelles permettrait sans doute de réduire les inégalités de santé touchant les populations les plus vulnérables. La FNARS porte un certain nombre de ces revendications, afin de permettre que l'accès à une couverture maladie soit effectif pour tous[27].

Il ressort des entretiens menés avec les structures qu'un des freins à l'accès aux soins et aux droits a été renforcé par l'isolement et la fragilisation des personnes en situation de prostitution suite à l'application de la loi de sécurité intérieure (mars 2003) qui est à revisiter.

Dans le même sens, il est essentiel que les dispositions législatives protégeant les personnes en situation de prostitution soient appliquées (régularisation et protection des victimes de la traite, lutte contre la traite et le proxénétisme, démantèlement des réseaux)

7.3 Recommandations pour la mise en place de partenariats territoriaux

Les problématiques auxquelles sont confrontées les personnes en situation de prostitution relèvent du champ d'action de plusieurs acteurs : services de l'État, collectivités, associations, corps médical, etc. Des partenariats sont donc indispensables pour permettre à chacun de s'inscrire dans la cité et d'accéder au droit commun.

→ Des partenariats entre le secteur sanitaire et le secteur social

La dimension santé et l'accès aux soins doivent s'inscrire dans l'accompagnement social global individualisé au même titre que l'accès au logement et à l'emploi.

Il ressort de l'étude l'importance des partenariats, existants ou engagés, entre les associations et les structures de dépistages et de soins gratuits (Ciddist, CPEF) et l'implication des parties prenantes.

---

[27] Suppression du délai de 3 mois de séjour en France avant l'ouverture de la CMU et de l'AME, fusion de la CMU et de l'AME, alignement du plafond de ressources pour les bénéficiaires de la CMU sur celui du seuil de pauvreté, accès au tiers payant équivalent à celui des bénéficiaires d'une couverture maladie en France pour les ressortissants de l'Union européenne en situation de précarité, accès gratuit des professionnels à l'interprétariat ou à des médiateurs culturels sur les territoires de santé

Lorsque cela n'était pas préalablement formalisé, cette démarche de recherche-action portée par l'étude ProSanté a permis :

- Pour certaines associations, de mieux identifier et connaître les personnels médicaux et paramédicaux et leurs contraintes, tant au niveau du soin que de l'accueil ;
- Pour certains Ciddist et CPEF, de mieux identifier et connaître les associations, les intervenants sociaux et d'être sensibilisés aux problématiques des personnes en situation de prostitution ;
- D'identifier les ajustements nécessaires afin de faciliter l'accueil et la prise en charge de ce public (aménagement des horaires de consultation, accueil en groupe, actions hors les murs…).

La mise en place de partenariats formalisés et pérennes est donc essentielle pour l'intégration de la dimension santé dans l'accompagnement social. Des passerelles entre les services de soins et les associations doivent être favorisées. À ce titre, la venue de professionnels de santé sur le terrain devrait leur permettre de s'acculturer au contexte de l'exercice prostitutionnel. À titre d'exemple, les actions visant à proposer des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH permettent l'implication des professionnels de santé, soit directement sur site, soit comme personnes ressources vers qui orienter les personnes en difficulté de prévention ou dépistées positives.

Néanmoins, les partenariats ne peuvent se limiter aux structures CDAG, Ciddist, CPEF et doivent être élargis à d'autres partenaires : médecins libéraux, consultations hospitalières, centres médico-psychologiques, réseaux de santé, centres de santé, centres de vaccination…

Le rôle des médiateurs culturels est également primordial, pour faciliter la compréhension des besoins des personnes, et réciproquement la compréhension des prostituées étrangères des dispositifs de santé et médico-sociaux français. Il est important que les médiateurs soient issus des communautés concernées pour des questions linguistiques mais aussi culturelles, afin d'éviter tout rapport de jugement moral.

La vulnérabilité psychique de la population étudiée montre aussi l'importance de sensibiliser les intervenants sociaux à cette problématique, en s'appuyant sur un partenariat avec le secteur de la santé mentale.

→ Des partenariats entre associations

Les associations sont porteuses de nombreux dispositifs qui répondent le plus souvent à des problématiques et des besoins bien spécifiques. À ce titre, il est important qu'un maillage territorial soit mis en place entre les différents acteurs permettant ainsi la meilleure orientation et le meilleur accompagnement possibles. Des temps de rencontres entre acteurs sont nécessaires afin de favoriser une meilleure connaissance réciproque des missions, des pratiques et des publics. Des rencontres entre les différentes associations qui accueillent et accompagnent des personnes en situation de prostitution (associations gestionnaires de CHRS, Structure de l'insertion par l'activité économique, accueil de jour, associations de santé communautaire, associations caritatives…) apparaissent également souhaitables.

À titre d'exemple, des liens peuvent être tissés avec les associations en addictologie (CSAPA, CARRUD). En effet, bien que les addictions concernent peu de personnes enquêtées, il ressort des échanges que nous avons eus avec les intervenants sociaux que cette problématique est pourtant très présente dans la population accueillie. La mise en place des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) dans les départements a favorisé le maillage entre les associations grâce à une meilleure connaissance de leurs fonctions et de leurs publics. Ce dispositif récent devrait permettre de mieux orienter les personnes sur

les dispositifs qui leur sont adaptés. Néanmoins, les SIAO doivent s'articuler avec le dispositif national d'orientation en vue d'un accueil sécurisant pour les victimes de la traite des êtres humains.

→ Des partenariats entre les services institutionnels et les associations

Dans le cadre de leur activité, les associations sont souvent en lien avec un certain nombre de services de l'État parmi lesquels la Justice et la Police. Certaines associations ont souligné l'intérêt d'établir des relations avec les services de police et de la justice afin d'orienter les personnes en toute confiance vers ces services en les accompagnant pour un dépôt de plainte, une démarche de témoignage, un suivi de procédure judiciaire. Inversement, les services de la police et de la justice peuvent orienter les personnes vers les associations, afin qu'elles bénéficient d'un accompagnement adapté. Par ailleurs, le lien de confiance qui peut s'établir favorise des échanges d'informations sur les réseaux dans le respect et dans les limites du secret professionnel et du secret partagé, utiles tant aux associations qu'à ces services.

Il pourrait être intéressant de développer la présence d'intervenants sociaux au sein des commissariats, ceux-ci ayant au préalable reçu une information sur la traite des êtres humains et la prostitution et de former les personnels de la police à l'accueil de ces publics

Concernant les ARS, les associations doivent être en lien avec les instances décisionnelles régionales afin de prendre en compte les problématiques de cette population. Elles doivent notamment participer au suivi de la mise en œuvre des PRAPS. En vue d'améliorer leur état de santé, leur accès aux soins et aux droits, une place doit être consacrée à ces personnes de manière transversale dans l'ensemble des schémas (prévention, organisation des soins et du médico-social) et programmes régionaux mais également de manière plus spécifique dans l'élaboration des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la santé et aux soins des plus démunis).

Au niveau local, il est nécessaire de renforcer le partenariat entre les antennes des services publics (Pôle emploi, CPAM…) et les associations. Ce partenariat peut se concrétiser notamment par l'intervention de ces acteurs dans les associations : permanences dans les structures par exemple.

→ Des partenariats entre les collectivités et les associations

Les personnes en situation de précarité (notamment en situation de prostitution) rencontrent des problématiques relevant de la compétence de différentes collectivités territoriales. Afin de leur assurer un réel accès aux droits et une réelle prise en compte de leur besoin de manière transversale, des partenariats devront être formalisés à chaque niveau de compétence territoriale :

- Municipalité et accès au centre communal d'action social (CCAS) ;
- Conseil général et accès au revenu de solidarité active (RSA), et protection maternelle et infantile et protection de l'enfance ;
- Conseil régional et accès à la formation.

7.4 Recommandations pour des études ultérieures

Les données de l'étude ont fait ressortir que certaines problématiques sociales et de santé sont particulièrement prégnantes auprès des personnes enquêtées. Il apparaît que c'est le cumul de ces problématiques qui entraîne et aggrave des situations de précarité et d'exclusion, et justifie ainsi une connaissance et une observation globale prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé.

Des études complémentaires pourraient être envisagées afin :

- d'avoir une vision plus représentative de la prostitution en France en incluant un panel large d'associations travaillant auprès de personnes en situation de prostitution, et en associant les personnes prostituées elles-mêmes à la mise en œuvre des études
- de couvrir d'autres champs de la prostitution, comme la prostitution étudiante, sur internet, de personnes vieillissantes… et d'autres lieux géographiques, comme les Départements d'Outre-mer (DOM) ;
- d'approfondir certaines thématiques sociétales, telles que la parentalité, au travers notamment d'études qualitatives ;
- d'approfondir certaines problématiques de santé, comme notamment celle de la santé psychique, des addictions…
- de recenser les actions de prévention menées auprès des clients pour proposer une méthodologie d'intervention, expérimenter des interventions pilotes et évaluer leur impact.

L'article 52 de la LSI stipule, qu'à compter de 2004, le Gouvernement déposera chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide. Cet article de la LSI n'est pas mis en œuvre, or il serait primordial de disposer de données et d'indicateurs chiffrés réguliers sur la situation des personnes prostituées en France et sur les moyens mis en œuvre en direction de ce public.

Références bibliographiques

[1] Cesar C. Étude Abena 2004-2005. Comportements alimentaires et situations de pauvreté. Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. 103 p.
Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3500

[2] Bousquet D, Geoffroy G. Rapport d'information n°3334 déposé en application de l'article 145 du Règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prostitution en France. Paris: Assemblée Nationale; 2011. 383 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3334.pdf

[3] Boldor R, de Montvalon P, Marengo F. Personnes transgenres d'origine péruvienne en situation de prostitution à Nice. Nice: ALC; 2010. 52 p.

[4] Institut TMO Régions, Institut Wei. Les solitudes en France. Rapport 2012. Paris: Observatoire de la Fondation de France; 2012. 28 p.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.fondationdefrance.org/content/download/14723/200506/version/2/file/Les+Solitudes+en+France+-+Rapport+2012.pdf

[5] Drees. Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : Drees; 2011. p. 97-103.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

[6] Conseil national du sida. VIH et commerce du sexe. Synthèse de l'avis VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. Paris: Conseil national du sida; 2010. 4 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/cns_synthese_prostitution_20120718.pdf

[7] Beck F, Guignard R, Du Roscoat E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Numéro thématique. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Bull Epidemiol Hebd [Internet] 2011;(47-48):488-492.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf

[8] Firdion JM, Beck F, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en france. Bull Epidemiol Hebd [Internet] 2011;(47-48):508-510.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf

[9] Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances 2011;76:1-6.
Disponible à partir de l'URL : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbr6.pdf

[10] Cagliero S, Lagrange H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2004. 93 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxscka.pdf

[11] da Silva LL, Evangelista L. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2004. 149 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxldka.pdf

[12] Bajos N, Bozon B, Beltzer N, et l'équipe CSF. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte; 2008.

[13] Guillemaut F. Femmes migrantes. Enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe. Stratégies et empowerment. Lyon: Association Cabiria; 2005. 287 p.

[14] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France, situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France; 2011. 153 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

[15] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Questions d'économie de la Santé 2009;146
Disponible à partir de l'URL : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf

[16] Drees. Dépistage du cancer du col de l'utérus. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : Drees; 2011. p. 248-9.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

[17] Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. Numéro thématique. Santé et recours aux soins des migrants en France. Bull Epidemiol Hebd [Internet] 2012;(2-3-4):45-47.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/27502/145753/version/15/file/beh_2_3_4_2012.pdf

[18] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. Population 2009;64(3):495-529.
Disponible à partir de l'URL : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1489/publi_pdf2_fr_ivg_pop3.pdf

[19] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français. Contraception, Fertilité, Sexualité 1996;24(1):72-77.

[20] de Vincenzi I, Braggiotti L, El Amri M, Ancelle Park R, Brunet JB. Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris. Bull Epidemiol Hebd 1992;(47):223-224.
Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/1992/47/beh_47_1992.pdf

[21] d'Almeida Wilson K, Lert F, Berdougo F, Hazera H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. Bull Epidemiol Hebd 2008;(27):240-244.
Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf

[22] Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd 2011;(42):433-437.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/23362/133093/version/14/file/BEH_42_2011.pdf

[23] Giami A, Le BJ. Infection à VIH et IST dans la population "trans" : une revue critique de la littérature internationale. Rev Epidemiol Sante Publique 2011;59(4):259-268.

[24] Aubin C, Jourdain-Menninger D, Emmanuelli J. Prostitution : les enjeux sanitaires. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2012. 147 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf

[25] Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. Numéro thématique. Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France. Bull Epidemiol Hebd [Internet] 2012;(29-30):333-338.

Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/41267/188875/version/3/file/beh_29_30_2012.pdf

[26] Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006. 176 p.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf

[27] Goulet V, de Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, *et al.* Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? Bull Epidemiol Hebd 2011;(12):160-164.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.invs.sante.fr/content/download/4392/28794/version/4/file/beh_12_2011.pdf

[28] Beck F, Léon F, Léger D. Troubles du sommeil : une approche exploratoire. In: Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2005. p. 519-32.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

[29] Drees. Hypertension artérielle. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : Drees; 2011. p. 288-91.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

[30] Drees. Surpoids et obésité chez l'adulte. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : Drees; 2011. p. 142-3.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

[31] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2010. Paris: Médecin du Monde; 2010. 260 p.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.medecinsdumonde.org/content/download/1794/13885/file/DEF2011RapportCompletVF201011.pdf

[32] Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2010. 266 p.
Disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

[33] Les centres de planification ou d'éducation familiale. Ministère des affaires sociales et de la santé [mis à jour le 2010] [consulté le 25/01/2013].
Disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html

Étude ProSanté 2010-2011

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

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont conduit une étude sur la santé des personnes en situation de prostitution, dans une démarche de recherche-action, dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale de cette population. Au total, 251 personnes ont participé au volet Santé-social de l'étude, réalisé au sein de structures associatives et 78 personnes ont participé au volet médical, réalisé dans des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ou des Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Plus des trois-quarts (78 %) des personnes enquêtées étaient de nationalité étrangère et les deux tiers étaient des femmes. Les personnes enquêtées cumulaient de nombreux facteurs de précarité sociale (isolement relationnel, conditions de logement, titre de séjour, couverture maladie).

Plus de la moitié des personnes ont déclaré être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à la population générale. Les femmes présentaient une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux IVG). Les personnes transgenres étaient largement touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44 %.

La population de l'étude, fragile sur le plan de la santé psychique, était particulièrement exposée aux violences physiques et psychologiques.

Compte tenu des structures sollicitées, cette étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France. Elle permet néanmoins de formuler des recommandations en termes de prévention et d'accès aux droits et aux soins.

Mots clés : prostitution, précarité, état santé, accès soins, enquête santé, France

ProSanté Study 2010-2011

Study on health status, access to healthcare and to rights of prostitutes met in social and medical facilities

A survey about the health of prostitutes was conducted jointly by the National Federation of Social Reintegration Associations (FNARS) and the French Institute for Public Health Surveillance (InVS). The finality of this research-action was to contribute to improve health and medico-social care of this population. A total of 251 people participated in the social part of the study, conducted in associations, and 78 people participated in the medical part, which took place in Information Centres for the screening and diagnosis of Sexually Transmitted Infections (Ciddist) or Family Planning or Education Centres (CPEF).

More than three quarters of people (78%) were foreigners and two thirds were women. Respondents presented numerous social precariousness factors (social isolation, housing conditions, residence permit, and social insurance).

More than half of people reported to be in a fair, poor or very poor health condition, this proportion was much higher than the one observed in the general population. Women were particularly vulnerable on a gyneco-obstetrical level (poor cervical cancer screening, low use of oral contraception, and high levels of abortion). Transgender persons were particularly affected by HIV, with a self-reported prevalence of 44%.

The study population was vulnerable in terms of mental health, and particularly exposed to physical or psychological violence.

This survey is not representative of the all prostitute population in France considering the structures involved in the study. It contributes however to issue recommendations to better adapt prevention efforts and facilitate access to rights and healthcare.

Citation suggérée :
FNARS, InVS. Étude ProSanté 2010-2011. 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. Rapport. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 146 p. Disponible à partir de l'URL : http://www.invs.sante.fr

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00
Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr

FNARS
76 rue du Faubourg Saint-Denis
75010 Paris
Tél. : 33 (0)1 48 01 82 00
Fax : 33 (0)1 47 70 27 02
www.fnars.org

ISSN : en cours
ISBN-NET : 978-2-11-131104-6
Réalisé par Service communication - InVS
Dépôt légal : mars 2013