



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DE SANTÉ PUBLIQUE

État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire

Date de validation par le collège de la HAS : janvier 2016

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication – information
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Avis de la Commission d'Évaluation Économique et de Santé Publique	4
2. Introduction.....	7
2.1 Saisine	7
2.2 Analyse de la saisine.....	7
2.3 Populations concernées	8
2.4 Plan de réalisation de l'évaluation.....	9
2.5 Méthodologie	9
2.6 Périmètre de l'évaluation.....	10
2.7 Intitulé du document et choix terminologiques.....	11
3. Méthode et résultat de la recherche documentaire	12
4. État des lieux de la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe	14
4.1 Alcool, tabac et drogues.....	15
4.2 Contraception et santé reproductive	19
4.3 Infections sexuellement transmissibles et troubles gynécologiques	20
4.4 Santé mentale.....	26
4.5 Troubles liés au processus de changement de sexe.....	28
4.6 Violences	29
4.7 Autres problématiques sanitaires.....	31
5. Les facteurs de vulnérabilité sanitaire des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe	34
5.1 Addictions à des substances psychoactives.....	34
5.2 Personnes débutant leur activité et/ou exerçant une activité occasionnelle	35
5.3 Précarité économique et sociale	35
5.4 Réseaux de traite des êtres humains.....	41
5.5 Situation de clandestinité liées au cadre juridique de la prostitution	42
Annexe 1. Méthodologie des études quantitatives	52
Annexe 2. Données quantitatives	71
Annexe 3. Prévalence en population générale	102
Annexe 4. Résumé des recommandations de bonnes pratiques validées sur les problématiques sanitaires vis-à-vis desquelles les personnes en situation de prostitution/tds sont particulièrement exposées.....	106
Annexe 5. Parties prenantes sollicitées	128
Annexe 6. Compte rendu de la première réunion du groupe de parties prenantes	129
Annexe 7. Compte rendu de la deuxième réunion du groupe de parties prenantes	137
Liste des Tableaux.....	143
L'équipe	145
Bibliographie	146
Fiche descriptive	152

1. Avis de la Commission d'Évaluation Économique et de Santé Publique

En réponse à la saisine qui lui a été adressée par la Direction générale de la santé, la HAS a réalisé un état des lieux des connaissances sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution et sur les facteurs de vulnérabilité sanitaire de ces personnes. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'éventuelles modifications réglementaires futures, susceptibles d'avoir un impact sur la santé des personnes en situation de prostitution, et ont pour vocation de servir de socle de connaissances à une politique de réduction des risques.

Au préalable, il convient d'indiquer que la Commission d'évaluation économique et de santé publique de la HAS (CEESP) a pris note des controverses importantes concernant l'usage des termes « personnes en situation de prostitution » et « travailleurs du sexe ». Le terme « prostitution » est employé dans la loi française, tandis que les seconds sont privilégiés par les représentants associatifs des personnes qui mènent cette activité (dont le syndicat des travailleurs sexuels, STRASS), et ils sont couramment utilisés au niveau international dans les publications de santé publique (traduction de « sex worker »). La CEESP constate par ailleurs que de nombreux acteurs rencontrés dans le cadre du groupe des parties prenantes emploient les deux expressions successivement, soit dans l'objectif d'être le plus consensuel possible, soit pour désigner deux populations distinctes. Les termes de « travailleurs du sexe » désignent alors, dans les discours, les personnes déclarant avoir choisi librement cette activité, tandis que les termes « personnes prostituées » ou « personnes en situation de prostitution » concernent les personnes menant cette activité sous la contrainte. La CEESP considère que, dans ce contexte, le choix de ces termes implique un jugement de valeur qu'il ne lui revient pas d'effectuer et propose d'utiliser l'expression « personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe (tds) » dans un objectif de neutralité. C'est donc cette expression qui sera utilisée dans la suite du présent avis et dans la suite du document.

La CEESP constate qu'il existe un nombre important d'études de bonne qualité méthodologique sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds réalisées en Grande-Bretagne, en Espagne, en Italie et en Belgique, en plus des études françaises plus rares. Ces études apportent des informations sur un certain nombre de problématiques sanitaires (VIH/Sida et infections sexuellement transmissibles (IST), troubles gynécologiques et violences physiques et verbales) jugées pertinentes dans le contexte français. En revanche, la CEESP souligne le manque d'études scientifiques françaises et européennes sur l'état de santé mentale des personnes en situation de prostitution/tds. Il existe également un manque d'études récentes sur la consommation de drogues, en particulier des drogues de synthèse. Enfin, la CEESP relève qu'il existe peu de données sur la prévalence des hépatites B et C chez les personnes en situation de prostitution/tds et qu'elles ne sont pas convergentes, si bien qu'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions robustes. Dans la mesure où la situation épidémiologique concernant l'hépatite B et C varie dans les différents pays européens, il serait utile de disposer de données françaises.

Enfin la CEESP remarque l'absence de publication des données de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTH) sur le nombre de personnes en situation de prostitution/TDS et sur les conditions et lieu d'exercice de ces personnes et l'absence de réponse aux requêtes adressées par la HAS auprès du ministère de l'Intérieur dont fait partie l'OCRTH.

Sur le fondement de cette revue de la littérature, la CEESP relève que les données disponibles n'indiquent pas que l'activité prostitutionnelle est en soi un facteur de risque d'infection au VIH/Sida, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique (ex. consommation de drogue par voie intraveineuse, précarité économique et administrative induite par la situation irrégulière sur le territoire). Ces facteurs de vulnérabilité limitent en effet la capacité des personnes à résister aux pressions exercées par des tiers pour obtenir des pratiques à risques (ex. rapports sexuels non protégés). Ces pressions peuvent être exercées par des clients, par des proxénètes ou d'autres personnes de leur entourage. Il peut s'agir de pres-

sions économiques (ex. prix plus élevés pour des rapports non protégés) ou de pratiques coercitives (ex. agressions physiques, viols, préservatifs retirés pendant l'acte, chantages exercés par les clients au moyen des sites de notation pour les personnes exerçant leur activité sur internet). Dans les différentes études, la proportion de personnes infectées par le VIH/SIDA était plus élevée chez les personnes migrantes indépendamment de la régularité de leur situation, en particulier chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, mais ces différences ne sont jamais statistiquement significatives. Même si un sur-risque d'infection au VIH/Sida lié à l'activité prostitutionnelle n'est pas démontré en dehors de ces situations de vulnérabilité, il reste que les hommes et les personnes transgenres en situation de prostitution/tds sont beaucoup plus exposés au risque d'infection au VIH/SIDA par rapport aux femmes, dans la population des personnes en situation de prostitution/tds. Ces différents niveaux d'exposition sont cohérents avec les différences d'exposition en population générale, entre les femmes, les hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) et les personnes transgenres. La CEESP préconise, quelles que soient les évolutions réglementaires futures, de poursuivre les politiques de prévention de la transmission du VIH/sida dans ces populations particulières, et notamment les actions de réduction des risques (distribution de préservatifs et de lubrifiants, sessions d'information et de rencontres entre pairs).

Par contraste avec ce premier constat, il apparaît que les personnes en situation de prostitution/tds sont davantage exposées que la population générale aux risques d'IST moins connues (chlamydia, gonocoque et papillomavirus) et de certains troubles (vaginose, candidose, inflammation pelvienne et anomalies cytologiques). La CEESP recommande donc de favoriser une information efficace des personnes sur les pratiques de prévention de ces infections, leur dépistage et sur les parcours de soins recommandés (dans les cas où elles surviennent), notamment au moyen de l'intervention des associations sur le terrain. Les résumés des recommandations de bonnes pratiques disponibles en France sur ces IST et sur ces troubles, proposés en annexe du présent document, devrait permettre de favoriser la diffusion de ces informations. Elle recommande également que soit engagée une réflexion sur la diversification des zones de dépistage de ces infections (zones anale et pharyngée) en fonction des pratiques sexuelles.

La CEESP constate par ailleurs que, d'après les données disponibles, les personnes en situation de prostitution/tds sont surexposées à un risque de violence physique et verbale (menaces, injures), en particulier les personnes qui exercent leur activité dans la rue. Ces violences sont d'autant plus problématiques que la littérature suggère un faible recours aux soins des personnes qui les subissent et une faible déclaration auprès de la police en raison de craintes vis-à-vis d'institutions publiques dont elles redoutent le contrôle. La prévention de ces violences et l'amélioration de la prise en charge des personnes qui en sont victimes constituent donc également un enjeu de santé publique. Des dispositifs de prévention et de prises en charge des violences ont été mis en place dans certains pays ; l'opportunité d'en instaurer en France pourrait être étudiée. Les personnes victimes de réseaux de traites des êtres humains sont à l'évidence les personnes les plus exposées à ces risques de violences qui peuvent atteindre des proportions extrêmes, comme l'indique une étude menée par la London School of Hygiene & Tropical Medicine en Grande-Bretagne publiée en 2004.

En raison de l'absence de données scientifiques publiées sur l'impact de l'activité prostitutionnelle sur la survenue de souffrance psychique, il n'est pas possible de définir une nosographie des troubles mentaux qui affecteraient plus spécifiquement les personnes en situation de prostitution/tds. Les professionnels de santé spécialisés dans leur prise en charge, interrogés dans le cadre de ce travail, ont confirmé cette absence de données et ont souligné la pluralité des situations dans lesquelles se trouvent les personnes en situation de prostitution/tds et les conséquences diverses que chacune de ces situations pouvaient avoir sur la survenue de troubles mentaux : situation de traite, situation d'exil et rupture que cela entraîne avec le milieu familial et culturel d'origine, prostitution étudiante, etc. Ces professionnels ont toutefois précisé que l'absence de ces données ne devait pas freiner la mise à disposition de ressources pour offrir un accompagnement psychologique aux personnes qui se prostituent lorsqu'elles sont en situation de souffrances psychiques. Le repérage de ces souffrances psychiques par les associations ou par les professionnels de santé en vue d'une orientation de la personne vers des structures adaptées doit alors

être effectué sans jugement de valeur et conformément à la neutralité qui doit accompagner toute démarche de soins.

Les données disponibles montrent une très forte consommation de tabac par les personnes en situation de prostitution/tds, comparable à celle du groupe socioéconomique chez qui la consommation de tabac est la plus élevée en population générale en France, à savoir les personnes au chômage. Cette forte consommation de tabac estimée est cohérente par rapport au ressenti des acteurs de terrain interrogés dans le cadre du groupe des parties prenantes. Des programmes de prévention en matière de consommation de tabac pourraient donc utilement être intégrés dans l'action sur le terrain des associations. Les principales recommandations sur les stratégies d'aide à l'arrêt du tabac sont également résumées en annexe du document.

La CEESP souligne l'interaction entre des déterminants sociaux et l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds. Il semble donc opportun d'encourager l'accès aux dispositifs de couverture d'assurance maladie, à l'information et aux structures de soins au moyen d'un accompagnement adapté aux spécificités culturelles et linguistiques de ces personnes (médiation culturelle), comme cela est actuellement envisagé pour les populations migrantes en général. De même, la CEESP a pris note de l'opinion des parties prenantes selon lesquelles le contexte social et réglementaire français actuel freine l'accès au logement des personnes en situation de prostitution/tds (discriminations en raison de leur activité prostitutionnelle, racisme et xénophobie, absence de fiches de paie), ce qui peut conduire certaines personnes à rencontrer des problèmes d'insalubrité et l'absence d'un cadre propice à un mode de vie sain et sécurisant. D'après les parties prenantes, des dispositions pénales en matière de lutte contre le proxénétisme freinent également l'accès au logement.

Enfin, à la suite des demandes adressées par les parties prenantes, une revue de la littérature a été réalisée pour évaluer l'impact des politiques réglementaires sur la santé des personnes en situation de prostitution/tds. La CEESP a alors constaté le manque de données disponibles permettant d'estimer directement et de façon robuste ces impacts. Elle remarque toutefois que des données canadiennes et anglaises permettent d'identifier de façon indirecte d'éventuels effets délétères de politiques de pénalisation des clients. Il serait donc pertinent, si une évolution réglementaire avait lieu en France, de recueillir prospectivement des données quantitatives robustes concernant l'impact de cette évolution sur la santé des personnes en comparant, à J0, la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds et celle à moyen ou long terme, sur des critères définis *a priori*. Ces données ne permettront toutefois pas de résoudre l'ensemble des controverses soulevées par le cadre juridique de la prostitution. En effet, ces controverses découlent à la fois de désaccords sur les conséquences négatives de ces politiques sur la santé des personnes et sur des conflits de valeurs (conflit sur le poids à accorder à certains principes par rapport à d'autres et conflits sur l'interprétation de certains principes).

En conclusion, la CEESP est d'avis que les interlocuteurs de premier recours en matière de santé des personnes en situation de prostitution/tds (associations, professionnels de santé) doivent avoir pour objectif d'améliorer la santé globale de ces personnes grâce à la prévention et au dépistage précoce non seulement des pathologies vis-à-vis desquelles ces personnes sont surexposées en raison de leur activité, comme certaines IST, mais également des pathologies susceptibles de les affecter en raison de leur âge, de leur genre ou de leur mode de vie, pour lesquelles des programmes de santé publique sont mis en place en population générale (ex. dépistage de cancers, risques cardio-vasculaires).

2. Introduction

2.1 Saisine

La Direction générale de la santé a saisi la HAS en 2014 pour réaliser un référentiel sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et des dommages sanitaires et psychologiques liés à l'activité prostitutionnelle.

Cette demande fait suite au constat posé par l'IGAS en 2012 (4) selon lequel :

- les personnes qui se prostituent/tds sont exposées à des risques sanitaires élevés, à la fois en raison des spécificités de leur activité professionnelle et en raison de conditions de vie dégradées et d'une vulnérabilité individuelle et sociale ;
- il existe une grande hétérogénéité dans les modes d'exercice et les conditions de vie de ces personnes selon les lieux où elles exercent leur activité (rue, internet, etc.) et selon les conditions de leur entrée dans la prostitution (prostitution indépendante, occasionnelle, réseaux proxénètes), si bien que les risques sanitaires auxquels elles sont soumises sont de natures diverses.

L'IGAS rapportait que les personnes en situation de prostitution/tds sont difficilement accessibles et que le milieu associatif a développé des modalités d'intervention spécifiques en fonction des publics (en particulier pour la prostitution de rue) qui ont montré leur pertinence. Par conséquent, l'IGAS concluait qu'il n'était pas pertinent de mettre en place une « politique publique de la prostitution ». En revanche, il serait nécessaire de favoriser un pilotage d'ensemble des politiques de prévention des risques sanitaires au moyen d'une « mise en commun des informations et la définition d'objectifs pragmatiques (qui) doivent permettre de disposer de références communes à l'ensemble des acteurs » (4).

Une réunion de cadrage avec le demandeur s'est tenue le 8 avril 2014 et a permis de préciser le contexte de cette demande et les attentes du demandeur. A cette occasion, le demandeur a souligné que ce référentiel avait pour vocation de servir de socle de connaissances d'une politique de réduction des risques. Il s'agit également de produire un outil pratique à destination des différents acteurs en charge de la santé des personnes en situation de prostitution/tds, notamment pour favoriser une harmonisation et une coordination des pratiques des différents intervenants.

Le demandeur a indiqué qu'il lui était nécessaire de disposer de ce référentiel de façon à accompagner une évolution réglementaire éventuelle.

2.2 Analyse de la saisine

Cette demande de la DGS s'inscrit dans le cadre de discussions sur d'éventuelles évolutions réglementaires. Après une longue période de mise en œuvre d'une politique dite « réglementariste », qui tend à considérer que la prostitution est un « mal nécessaire » et qu'il s'agit avant tout de préserver l'ordre public et de prévenir les risques sanitaires (5), la France s'est engagée depuis la loi « Marthe Richard » du 13 avril 1946¹, dans une politique cette fois-ci « abolitionniste » qui avait conduit à la fermeture des maisons closes. Cette politique abolitionniste a été réaffirmée en décembre 2011, avec la proposition de résolution adoptée par l'Assemblée nationale², puis en dé-

¹ Confortée en France par la ratification de la Convention de l'ONU du 2 décembre 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui.

² « L'Assemblée nationale, [...] considérant que la non-patrimonialité du corps humain est l'un des principes cardinaux de notre droit et qu'il fait obstacle à ce que le corps humain soit considéré, en tant que tel, comme une source de profit ; considérant que les agressions sexuelles, physique et psychologique qui accompagnent le plus souvent la prostitution portent une atteinte particulièrement grave à l'intégrité du corps des personnes prostituées ; considérant que la prostitution est exercée essentiellement par des femmes et que les clients sont en quasi-totalité des hommes, contrevenant ainsi au principe d'égalité entre les sexes, 1. Réaffirme la position abolitionniste de la France, dont l'objectif est à terme une société sans prostitution (...) ».

cembre 2013, avec une proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel prévoyant à la fois l'abolition de la pénalisation du racolage passif instituée dans la loi de sécurité intérieure de 2003 et l'instauration d'une pénalisation du client³. Cette proposition de loi a été adoptée en première lecture le 4 décembre 2013 par l'Assemblée nationale, puis rejetée par le Sénat lors des séances du 30 et 31 mars 2015 et à nouveau adoptée en deuxième lecture par l'Assemblée nationale le 12 juin 2015.

Ce projet de loi visant la pénalisation des clients est fortement contesté par un certain nombre d'associations qui soulignent les effets délétères qu'ont, de manière générale, les politiques de pénalisation vis-à-vis des personnes en situation de prostitution ou des clients. D'après ces associations, ces politiques de pénalisation freineraient la capacité des personnes en situation de prostitution à imposer l'utilisation de préservatif, d'une part car elles ont pour conséquences de limiter le temps consacré à la négociation du tarif et des conditions de l'échange pour éviter d'être identifiés par les policiers (6-8), d'autre part car elles accroissent la concurrence en raison de leur impact négatif sur la demande (8). Par ailleurs, les politiques de pénalisation inciteraient les personnes en situation de prostitution à quitter les centres villes pour s'installer dans des périphéries, favorisent la prostitution « indoor » ou leur déplacement vers des zones frontalières où elles sont plus difficilement accessibles pour les associations.

Cette opinion n'est toutefois pas partagée par l'ensemble des associations, en particulier par les associations en faveur de politiques abolitionnistes ou prohibitionnistes.

On note, en revanche, l'existence d'un consensus entre toutes les associations en faveur de l'abolition de délit de racolage.

2.3 Populations concernées

D'après les données fournies par l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTH), entre 20 000 et 40 000 personnes étaient en situation de prostitution/tds en France en 2010 (données non publiées référencées dans le rapport de l'IGAS (4))⁴. D'après les données disponibles de l'OCRTH, cette population serait en augmentation. Les auteurs du rapport soulignent que ces chiffres seraient sous-estimés selon certaines associations. Les auteurs du rapport de l'IGAS (2012) indiquent que, d'après le Syndicat du travail sexuel (STRASS), 400 000 personnes seraient en situation de prostitution/tds.

L'estimation de la prostitution des mineures est très controversée. L'IGAS précise que d'après les services de police et d'après l'OCRTEH, il s'agirait d'un phénomène marginal. L'OCRTEH recenserait moins de cinquante cas de prostitution de mineurs par an. Il s'agit pour la plupart de personnes issues d'Europe de l'Est ou d'Amérique du Sud âgées entre 16 et 18 ans. Cette appréciation est remise en cause par plusieurs associations.

D'après l'ORCTH, en 2011, 80 % de l'ensemble des personnes en situation de prostitution/tds étaient de nationalités étrangères en métropole, et 90 % des personnes qui exercent leur activité dans la rue. Cette proportion est contestée par le STRASS qui dénonce un biais dans la méthode de recueil des données de la police. Les nationalités les plus représentées sont la Roumanie, la Bulgarie, le Nigéria, le Brésil et la Chine.

Aucune donnée n'a été identifiée sur le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire et sur le nombre de personnes victimes de réseaux de traite des êtres humains.

Les hommes et les personnes transgenres représentent 10 à 15 % de cette population. L'association Grisélidis, présente dans la région de Toulouse, estimait, en 2012, que 89 % des

³ Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale le 4 décembre 2013. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0252.asp> ; <http://www.senat.fr/leg/pp13-207.html>

⁴ Malgré des requêtes adressées auprès du ministère de l'Intérieur, il n'a pas été possible de prendre connaissance des données originales du ministère de l'Intérieur et de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTH). Il n'est pas non plus possible de connaître la méthodologie d'évaluation ayant permis d'effectuer cette estimation.

personnes prostituées/tds dans sa file active étaient des femmes, 8 % étaient des personnes transgenres et 3 % étaient des hommes. 36 % avaient moins de trente ans, 59 % avaient entre 30 et 60 ans et 5 % avaient plus de soixante ans. D'après l'association, l'âge moyen de la prostitution sur internet serait moins élevée (57 % des personnes avaient moins de trente ans)⁵.

Les populations concernées se caractérisent par une très forte hétérogénéité. Il existe différents lieux d'activité et ces différents lieux renvoient à des pratiques et des modes d'exercice différents : prostitution de rue, bars à hôtesses et salons de massage (611 établissements d'après l'OCRTEH) ; prostitution à domicile ou à l'hôtel après une prise de contact sur internet ; échanges économico-sexuels (ex. dans les DOM-TOM). L'activité prostitutionnelle peut être la seule source de revenu ou elle peut être exercée en parallèle d'une autre activité.

2.4 Plan de réalisation de l'évaluation

Un plan de réalisation de l'évaluation a été défini après une analyse de la saisine, à l'issue d'une première exploration de la littérature et après discussions au sein de la sous-commission Sciences humaines et sociales, au sein de la Commission d'évaluation économique et de santé publique et au sein du Collège de la HAS.

Sur le fondement de ces échanges, il a été proposé de réaliser un état des lieux des connaissances sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds et sur les facteurs de vulnérabilité sanitaire de ces personnes.

2.5 Méthodologie

La méthodologie d'évaluation est conforme aux méthodologies classiquement retenues par la HAS. Une revue de la littérature internationale a été réalisée pour répondre aux questions d'évaluations suivantes :

- Quelle est la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds ? À quels risques sanitaires et psychologiques sont-elles spécifiquement exposées ?
- Quels sont les facteurs de vulnérabilité sanitaire de ces personnes ?

Dans un second temps, un groupe de parties prenantes a été réuni à la HAS dans le cadre de deux réunions de travail. Ce groupe de parties prenantes réunissait :

- les représentants des associations de patients et d'usagers, ainsi que des représentants des associations et institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds ;
- des représentants des spécialités médicales amenées à rencontrer en consultation des personnes en situation de prostitution/tds ainsi que des psychologues ;
- des experts en sciences humaines et sociales.

L'objectif de ce groupe était de discuter les conclusions de la revue de la littérature sur les deux premières questions d'évaluation, eu égard à leur expérience de terrain.

Il est précisé que l'évaluation vise à établir un état des lieux sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds et sur les facteurs de vulnérabilité sanitaire de ces personnes. L'identification de ces facteurs devrait permettre :

- d'identifier des leviers d'action pour les pouvoirs publics ;
- d'aider les professionnels de santé à évaluer les risques sanitaires auxquels sont exposées les personnes en fonction de leur situation : *a fortiori* plus une personne est dans une situation qui cumule de facteurs de vulnérabilité, plus elle est exposée à des risques sanitaires élevés.

⁵ Les données étaient recueillies auprès de 2161 personnes contactées dans l'année sur Internet.

2.6 Périmètre de l'évaluation

Il est important de souligner que le champ d'expertise de la HAS se limite aux problématiques sanitaires et que l'institution n'a ni de compétence, ni de légitimité pour formuler des recommandations sur d'autres champs sociaux que celui de la santé. Par ailleurs, le fait de mettre en place des interventions de santé publique comme réponse à des problèmes davantage sociaux que sanitaires peut être critiqué comme relevant d'un phénomène de médicalisation (9, 10). Cela étant, il convient de mettre en exergue les corrélations entre les conditions de vie des personnes en situation de prostitution/tds, ainsi que le contexte social actuel de la prostitution, et les dimensions plus strictement sanitaires. La nécessité d'appréhender les enjeux de santé publique au moyen d'une approche transversale s'impose en effet compte tenu des interactions qui existent entre les conditions sociales dans lesquelles vivent les personnes en situation de prostitution/tds et leur situation sanitaire et psychologique. En effet, une partie des risques sanitaires, auxquels sont exposées certaines personnes en situation de prostitution/tds, est liée à leurs conditions de vie. Ces risques sont d'ailleurs communs à l'ensemble des populations socialement et économiquement vulnérables, et découlent des difficultés d'accès aux soins et des conditions de vie précaires (troubles et carences alimentaires, insalubrité du logement, etc.). D'autre part, les difficultés d'accès aux soins sont liées au contexte social de la prostitution (manque d'information sur les structures de soins, barrières linguistiques, craintes des jugements de valeur et des discriminations, freins financiers).

A l'issue de discussions au sein de la sous-commission Sciences humaines et sociales, il est proposé d'inclure dans la population d'analyse les personnes en situation de prostitution/tds occasionnelle, comme par exemple les étudiants (11)⁶. Cette sous-population peut cependant ne pas être incluse s'il est établi qu'elle a un accès à la santé correspondant à celui de la population générale. Des éléments d'information, sur le recours aux soins des étudiants notamment, peuvent cependant laisser penser que ces populations sont dans une situation de plus grande précarité socio-économique et de moindre recours aux soins que la population générale (12).

En revanche, il a été proposé de limiter l'analyse à l'échange de services sexuels contre une rémunération financière plutôt que de s'appuyer sur une définition plus étendue de la prostitution qui pourrait prendre en compte d'autres formes de rémunération. On trouve en effet référence dans la littérature à la notion d' « échange economico-sexuel » qui désigne des rapports entre deux individus asymétriques et non réciproques où la prestation sexuelle donne lieu à un paiement qui n'est pas toujours financier (don, prestige, statut social). Il s'agira cependant d'examiner, dans le cadre d'une section spécifique, dans quelle mesure des personnes engagées dans des échanges economico-sexuels non financiers – comme ce peut être le cas par exemple pour certaines personnes usagères de drogues, ou dans les DOM-TOM –, sont exposées à des risques similaires à ceux des personnes engagées dans une activité prostitutionnelle au sens strict (13, 14).

L'apport de la HAS en matière d'identification et de prévention des risques psychologiques doit être précisé avec des experts en psychiatrie et en psychologie et avec les parties prenantes. A ce stade, il est proposé de faire état des données disponibles dans la littérature sur la prévalence des troubles anxieux, des états dépressifs, des troubles du sommeil et de la consommation de psychotropes. En revanche, il est probable que la HAS ne soit pas en mesure d'identifier l'ensemble des conséquences de la prostitution sur l'état psychologique des personnes.

Il est nécessaire de préciser que le présent travail ne propose pas d'évaluer les différentes interventions envisageables pour améliorer la santé des personnes en situation de prostitution/tds en vue d'émettre des recommandations précises sur celles qu'il conviendrait de privilégier (ex. différentes modalités d'intervention sur le terrain, recours ou non à l'interprétariat et/ou à la médiation culturelle et modalités de ce recours). Leur évaluation impliquerait un travail à part entière et nécessiterait de disposer de données robustes sur leur efficacité et leur efficience. Des problèmes méthodologiques pourraient en outre se poser concernant la « transposabilité » des résultats obtenus dans des zones géographiques particulières (ex. dans certaines villes) à l'ensemble du terri-

⁶ Enquête 2011-2012, échantillon de 1797 répondants inscrits à l'Université Paul Valéry, Montpellier 3) ; « Rapport d'enquête sur la prostitution des étudiant-e-s », La Babotte – Amicale du Nid 34, 2014.

toire français. Le calendrier qui était demandé par le demandeur ne permettait pas de réaliser une revue de la littérature exhaustive sur ce sujet et de résoudre les difficultés que pose leur évaluation.

Enfin, il est souligné que l'évaluation n'aborde pas la situation particulière des personnes mineures en situation de prostitution. En effet, aucune étude, sur le nombre de personnes mineures en situation de prostitution en France et en Europe et sur les problématiques sanitaires qu'elles rencontrent spécifiquement, n'a été identifiée dans la littérature. Il est rappelé que le fait d'obtenir des relations sexuelles en échange de rémunération financière avec un mineur, âgé de plus de 15 ans, constitue un délit (Article 225-12-1 du code pénal). Le fait d'obtenir des relations sexuelles avec une personne mineure âgée de moins de 15 ans est considéré comme un acte de pédophilie (222-29 et 227-25 du code pénal). Enfin, le fait, pour quiconque, y compris les professionnels de santé, ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans et de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni par la loi (Article 434-3 et Article 226-14 du code pénal).

2.7 Intitulé du document et choix terminologiques

Plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont contesté l'utilisation des termes « personnes en situation de prostitution » et recommandent d'employer ceux de « travailleurs du sexe » qui seraient utilisés de façon privilégiée au niveau international. Ce point a fait débat au sein du groupe. D'autres participants ont rappelé que la France était engagée dans une politique abolitionniste qui ne permettait pas l'usage des termes « travailleurs du sexe » ou encore celle d'« activité professionnelle » au sujet de l'activité prostitutionnelle. De même, le titre initial du document (« *Prévention des infections sexuellement transmissibles et des risques sanitaires liés à la prostitution* ») était également contesté puisque d'après l'un des participants du groupe de parties prenantes, celui-ci laisserait entendre l'existence d'un sur-risque lié à l'activité prostitutionnelle qui n'est pas avéré.

Il a été proposé de porter ces débats auprès de la CEESP et du Collège de la HAS et il a finalement été décidé d'utiliser l'expression « personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe (tds) » dans un objectif de neutralité (cf. p. 4). C'est donc cette expression qui est utilisée dans l'ensemble du document. Quant au titre du rapport, il a été décidé de remplacer les termes initialement utilisés dans la saisine par les termes « *État de santé des personnes en situation de prostitution et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire* », de façon à désigner le contenu factuel du document.

3. Méthode et résultat de la recherche documentaire

Une recherche bibliographique a été réalisée à partir des bases de données suivantes :

- Sites institutionnels :
 - français ;
 - européens.
- Sites d'associations (et visites de tous les sites indiqués dans les pages de liens) :
 - français ;
 - internationaux.
- Base de données :
 - CAIRN ;
 - Medline.

La stratégie de recherche documentaire en français était la suivante :

« prostitution (dans le titre de l'article) OU prostitution (dans le titre de l'ouvrage) OU prostitution (dans le titre de la revue) OU (prostitution (partout) ET (Santé(dans le texte intégral) OU prévention(dans le texte intégral) OU prévention(dans le résumé))) OU ((prostituée(dans le résumé) OU prostituée (dans le titre de l'article) OU prostituée (dans le titre de l'ouvrage) OU prostituée (dans le titre de la revue) OU prostituées (dans le titre de l'article) OU prostituées (dans le titre de l'ouvrage) OU prostituées (dans le titre de la revue)) ET (santé(partout) OU prévention(partout))) »

Une stratégie de recherche documentaire en anglais était également réalisée. Les termes « sex work » étaient alors employés.

Par ailleurs, une méthode bibliographique dite « boule de neige » a été réalisée, partant des références les plus pertinentes identifiées au moyen de la recherche documentaire susmentionnée. Lorsque ces références contenaient des données sur la situation sanitaire des personnes prostituées, elles ont été extraites au moyen d'une grille d'analyse.

On distingue quatre types de références :

- les études empiriques qui apportent des réponses à des questions d'évaluation précises, au moyen de méthode quantitatives ou qualitatives ;
- les rapports d'activités des associations qui recensent un ensemble d'informations sur la population qu'elles rencontrent sur le terrain et qui décrivent les différentes actions de santé publique qu'elles mettent en œuvre ;
- les rapports d'information qui synthétisent l'ensemble des informations produites par les deux types de littérature susmentionnés ;
- les articles d'opinion.

Concernant les études empiriques d'où sont extraites des données quantitatives sur les risques sanitaires et psychologiques auxquels sont exposées les personnes en situation de prostitution/tds, il a été choisi, dans un premier temps, de retenir uniquement celles réalisées au sein de l'Union européenne de façon à garantir que les données identifiées soient pertinentes dans le contexte français. La seule étude qui avait été retenue, bien qu'elle ne porte pas spécifiquement sur la région de l'Union européenne, est une méta-analyse réalisée par Operaio et al. 2008, qui rassemble les données recueillies dans 14 pays différents sur les cinq continents (15).

Toutefois, plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont relevé l'existence d'études scientifiques menées en Nouvelle-Zélande, en Galles du Sud et au Canada, et permettant d'évaluer l'impact de dispositifs réglementaires sur la santé des personnes qui se prostituent/tds. Il a donc été décidé d'inclure ces études dans le périmètre de la revue de la littérature afin de faire état des données disponibles sur le sujet.

À l'exception des études françaises pour lesquelles aucune limite temporelle n'était fixée, la revue de la littérature n'incluait pas les études antérieures à 2000.

L'ensemble de ces informations a ensuite été mis en perspective et synthétisé au moyen de tableaux récapitulatifs présentés en annexes du document. Les principales conclusions ont été mises en exergue et discutées au sein du groupe de parties prenantes. L'objectif était de souligner les points de convergence entre la littérature et les acteurs de terrain.

La méthodologie sur lesquelles reposent les études empiriques d'où sont issues les données quantitatives rapportées dans le rapport est décrite dans un tableau également présenté en annexe du document. Certaines références sont citées sans que des données quantitatives soient rapportées. Dans ce cas, la méthodologie de l'étude n'est pas présentée précisément dans le tableau.

Les différences statistiques concernant les prévalences des affections ou des problématiques sanitaires entre les différents groupes de personnes n'ont pas été rapportées lorsque des odds ratio étaient calculés et que ceux-ci n'étaient pas significatifs (ex. entre les personnes en situation de prostitution/tds et les personnes en population générale ou selon les origines géographiques). Il est précisé systématiquement lorsque les personnes des échantillons étaient recrutées dans des centres de dépistage plutôt que sur leur lieu d'activité.

Enfin, il est précisé que les sections présentant les résultats de la revue de la littérature sont classées par ordre alphabétique. Toute autre forme de hiérarchisation aurait impliqué de choisir un critère de priorité, par exemple en fonction de l'impact de chaque problématique sanitaire et de chaque facteur de vulnérabilité sur la santé des personnes, ou en fonction du nombre de personnes exposées à chacune de ces problématiques et de ces facteurs de vulnérabilité. Or, les données disponibles ne permettaient pas une telle hiérarchisation.

4. État des lieux de la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe

La revue de la littérature a permis d'identifier 50 études quantitatives sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds en Europe. Ces études permettent d'estimer la prévalence des affections ou des problématiques sanitaires dans les échantillons de personnes interrogées. L'ensemble des données identifiées sont mises en perspective dans des tableaux thématiques en annexe (p. 78-100) et les principales conclusions sont mises en exergue dans les sections suivantes. La méthodologie des études est présentée dans un tableau également présenté en annexe (p. 52).

Il est nécessaire de souligner que la méthodologie des études variait en particulier concernant les méthodes de recrutement des personnes. Dans la majorité des études menées en Espagne ou en Italie, les personnes étaient recrutées dans des centres de dépistage et d'information des IST, tandis que dans les études menées en Grande-Bretagne, les personnes étaient plus souvent recrutées sur leur lieu d'activité. De même, la proportion de personnes migrantes et les origines géographiques de ces personnes variaient selon les pays. Malgré ces différences, les résultats des études étaient relativement convergents à l'exception des données sur la prévalence de l'hépatite B et C et des données sur la consommation de drogue.

Les contextes réglementaires varient également puisqu'en Espagne, la prostitution est autorisée et réglementée ainsi qu'en Belgique, tandis qu'elle fait l'objet de politiques de pénalisation en Grande-Bretagne et en France (Cf. Tableau 1 ci-dessous). Il est toutefois considéré que le nombre important d'études anglaises identifiées au moyen de la recherche documentaire et leur qualité méthodologique permet de garantir que les résultats de la revue de la littérature apportent des informations pertinentes dans le contexte français dans la mesure où le contexte réglementaire dans ces deux derniers pays est relativement proche. En Grande-Bretagne, comme en France, il est interdit d'ouvrir un établissement de prostitution, le racolage est interdit lorsqu'il est persistant (deux reprises ou plus pendant trois mois) et les clients sont pénalisés quand la personne en situation de prostitution/tds est sous contrainte.

Tableau 1. Contexte réglementaire des pays européens

Pays	Contexte
Allemagne	<p><u>Établissements</u> : Pénalisation de l'exploitation de l'activité (incitation à l'exercice et maintien dans une situation de dépendance). Pas de sanctions pour les exploitants si les prostitués/tds ont le droit de démissionner ou de refuser des rapports ou clients.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation sauf si des mineurs peuvent être impliqués (proximité d'une école, présence de mineurs dans le logement).</p> <p><u>Racolage</u> : Pas de pénalisation mais sanction administrative propre à chaque région.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Le proxénétisme est pénalisé.</p> <p><u>Clients</u> : Le client n'est pas pénalisé mais la personne prostituée/tds bénéficie d'un recours pour le paiement de la prestation.</p>
Belgique	<p><u>Établissements</u> : Pénalisés mais tolérés en pratique.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de sanction de l'exercice pour une personne majeure.</p> <p><u>Racolage</u> : Pénalisation et sanctions administratives.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisation du proxénétisme avec aggravation concernant la violence et les mineurs.</p> <p><u>Clients</u> : Pas de pénalisation, exception faite de la prostitution des mineurs.</p>
Danemark	<p><u>Établissements</u> : Pénalisés. Volonté de pénaliser l'activité d'escortes.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation, confirmation de suivi dans cette direction.</p> <p><u>Racolage</u> : Pénalisé.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisation du proxénète et de l'intermédiaire.</p> <p><u>Clients</u> : Pas de sanction prévue.</p>

Pays	Contexte
Espagne	<p><u>Établissements</u> : Pas de sanction pénale.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation de l'activité de prostitution.</p> <p><u>Racolage</u> : Sanctions selon les régions.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pas explicitement visé mais sanctionné dans le cadre de l'exploitation de la prostitution.</p> <p><u>Clients</u> : Pas de pénalisation (mis à part les mineurs ou personnes incapables) sauf si cela représente une atteinte à l'intégrité (violence, intimidation, abus de situation de supériorité du client, vulnérabilité ou nécessité de la victime).</p>
France	<p><u>Établissements</u> : Interdits, la tolérance de l'activité par un propriétaire est pénalisée.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation (sauf pour la prostitution des mineurs qui n'est cependant pas punie mais seulement interdite en vue de pouvoir mettre en place une protection judiciaire).</p> <p><u>Racolage</u> : Pénalisation, y compris pour le racolage passif.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisé. Interdiction de profiter des revenus issus de la prostitution.</p> <p><u>Clients</u> : Pénalisation en cas de prostitution de mineurs ou de personne vulnérable.</p>
Italie	<p><u>Établissements</u> : Interdiction des établissements et de la tolérance de la prostitution de la part des propriétaires.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation.</p> <p><u>Racolage</u> : Pénalisation (amende) et dispositions locales.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisation.</p> <p><u>Clients</u> : Situation du client non précisée dans la loi, de fait client non pénalisé.</p>
Pays-Bas	<p><u>Établissements</u> : Plus interdits depuis le 1^{er} octobre 2000. Les établissements doivent obtenir une autorisation délivrée de la part des communes. La prostitution dans des établissements non autorisés est illégale.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de sanction de l'exercice individuel.</p> <p><u>Racolage</u> : Zones et horaires d'autorisation définis selon les communes.</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisé.</p> <p><u>Clients</u> : Pas de sanction prévue.</p>
Angleterre	<p><u>Établissements</u> : Sanction des établissements où ont lieux des rencontres sexuelles, tarifées ou non.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de sanction pénale.</p> <p><u>Racolage</u> : Sanction du racolage persistant (deux fois ou plus par période de trois mois).</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisation du proxénétisme et du proxénétisme immobilier (fourniture de locaux à des fins de prostitution).</p> <p><u>Clients</u> : Pénalisation du client en cas de rapports sous contrainte (exploitation de la personne prostituée/tds y compris par un tiers).</p>
Suède	<p><u>Établissements</u> : Pénalisation des propriétaires de locaux servant de lieu d'exercice à la prostitution.</p> <p><u>Prostitution</u> : Pas de pénalisation.</p> <p><u>Racolage</u> :</p> <p><u>Proxénétisme</u> : Pénalisation du proxénète.</p> <p><u>Clients</u> : Pénalisation du client.</p>

4.1 Alcool, tabac et drogues

Dans l'ensemble, les données disponibles sur la consommation de ces substances ne montrent pas de consommation plus importante par rapport à la population générale, à l'exception de la consommation de tabac et de cannabis. Il existe également des incertitudes sur la consommation de cocaïne et d'héroïne en raison d'études dont les résultats sont divergents.

► Alcool

La revue de la littérature a permis de montrer que la consommation quotidienne d'alcool n'était pas plus fréquente chez les femmes qui se prostituent/tds par rapport à la consommation des femmes en population générale et la consommation quotidienne d'alcool chez les hommes était un peu supérieure par rapport à celle en population générale (Tableau 6). Elle n'est toutefois pas plus élevée que la consommation d'alcool chez les HSH d'après les résultats de l'enquête « European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey » (16).

- L'enquête Pro-santé sur la consommation quotidienne d'alcool des femmes en situation de prostitution montre que celle-ci n'est pas plus fréquente que chez les femmes en population générale, soit environ 5 % (17) (Tableau 5 et Tableau 6). Des données sont disponibles sur la consommation dite régulière ou dans les 30 derniers jours ; elle concernerait environ 45 % des femmes. Cette proportion est un peu supérieure à celle des femmes ayant déclaré une consommation hebdomadaire d'alcool en population générale (42 %). Cependant, l'horizon temporel n'étant pas identique, ces deux valeurs ne sont pas strictement comparables.
- La consommation régulière d'alcool était supérieure chez les hommes dans l'enquête de l'OFDT par rapport à celle des femmes (74 %) (18). La différence entre la consommation d'alcool chez les hommes et femmes est comparable dans cette population et dans la population générale (30 % d'écart environ). Dans l'enquête de l'OFDT, la consommation d'alcool était encore supérieure chez les personnes transgenres (84 % ont déclaré une consommation régulière) alors qu'elle était équivalente à celle des femmes dans l'étude Pro-santé (17).
- En Grande-Bretagne, Platt et al. estiment que 58 % des femmes sont dépendantes à l'alcool. On relève toutefois que la consommation d'alcool et de drogues était toujours supérieure dans les études menées dans ce pays par rapport aux études menées dans d'autres pays (19). Cette différence peut être expliquée par un niveau de consommation d'alcool plus élevé dans la population générale en Grande-Bretagne (20).

► Tabac

La consommation de tabac est supérieure à celle de la population générale dans l'étude Pro-Santé, puisqu'elle concerne environ 46 % des femmes, 65 % des hommes et 51 % des transgenres, contre 35,6 % des hommes et 27,9 % des femmes en population générale (21) (Tableau 7). Ces données sont cohérentes avec celles de l'enquête de l'OFDT lorsque l'on prend en compte le nombre de personnes ayant déclaré être dépendantes parmi celles ayant déclaré avoir une consommation dans les 30 derniers jours.

Cette consommation est comparable à la consommation au sein du groupe socioéconomique dans lequel la consommation de tabac est la plus élevée en population générale, à savoir les personnes au chômage (56,4 % des hommes et 45 % des femmes au chômage ont déclaré consommer régulièrement du tabac dans le Baromètre santé en 2010) (21).

► Cannabis

Les données françaises sur la consommation de cannabis sont hétérogènes. D'après les données de l'OFDT, la consommation de cannabis serait ainsi plus élevée dans cette population comparée à la consommation en population générale, à la fois chez les femmes et chez les hommes (Tableau 8). 16 % des femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours contre 51 % des hommes et 62 % des personnes transgenres. Cette consommation est supérieure à la consommation en population générale puisque 4,5 % des 15-65 ans ont déclaré en avoir consommé dans les 30 derniers jours et 11,7 % des 15-26 ans dans le Baromètre santé 2010 (22). La consommation de cannabis dans cette population est également supérieure à la consommation de cannabis chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui est estimé à 13,8 % en Europe de l'Ouest dans l'enquête EMIS en 2010 (16). En revanche, dans l'étude Pro-santé, 17 % des personnes dans l'échantillon total ont déclaré en consommer régulièrement.

Des études anglaises apportent des données contrastées. L'étude de Platt et al. indique que seulement 3,7 % des femmes ont consommé du cannabis dans les 30 derniers jours, tandis que dans l'étude de Jeal. et al et Church et al, 50 % des personnes qui exercent leur activité dans la rue en consomment régulièrement (23, 24). Ces deux études précisent que les personnes qui consomment régulièrement du cannabis sont moins nombreuses parmi celles qui exercent leur activité dans des établissements.

► **Cocaïne**

Les données sur la consommation de cocaïne sont assez hétérogènes selon les pays et selon les lieux d'activité (rue ou établissements) (Tableau 9).

Une consommation de cocaïne dans les 30 derniers jours est déclarée par 4 % des hommes et 12 % des personnes transgenres dans l'étude de l'OFDT. L'enquête européenne EMIS rapportait que 0,4 % des HSH avaient consommé du crack/cocaïne ou de l'héroïne au cours du dernier mois. Pour les femmes, l'étude de l'OFDT rapporte uniquement le pourcentage de femmes ayant consommé de la cocaïne ou de l'héroïne dans leur vie, soit 18 %. Deux études anglaises indiquent que 7 % des femmes exerçant leur activité dans des établissements ont consommé de la cocaïne dans les 30 derniers jours (19, 23). Dans l'étude de Jeal et al. 2007, 87 % des personnes exerçant leur activité dans la rue en ont consommé dans les 30 derniers jours (23).

► **Héroïne**

Les données sur la consommation d'héroïne sont également hétérogènes (Tableau 10). Dans l'étude de l'OFDT, la consommation d'héroïne est déclarée par 2 % des hommes et 1 % des personnes transgenres (18). 0,4 % des hommes ont déclaré un usage de l'héroïne au cours de l'année dans le Baromètre santé 2010 en population générale.

Les études anglaises montrent une différence très importante de consommation d'héroïne dans les 30 derniers jours selon que les personnes exercent leur activité dans un établissement (1,1 % dans l'étude de Platt et al. 2011 (19) et 3 % dans l'étude de Church et al. 2001 (24)) ou dans la rue (58 % dans l'étude de Jeal et al. 2007 (23) et 49 % dans l'étude de Church et al.).

► **Autres substances**

Plusieurs études rapportent des données de consommations d'autres substances (Tableau 11). D'après ces données, les femmes en situation de prostitution/tds consommeraient des psychotropes à un niveau comparable à celui des femmes en population générale et peu d'autres substances. Environ 10 % des hommes et des personnes transgenres consommeraient des « party-drugs », ce qui représente une consommation un peu supérieure à la consommation des HSH. Les personnes transgenres consommeraient également des psychotropes dans une proportion équivalente à celle des femmes.

D'après les données de l'OFDT, 20 % des femmes en situation de prostitution/tds consommeraient régulièrement des psychotropes. Toutefois on constate que 21,4 % des femmes en population générale en ont consommé dans l'année (25). Elles consomment en revanche peu d'autres substances (amphétamine, poppers ou ecstasy). Dans l'étude de Jeal et al. 2007, 52 % des femmes exerçant leur activité dans la rue consommaient des benzodiazépines non prescrites, de la méthadone ou des opiacés, contre 0 % des femmes exerçant leur activité dans des établissements (23). Dans l'étude de Church et al. 2001, les résultats sont inversés puisque 37 % des femmes exerçant leur activité dans la rue ont déclaré avoir consommé des anxiolytiques dans les six derniers mois contre 63 % des personnes exerçant leur activité dans des établissements (24).

Deux études rapportant la consommation d'autres substances chez les hommes en situation de prostitution/tds indiquent qu'entre 11 % et 12 % auraient consommé de l'ecstasy dans les 30 derniers jours (18, 26). 10 % environ auraient déclaré une polyconsommation (dont du speed-ball) dans deux études (26, 27). La consommation régulière de poppers était plus fréquente dans l'étude française de l'OFDT de 2004 (12 %) que dans celle de Ballester-Arnal et al. (2,9 %) en 2013. A titre de comparaison, dans l'enquête EMIS en 2010 10,6 % des HSH en Europe de l'Ouest

avaient déclaré avoir consommé des « party-drugs » dans les 30 derniers jours (ecstasy, amphétamines, crystal met et méthamphétamine, méphédronne, GHB/GBL, kétamine ou cocaïne).

Les données sur la consommation d'autres substances chez les personnes transgenres en situation de prostitution/tds sont plus anciennes puisque seule l'étude de Belza et al. 2000 et celle de l'OFDT apportent des éléments quantitatifs (18, 27). Seulement 2 % des personnes interrogées dans l'étude de l'OFDT auraient consommé de l'ecstasy dans les 30 derniers jours. La polyconsommation (poppers, speed-ball, etc.) concerne 10 % des personnes dans l'étude de Belza et al. Enfin la consommation de psychotropes est identique à celle des femmes d'après l'étude de l'OFDT, soit 22 %.

Plusieurs études comparent la consommation de ces substances selon l'origine géographique et indiquent que les femmes migrantes, et en particulier celles nées en Afrique subsaharienne et en Asie, consomment moins d'alcool, de tabac et de drogues que les personnes nées dans les pays des études ou nées dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest (17, 19, 27-30).

► **Données qualitatives**

Les données recueillies dans le cadre d'études qualitatives permettent d'établir une typologie des contextes qui entourent la consommation d'alcool ou de drogues, à l'exception des personnes usagères de drogues intraveineuses qui constituent un groupe à part (cf. p. 17). Il est ainsi possible de distinguer :

- la consommation d'alcool ou de drogues dans le cadre de l'activité prostitutionnelle :
 - pendant le moment où la personne se prépare : certaines personnes déclarent consommer de l'alcool ou des drogues avant chaque journée de travail, soit parce que cela fait partie du rituel de transformation (alcool), soit pour avoir le courage de se prostituer (18, 28) ;
 - en attendant les clients : des personnes déclarent consommer de l'alcool notamment pour résister au froid (18) ;
 - pendant le rendez-vous : les personnes les plus exposées sont les personnes exerçant leur activité sur internet (31) ou dans des bars (alcool), ainsi que les hommes et les transgenres (alcool, Popper, cocaïne) (18). Cette consommation serait motivée par les attentes des clients qui seraient à la recherche de convivialité et selon qui la consommation d'alcool ou de drogues permettrait de diminuer l'aspect transactionnel et marchand de l'échange.
- La consommation de substances en dehors de l'activité professionnelle :
 - pour faciliter l'endormissement (somnifères) ;
 - dans le cadre de dépression et de troubles anxieux (psychotropes) ;
 - à la recherche de moments de confort et de plaisir (cannabis ou cocaïne, ecstasy, alcool) (18).

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants confirment que certains lieux d'activité favorisent la consommation d'alcool comme les bars à champagne dans les zones frontalières.

Plusieurs participants confirment la forte consommation de tabac chez les personnes en situation de prostitution/tds et chez les HSH en général.

La consommation de tabac et d'alcool chez les personnes en situation de prostitution/tds doit être mise en perspective avec les pratiques de consommation des groupes socio-culturels auxquels ils appartiennent, par exemple en fonction de l'origine géographique. Comme l'indique la revue de la littérature, les personnes migrantes consomment moins de tabac que les personnes nées dans les pays

de l'étude, à l'exception des personnes nées en Europe de l'Est. Par ailleurs, ces consommations peuvent évoluer. Un participant mentionne une augmentation de la consommation de tabac chez les femmes nées au Nigéria.

Des pratiques de consommation de drogues particulières dans la zone Caraïbes, en particulier en matière de consommation de crack, sont mentionnées.

Les participants ont contesté la validité des données recueillies par l'ODFT qui leur paraissent trop anciennes. Ils soulignent dans le même temps le manque d'informations sur la consommation de nouvelles drogues de synthèse. Les fréquences d'utilisation des drogues auraient beaucoup évolué depuis 2004, ce qui incite à interpréter les résultats des études anciennes avec prudence.

Un participant rappelle la nécessité de distinguer l'usage de drogues dans un but sexuel et l'usage de drogues dans d'autres cadres. Une étude menée notamment en Grande-Bretagne permet de documenter ces évolutions au sein de la communauté des HSH (32). L'usage de drogue dans le cadre des rapports sexuels (notamment les drogues de synthèse) induit des prises de risque importantes bien qu'il existe un manque d'information très important à ce sujet.

Enfin, plusieurs participants ont insisté sur la nécessité de distinguer les situations où la personne s'engage dans une activité prostitutionnelle pour se procurer de la drogue de la consommation de substances dans la perspective des rapports sexuels. Cette distinction était déjà mise en exergue par Ingold en 1994 (33).

4.2 Contraception et santé reproductive

Plusieurs études apportent des informations sur les modes de contraception (Tableau 13) :

- ▶ le nombre de femmes utilisant les préservatifs comme seul moyen contraceptif varie entre 38 et 89 %, tandis que deux études estiment que 30 % des femmes utilisent une contraception orale ;
- ▶ au total plus de 80 % des personnes déclarent avoir utilisé un moyen contraceptif lors des 30 derniers jours.

Enfin, trois études rapportent le nombre de femmes ayant déjà eu au moins une IVG dans leur vie : cette proportion s'élève à 30 et 37 % dans deux études espagnoles, elle est en revanche de 61 % dans l'étude Pro-santé de l'InVS (17). En population générale, en France, on estime que 40 % des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie (34). Etant donnée la taille relativement restreinte de l'échantillon et les biais de recrutement (les personnes étaient recrutées par des associations d'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds et de réorientation professionnelle), les résultats de l'étude Pro-santé ne suffisent pas à démontrer l'existence d'un sur-risque.

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont confirmé que le préservatif restait le principale mode de contraception.

4.3 Infections sexuellement transmissibles et troubles gynécologiques

► VIH/Sida

La revue de la littérature a permis d'identifier un nombre relativement important de données sur la prévalence du VIH dans les études portant sur ces populations. 24 études identifiées dans la revue de la littérature renseignent cette prévalence.

Les données disponibles permettent d'établir que le sur-risque d'infection par le VIH au sein de la population de personnes en situation de prostitution/tds est très modéré chez les femmes, par rapport aux données sur la prévalence en population générale (Tableau 15). La prévalence du VIH était inférieure à 0,8 % dans la plupart des études, c'est-à-dire qu'elle est identique à la prévalence en population générale en France (Tableau 14). L'étude de Mc Grath-Lone et al. 2014, qui comparait la prévalence des IST chez les femmes en situation de prostitution/tds par rapport à celle de femmes en population générale, conclut qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux populations (35). Dans cette étude, la prévalence du VIH était de 0,2 % chez les femmes en situation de prostitution/tds. Cette prévalence était plus élevée dans deux autres études anglaises : 1,1 % (19) et 1,5 % (36). Dans l'étude Pro-santé de l'InVS, il apparaît que toutes les femmes affectées par le VIH (1,2 % de l'échantillon) étaient usagères de drogues (17). Le niveau d'exposition très modéré vis-à-vis du VIH résulte probablement des programmes de santé publique, mis en place en population générale et au sein de cette population, qui ont favorisé les bonnes pratiques de prévention du VIH.

Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il existe un sur-risque d'infection par le VIH associé à l'activité prostitutionnelle chez les hommes. La prévalence du VIH était de 9,3 % dans l'étude de Sethi et al., en Grande-Bretagne, contre 7 % chez les HSH en population générale (37). Elle était de 11,7 % dans une étude menée en Espagne (38) (Tableau 15).

Le sur-risque n'est pas établi chez les personnes transgenres qui se prostituent/tds. La prévalence du VIH varie très fortement selon les études : elle est de 14,5 % dans l'étude de Belza et al. 2005, (38), de 17,2 % dans une étude réalisée en France par l'InVS (39) et de 31,5 % dans une étude italienne (40) (cf. Tableau 17). L'écart entre les résultats de ces trois études est important, si bien qu'il existe une forte incertitude sur la prévalence du VIH chez les personnes transgenres en situation de prostitution/tds. L'étude de l'InVS est toutefois l'étude la plus récente et la plus pertinente puisqu'il s'agit d'une étude française. Dans cette étude, la prévalence était deux fois supérieure chez les personnes nées à l'étranger.

La méta-analyse d'Operario et al. 2008, qui incluait des études menées dans 14 pays différents en dehors de la zone européenne et qui visait à estimer la prévalence du VIH chez les personnes transgenres qui se prostituent/tds en comparaison des personnes transgenres non impliquées dans une activité prostitutionnelle, estime cette prévalence à 27,3 % (15). Il n'y a pas de sur-risque par rapport aux personnes transgenres non impliquées dans une activité prostitutionnelle (risque relatif : 1,06 ; IC 95 % : 0,69-1,55) ; il existe en revanche un sur-risque par rapport aux hommes qui se prostituent/tds [risque relatif : 1,53 ; IC 95 % : 0,92-2,55] et par rapport aux femmes qui se prostituent/tds [risque relatif : 4,02 ; IC 95 % : 1,60-10,11] (15). Cette étude permet de montrer le sur-risque d'infection du VIH auquel sont exposées les personnes transgenres par rapport aux autres personnes en situation de prostitution/tds.

Lorsque cette information est donnée, il apparaît que les personnes usagers de drogues par voie intraveineuse sont les plus exposées à la fois chez les femmes (15 % dans l'étude de Belza 2004 (41) contre 0,7 % dans l'échantillon) et chez les hommes (26,7 % dans l'étude de Sethi et al. contre 7,2 % des personnes qui ne s'injectent pas de drogue (37).

L'impact de l'origine géographique des personnes en situation de prostitution/tds sur la prévalence du VIH n'est pas démontré statistiquement (42), même si on observe que la prévalence du VIH est plus élevée chez les personnes d'origine étrangère lorsque ce paramètre est renseigné dans les

études, en particulier chez les femmes d'origine subsaharienne et chez les personnes transgenres originaires d'Amérique du Sud. Une revue de la littérature menée par Platt et al. 2013, (43) sur les études comparant la prévalence du VIH chez les personnes migrantes en situation de prostitution/tds par rapport à celles nées dans les pays de l'étude, montre que les différences d'exposition au VIH sont plus marquées dans les pays à moyens ou à faibles revenus que dans les pays à haut revenus. L'étude montrait toutefois que la prévalence du VIH était en moyenne plus élevée chez les personnes en situation de prostitution/tds nées en Afrique et ayant migré dans des pays à haut revenu que dans les autres populations de personnes en situation de prostitution/tds. L'étude de Pezzoli et al. 2009, (44) en Italie montre enfin que les personnes qui se prostituent/tds et qui sont en situation irrégulière sur le territoire ont un sur-risque d'infection par le VIH par rapport aux personnes également en situation irrégulière mais non engagées dans une activité prostitutionnelle. Elles avaient 18 fois plus de risque d'être atteintes par le VIH que les personnes migrantes non engagée dans une telle activité ($p = 0,025$, OR 18,4, [IC95 % 4,9–48,5]), ce indépendamment d'autres facteurs tels que le fait d'être nées en Afrique subsaharienne ou de déclarer avoir des rapports non protégés. Dans l'ensemble de l'échantillon, 22,2 % des personnes ont été atteintes par le VIH en Italie et 14,8 % avaient été atteintes dans leur pays d'origine. Pour 63 % des personnes, il n'était pas possible de savoir le lieu où avait eu lieu l'infection.

Il est possible d'interpréter ces résultats de la façon suivante : l'activité prostitutionnelle n'induit pas en soi un facteur de risque d'infection du VIH, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique (ex. dépendance vis-à-vis de drogues par voie intraveineuse, précarité économique et administrative induite par la situation irrégulière sur le territoire). Il est possible de rapprocher ces résultats de l'analyse sur les déterminants des rapports non protégés. La vulnérabilité psychologique, sociale et économique favorise la propension de personnes en situation de prostitution/tds à accepter des rapports non protégés à la demande de certains clients (cf. p. 35).

Bien qu'il ne soit pas démontré qu'il existe un sur-risque lié à l'activité prostitutionnelle, les hommes, et plus encore les personnes transgenres et les personnes usagères de drogue par voie intraveineuse, restent, parmi l'ensemble des personnes en situation de prostitution/tds, celles qui sont les plus vulnérables vis-à-vis d'une infection par le VIH.

► Hépatite B et C

Les données sur la prévalence des hépatites B et C chez les personnes en situation de prostitution/tds sont assez rares et elles ne sont pas convergentes si bien qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions robustes (Tableau 23). Il existe en outre une variabilité épidémiologique dans les différents pays européens qui découle des différentes origines géographiques des populations migrantes. Il serait donc nécessaire de disposer d'études françaises pour pouvoir déterminer l'existence ou non d'un sur-risque d'exposition aux VHB et VHC.

Chez les femmes, la prévalence de l'hépatite B dans les études variait entre 0,3 % et 2,5 %. Les deux études portant sur les échantillons les plus importants estiment la prévalence de l'hépatite B à 0,3 % en Espagne (45) et à 0,6 % en Angleterre (35). La prévalence de l'hépatite C varie entre 0,1 % et 0,2 % dans ces mêmes études. La prévalence des hépatites B et C est estimée supérieure dans cette population comparée à la prévalence dans la population générale d'après Mc Graith-Lon et al. 2014, en Angleterre : 0,6 % contre 0,1 % pour l'hépatite B et 0,2 % contre 0,04 % pour l'hépatite C (35). Dans cette étude, les odds ratios retrouvant un surrisque d'hépatite B et C des femmes en situation de prostitution/tds n'étaient pas significatifs lorsque les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques de recours aux soins (recours aux dépistages, contraception et vaccination de l'hépatite B) étaient pris en compte. En l'absence d'ajustement sur ces caractéristiques sociodémographiques et les pratiques de recours aux soins, l'étude montrait que les femmes en situation de prostitution/tds avaient 9,5 fois plus de risque d'être atteintes par l'hépatite B [$p < 0,001$; OR 9,66 ; 95% CI 5,86 -15,94] et 6 fois plus de risque d'être atteintes par l'hépatite C

[p <0,001 ; OR 5,96; 95% CI 2,5 – 13,40]⁷. En France, la prévalence de l'hépatite B et C en population générale française est de 0,65 % et 0,84 % (cf. Tableau 35).

Chez les hommes, l'étude de Sethi et al. 2006, (46) en Angleterre est l'étude la plus robuste renseignant la prévalence de l'hépatite B et C qui est respectivement de 1,2 % et 3 %. Fraser et al. 2014 rapportaient, dans le cadre d'une étude menée auprès de 34 personnes, que toutes les personnes atteintes par l'hépatite C (12 %) étaient usagères de drogue (47).

Chez les personnes transgenres, une seule étude menée par Zaccarelli et al. 2004, en Italie, rapporte la prévalence de l'hépatite C qui est de 13,3 % (40).

Les données recueillies au sein d'une étude espagnole dans une population mixte de personnes migrantes (hommes, femmes et personnes transgenres) estimaient la prévalence de l'hépatite B à 3,5 % et celle de l'hépatite C à 0,8 % (48). Gutiérrez rapporte que la prévalence de l'hépatite B en population générale en Espagne était de 1,7 %.

Trois études estiment le pourcentage de personnes vaccinées contre l'hépatite B :

- en Grande-Bretagne, dans l'étude de Mc Grath-Lone et al. 2014, 31,9 % des femmes consultant les centres de médecine uro-génitale et ayant déclaré une activité prostitutionnelle étaient vaccinées contre l'hépatite B contre seulement 1 % des femmes consultant ces centres et n'ayant pas déclaré une telle activité (35) ;
- en Grande-Bretagne également, 19,4 % des hommes ayant consulté une clinique spécialisée dans l'accueil des hommes en situation de prostitution/tds étaient vaccinés contre l'hépatite B dans l'étude de Sethi et al. 2006, (46). Cette étude montre que le fait d'être vacciné contre l'hépatite B est corrélé au fait d'être atteint par le VIH (OR 6,7 [IC 95% 3,78 – 11,90]), de déclarer avoir des relations sexuelles avec des hommes (OR 10,13 [IC 95% 1,38 – 74,31]) et d'être né ailleurs qu'en Grande-Bretagne ;
- aux Pays-Bas où il existe un programme national de vaccination de l'hépatite B à l'attention des groupes à risque, dont les personnes qui se prostituent/tds, l'étude de Baars et al. 2009, montre que 63,4 % des personnes dans l'échantillon ont déclaré être vaccinées (n=259) (données déclaratives), 79,2 % savaient qu'elles pouvaient recevoir une vaccination gratuite (49).

D'après ces études, les personnes en situation de prostitution/tds et les HSH sont davantage vaccinées contre l'hépatite B que la population générale.

► **Autres infections sexuellement transmissibles**

La revue de la littérature a permis d'identifier des études évaluant la prévalence d'autres infections sexuellement transmissibles chez les personnes en situation de prostitution/tds :

- Dans la majorité des études, la prévalence de femmes ayant une infection à Chlamydia trachomatis se situait entre 4,8 % et 10 % (Tableau 27). L'étude de Mc Grath-Lone et al. 2014 estime que les femmes qui se prostituent ont deux fois plus de risque d'avoir une chlamydie que les femmes en population générale (OR 1,93 [IC 95% 1,61-2,33]) (35). Dans cette étude, 10 % des femmes avaient une infection à Chlamydia trachomatis. Ces femmes avaient également plus de risque d'être réinfectées (6,6 % des personnes étaient réinfectées dans l'année contre 3,4 % des femmes en population générale ; p=0,02). L'étude de Mc Grath-Lone et al. constate que les femmes nées en Grande-Bretagne étaient davantage exposées à ce risque que les femmes nées dans d'autres régions du monde. L'étude de Matteelli et al. 2003, qui porte exclusivement sur des populations migrantes en Italie, rapporte quant à elle une prévalence de 14 % (50).
- La prévalence de femmes atteintes de gonococcie variait de 0,5 à 3,7 % contre 9 % des hommes dans les deux études menées sur cette population (Tableau 28). Les femmes qui se

⁷ Dans cette étude, les résultats montrant l'existence ou non d'un sur-risque étaient convergents pour les autres IST (VIH/SIDA, chlamydia, gonocoque, etc.) selon que les auteurs aient ou non contrôlés ces variables sociodémographiques et les pratiques de recours aux soins. C'est donc seulement la surexposition à l'hépatite B et C qui variait selon le choix du modèle statistique considéré.

prostituents/tes seraient également trois fois plus exposés à un risque de gonococcie (OR 2,75 [IC 95% 1,87-4,04]) (35).

- La prévalence de femmes atteintes de syphilis variait entre 0,1 % et 4,5 % (Tableau 29). D'après Mc Grath-Lone et al., le fait d'avoir une activité prostitutionnelle n'exposait pas les femmes à un sur-risque d'être affectées vis-à-vis de la syphilis. La prévalence estimée dans cette étude était toutefois la plus basse, comparée à la prévalence estimée dans les autres études (35). La prévalence est plus élevée chez les hommes (2,1 %), et chez les personnes transgenres (entre 14 % et 40 % selon les études). D'après Huartado et al. 2001, les personnes transgenres avaient sept fois plus de risque d'être affectées par la syphilis comparé aux autres personnes qui consultaient le centre de prévention et d'information (51).

- La prévalence du papillomavirus humain était de 15,8 % dans l'étude de Touze et al. 2001, en Espagne, c'est-à-dire dix fois supérieure à la population générale (OR 10,4 [IC 95% 3,9-27,6]) (52) (Tableau 30). Ce sur-risque est également confirmé par l'étude de Mak et al. 2004, en Belgique, dans laquelle les femmes qui se prostituent/tes ont neuf fois plus de risque d'être atteintes par le papillomavirus que les femmes en population générale (OR 9 [IC 95% 4,5-18,5]) (53). La prévalence du papillomavirus était deux fois supérieure (39 %) dans l'étude de Del Amo et al. 2005, qui portait exclusivement sur des personnes migrantes (45). Dans cette étude, les personnes les plus fréquemment atteintes étaient celles nées en Europe de l'Est (61 %), en Equateur et en Colombie (40 %), en Afrique subsaharienne (29 %) et dans les Caraïbes.

La revue de la littérature menée par Platt et al. 2013 (43) montre que les personnes migrantes en situation de prostitution/tes sont davantage exposées aux IST dites aiguës.

Plusieurs études relèvent la présence de gonocoque et de chlamydia dans d'autres sites anatomiques que les zones uro-génitales (47, 54), en particulier les zones anales et pharyngées. L'étude de Van Liere et al. argumente en faveur d'une diversification des sites de prélèvement en vue d'un dépistage dans les groupes à risque (55). Ils s'appuient pour cela sur les données d'une étude menée auprès de 3757 personnes, hommes et femmes, dont 247 femmes en situation de prostitution/tes⁸.

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants mentionnent l'existence de données françaises non publiées collectées à l'hôpital Bichat sur l'état de santé des personnes transgenres et rapportant, notamment, des niveaux très élevés d'infection par la syphilis. Les données de l'étude CUBE, pouvant être publiées peu de temps après la publication du présent rapport, devraient documenter la situation sanitaire de ces personnes de façon plus précise.

Les participants s'accordent sur la nécessité d'engager une réflexion sur la diversification des sites de prélèvement en vue d'un dépistage en fonction des pratiques. En outre, une analyse particulière des pratiques de prévention doit être menée concernant les rapports oraux.

Plusieurs participants remarquent que les données semblent suggérer que les dépistages d'IST réalisés au moyen de tests sanguins sont davantage réalisés que les dépistages d'IST réalisés au moyen de prélèvements des muqueuses.

Plusieurs participants mentionnent le manque d'informations et de recommandations sur les dispositifs d'auto-prélèvement vaginaux (ex. kit de prélèvement pour le dépistage de la chlamydia). Un participant du groupe de parties prenantes avait souligné que les frottis anaux étaient sous-utilisés et qu'il existe à ce sujet une totale carence d'information.

⁸ Dans l'étude, les résultats en termes de prévalence ne sont pas différenciés selon les sous-groupes de personnes à risques. Il n'était donc pas possible de préciser la prévalence chez les hommes et les femmes en situation de prostitution par rapport aux autres groupes (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sans que soit précisé s'ils sont ou non prostitués et femmes ayant déclaré une activité de libertinage) (55).

► Troubles uro-gynécologiques

La revue de la littérature a permis d'identifier des données sur la fréquence de troubles uro-gynécologiques non liés à des infections sexuellement transmissibles chez les femmes en situation de prostitution/tds (Tableau 31).

- la prévalence de vaginose varie entre 14 % et 28 % selon les études ;
- la prévalence de candidose varie entre 13 % et 53 % selon les études ;
- la prévalence des inflammations pelviennes varie entre 0,3 % et 10,6 % selon les études ;
- une seule étude renseigne la prévalence des infections urinaires (7,8 %) et des anomalies cytologiques (32,9 %).

L'étude de Mc Grath-Lone et al. 2014 rapporte que les femmes en situation de prostitution/tds sont davantage exposées que la population générale à ces troubles gynécologiques : elles sont deux fois plus exposées au risque de vaginose (odd ratio : 2,30 [2,04-2,59]), de candidose (odd ratio : 1,92 [1,68-2,19] et d'infections urinaires (odd ratio de 2,29 [1,90-2,75] (35), quatre fois plus exposées au risque d'inflammation pelvienne (odd ratio de 4,2 [3,58-4,95] et huit fois plus exposées au risque d'anomalies cytologiques (odd ratio de 8,66 [6,60-11,37]). D'après cette même étude, le risque de réinfection de vaginose serait également plus élevé dans cette population. Enfin, l'étude de Mc Grath-Lone et al. indique que les femmes d'origine étrangère sont davantage affectées par les troubles gynécologiques, comparées aux femmes nées en Grande-Bretagne (odd ratio de 2,92 [1,57-5,41]).

Les femmes exerçant leur activité dans des établissements seraient davantage exposées à un risque de vaginose (28 %) en comparaison de celles qui l'exercent dans la rue (11 %) (23) ; ce qui est un résultat relativement divergent par rapport au reste de l'étude qui montre que les personnes exerçant leur activité dans la rue sont globalement moins bien suivies sur le plan sanitaire et davantage exposées à des risques infectieux.

► Utilisation du préservatif et recours au dépistage des IST

D'après les études identifiées dans la littérature, une grande majorité des personnes déclare utiliser systématiquement un préservatif lors de rapports sexuels avec leurs clients et avec leurs partenaires (Tableau 20). Les résultats doivent toutefois être considérés avec précaution dans la mesure où il s'agit de données déclaratives. Il est en effet probable que les personnes « sous-déclarent » la proportion de rapports non protégés pour se conformer aux normes sociales. C'est en tout cas l'hypothèse avancée par les auteurs d'études aboutissant à un taux de 100 % d'utilisation de préservatifs (« *des taux d'usage des préservatifs de 100 % concernant la pénétration sont évidemment une forme de présentation de soi guidée par la désirabilité sociale* » (28)).

Ces études indiquent que :

- dans la majorité des études, plus de 95 % des personnes utilisent systématiquement un préservatif lors de rapports sexuels impliquant une pénétration avec les clients ; quatre études rapportent une proportion plus basse, autour de 85 % (23, 40, 50, 56) ; une étude rapporte une proportion encore plus basse chez les hommes et les personnes transgenres (les données rapportées sont toutefois assez confusément décrites) (18) ;
- toutes les études indiquent que les personnes en situation de prostitution/tds utilisent de façon moins systématique un préservatif lors de fellations ; les proportions de ces rapports protégés sont très variables : 75 % des personnes utilisent systématiquement un préservatif lors de fellations, à l'exception de l'étude de Jeal et al. 2007, dans laquelle elles sont seulement 45 à 55 % à déclarer utiliser systématiquement un préservatif (23) ;
- les données ne permettent pas d'identifier de différences de fréquence d'utilisation des préservatifs avec les clients selon l'origine géographique des personnes ;
- toutes les études indiquent que moins de 50 % des personnes en situation de prostitution/tds utilisent systématiquement un préservatif avec leur partenaire (sauf l'étude de Matteelli 2003, qui rapporte une proportion de 68 % (50)) ; une étude indique que cette proportion varie selon l'origine géographique des personnes (les personnes nées dans le pays de l'étude seraient deux fois plus nombreuses à utiliser systématiquement un préservatif avec leur part-

naire) (30) ; seule une étude distingue les pratiques avec des partenaires occasionnels ou réguliers et elle montre que la proportion de rapports sexuels protégés avec les partenaires occasionnels se rapproche de la proportion de rapports sexuels protégés avec les clients (57).

L'étude de Ballester et al. 2012, réalisée en Espagne auprès de 100 hommes en situation de prostitution/tds, indique que la proportion de rapports protégés avec les clients n'est corrélée ni avec le niveau d'éducation, ni avec l'origine géographique, ni avec l'orientation sexuelle (58). Cette étude souligne toutefois l'existence d'un certain manque d'informations dans la population étudiée. Un grand nombre d'entre eux surestiment les risques de transmission du VIH par l'intermédiaire de baiser avec échange de salive (pour 35 % d'entre eux, il s'agit d'une pratique à risque), tandis qu'ils sous-estiment les risques de transmission du VIH par l'intermédiaire de fellation (sans que le sperme ne soit avalé) (25 % considèrent qu'il ne s'agit pas d'une pratique à risque et 5 % ne savent pas) ou de cunnilingus (14 % considèrent qu'il ne s'agit pas d'une pratique à risque) (58).

Une autre étude réalisée auprès de 241 femmes en situation de prostitution/tds, exerçant leur activité dans la rue en Italie, montre des écarts importants concernant leurs connaissances sur les IST : 93,3 % ont une bonne connaissance du VIH ; 77,1 % de la syphilis ; et moins de 42 % ont une bonne connaissance de l'hépatite B et C, des chlamydioses et d'autres maladies comme les candidoses. Comme Ballester et al. 2012, les personnes de cette étude surestiment les risques liés à la transmission du VIH dans le cadre de baisers (59). Le niveau de connaissance augmente avec le nombre d'années passées à exercer une activité prostitutionnelle.

Quatre études apportent des informations sur la fréquence des accidents de préservatifs. Environ 40 % des personnes y auraient été récemment confrontées (depuis moins de trois mois). L'InVS estime que ces accidents de préservatifs concernaient, en 1992, 0,2 % des rapports sexuels (60).

La seule étude rapportant la fréquence du recours à un traitement post-exposition en cas de rapports non protégés, notamment en raison d'accidents de préservatifs, est celle de l'InVS. Elle rapporte que 38 % des personnes y auraient accès, soit environ 40 % des femmes et des hommes et seulement 27 % des transgenres (17).

Enfin, les études fournissent des données sur le recours au dépistage du VIH et des IST en général. Dans les deux études françaises, entre 68 % et 83 % des personnes avaient effectué un test de dépistage dans l'année (17, 28), contre 21 % à 46 % dans les études anglaises (19, 61). La proportion de personnes, ayant réalisé un dépistage des hépatites dans l'année, est également supérieure à 60 % dans les deux études françaises. Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 72 % des femmes auraient effectué un frottis dans l'année d'après l'étude de l'InVS (17). Seulement 38 % des femmes auraient effectué un dépistage régulier (i.e. tous les trois ans d'après Jeal et al. 2004, en Angleterre) (23, 61). 12,5 % des femmes qui consultaient les centres de médecine uro-génitale en Grande Bretagne ont réalisé un frottis dans l'année, contre seulement 1,5 % des femmes consultant ces centres et n'ayant pas déclaré d'activité prostitutionnelle (35).

L'étude de Ballester et al., réalisée en Espagne auprès de 100 hommes en situation de prostitution/tds, indique que le recours au dépistage est plus systématique chez les hommes qui déclarent être homosexuels ou bisexuels, par comparaison avec ceux déclarant être hétérosexuels (58).

Une étude menée auprès de 63 femmes en situation de prostitution/tds en Grande-Bretagne évalue l'acceptabilité des auto-prélèvements dans le cadre du dépistage du gonocoque et de Chlamydia trachomatis, et conclut que 98 % d'entre elles déclarent préférer cette modalité de dépistage plutôt que le dépistage traditionnel en centre (62).

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont mentionné une moindre utilisation de préservatifs chez certains hommes en situation de prostitution/tds ; ce qui, selon eux, reflète leur moindre utilisation au sein de la communauté gay en général. Cette diminution pourrait être induite par une modification des représentations sur la contamination par le VIH qui sont moins effrayantes aujourd'hui. Il est toutefois indiqué que les études sur l'utilisation du préservatif sont assez anciennes, ce qui pose problème. Plusieurs participants ont également confirmé l'existence de plus nombreuses prises de risque dans le cadre de la vie privée, plutôt que dans le cadre de l'activité professionnelle.

4.4 Santé mentale

Les données quantitatives et la littérature scientifique disponibles ne permettent pas d'évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population de personnes en situation de prostitution/tds. Il existe en effet relativement peu de données quantitatives sur les troubles mentaux dans cette population particulière.

En Grande-Bretagne, selon l'étude de Ward et al. 2006, 43 % des personnes dans le cadre d'un suivi de cohorte menée sur 15 ans ont déclaré avoir expérimenté un « trouble psychologique » (la définition de cette notion était laissée à l'appréciation de la personne) (63). L'étude de Sethi et al. 2006 (37), menée auprès d'hommes, indique que 20 % ont déclaré souffrir d'un trouble mental et 4 % ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide. En France, 3,2 % des hommes ont déclaré avoir fait une tentative de suicide (64). Ce pourcentage s'élève à 12,5 % chez les hommes ayant déclaré des relations homosexuelles exclusives dans les 12 derniers mois.

Une étude menée en Nouvelle-Zélande en 2001, c'est-à-dire avant la légalisation de la prostitution, auprès de 29 femmes en situation de prostitution/tds dans deux villes, Dunedin et Wellington, montre que les troubles psychologiques, évalués au moyen du General Health questionnaire (GHQ-28) et du Intimate Bond measure (IBM) ne sont pas plus fréquents dans une population de femmes en situation de prostitution/tds que dans une population de femmes du même âge (n=680). Dans l'échantillon, seulement deux personnes exerçaient leur activité dans la rue, les autres l'exerçant dans des salons de massage ou à domicile via internet ou avec des clients réguliers (65).

Des données françaises sont apportées dans l'étude ProSanté. L'InVS rapporte ainsi que 21 % des personnes en situation de prostitution/tds ont eu au moins une pensée suicidaire dans les 12 derniers mois, contre 3 à 4 % des personnes en population générale (17). 67 % ont déclaré avoir des troubles du sommeil, 49 % avoir de l'anxiété et 65 % des sentiments de dépression. Les limites de l'extrapolation des résultats de l'étude à l'ensemble de la population de personnes en situation de prostitution/tds sont toutefois unanimement admises car les personnes incluses dans l'enquête étaient recrutées par des associations d'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds et de réorientation professionnelle : il peut exister un biais de sélection vers des personnes plus vulnérables et ne supportant pas de mener cette activité prostitutionnelle, puisqu'elles cherchent un soutien et cherchent à « en sortir » (17). Enfin, une étude qualitative réalisée auprès de sept personnes en situation de prostitution/tds et de cinq professionnels de santé par Gorry et al. 2010, rapporte un manque d'estime de soi de ces personnes, qui se traduirait par des stratégies d'adaptation, soit par un procédé de distanciation, soit par l'usage de drogues (66).

Les professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et en psychologie, interrogés dans le cadre du présent travail, ont souligné la pluralité des situations dans lesquelles se trouvent les personnes en situation de prostitution/tds et les conséquences diverses que chacune de ces situations

pouvait avoir sur la survenue de troubles mentaux : situation de traite, situation d'exil et rupture que cela entraîne avec le milieu familial et culturel d'origine, prostitution étudiante, etc. Ils ont également souligné les biais rencontrés dans l'accès de ces populations aux professionnels de santé (psychiatres ou psychologues) : les personnes qu'ils rencontrent sont celles qui sont rentrées en contact avec des associations et qui ont accepté de recourir à un soutien psychologique et ne sont donc pas représentatives de toutes ces populations. Les professionnels de santé ont mentionné les réticences de nombreuses personnes à recourir à un soutien psychologique lorsqu'elles sont en situation irrégulière sur le territoire ou par crainte de subir des traitements coercitifs (internements). Ces réticences freinent le recours aux soins ou biaisent les discours tenus par les personnes auprès des professionnels.

Dans ce contexte marqué par le manque de données scientifiques robustes, on relève l'existence d'une importante controverse concernant l'impact de l'activité prostitutionnelle en elle-même, c'est-à-dire en dehors des agressions et des violences commises par des passants ou des clients, sur la santé mentale des personnes.

Pour certains auteurs, le fait d'accepter un rapport sexuel en échange d'une rémunération et, *a fortiori*, la répétition de ces rapports, induirait une violence qui aurait des conséquences psychologiques (dépression, trouble du sommeil, trouble de l'estime de soi) (67-72). Ces auteurs, en particulier J. Trinquart, mentionnent également des manifestations de chocs post-traumatiques et des phénomènes de décorporalisation ; lesquels s'exprimeraient sous la forme d'une perte d'investissement par l'individu de son propre corps et d'une asymbolie ou d'une anesthésie vis-à-vis de la douleur. D'après ce dernier auteur, ce phénomène de décorporalisation induirait un faible recours aux soins. Cette thèse a fait l'objet de nombreuses controverses dans la littérature, en raison des méthodes de recrutement des personnes interrogées et du fait qu'il s'agisse d'une thèse de médecine générale et non de psychologie ou de psychiatrie. Le recours à la notion de syndrome post-traumatique est également discuté par D. Fassin et R. Rechtman 2007 (73).

Pour d'autres auteurs et pour certains participants du groupe de parties prenantes en revanche, l'activité prostitutionnelle, lorsqu'elle est exercée librement par la personne, n'est pas en elle-même une source de violence⁹.

Une autre controverse concerne le lien entre souffrances infantiles (inceste, violences) et entrée dans la prostitution. On note toutefois que cette littérature est publiée dans des revues de criminologie ou des revues spécialisées dans le droit des femmes et non dans des revues de psychologie, de psychiatrie et de psychanalyse. Seule une étude quantitative sur ce sujet a été identifiée par la revue de la littérature. Il s'agit d'une étude de Daaler 2011 qui rapporte la fréquence des négligences et des abus subis dans l'enfance dans un groupe de 123 femmes en situation de prostitution/tds aux Pays-Bas (74). Celle-ci ne compare pas les résultats obtenus avec ceux dans la population générale.

Groupe partie prenantes

L'impact de l'activité prostitutionnelle, en soi, sur la survenue de troubles psychologiques fait l'objet de désaccords entre les participants du groupe de parties prenantes lors de la première et de la deuxième réunion.

Plusieurs participants ont regretté les limites du périmètre de l'évaluation concernant les risques psychologiques. La question du champ de compétences de la HAS sur ces questions a été posée. Pour certains participants, la santé mentale relève d'une expertise sanitaire, si bien qu'il est souhaitable que la HAS explore de façon complète la question de l'impact de l'activité prostitutionnelle sur les troubles mentaux. Il a été rappelé que des difficultés ont été rencontrées pour inclure des professionnels de santé spécialisés en psychologie et en psychiatrie dans le groupe de parties prenantes et que, sans le soutien de ces professionnels, la HAS n'est pas en capacité de trancher des controverses aussi fortes.

⁹ Cf. Maîtresse Nikita et T. Schaffauser, *Fières d'être putes*, Paris 2007.

L'ensemble des participants s'accordent sur les biais de l'étude Pro-Santé. Il est en effet possible que le recrutement des personnes, via les associations qui participaient à l'enquête et qui étaient principalement des associations de réinsertion sociale, sélectionnait celles qui souhaitaient sortir de la prostitution. En particulier le pourcentage de personnes déclarant avoir des idées suicidaires, égal à 21 %, semble surestimé pour certains participants. Il est également précisé que les résultats de l'enquête Pro-Santé pourraient s'expliquer par le recrutement géographique des personnes : la population parisienne était sous-représentée ; or il existerait d'importantes différences entre les régions.

Un participant indique que l'accompagnement psychologique des personnes en situation de prostitution peut être essentiel, même si l'activité de prostitution n'est pas nécessairement associée à une pathologie mentale. Des souffrances psychiques peuvent en effet résulter d'un contexte social et politique particulier. Cet accompagnement psychologique est en partie déjà apporté par les associations, mais celles-ci ont peu recours à des psychologues.

4.5 Troubles liés au processus de changement de sexe

Il n'existe pas d'étude permettant d'estimer les problèmes sanitaires liés au processus de changement de sexe spécifiquement rencontrés par les personnes transgenres en situation de prostitution/tds. L'association « Les amis du Bus des femmes » indique qu'« *elles sont des problématiques récurrentes et qu'elles font parfois l'objet de « situations préoccupantes »* » (75). L'étude Belza et al. 2000 indique que 30 % des personnes transgenres, interrogées dans leur enquête, suivent un traitement hormonal et que seules 23 % d'entre elles le font avec un suivi médical. 18 % ont déclaré s'injecter des produits au niveau de la poitrine, des hanches ou sur d'autres parties du corps (hormones ou silicone) et ces pratiques sont plus fréquentes chez les personnes d'origine étrangère (60 % *versus* 23 %) (27). L'utilisation, souvent hors contrôle médical chez les personnes male-to-female, de silicone liquide, pour féminiser pommettes ou hanches, peut générer des malformations, infections (érysipèle, cellulite, fasciite), « siliconomes » et nécroses, donnant lieu à une automédication par des corticoïdes aux conséquences encore plus dramatiques. Des cas d'embolie pulmonaire (ou d'embolie graisseuse) et de chocs septiques pouvant être fatals sont également constatés (76).

Chez les personnes male-to-female, il existe par ailleurs un risque d'accidents thromboemboliques liés à l'impact de l'hormonosubstitution sur le risque cardio-vasculaire qui n'est pas précisément évalué.

Chez les personnes female-to-male traitées par androgènes, les principales complications rapportées dans la littérature sont les suivantes : complications métaboliques et risque cardiovasculaire, complications hépato-biliaires, polyglobulie, acné, cancers, modification de la densité osseuse (77).

La prise en charge par traitement hormonal des personnes transgenres atteintes par le VIH est compliquée d'une part par les interactions possibles entre traitements antirétroviraux et traitements hormonaux, d'autre part par la sommation des effets indésirables des deux types de traitements (complications métaboliques glucidolipidiques, augmentation du risque cardiovasculaire).

Opinion des parties prenantes

Les participants du groupe de parties prenantes ont souligné que les personnes transgenres pouvaient rencontrer des difficultés liées au décalage entre le processus de changement du corps dans lequel elles sont engagées et les attentes des clients. D'une part, la prise d'hormones peut freiner la capacité des personnes à avoir une érection. Elles peuvent avoir recours au Viagra® pour y remédier. D'autre part, il existerait une opposition structurelle entre la féminisation du corps et les demandes des clients qui préfèrent souvent que les organes génitaux masculins soient conservés.

Plusieurs participants rapportent l'existence d'inégalités de prise en charge sanitaire pour les personnes transgenres par rapport à la population générale.

Ils indiquent également l'existence d'idées reçues sur l'impossibilité de contamination du VIH dans le « néo-vagin ».

4.6 Violences

Plusieurs études présentent des données sur la fréquence des agressions physiques et psychologiques rapportées par les personnes en situation de prostitution/tds et font état d'une surexposition des personnes qui se prostituent/tds par rapport à la population générale (Tableau 39). Ces violences sont de natures diverses : vols, viols, tentatives de certains clients pour retirer le préservatif pendant l'acte, injures et propos humiliants, tentatives de certains clients pour ne pas payer ou ne payer qu'une partie du tarif négocié. Ces violences sont exercées par différents auteurs : des clients, des passants, d'autres personnes en situation de prostitution, l'entourage familiale, la police¹⁰ ou encore d'autres personnes (17). Les différents types de violences sont également documentés dans les rapports d'activités des associations (75, 79, 80), ainsi que dans l'enquête de Médecins du Monde sur les violences subies par les femmes chinoises en situation de prostitution/tds à Paris (81).

Dans les études portant sur des femmes exerçant leur activité dans des établissements, environ 25 % des personnes avaient déclaré avoir subi des violences physiques dans les six derniers mois et dans l'année (19). Cette fréquence était plus élevée dans les études portant sur des femmes exerçant leur activité dans la rue : entre 36 % et 50 % des personnes avaient subi des violences (17, 82). Cette différence est confirmée par l'étude de Church et al. 2001 (24). Ces fréquences sont très supérieures à celles estimées en population générale. En effet, en France, 3,5 % des femmes avaient subi une agression physique ou un viol en dehors du ménage en 2005 ou en 2006 (Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007). 3,3 % ont déclaré avoir subi une agression physique ou un viol à l'intérieur du ménage. 5,5 % ont déclaré avoir subi des menaces et 16,9 % des injures.

Dans l'étude Pro-santé, les femmes étaient toujours davantage victimes de violences par rapport aux hommes et aux personnes transgenres, quel que soit l'auteur de l'agression (clients, entourage, passants, autres personnes en situation de prostitution). Elles étaient également davantage exposées au risque de violences psychologiques.

L'étude de Belza et al. 2001, qui porte sur une population d'hommes en Espagne, exerçant leur activité dans la rue, indique que 25 % d'entre eux ont subi des violences dans l'année (83).

¹⁰ A l'exception des données de l'étude Pro-santé, les seules données quantitatives sur les violences exercées par la police sont issues d'études menées dans des pays non comparables à la France (Asie, Russie, Afrique, Amérique du Sud) (78).

Ces violences sont d'autant plus problématiques que les personnes ne recourent pas toujours aux soins lorsqu'elles en sont victimes et qu'il existe un phénomène de sous-déclaration auprès de la police, comme l'indiquent les associations dans le cadre de leurs rapports d'activité (84) et dans le cadre du groupe de parties prenantes. Elles recouraient également rarement à des soins à la suite de ces violences. D'après Gloor et al. 2011, seules 8 % des personnes dans l'échantillon ont consulté à la suite de violences physiques (82).

Cette surexposition au risque de violences se traduit par un sentiment de vulnérabilité qui est rapporté dans plusieurs études (2, 66, 85). D'après les auteurs de ces enquêtes, la crainte de la violence est omniprésente, y compris chez des personnes n'en ayant pas été victimes.

Clouet rapporte que les personnes exerçant une activité prostitutionnelle sur internet ont le sentiment d'être moins directement exposées aux violences (agressions physiques, insultes) (31). Cette perception est également partagée par les personnes exerçant leur activité dans un salon de massage ou dans une agence d'escorts (86), ce qui converge avec les données quantitatives. Les personnes exerçant leur activité sur internet sont toutefois exposées à des risques de violences psychologiques spécifiques :

- chantage et pressions exercées par certains clients qui disposent parfois d'informations personnelles (téléphone, adresse du domicile, identité) ;
- impact des évaluations par certains clients postées sur les sites internet.

Une étude, menée par Farley et al. 2004, est fréquemment citée dans la littérature et fait l'objet de controverses entre les parties prenantes (67). Cette étude a été réalisée dans neuf pays différents (en Allemagne et dans huit autres pays en dehors de la zone européenne) (2). Dans l'étude menée en Allemagne (n=54), 61 % de ces personnes ont déclaré avoir déjà subi une agression physique dans leur vie, ce qui est cohérent avec les autres données identifiées dans la littérature. En revanche, le nombre de personnes ayant subi un viol était supérieur dans l'étude de Farley. 63 % ont déclaré avoir subi un viol dans le cadre de leur activité et 50 % l'ont été plus de cinq fois. Par comparaison, 22 % des personnes avaient déclaré avoir déjà subi un viol dans leur vie dans l'étude de Church et al. 2001, en Grande-Bretagne (24) et 1/3 des personnes dans l'enquête Pro-santé (17). Il est possible d'expliquer cet écart par la méthode de recrutement des personnes interrogées en Allemagne par Farley et al. Elles étaient en effet principalement recrutées à la sortie d'un centre spécialisé dans l'accueil des usagers de drogues et à la sortie d'un centre de réinsertion sociale (des annonces étaient également diffusées dans les médias). Dans la mesure où il est établi que les usagers de drogues constituent un groupe de personnes particulièrement vulnérables, les fréquences de violences subies par les personnes dans l'étude de Farley et al. ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble de la population de personnes en situation de prostitution/tds. Il reste néanmoins vrai que les personnes en situation de prostitution/tds, en particulier les femmes, sont très exposées à un risque de violences en comparaison de la population générale.

Des dispositifs de prévention des violences ont été mis en place, sur le terrain, dans certains pays {Penfold, 2004 #251} {Sanders, 2007 #247} {Canter, 2009 #253}. L'opportunité de dispositifs semblables en France nécessiterait d'être évaluée.

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants ont souligné l'existence d'une recrudescence des violences. Les agressions seraient à la fois plus nombreuses et plus violentes. Ils précisent qu'il est difficile de savoir si cette augmentation s'explique par une augmentation des déclarations ou par une réelle augmentation de celles-ci. Pour autant, ces participants rappellent qu'il continue d'exister une sous-déclaration de la violence, en particulier de la part des hommes. L'une des raisons invoquées par les participants est l'attitude stigmatisante qu'ils rencontrent auprès de la police et l'inadéquation des réponses qui leur sont apportées.

Plusieurs participants rappellent que l'extrapolation des résultats des études sur les violences menées en Grande-Bretagne doit être effectuée avec prudence.

Un participant indique qu'il est important de mettre en exergue la variabilité des expositions à la violence et l'ensemble des cofacteurs de la violence. Par exemple, les études ne permettent pas de distinguer les différents niveaux d'exposition en fonction des types de lieux dans la rue (rue, boulevard... ; ou selon les quartiers) alors qu'il existe des niveaux d'exposition très variables, en pratique, en fonction de ces lieux.

4.7 Autres problématiques sanitaires

Les autres problématiques sanitaires sont très peu documentées (risques cardiovasculaires, cancers, etc.) et il n'est pas possible d'évaluer l'état de santé global, c'est-à-dire, en dehors des infections sexuellement transmissibles, des troubles gynécologiques et des addictions, des personnes qui se prostituent/tds. Les seules données disponibles sont apportées par l'étude Pro-santé en France et par plusieurs études menées en Grande-Bretagne. Les personnes semblent être dans un état de santé beaucoup plus dégradé dans les études menées en Grande-Bretagne que dans celle menée en France (enquête Pro-santé) :

- ▶ dans l'enquête Pro-santé, 28 % de personnes ont déclaré une maladie chronique, dont 70 % des personnes transgenres (17), tandis que dans l'enquête menée par Jeal et al. 2004, la totalité des personnes ont déclaré une maladie chronique (identifiée au moyen du questionnaire « General Household Survey ») et seulement 59 % ont déclaré être traitées pour cette maladie (61) ;
- ▶ dans cette même enquête, la moitié des personnes avaient une affection aiguë et seulement 17 % étaient traitées pour cette maladie (61) ;
- ▶ dans l'enquête Pro-santé, 20 % des personnes se sont déclarées en mauvais état de santé contre 54 % des personnes dans l'enquête de Jeal et al ;
- ▶ dans l'enquête Pro-santé, 9 % ont déclaré présenter au moins un facteur de risque cardiovasculaire (diabète, HTA ou dyslipidémie) et 6 % dans l'enquête de Ward et al. qui suivait une cohorte de personnes sur 15 ans ;
- ▶ environ 38 % des personnes exerçant une activité prostitutionnelle dans la rue dans l'enquête de Jeal et al. ont déclaré avoir souffert de bronchite et 28 % d'asthme tandis que seulement 6 % des personnes interrogées dans l'enquête Pro-santé ont déclaré avoir des troubles pulmonaires ;
- ▶ enfin, la proportion de personnes atteintes de problèmes veineux, essentiellement liés à l'usage de drogues injectables, s'élève à plus de 46 % dans l'enquête de Jeal. et al.

Creighton et al., en Grande-Bretagne, rapportent que 6 % des femmes en situation de prostitution/tds, ayant été contactées sur leur lieu de travail via une équipe mobile, ont été diagnostiquées comme ayant une tuberculose et 5 % ont été directement réorientées vers des services d'urgence et de soins primaires pour diverses affections (infections des tissus mous, pyélonéphrite, infections pulmonaires) (87).

Ces résultats sont à la fois trop peu nombreux et trop divergents pour nous permettre de déterminer si l'état de santé des personnes qui se prostituent/tds est plus dégradé que celui de la population générale en France.

Principales conclusions sur la revue de la littérature sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe

- Les données disponibles n'indiquent pas que l'activité prostitutionnelle est en soi un facteur de risque d'infection du VIH/Sida, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui favorisent la propension de personnes en situation de prostitution/tds à accepter des rapports non protégés à la demande de certains clients. Le sur-risque d'infection au VIH/Sida lié à l'activité prostitutionnelle est très modéré voir nul chez les femmes et les personnes transgenres, et il reste incertain chez les hommes lorsque la prévalence du VIH/Sida chez ce sous-groupe est comparé à la prévalence du VIH/Sida chez les HSH. Ce résultat est le fruit des programmes de santé publique en population générale, et dans cette population particulière, qui ont favorisé la diffusion de bonnes pratiques de prévention et qui doivent être poursuivis.
- Les HSH et les personnes transgenres qui se prostituent/tds restent beaucoup plus exposées au VIH que les femmes, comme le sont ces personnes en population générale.
- Les données sur la prévalence des hépatites B et C chez les personnes en situation de prostitution/tds sont assez rares et elles ne sont pas convergentes si bien qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions robustes. Les études disponibles ne permettent pas de conclure sur l'existence d'un sur-risque vis-à-vis de l'hépatite B et C. Des études renseignent le taux de personnes vaccinées contre l'hépatite B en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. Le taux de vaccination semble plus élevé dans cette population par rapport au taux de vaccination dans la population générale probablement en raison de programmes de vaccination ciblée.
- L'activité prostitutionnelle est associée à une surexposition à d'autres IST moins connues que le VIH/Sida (chlamydia, gonocoque et papillomavirus) et à certains troubles gynécologiques (vaginose, candidose, inflammation pelvienne). Un résumé des recommandations de bonnes pratiques sur ces IST est proposé en annexe du document.
- Plusieurs auteurs argumentent en faveur d'une diversification des sites de prélèvement en vue du dépistage (anaux et pharyngés) notamment chez les personnes qui se prostituent/tds, en fonction de leurs pratiques.
- Il existe peu de données sur les problématiques sanitaires rencontrées par les personnes transgenres qui soient spécifiquement liées à l'activité prostitutionnelle. Le groupe de parties prenantes a souligné, au sujet des personnes transgenres Male-to-Female, certains manques d'informations (ex. risque de contamination des IST dans le néo-vagin) et certaines difficultés posées par le décalage entre la féminisation du corps et les attentes de certains clients (ex. difficulté d'avoir une érection en raison de la prise de traitements hormonaux et recours éventuel au Viagra®).
- Les données disponibles ne mettent pas en exergue une surconsommation d'alcool dans cette population. En revanche, plusieurs études montrent une consommation très importante de tabac chez les femmes, les hommes et les personnes transgenres.
- Lorsque l'on regarde les données de consommation de drogues dans l'ensemble de la population de personnes en situation de prostitution/tds, celles-ci ne semblent pas avoir une consommation plus importante que la population générale à l'exception de la consommation de cannabis. Il convient toutefois de noter que les données sont assez anciennes et que l'on manque d'informations sur les drogues de synthèse comme l'ont souligné les parties prenantes.

- Les personnes en situation de prostitution/tds sont surexposées à un risque de violences physiques et psychologiques. Les auteurs de ces violences sont divers (clients, passant, autres personnes en situation de prostitution). Les personnes qui exercent leur activité dans la rue sont beaucoup plus exposées à ce risque de violences comparées à celles qui exercent leur activité dans des établissements.
- Les personnes qui exercent leur activité sur internet sont exposées à des risques de violences spécifiques, en particulier psychologiques (chantage, site de notations). Le travail mené par E. Clouet et les discussions entre les parties prenantes nous ont amené à constater que ces personnes peuvent être assez isolées, ce qui peut aggraver les conséquences de ces violences.
- Les données sur le recours aux soins et la déclaration des violences auprès de la police sont très rares. Plusieurs éléments dans la littérature, ainsi que les discussions entre les parties prenantes, laissent penser que peu de personnes consultent un médecin à l'issue de ces violences et qu'il existe une sous-déclaration auprès de la police.
- Les données disponibles ne montrent pas une surexposition au risque de troubles psychologiques à l'exception des résultats de l'étude Pro-santé dont la représentativité pose question. Les personnes étaient en effet recrutées par l'intermédiaire d'associations d'accueil et de réinsertion sociale : il s'agissait donc principalement de personnes souhaitant sortir de leur activité prostitutionnelle.
- Il existe très peu de données sur les autres problématiques sanitaires (risques cardio-vasculaires, cancers et autres maladies chroniques), si bien qu'il n'est pas possible de déterminer si l'état de santé des personnes qui se prostituent/tds est plus dégradé que celui de la population générale en France.

5. Les facteurs de vulnérabilité sanitaire des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe

L'état des lieux sur la santé des personnes en situation de prostitution/tds a permis de mettre en lumière une forte variabilité de la situation sanitaire des personnes dans cette population si bien qu'il est apparu utile d'identifier les différents facteurs de vulnérabilité sanitaire permettant :

- d'identifier les leviers d'action pour favoriser la prévention et l'accès aux soins ;
- d'aider les professionnels de santé à évaluer les risques sanitaires auxquels sont exposées les personnes en fonction de leur situation ; *a fortiori*, lorsque les facteurs de vulnérabilité s'accumulent, les personnes sont exposées à des risques sanitaires élevés.

L'identification de certains facteurs de vulnérabilité sanitaire fait l'objet d'importantes controverses entre les acteurs notamment associatifs et elle a fait l'objet d'importants désaccords entre les participants du groupe de parties prenantes (cf. Annexes p. 106). Il est apparu que le rôle de la HAS était de contribuer aux discussions entre acteurs en présentant et en analysant les données scientifiques disponibles, ainsi qu'en présentant les incertitudes qui demeurent.

5.1 Addictions à des substances psychoactives

Dans les études analysées, les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse constituaient toujours le sous-groupe de personnes les plus exposées à des risques sanitaires. D'une part, la consommation et l'addiction à des substances psychoactives induisent des problèmes sanitaires particuliers. D'autre part, elles limitent la capacité des personnes à négocier des rapports protégés en raison de leur situation de manque qui accroît le besoin de se procurer de l'argent pour se procurer de la drogue et en raison d'une diminution de leur vigilance (88).

Les études montrent que les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse sont en moyenne plus jeunes et ont des conditions de vie beaucoup plus précaires, notamment en matière de logement (28, 89). L'OFDT rapporte que 55 % des personnes usagères de drogues vivent dans un logement précaire contre 38 % dans l'échantillon total (28).

Ces personnes n'ont pas les mêmes pratiques que les personnes en situation de prostitution/tds, en général. Elles n'ont pas les mêmes horaires (elles exercent leur activité davantage la nuit) et elles exercent leur activité prostitutionnelle dans des lieux spécifiques. Pryn et al. 1999 rapportent ainsi, dans le cadre d'une étude menée dans la ville de Lille, que les territoires sont clairement répartis entre les personnes en situation de prostitution/tds usagères de drogues et celles qui ne le sont pas (89). Enfin, ces personnes ont davantage de pratiques à risque (pénétration anale, moindre utilisation de préservatifs) (28).

L'étude de Jeal et al. 2008 a recueilli des données déclaratives auprès de 20 personnes en situation de prostitution/tds dépendantes de drogues (héroïne et cocaïne) à Bristol en Angleterre (88). Ces personnes déclarent être plus exposées à un risque de violences (ex. racket) que les autres consommateurs de drogues car elles sont connues pour avoir davantage d'argent à disposition. Les personnes qui fument la drogue déclarent s'inquiéter en raison de leur toux et de sifflements au niveau de leur respiration, tandis que celles qui l'injectent par voie intraveineuse décrivent des abcès qui limitent leurs activités et génèrent des septicémies, des thromboses et des embolies pulmonaires. Elles décrivent également des souffrances psychologiques (tentative de suicide, comportements autodestructeurs) et des problèmes de nutrition (elles disent manger et boire trop peu car la drogue diminue leur appétit et déclarent également consommer de la « junk food » qui serait plus adaptée à leur mode de vie). Sur les 20 personnes interrogées, seulement cinq ont un lieu d'habitation stable, les autres sont hébergées chez des amis, à l'hôtel, dans des squats ou dans des « crack houses », ce qui les expose à un manque de sommeil et à des risques d'agression. C'est dans certains cas le fait d'être sans domicile qui les a poussé dans ce cycle « prostitution-achat de drogue-consommation de drogue ».

5.2 Personnes débutant leur activité et/ou exerçant une activité occasionnelle

L'étude réalisée par Clouet sur les personnes exerçant une activité prostitutionnelle sur internet et les discussions entre les participants du groupe de parties prenantes indiquent que les personnes débutant leur activité et celles qui exercent une activité prostitutionnelle occasionnelle sont particulièrement exposées à certains risques sanitaires en raison d'une moindre information sur les pratiques de prévention, d'un plus grand isolement et d'attentes particulières de certains clients.

Clouet indique par exemple que les personnes exerçant une activité occasionnelle ou indépendante (c'est-à-dire celles qui n'exercent pas leur activité dans le cadre d'une agence d'escorts) seraient plus enclines à accepter des rapports sexuels non protégés, en particulier lorsqu'elles font prévaloir comme argument commercial le fait de proposer des rapports sexuels proches des rapports sexuels qui ont lieu en dehors de la prostitution (d'après Clouet, l'expression « *Girl friend experience* » serait utilisée pour désigner ce type d'échange « *ce qui est attendu des femmes prestataires de services sexuels tarifés dite GFE est un comportement proche de celui que l'on aurait avec une amante, une sex-friend, une copine* »). Dans ce cadre, l'utilisation de préservatif, en particulier pour les fellations, renverrait à une pratique « professionnelle » (31). Cet élément a été confirmé par certains participants du groupe de parties prenantes.

Par ailleurs, les associations rapportent, dans le cadre de leurs rapports d'activité, que les personnes débutantes et celles ayant une activité occasionnelle constituent également une population particulièrement exposée aux risques de violences en raison d'un manque d'interlocuteurs : elles sont en effet plus difficilement accessibles par les associations et il y a moins d'échanges entre pairs sur internet que dans la rue.

Il est probable que les étudiants qui se prostituent et les personnes qui participent à des échanges économico-sexuels non financiers puissent être exposés à des risques similaires. La revue de la littérature n'a toutefois pas permis d'identifier d'études permettant de répondre à la question des risques sanitaires spécifiques auxquels ils seraient exposés.

5.3 Précarité économique et sociale

► Impact de la précarité économique et sociale sur la capacité à négocier des rapports protégés

De nombreuses sources documentaires, enquêtes empiriques et remontées de terrain des acteurs associatifs, renseignent la fréquence des demandes de certains clients de rapports sexuels non protégés (31, 75, 80, 86, 90, 91). L'étude de Jeal et al. 2004 estiment que 97 % des personnes interrogées se sont déjà vu proposer des rapports non protégés, 28 % ont déclaré avoir déjà accepté ces rapports (61). La capacité des personnes à imposer l'utilisation de préservatifs dépend de la situation économique dans laquelle elles se trouvent dans la mesure où la demande de certains clients d'obtenir des rapports non protégés se traduit par une augmentation de leur consentement à payer (92, 93). Elle dépend également du sentiment de la personne d'être en situation de concurrence avec d'autres personnes en situation de prostitution/tds et du temps dont elle dispose pour négocier le tarif et les conditions de l'échange peut être limité par des politiques de pénalisation (cf. p. 35). Pour les personnes exerçant leur activité sur internet, des craintes sont exprimées vis-à-vis de l'évaluation sur les sites de notations et qui est utilisée par certains clients pour exercer du chantage afin d'obtenir des rapports non protégés.

L'association Grisélidis souligne, dans son rapport d'activités de 2014, une augmentation des rapports non protégés, en particulier chez les hommes et les personnes transgenres, qui pour l'instant n'est pas retrouvée dans les études mais qui sont relativement anciennes (80). D'après l'association, cette augmentation s'expliquerait par la pression exercée par certains clients et des facteurs économiques et sociaux qui amènent de plus en plus de personnes en situation de prostitution/tds à y céder (ex. accroissement de la concurrence).

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants du groupe de parties prenantes ont souligné l'augmentation de la précarisation des personnes en situation de prostitution/tds liée à la crise économique et son impact sur la capacité des personnes à résister à la pression de certains clients et imposer le préservatif. La crise économique aurait également favorisé l'entrée de nouvelles personnes dans la prostitution, notamment via internet, ce qui aurait eu pour effet d'accroître la concurrence.

► Impact de la précarité économique et sociale sur l'accès à la couverture d'assurance maladie

Plusieurs études rapportent le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie et la nature de cette couverture d'assurance maladie (Tableau 2). Environ 65 % des personnes bénéficient d'une couverture d'assurance maladie. La proportion de personnes bénéficiant de l'Aide médicale d'Etat aurait augmenté entre 2003-2004 et 2013, passant de 4-6 % à environ 30 % des personnes. 30 % de personnes seraient couvertes par la CMU.

Tableau 2 . Nombre de personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie dans les études françaises

	Couverture sociale	Dont : Régime général ou RSI	CMU	AME	Complémentaire
Guillemaut, 2008 (94)	2003 : 86 % 2005 : 64,3 %	2003 : 1 % (carte vitale) 2005 : 4,3 % (carte vitale)	2003 : 79 % 2005 : 30 %	2003 : 6 % 2005 : 30 %	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	62 % Femmes Hommes Transgenres		35 % Femmes : 31 % Hommes : 35 % Transgenres : 44 %	27 % Femmes : 27 % Hommes : 30 % Transgenres : 24 %	45 %
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	64 % Origine Europe de l'Est : 28 % Origine Afrique subsaharienne : 48 %	10 %	33 %	4 %	14 %
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	75 % hommes 74 % transgenres	67 % hommes 33 % transgenres	2 % hommes 24,5 % transgenres	4 % hommes 15 % transgenres	2 % hommes 1,5 % transgenres

D'après les associations, les principales difficultés rencontrées dans l'accès à la couverture d'assurance maladie sont le manque d'information ou la complexité des démarches administratives à entreprendre pour obtenir l'Aide médicale d'Etat (AME) lorsque les personnes sont en situation irrégulière sur le territoire (75, 94, 95).

L'association « Les amis du bus des femmes » souligne les difficultés posées par les troubles de la vision et la difficulté de se procurer des lunettes en l'absence de couverture sociale. Cette association indique orienter les personnes vers la permanence opticien de « Médecins du Monde – Parmentier » à Paris ou vers l'association « Lunettes Sans Frontières » (75). Elle indique également les difficultés d'accès à l'IVG en raison de l'absence de documents d'identité et de couverture sociale (75).

Guillaumaut mentionne enfin les difficultés spécifiques que rencontrent les migrants en Guadeloupe pour bénéficier de l'AME, ainsi que les difficultés d'accès à l'IVG, en raison de l'absence de couverture sociale, des délais importants ou parce que les personnes souhaitent éviter des procédures qualifiées de « contrôle » (consultation, entretien) (96). Elle indique que, dans certains cas, ces personnes utilisent alors du Cytotec® pour déclencher des fausses couches.

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants du groupe de travail ont indiqué que l'accès à l'IVG était particulièrement difficile pour les femmes migrantes et sans-papiers. Certaines rentrent parfois dans leur pays d'origine pour la réaliser. Dans les PASS qui sont les structures les plus adaptées pour accueillir ces personnes, l'accès à l'IVG serait plus long que dans d'autres structures.

► Impact de la précarité économique et sociale sur l'accès à l'information et aux soins au sein de certaines populations de personnes migrantes et dans les DOM-TOM

Les remontées de terrain des associations et les études qualitatives font état d'un manque d'informations au sein de certaines populations de personnes migrantes et dans certains territoires (ex. DOM-TOM). Ce manque d'informations induit des freins à l'accès à la prévention et aux soins, notamment en matière de dépistage.

Dans le cadre d'une enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris menée par Médecins du monde, il apparaît que 45 % des femmes n'ont jamais effectué de dépistage du VIH. En revanche, 72,5 % ont déjà fait un test de dépistage du virus de l'hépatite B, 66 % de l'hépatite C. Dans l'enquête, 46 % des femmes ont déclaré n'avoir pas été suivies au niveau gynécologique au cours de l'année passée et 49 % d'entre elles n'ont jamais fait de frottis cervico-utérin. Près de la moitié ont un stérilet, environ 30 % d'entre elles ne l'ont pas changé depuis au moins trois ans (84). Les auteurs soulignent les méconnaissances des femmes rencontrées dans l'enquête à la fois concernant les structures de soins et concernant certaines problématiques sanitaires comme les IST. Ils rappellent que ces pathologies étaient taboues jusqu'à récemment en Chine et que ces femmes ont été éduquées dans une ignorance totale des IST en général et du VIH en particulier (97).

Dans son étude menée en Guadeloupe, Guillaumaut souligne le manque d'informations sur l'hépatite B et C des femmes en situation de prostitution/tds. D'après cet auteur, elles sont nombreuses à ne pas connaître les risques associés à ces deux pathologies et à ne pas connaître la différence entre l'hépatite B et C en termes de modes de transmission, conséquences sanitaires et les modalités de vaccination (96). Guillaumaut indique par ailleurs que de nombreuses femmes ne connaissent pas les risques de transmission des IST dans le cadre de fellations, ce qui explique le faible taux de rapports oraux protégés (environ 50 % des personnes utilisent un préservatif dans le cadre de la fellation) (96). Enfin, il existe un décalage entre le taux de recours au dépistage déclaré et les pratiques réelles qui apparaît lorsque l'on interroge plus précisément les femmes sur les

lieux de dépistage : il arrive que la personne déclare être régulièrement dépistée mais ne soit pas en mesure d'indiquer où se trouvent les lieux de dépistage (96).

Enfin, les remontées de terrain d'associations permettent d'identifier certaines pratiques d'assèchement vaginal en particulier chez les femmes nées en Afrique subsaharienne ou en Asie, au moyen de pierre d'alun, de serviette éponge, de savons gynécologiques ou d'autres produits (savon divers, lingettes alcoolisées, voire, dans des cas moins fréquents, eau de javel diluée), soit à la suite de rupture de préservatif, soit en routine après chaque rapport (80, 84, 94, 98). Ces pratiques sont susceptibles de déséquilibrer la flore vaginale et d'accroître le risque d'irritations, voire d'accroître certains troubles gynécologiques, comme les vaginoses ou les candidoses (99-101). Ces pratiques d'assèchement vaginal doivent être mises en perspective avec le refus d'une proportion de personnes d'utiliser du lubrifiant qui est considéré, comme les fluides séminaux en général, comme pathogène (IST, voire cancers) (80, 84, 94). Le refus d'utiliser du gel lubrifiant s'explique également par le fait qu'il est associé à la sodomie, voire à l'homosexualité, comme le rapporte par exemple Guillemaut en Guyane (14, 102), et parce que certains clients considèrent que son utilisation traduit un manque d'excitation de la part de la personne en situation de prostitution/tds. Enfin, la littérature fait état de certaines pratiques à risque qui résultent d'un manque d'information sur les bonnes pratiques de prévention comme la pose de deux préservatifs l'un sur l'autre ou bien le fait que la personne délègue au client le fait de poser le préservatif (ref.). Ces pratiques ne sont toutefois pas corrélées à certaines origines géographiques ou certains territoires particuliers.

Enfin, le fait de ne pas parler français constitue un frein en matière d'accès aux soins (17, 31, 79, 80, 91, 103). L'association « Les amis du Bus des femmes » précise que les barrières linguistiques freinent la prise en charge des troubles psychiques, notamment dans le cadre de centres spécialisés (75). L'association Médecins du Monde précise que les personnes d'origine chinoise et ne parlant pas le français ne sont pas en mesure d'expliquer leurs symptômes, dans le cadre des consultations médicales, ni de comprendre le diagnostic du médecin et la posologie des traitements qui leur sont prescrits, ce qui à l'évidence freine leur observance. De surcroît, l'isolement relationnel les prive d'un entourage pouvant servir d'interprète (104). L'association précise, dans un autre rapport, que cette barrière linguistique les place dans un état de dépendance envers les intermédiaires de toutes sortes : « *proches plus ou moins bien intentionnés, sociétés de traduction plus ou moins honnêtes, associations franco-chinoises plus ou moins bienveillantes. Certains intermédiaires usent de leur « savoir » et de leur réseau pour faire payer leurs services* » (84, 97).

► Impact de la précarité économique et sociale sur l'accès au logement

De nombreux auteurs rapportent les difficultés rencontrées par les personnes en situation de prostitution/tds en matière de logement et les problèmes sanitaires qu'elles induisent. De nombreuses personnes ne disposent pas de fiches de paie, ce qui constitue un obstacle pour louer ou acheter un logement. Enfin, d'après les parties prenantes, des dispositions pénales en matière de lutte contre le proxénétisme freinent l'accès au logement (article 225-10 du code pénal sur le proxénétisme hôtelier, article 225-5 du code pénal sur le proxénétisme par la cohabitation).

Des données quantitatives permettent d'estimer la proportion de personnes vivant dans leur propre logement, celles hébergées par des tiers (famille, amis ou parents), à l'hôtel ou dans la rue (cf. Tableau 3). 70 % des personnes d'origine française ont un logement personnel, d'après l'étude de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, contre 52 % dans la population totale ; parmi l'ensemble des personnes hébergées dans un logement précaire, 77 % sont d'origine étrangère (44 % sont nées en Europe de l'Est et 29 % en Afrique subsaharienne) (28).

Tableau 3 . Accès au logement dans les études

	Population	Hébergement personnel	Hébergement par des tiers	Hôtel	Logements sociaux	Rue, squatt
Institut de veille sanitaire, 1992 (60)		Paris : 61 % Périphérie : 11,8 %	Paris : 12,2 % Périphérie : 29 %	Paris : 21 % Périphérie : 49 %		
Institut de veille sanitaire, 1994 (57)		68 %	38 %			
Ingold, 1994 (33)	France (n=236) Consommateurs régulier de drogue.	50 %				
Belza, 2000 (27)	Espagne n= 132 Recrutement dans des centres de dépistage Transgenres.	49,6 % locataires 8,4 % propriétaires	6,9 %	33,6 %		1,5 %
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France n=251 Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	58 % Femmes : 58 % Hommes : 65 % Personnes transgenres : 50 %	12 % Femmes : 13 % Hommes : 9 % Personnes transgenres : 13 %	21 % Femmes : 21 % Hommes : 18 % Personnes transgenres : 18 %	7 % « autres » Femmes : 7 % Hommes : 4 % Personnes transgenres : 13 %	
Jeal, 2004 (61)				66 %		
Jeal 2007 (23)				11 % activité indoor 61 % activité rue		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)		52 % 70 % des personnes d'origine du pays de l'étude.		38 % 55 % des usagers de drogues.		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)		Hommes : 14 % Personnes transgenres : 63 %	Hommes : 71 % Personnes transgenres : 27 %	Hommes : 15 % Personnes transgenres : 10 %		
Serre, 1996 (105)		50 %	6 %	41 %		2 %

Dans l'enquête réalisée par la mission « Lotus Bus » auprès de femmes chinoises se prostituant à Paris, il apparaît que toutes les personnes sont logées chez des « marchands de sommeil » et louent des couchettes dans des chambres surpeuplées pour 100 à 150 euros par mois, ce qui les expose à une très grande promiscuité. Guillaumaut mentionne, quant à elle, des pratiques de surfacturation des gérants des hôtels qui profitent de l'irrégularité administrative des personnes pour faire pression sur elles et, dans certains cas, confisquent les papiers d'identité en cas de dettes (98).

Certaines populations comme les personnes d'origine étrangère ou les personnes transgenres rencontrent des difficultés particulières pour accéder à des logements en raison de pratiques discriminatoires (91, 96, 104).

Des difficultés d'accès au logement peuvent également être causées par le faible revenu des personnes en situation de prostitution/tds plus âgées en raison d'une diminution de leur activité (79, 80).

Les difficultés de logement ont pour conséquence l'absence d'infrastructures nécessaires pour un mode de vie sain (ex. absence de cuisine dans les chambres d'hôtel contraignant à consommer de la restauration rapide). Les conditions d'hygiène ne sont pas toujours respectées (problème de salubrité). Dans le cadre d'une étude anthropologique sur des hommes en situation de prostitution/tds migrants, en Allemagne, Castañeda rapporte les propos de cliniciens selon lesquels des problèmes de santé sans gravité, tels que des mycoses, peuvent prendre une plus grande ampleur en raison des conditions de vies dégradées. De même, il existe des problèmes assez communs comme les poux ou les puces qui peuvent survenir lorsque la personne dort dans des espaces surpeuplés et non-hygiéniques (106). Enfin, les chambres ne sont pas toujours équipées de chauffage (98).

Ayerbe souligne que les difficultés de logement sont d'autant plus problématiques qu'il est particulièrement nécessaire pour les personnes en situation de prostitution/tds de disposer d'un espace personnel (« *le logement est une enveloppe qui permet de retrouver son intimité et marque une limite avec l'extérieur* » (107)). L'étude d'Ayerbe et al. souligne également que les difficultés d'hébergement sont spécifiquement problématiques pour les personnes transgenres pour lesquelles l'hébergement en centre collectif ou semi-collectif peut être source de difficultés.

Opinion des parties prenantes

Plusieurs participants mentionnent l'existence de problèmes spécifiques d'accès au logement pour les personnes transgenres. Ils indiquent également que de nombreuses personnes vivent dans des logements insalubres. Ils ajoutent que lorsque les personnes vivent dans des hôtels, il arrive que les gérants confisquent les papiers d'identité en cas de dettes.

► Difficultés d'accès aux soins en raison des discriminations craintes ou subies liées à leur activité, leur origine géographique ou leur genre

Le fait d'être engagé dans une activité prostitutionnelle expose les personnes à un risque réel, ou perçu comme étant à risque, de subir des discriminations de la part des professionnels de santé et des représentants administratifs ou policiers. Ce risque, ou la perception de ce risque, les conduit à dissimuler leur activité, voire à renoncer à recourir aux structures de soins et/ou aux structures publiques.

Plusieurs auteurs et plusieurs associations indiquent que les personnes en situation de prostitution/tds n'informent pas leur médecin du fait qu'elles sont engagées dans une activité prostitutionnelle par peur de s'exposer à un jugement moral (31, 69, 75, 82, 90, 96, 108, 109). Or, le fait de ne pas déclarer cette activité limite la capacité des professionnels à prendre en charge de manière à la fois globale et adaptée la santé de ces personnes.

Dans certains cas, comme pour les femmes chinoises qui se prostituent à Paris, elles subissent également la stigmatisation de leur propre communauté (84).

Enfin, d'après les rapports d'activités des associations, les personnes en situation de prostitution/tds sont confrontées parfois à de la maladresse ou un manque de compassion de la part des professionnels de santé dans le cadre d'IVG alors qu'il peut s'agir de moments douloureux (79, 80).

5.4 Réseaux de traite des êtres humains

Plusieurs définitions de la notion de « traite des êtres humains » ont été identifiées dans la littérature. Lavaud-Legendre, par exemple, définit la traite comme l'ensemble des « *agissements exploitant une volonté, voire une nécessité migratoire : un acte (recrutement, transport, transfert...), un moyen (violence, menace, tromperie...) et un but (l'exploitation de la personne)* ». (110). Le protocole de Palerme définit la traite des êtres humains comme « *le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes sous la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contraintes, par enlèvement, fraude ou tromperie « aux fins d'exploitation »* ». (111). Lin Lean souligne que la traite des êtres humains se définit non pas en fonction de la volonté, ou non, qu'à la personne d'immigrer, mais en fonction des agissements des auteurs de traites : emprise psychologique au moyen de rituels, de scarifications et de viols, dettes imposées, interdiction de parler à la police, violences physiques répétées. Dans certaines situations, il peut être difficile de distinguer les situations de traite et les situations où des personnes s'engagent dans une activité prostitutionnelle pour rembourser une dette contractée dans le cadre de réseau migratoire (sur la distinction entre ces différentes situations cf. (112)).

Le fait d'exercer la prostitution sous la contrainte et d'être victime de réseaux de traites des êtres humains expose les personnes à des risques sanitaires extrêmement élevés comme l'indique l'étude européenne pilotée par la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* en Grande-Bretagne, menée auprès de 28 personnes anciennement victimes de ces trafics, principalement nées en Europe de l'Est (n=25) (113). Dans cette étude, la moitié des personnes victimes de trafic ont a

déclaré avoir été enfermée pendant le voyage, avoir été violée ou battue. Ces violences ont induit un traumatisme initial qui a provoqué de l'anxiété et des troubles de la mémoire. La plupart d'entre elles se sont reprochées d'être tombées dans cette situation, ce qui a contribué par la suite à nourrir un sentiment de culpabilité et une dépréciation de soi. 25 des 28 personnes ont déclaré avoir été battues depuis leur départ.

Elles ont déclaré avoir eu des fractures osseuses, des contusions, des pertes de conscience, des migraines, des fortes fièvres, des problèmes gastro-intestinaux, des douleurs pelviennes non diagnostiquées, des complications à la suite d'avortement, des problèmes dermatologiques (rougeurs, gale, poux), une perte de poids pathologique et des problèmes dentaires.

Elles ont souffert de privation alimentaire, d'isolement et de confinement. Toutes ont été violées et ont subi des rapports vaginaux et anaux non protégés. Un quart d'entre elles ont subi un avortement, une personne a subi des complications à la suite de cet avortement qui auraient pu être fatales. Ces personnes ont rapporté un nombre très élevé de clients par nuit (allant de 10 à 50). Un quart des personnes a déclaré ne pas avoir utilisé régulièrement de préservatifs avec les clients, les proxénètes ou les partenaires intimes. Huit victimes sur douze ayant répondu aux questions sur les troubles mentaux ont déclaré avoir des symptômes (sentiment de fatigue, pleurs, migraines fréquentes, tristesse, sentiment d'être inférieur aux autres et d'être définitivement « endommagé »). Six des neuf personnes qui ont répondu aux questions sur le suicide ont déclaré y avoir pensé. Ces personnes ont déclaré avoir été forcées de consommer de l'alcool ou de la drogue, et certaines d'entre elles ont déclaré en avoir consommé volontairement pour pouvoir supporter leur situation. Aucune de ces personnes ne consommait de ces substances avant d'être victime de trafic.

L'étude montre que ces personnes avaient très peu d'informations sur la santé et que l'accès aux soins était fortement limité, du fait des contraintes exercées par les proxénètes et également du fait des craintes de ces personnes vis-à-vis des autorités locales.

Opinion des parties prenantes

L'ensemble des parties prenantes s'accordent sur la situation d'extrême vulnérabilité dans laquelle se trouvent les personnes victimes de réseaux de traite des êtres humains.

Certains participants du groupe de parties prenantes ont notamment mentionné des situations où les personnes se voient refuser l'accès à un contraceptif par les personnes qui les exploitent ou subissent des IVG « sauvages ».

Plusieurs participants mentionnent les différences de définition entre le proxénétisme et les réseaux de traite, et indiquent qu'il est nécessaire de distinguer plus clairement ces notions. La notion de proxénétisme englobe une grande variété de situations où la coercition exercée par le proxénète est plus ou moins forte et s'accompagne de plus ou moins de violences.

Une discussion a eu lieu au sein du groupe sur l'intérêt d'approcher le nombre de personnes victimes de réseaux de traite au moyen du nombre de condamnations pénales. Il est rappelé que la HAS a considéré qu'elle ne disposait pas de données suffisantes pour évaluer le nombre de personnes en situation de prostitution/tds en général, et dans le cadre de conditions plus précises (ex. dans la rue, sur internet, etc.). De la même façon, la HAS ne dispose pas d'informations suffisantes pour estimer le nombre de personnes victimes de réseaux de traite.

Des sollicitations ont notamment été adressées auprès des structures publiques susceptibles de disposer de ces données et ces sollicitations sont restées sans réponse.

5.5 Situation de clandestinité liées au cadre juridique de la prostitution

Les discussions qui ont eu lieu entre les parties prenantes ont soulevé la question de l'impact du cadre réglementaire sur la santé des personnes en situation de prostitution//tds : mener cette activité dans un contexte de clandestinité constitue-t-il un facteur de vulnérabilité sanitaire ? Une recherche documentaire spécifique a été réalisée pour répondre à cette question d'évaluation. En outre, tous les documents apportés par les participants du groupe de parties prenantes ont été analysés.

Au préalable de l'analyse des données scientifiques disponibles, il est important de souligner qu'il existe différentes modalités de pénalisation de l'activité prostitutionnelle. La pénalisation peut concerner la personne qui se prostitue/tds elle-même (par exemple, interdiction du racolage) ou elle peut viser uniquement les clients (comme cela a été mis en place en Suède, en Norvège et au Canada). Les différentes modalités de pénalisation sont susceptibles d'avoir des effets distincts sur la santé des personnes qui se prostituent/tds.

► Données scientifiques

Pour évaluer directement l'impact de politiques de pénalisation de l'activité prostitutionnelle, en Europe, sur la santé des personnes, il conviendrait de comparer l'état de santé des personnes qui se prostituent/tds avant et après la mise en place d'une politique de pénalisation, au moyen d'indicateurs sanitaires, ou bien de comparer l'état de santé des personnes qui se prostituent/tds, au moyen d'indicateurs identiques et au sein d'échantillons de personnes comparables, dans des zones géographiques où la réglementation diffère.

Données sur l'impact des politiques réglementaires de la prostitution en Europe

Aucune donnée scientifique permettant d'évaluer directement l'impact des différents cadres juridiques de l'activité prostitutionnelle en Europe n'a été identifiée. L'impact de la pénalisation des clients en Suède a été discuté dans le cadre de plusieurs rapports institutionnels. Il ne s'agissait toutefois pas d'étude scientifique : aucune donnée quantitative n'était apportée sur l'impact de cette loi sur la santé et le bien-être des personnes en situation de prostitution/tds à l'exception de données sur l'évolution du nombre de personnes en situation de prostitution/tds (National Board of Health and Welfare en Suède (2003, 2007)). Les rapports rapportent des informations déclaratives au niveau local, fournies par la police de certaines municipalités (Malmö, Stockholm, Gothenburg) et par des « informateurs » (personnes appartenant à des institutions publiques ou non-gouvernementales ou prostitués). Les auteurs du rapport précisent que les informateurs peuvent avoir une certaine partialité en fonction des missions dont ils sont investis, de leur expérience, d'opinions idéologiques ou d'intérêts financiers. Selon ces informateurs, il y aurait moins de clients et ceux-ci seraient plus dangereux et davantage prêts à payer pour des pratiques à risque. Les auteurs du rapport précisent que les données de la police ne permettent pas d'étayer cette évaluation. Par ailleurs, le ministère de la justice suédois conteste que les personnes en situation de prostitution/tds aient moins recours aux services de santé, aux associations et aux administrations, depuis la mise en place de la pénalisation des clients.

En dehors de ces rapports, une étude menée à partir de 12 entretiens avec des acteurs institutionnels, des représentants de la police et des services sociaux dans la région de Stockholm a été identifiée (114), ainsi qu'un travail effectué par Dodillet et al. 2011, qui a analysé les rapports officiels susmentionnés sur l'impact de la pénalisation des clients en Suède (115).

Aucune étude permettant d'évaluer l'impact des politiques de réglementation mises en place aux Pays-Bas par exemple, n'a été identifiée. Les seuls éléments disponibles sont des descriptions du système juridique, des conditions de travail et des modalités d'accès aux soins.

Enfin, il n'existe aucune étude scientifique sur les conséquences sanitaires de la pénalisation du racolage passif instaurée, en France, en 2003. Plusieurs associations apportent des témoignages à ce sujet dans le cadre de leurs rapports d'activité. D'après ces associations, la pénalisation du racolage passif aurait eu pour conséquences de raccourcir le temps de négociation de la passe, d'accroître la méfiance des personnes qui se prostituent/tds à l'égard des institutions, voire des associations. Enfin, la mission « Lotus Bus » de Médecins du Monde rapporte qu'elle aurait conduit les femmes, en l'occurrence d'origine chinoise, à ne pas se munir de préservatifs dans leur sac à main, car ceux-ci seraient parfois utilisés comme un élément de preuve de racolage passif (97).

Des études intéressantes dans d'autres régions du monde ont toutefois été mises en avant dans le cadre des discussions avec les parties prenantes ; elles sont analysées ci-après.

Données sur l'impact des politiques réglementaires de la prostitution dans d'autres régions du monde

- Une étude réalisée en Australie compare l'état de santé et les conditions de vie des personnes qui se prostituent/tds dans trois villes australiennes où la législation diffère (Law and Sex worker Health Study (LASH)) au moyen d'une enquête réalisée auprès de 201 personnes : à Perth, où l'activité prostitutionnelle est en grande partie pénalisée, à Melbourne, où des établissements de prostitution sont autorisés sous réserve d'une licence mais où une grande partie

de l'activité prostitutionnelle de rue est pénalisée, et à Sydney, où la prostitution a largement été dépenalisée et où ces établissements sont autorisés sans licence (116). Cette étude n'a pas fait l'objet de publication scientifique, les résultats sont présentés dans le cadre d'un rapport officiel paru sur internet. Les résultats de cette étude sont très limités et ne permettent pas de tirer une conclusion sur l'impact du contexte réglementaire sur la santé des personnes.

- L'étude montre que 33 % des personnes qui se prostituent/tds déclarent un suivi régulier à Sydney contre 29 % à Melbourne et 22 % à Perth.
 - Elle montre également que la consommation de tabac est plus élevée à Perth (68 %, $p < 0,001$) que dans l'ensemble de la population sur les trois villes (46 %). La consommation d'alcool est moins élevée à Sydney (44 % n'ont pas consommé plus de quatre verres par jour) que dans les autres villes (27 % à Melbourne, 23 % à Perth), mais les auteurs précisent que ce différentiel peut s'expliquer par la forte présence de personnes d'origine asiatique dans les établissements de prostitution de Sydney, sachant que ces personnes consomment moins d'alcool. Un constat équivalent est posé pour la consommation de drogue intraveineuse : 2 % à Sydney, 10 % à Melbourne et 14 % à Perth ($p < 0,001$). Une étude plus ancienne avait montré que moins de 1 % des personnes asiatiques avait déjà consommé des drogues contre 8 % dans la population totale.
 - L'étude apporte des données quantitatives sur la prévalence des IST et des pratiques de prévention dans la ville de Sydney, mais nous n'avons pas identifié de données similaires dans les villes de Melbourne et de Perth. Les auteurs rapportent qu'une étude réalisée à partir des mêmes données concluait que davantage de ressources sont consacrées aux programmes de santé publique à l'attention des personnes en situation de prostitution/tds dans la ville de Sydney que dans les villes de Perth et de Melbourne. Les différences entre les moyens consacrés dans les villes varient toutefois selon les indicateurs utilisés (117).
 - En revanche, il n'y avait pas de différence observée dans l'étude en termes d'exposition aux violences des clients et de troubles psychologiques entre les populations des trois villes. Les auteurs indiquent qu'il existe toujours un nombre important de menaces verbales et physiques à l'encontre des personnes qui se prostituent/tds dans les établissements dans les villes où ces derniers sont autorisés.
- Plusieurs études ont été menées en Nouvelle-Zélande avant et après la mise en place du *Prostitution Reform Act* en 2003, qui dépenalise l'activité prostitutionnelle.
- L'accès aux soins des personnes en situation de prostitution/tds est élevé en Nouvelle-Zélande, il est équivalent dans l'enquête menée à Christchurch en 1999 et en 2006, c'est-à-dire avant et après le *Prostitution Reform Act* (118). Il est également équivalent dans une autre étude menée par Abel selon laquelle 3,7 % des 772 participants interrogés ont déclaré ne pas avoir de suivi médical régulier contre 4 % dans l'enquête menée en 1999 à Christchurch (119).
 - L'étude d'Abel et al. souligne que les personnes ne déclarent pas plus leur activité auprès de leur médecin qu'avant le *Prostitution Reform Act* par crainte de faire l'objet de stigmatisation. 52 % des personnes consultant régulièrement un médecin généraliste ne l'informaient pas de leur activité dans l'enquête menée en 1999 à Christchurch, contre 46 % en 2006. Il en conclut que l'activité prostitutionnelle continue de faire l'objet de représentations stigmatisantes, malgré la décriminalisation de cette activité (119).
 - L'usage du préservatif est élevé et il l'a toujours été d'après les personnes interrogées, même avant le *Prostitution Act* dans l'étude d'Abel et al.
 - Le principal impact du *Prostitution Reform Act* sur la santé des personnes est un sentiment de bien-être déclaré du fait de ne plus être en infraction d'une part, et d'autre part, d'avoir une plus grande facilité pour négocier le port du préservatif car il est juridiquement interdit de ne pas l'utiliser.
 - Les personnes qui se prostituent/tds continuent d'être victimes de violences malgré la décriminalisation de leur activité (116). Le principal impact de cette dépenalisation est une légère augmentation des violences rapportées à la police par rapport aux vio-

lences uniquement rapportées auprès de l'entourage personnel. La propension à poursuivre la plainte devant les tribunaux a en revanche diminué, ce qui s'explique par la stigmatisation dont font toujours l'objet ces personnes, en dépit de la loi. Les auteurs rapportent que les opinions des personnes en situation de prostitution/tds sur l'impact de la dépénalisation sur les violences exercées par certains clients sont contrastées.

- Des évolutions réglementaires au Canada ont fourni l'occasion d'évaluer l'impact de l'environnement juridique autour de l'activité prostitutionnelle. Une étude menée en 2013, Krüsi et al. 2014, évaluée, auprès de 31 personnes en situation de prostitution/tds, dans le cadre d'entretiens semi-structurés et au moyen d'une analyse ethnographique du terrain, l'impact d'une réorientation des politiques de pénalisation des personnes en situation de prostitution/tds vers les clients et les proxénètes à Vancouver (120). D'après les personnes interrogées, les arrestations de personnes en situation de prostitution/tds par la police auraient diminué et les policiers sembleraient davantage préoccupés par leur sécurité. Cette évolution serait toutefois apparue progressivement depuis plusieurs années et non seulement sous l'effet de la réorientation des politiques de pénalisation des personnes en situation de prostitution/tds vers les clients. Cette amélioration de la relation de ces personnes avec la police n'a toutefois pas permis de compenser les effets délétères qu'avait la pénalisation des clients sur leurs pratiques. En effet, d'après les auteurs, les personnes interrogées dans l'enquête rapportent que les politiques de pénalisation des clients ont finalement les mêmes effets que les autres politiques de pénalisation : elles incitent les personnes à s'éloigner vers des zones moins fréquentées dans lesquelles elles sont plus exposées aux risques de violences de certains clients ; elles freinent leur capacité à négocier des rapports protégés car elles impliquent que la négociation de l'échange se produise le plus rapidement possible pour ne pas exposer le client au risque d'arrestation. Enfin, d'après les auteurs, les relations entre la police et les personnes en situation de prostitution/tds ont été marquées par tellement d'années de conflits que ces dernières n'ont pas confiance dans la capacité de la police à prendre au sérieux les plaintes qu'elles pourraient déposer lorsqu'elles sont victimes de violences. Les conclusions de cette étude vont dans le sens des ressentis exprimés par certaines associations en France, en défaveur de la proposition de loi sur la pénalisation des clients. La taille de l'étude est toutefois relativement modeste et les données sont exclusivement déclaratives ce qui impose d'interpréter les résultats avec prudence.

D'autres données scientifiques sont disponibles dans la littérature mais elles sont issues d'études menées dans des pays en développement. Ces études n'ont pas été passées en revue dans le cadre de ce rapport car il est considéré que l'évaluation des conséquences d'une politique réglementaire sur la santé des personnes en vue d'en tirer des conclusions valides dans le contexte français n'a de sens que si celle-ci a été réalisée dans des pays où les droits des personnes, le niveau de couverture sociale et le niveau d'accès aux soins dans la population sont équivalents. Les études menées aux Etats-Unis n'ont pas été retenues en raison des différences importantes qu'il existe en matière de couverture sociale et d'accès aux soins, ainsi qu'en raison d'importantes différences concernant les niveaux de violences notamment liés à la législation sur le port d'armes.

Autres données scientifiques

En dehors de ces données comparant directement l'état de santé et les conditions de vie des personnes en situation de prostitution/tds, en fonction de l'environnement juridique, il existe des données scientifiques sur l'impact du déplacement des personnes qui se prostituent/tds vers des zones périphériques et l'impact des lieux d'activités (indoor *versus* outdoor) sur la demande de rapports sexuels non protégés et la propension des personnes à les accepter, ainsi que sur l'exposition de ces personnes aux violences. Ces éléments permettent d'argumenter l'existence de conséquences potentielles négatives de politiques de pénalisation de l'activité prostitutionnelle.

- L'étude de Shannon et al. 2009 (121) évalue la corrélation entre des facteurs structurels et environnementaux, et la probabilité d'avoir subi la pression d'un client pour ne pas utiliser de préservatif lors d'un rapport sexuel vaginal ou anal dans les six derniers mois, auprès d'un échantillon de 205 personnes en situation de prostitution/tds de Vancouver au Canada. L'étude

portait exclusivement sur des personnes en situation de prostitution/tds ayant déclaré consommer de la drogue « hors-marijuana » (par inhalation ou par voie intraveineuse). Elle était réalisée avant la réorientation des politiques de pénalisation des personnes en situation de prostitution/tds vers les clients en 2013. L'étude montre que les personnes en situation de prostitution/tds qui s'étaient déplacées vers des espaces périphériques à la suite de harcèlements de la part de la police (motif déclaré par les personnes) avaient 3,1 fois plus de risque de subir une pression de la part d'un client pour obtenir un rapport sexuel non protégé [IC 95% 1,39-7,44]. Elles avaient également 3,39 fois plus de risque de subir cette pression si elles avaient effectué un déplacement à la suite d'une interdiction personnelle de circuler dans certaines zones dans le cadre d'une peine pour délit de racolage ou pour détention de drogue (« red zone restriction »). Celles qui rencontraient leur clients dans des voitures ou des lieux publics (allées, parcs) avaient 2,98 fois plus de risque également de subir une telle pression. Le fait d'avoir déclaré avoir été harcelé par des gardiens de sécurité est également corrélé avec le fait d'avoir subi une pression d'un client dans les six derniers mois (OD : 1,56 [IC 95% 0,85-3,10]). Le lieu d'exercice (indoor *versus* outdoor) n'avait pas d'impact significatif.

- ▶ L'étude de Deering et al. 2013 (93) évalue les facteurs associés au fait de se voir offrir davantage d'argent pour des rapports sexuels non protégés et au fait de l'accepter, dans les six derniers mois, également auprès d'un échantillon de 490 femmes en situation de prostitution/tds à Vancouver (Canada). Comme l'étude de Shannon et al., elle était réalisée avant la réorientation des politiques de pénalisation des personnes en situation de prostitution/tds vers les clients. Cette étude montre que les personnes qui s'étaient déplacées pour éviter la police avaient 1,7 fois plus de risque de se voir proposer des rapports sexuels non protégés ([IC 95% 1,1-2,64] ; $p < 0,016$), elles avaient également 1,5 fois plus de risque de se les voir proposer lorsqu'elles déclaraient être pressées dans leur négociation avec le client à cause de la police ([IC 95% 0,99-2,31] ; $p < 0,057$). De même que dans l'étude de Shannon et al., le lieu d'exercice (indoor *versus* outdoor) n'avait pas d'impact significatif. Il avait, en revanche, un impact sur la propension des personnes à accepter ces rapports non protégés. Elles étaient presque dix fois moins enclines à les accepter par rapport à celles qui exercent leur activité dans la rue ([IC 95% 0,05-0,35] ; $p < 0,000$). Celles qui avaient été déplacées par la police ou par des gardiens de sécurité avaient respectivement 2 (1,23-3,51 ; $p < 0,006$) et 3,5 (1,86-6,45 ; $p < 0,000$) fois plus de risque d'accepter. Enfin, celles qui avaient subi de la violence de la part d'un client avaient 3,92 fois plus de risque de les accepter (2,25-6,82 ; $p < 0,000$).

- ▶ L'étude de Church et al. 2001, en Angleterre auprès de 240 personnes, montre que les personnes en situation de prostitution/tds travaillant dans la rue seraient six fois plus exposées au risque de violences que celles exerçant dans des saunas ou dans des appartements (81 % (n=93/115) vs 48 % (n=60/125), $p < 0,0001$) (24). Ces différences entre les niveaux d'exposition aux violences selon les lieux d'exercice de la prostitution/tds (dans la rue ou indoor) peuvent, en effet, constituer des arguments en faveur de politiques réglementaristes qui autorisent le regroupement de personnes au sein d'établissements.

Shannon et al. 2015, (122) ont modélisé l'impact qu'aurait au Canada une politique de dépenalisation de l'activité prostitutionnelle sur la prévention du VIH. Pour réaliser cette modélisation, les auteurs ont simulé une diminution des déplacements des personnes en situation de prostitution/tds vers des zones isolées et ils ont estimé les conséquences de cette diminution en termes de diminution des demandes de rapports non protégés en s'appuyant sur les résultats des études de Shannon et al. 2009 et de Deering et al. 2013, (93, 121). D'après les résultats du modèle, une politique de dépenalisation de l'activité prostitutionnelle induirait une diminution de 39% des infections à VIH. Les auteurs indiquent qu'il s'agit de la valeur maximum et ils ne précisent pas quelles sont les valeurs moyennes et basses des résultats de cette modélisation. Par ailleurs, les auteurs ne précisent pas, y compris dans les annexes, s'ils ont privilégié les résultats de de l'étude de Shannon et al. 2009, (121) ou ceux de Deering et al. 2013, (93) concernant le pourcentage de personnes s'étant vues proposer des rapports non protégés alors qu'il existe une différence entre elles allant du simple au double, différence qui peut s'expliquer par les critères de recrutement des personnes dans les deux échantillons.

Des questions sont soulevées concernant la « transposabilité » des résultats des études canadiennes dans le contexte français. Ces études ont été menées avant que les politiques de pénalisation des personnes en situation de prostitution/tds soient remises en question en faveur de la politique de pénalisation des clients au Canada. Le contexte réglementaire était toutefois relativement similaire à la France à l'exception de certains dispositifs tels que l'interdiction personnelle de circuler dans certaines zones à la suite d'un délit de racolage ou de détention de drogue.

Recommandations internationales

En dehors de ces études, plusieurs agences et organisations internationales ont émis des recommandations en faveur de politiques de dépénalisation de l'activité prostitutionnelle dans les pays à bas ou moyen revenu. Comme mentionné ci-dessus, il existe une littérature importante sur les effets délétères qu'ont les politiques de pénalisation sur les violences et la violation de droits fondamentaux des personnes dans ces pays (CEEHRN *Sex work HIV/AIDS and human rights in Central and eastern Europe and central asia*, OMS). Dans ces recommandations, il n'est pas précisément fait mention de la situation particulière des pays à haut revenu, comme la France.

Il est vraisemblable que les personnes en situation de prostitution/tds bénéficient dans les pays à haut revenu d'un niveau de protection juridique plus élevé que dans les pays à bas ou moyen revenu. Ces personnes bénéficient également d'un niveau de protection sociale et d'un accès aux soins plus élevé en raison de systèmes d'assurance maladie universel et de dispositifs de couverture complémentaire pour les personnes dans des situations de vulnérabilité tels que l'AME. Pour cette première raison, il est probable que les éventuels effets délétères de politique de pénalisation soient moindres en Europe que dans ces pays.

Par ailleurs, les recommandations internationales visent en premier lieu à remettre en question les politiques de pénalisation visant directement les personnes en situation de prostitution/tds elles-mêmes. Les politiques de pénalisation des clients constituent un cas particulier, même si d'après certains acteurs, et d'après l'étude de Krüsi et al. 2014, elles tendraient à avoir des effets relativement similaires sur la clandestinité des échanges entre les personnes en situation de prostitution/tds et les clients (120).

► Conclusions sur les données disponibles

Sur la base des données disponibles qui ont été exposées ci-dessus, il est envisageable que les politiques de pénalisation puissent avoir des effets défavorables à la santé des personnes. Des données canadiennes permettent d'identifier de façon indirecte d'éventuels effets délétères de politiques de pénalisation des clients : il semble, en effet, que le déplacement des personnes vers des zones isolées ainsi que le caractère clandestin des échanges entre les personnes en situation de prostitution/tds et les clients accroissent la difficulté des premières à négocier des rapports sexuels protégés et accroissent le risque de violences. Il apparaît également que les personnes exerçant leur activité dans la rue sont davantage exposées à des risques de violence que celles exerçant leur activité dans des établissements (sauna, salon de massage), comme le montre une étude menée en Grande-Bretagne.

Il existe toutefois deux sources d'incertitudes :

- d'une part, l'estimation quantitative de cet effet délétère dans le contexte français reste incertaine car elle dépend de la façon dont ces politiques réglementaires de type « pénalisation » seront appliquées en pratique ;
- d'autre part, il est possible que le nombre de personnes en situation de prostitution/tds diminue sous l'effet de ces politiques, ce qui aurait un impact sur le nombre de personnes exposées aux risques sanitaires induits par la situation de prostitution en général, et par le contexte réglementaire de type pénalisation en particulier. L'évaluation de l'évolution du nombre de personnes en situation de prostitution/tds en fonction des politiques réglementaires fait l'objet de nombreuses controverses. Les rapports du *National Board of Health and Welfare* en Suède font état d'une forte diminution du nombre de personnes en situation de prostitution/tds exerçant leur activité dans la rue. Les auteurs du rapport indiquent qu'il reste une incertitude concernant

l'évolution du nombre de personnes en situation de prostitution/tds exerçant leur activité par l'intermédiaire d'internet ou dans des établissements privés (indoor). Une étude menée par Abel et al. en 2009 montre que la dépénalisation de la prostitution a eu, quant à elle, peu d'impact sur le nombre de personnes en situation de prostitution/tds. Par exemple dans la ville de Christchurch, le nombre de ces personnes serait passé de 375 en 1999 et à 392 en 2006.

Il serait cependant possible, si une évolution réglementaire avait lieu en France, de recueillir les données permettant d'apporter des données quantitatives robustes sur l'impact de cette évolution sur la santé des personnes, à condition que les critères d'évaluation soient définis *a priori*. Ces données ne permettraient toutefois pas de résoudre l'ensemble des controverses soulevées par les politiques de pénalisation de l'activité prostitutionnelle dans la mesure où ces controverses reposent à la fois sur des arguments faisant référence aux conséquences négatives de ces politiques sur la santé des personnes et sur des arguments faisant référence à des valeurs (autonomie et dignité de la personne), sachant qu'il existe des désaccords entre les acteurs sur ces valeurs.

Opinion des parties prenantes

Certains participants ont mentionné des conséquences pratiques du contexte réglementaire actuel. Selon eux, ce contexte contribue à ce que la personne soit considérée par le client comme étant « hors la loi », ce qui induit un rapport de pouvoir asymétrique, qui est encore accentué lorsque la personne est en situation irrégulière sur le territoire. Il ne permet pas de bénéficier de la protection juridique relevant du droit du travail. Il génère des difficultés pour bénéficier de couverture sociale. Il génère des difficultés dans l'accès au logement car il est théoriquement pénalement réprimé de louer un logement ou d'accueillir gratuitement une personne qui exerce une activité prostitutionnelle. Il ne permet pas aux personnes prostituées/tds de s'organiser entre elles pour prévenir les risques de violences. Il freine le travail de prévention des associations de santé communautaire car il incite les personnes prostituées/tds à se déplacer à cause de la répression. Il favorise l'immixtion de la police dans les relations entre les associations de santé communautaire et les personnes prostituées/tds.

En outre, un participant mentionne le fait que la disposition de préservatif est parfois utilisée pour prouver que la personne est en situation de prostitution/tds dans le cadre d'un délit de racolage ce qui freine les bonnes pratiques de prévention.

L'ensemble des participants s'accordent sur les effets délétères du délit de racolage, instauré en 2003.

Principales conclusions de la revue de la littérature sur les facteurs de vulnérabilité sanitaire

1. Addictions à des substances psychoactives

- Les personnes qui déclarent un usage régulier de drogue sont exposées à des risques sanitaires particuliers : toux, sifflements au niveau de leur respiration, septicémie, thromboses veineuse et embolie pulmonaire, souffrances psychologiques (tentative de suicide, comportements autodestructeurs) et problèmes de nutrition (manque d'appétit).
- Elles sont exposées à des risques accrues de violences, notamment de racket, et elles sont plus vulnérables que les autres personnes en situation de prostitution/tds vis-à-vis des pressions exercées par certains clients pour obtenir des rapports non protégés en raison de leur état de manque.
- Elles vivent dans des situations plus précaires, notamment en termes de logement.

2. Personnes débutant leur activité et/ou exerçant une activité occasionnelle

- Les personnes débutant leur activité et/ou exerçant une activité occasionnelle peuvent avoir accès à une moindre information sur les pratiques de prévention en raison d'un plus grand isolement (absence d'échanges avec leurs pairs et moindre accès aux associations), ce qui constitue un facteur de vulnérabilité.
- Elles sont également exposées à des demandes particulières de certains clients qui souhaitent obtenir des rapports sexuels proches de ceux qui ont lieu en dehors de la prostitution (*girl friend experience*), c'est-à-dire sans préservatif qui renverrait à des pratiques dites « professionnelles ».

3. Précarité économique et sociale

La situation de précarité économique et sociale constitue un facteur de vulnérabilité sanitaire dans la mesure où elle a un impact :

- sur la capacité des personnes à négocier des rapports protégés : la demande de certains clients de rapports non protégés se traduit par une augmentation de leur consentement à payer et la propension des personnes à accepter des prix plus élevés dépend de la situation économique dans laquelle elles se trouvent ;
- sur l'accès à la couverture d'assurance maladie : les principales difficultés rencontrées sont le manque d'information ou la complexité des démarches administratives à entreprendre, notamment pour obtenir l'Aide médicale d'Etat (AME) lorsque les personnes sont en situation irrégulière sur le territoire ;
- sur l'accès à l'information et l'accès aux soins : la littérature fait état du manque d'informations au sein de certaines populations de personnes migrantes et dans certains territoires (ex. femmes chinoises à Paris, femmes en situation de prostitution/tds en Guadeloupe). Ce manque d'information induit ensuite des freins à l'accès à la prévention et aux soins, notamment en matière de dépistage (hépatite B et C, frottis), ainsi que des pratiques à risques (assèchement vaginal). De manière générale, le fait de ne pas parler français constitue un frein en matière d'accès aux soins : (i) les barrières linguistiques sont particulièrement problématiques dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques ; (ii) dans le cadre des consultations médicales, elles limitent la capacité des personnes à expliquer leurs symptômes, à comprendre

le diagnostic et la posologie des traitements ; (iii) elles les placent dans un état de dépendance envers les intermédiaires de toutes sortes.

- sur l'accès au logement : de nombreux auteurs rapportent les difficultés rencontrées par les personnes en situation de prostitution/tds en matière de logement, en particulier les personnes migrantes en situation irrégulière. Les difficultés de logement constituent des freins à la santé car elles renvoient à des problèmes d'insalubrité et à l'absence d'infrastructures nécessaires pour un mode de vie sain. Les difficultés d'hébergement sont spécifiquement problématiques pour les personnes transgenres pour qui l'hébergement en centre collectif ou semi-collectif peut être source de difficultés. Enfin, elles sont d'autant plus problématiques qu'il est particulièrement nécessaire pour les personnes en situation de prostitution/tds de disposer d'un espace personnel (« *le logement est une enveloppe qui permet de retrouver son intimité et marque une limite avec l'extérieur* » (107)).

Par ailleurs, la revue de la littérature et les discussions au sein du groupe de parties prenantes ont mis en lumière les discriminations craintes ou subies par les personnes en situation de prostitution/tds en raison de leur activité, de leur origine géographique ou de leur genre (pour les personnes transgenres) de la part des professionnels de santé et des représentants administratifs ou policiers. Ce risque, ou la perception de ce risque, les conduit à dissimuler leur activité, voire à renoncer à recourir aux structures de soins et/ou aux structures publiques.

4. Travail forcé et réseaux de traite

- La traite des êtres humains désigne l'ensemble des agissements exploitant une volonté, voire une nécessité migratoire, aux fins d'exploitation, et au moyen de violences (emprise psychologique au moyen de rituels, de scarifications et de viols, dettes imposées, interdiction de parler à la police, violences physiques répétées).
- Le fait d'exercer la prostitution sous la contrainte et d'être victime de réseaux de traites des êtres humains expose les personnes à des risques sanitaires extrêmement élevés comme l'indique l'étude européenne pilotée par la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* en Grande-Bretagne, menée auprès de 28 personnes anciennement victimes de ces trafics.

5. Situation de clandestinité liée au cadre juridique de la prostitution

La situation de clandestinité des personnes en situation de prostitution/tds, liée au cadre juridique de la prostitution, pourrait constituer un facteur de vulnérabilité sanitaire, comme l'indiquent les données recueillies dans le cadre de plusieurs études canadiennes récentes. Il semble, en effet, que le déplacement des personnes dans des zones isolées ainsi que le caractère clandestin des échanges entre les personnes en situation de prostitution/tds et les clients accroissent la difficulté des premières à négocier des rapports sexuels protégés et le risque de violences.

L'estimation quantitative des effets des différentes politiques de pénalisation reste toutefois incertaine, car elle dépend de la façon dont elles seront appliquées en pratique en France. De plus, il est possible que le nombre de personnes en situation de prostitution/tds diminue sous l'effet de ces politiques, ce qui aurait un impact sur le nombre de personnes exposées à l'ensemble des risques sanitaires susmentionnés.

Il serait possible, si une évolution réglementaire avait lieu en France, de recueillir les données permettant d'apporter des données quantitatives robustes sur l'impact de cette évolution sur la santé des personnes, à condition que les cri-

tères d'évaluation soient définis *a priori*. Ces données ne permettraient toutefois pas de résoudre l'ensemble des controverses soulevées par le cadre juridique de la prostitution dans la mesure où ces controverses reposent à la fois sur des arguments faisant référence aux conséquences négatives de ces politiques sur la santé des personnes et sur des arguments faisant référence à des valeurs (autonomie et dignité de la personne), sachant qu'il existe des désaccords entre les acteurs sur ces valeurs.

Annexe 1. Méthodologie des études quantitatives

Tableau 4. Méthodologie des études quantitatives

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Baars Pays-Bas 2009 (49)	Rotterdam, Utrecht, South Limburg	Examiner si le groupe à risque est adéquatement atteint par le programme national de vaccination de l'hépatite B.	Personnes en situation de prostitution/tds exerçant une activité légale, contactées sur leur lieu de travail Femmes	259		Données recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés.
Ballester Espagne 2012 (58)	Castellons et Valence	Étudier les connaissances et les pratiques dans une population d'hommes prostitués. Etudier l'impact de variable socioéconomiques et de l'origine géographique sur les pratiques à risques.	Personnes en situation de prostitution/tds exerçant leur activité dans des appartements gérés par un tiers. D'après les auteurs, toutes les personnes travaillant dans ces appartements étaient incluses dans l'étude (seules deux ont refusé d'y participer). Hommes : 83 % étaient nés en Amérique du Sud.	100		Données recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés structurés autour de 82 questions entre mars 2009 et avril 2010.
Ballester-Arnal, 2013 Espagne (26)	Castellons et Valence	Décrire les habitudes des consommateurs de drogues parmi une cohorte d'hommes prostitués/tds en Espagne et l'impact de leur consommation sur la prévention du VIH.	Personnes en situation de prostitution/tds exerçant leur activité dans des appartements gérés par un tiers. D'après les auteurs, toutes les personnes travaillant dans ces appartements étaient incluses dans l'étude (seules deux ont refusé d'y participer). Hommes : 83 % étaient nés en Amérique du Sud.	100		Données recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés structurés autour de 82 questions entre mars 2009 et avril 2010.
Barrasa, 2004 Espagne (123)	9 villes dont : Séville, Grenade, Malaga, Madrid, Tenerife, Gijon Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	A compléter.	Personnes âgées de plus de 12 ans. Personnes se faisant dépister pour la première fois.	53 183	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST.	Etude descriptive : étude transversale. Données recueillies de 1992 à 2001 dans un centre de dépistage.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Belza, 2000 Espagne (27)	Madrid Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	A compléter.	Personnes transgenres ayant participé à un programme de réduction des risques en 1998. 56 % étaient d'origine espagnole. Durée moyenne d'exercice de prostitution : 8 ans. Consommation de drogues intraveineuses : 11 %.	132	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Transgenres.	Etude descriptive : série de cas. Recueil de données via un questionnaire semi-directif.
Belza, 2001 Espagne (83)	Madrid	Décrire les conditions socio-économiques, les pratiques et la prévalence du VIH chez des hommes en situation de prostitution/tds.	Personnes en situation de prostitution/tds ayant été sollicitées par une équipe mobile de réduction des risques. Hommes : 65 % étaient espagnols et 35 % étaient immigrés. Age moyen de 23 ans.	84		Données recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés.
Belza, 2004 Espagne (124)	Madrid Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Décrire les caractéristiques sociodémographiques de femmes en situation de prostitution immigrées vivant à Madrid, leurs conditions de travail et la prévalence des IST.	Personnes en situation de prostitution/tds ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes : Moyenne d'âge : 28,7 ans 93,3 % ont débuté leur activité en Espagne. 96 % étaient d'origine d'Amérique latine. Aucune ne rapporte avoir consommé des drogues injectables.	579	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	Etude descriptive. Données recueillies entre 1999 et 2000.
Belza, 2004 Espagne (41)	Alicante, Barcelona Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Estimer la prévalence des IST de femmes en situation de prostitution/tds en Espagne.	Personnes en situation de prostitution/tds ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes : Origine géographique : 58 % étaient d'origine Amérique latine ou d'Afrique subsaharienne.	3149	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	Etude descriptive : séro-épidémiologie.
Belza, 2005 Espagne (38)	Diverses villes Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones.	Estimer la prévalence du VIH et identifier les facteurs prédictifs associés à l'infection chez des hommes et transgenres en situation de prostitu-	Personnes en situation de prostitution/tds ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Population masculine et transgenre.	418	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST.	Etude descriptive – Données recueillies au moyen d'un questionnaire lors de la consultation, entre 2000 et 2002.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
	Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	tion/tds dans plusieurs villes d'Espagne.			Hommes et transgenres.	
Church, 2001 Grande-Bretagne (24)	Leeds, Glasgow, Edinburgh Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est interdit lorsqu'il est persistant (deux reprises ou plus pendant trois mois). Les clients sont pénalisés quand la personne en situation de prostitution est sous contrainte.		Personnes en situation de prostitution/tds. Femmes : Lieu d'activité : rue (n=115), indoor (sawna ou appartement, n=125).	240		Données recueillies au moyen d'un questionnaire. Analyse quantitative.
Creighton, 2008 Grande-Bretagne (87)	Londres (quartier de Hackney dans l'est de Londres)	Evaluer les besoins de santé de personnes en situation de prostitution/tds.	Personnes en situation de prostitution/tds contactées sur leur lieu d'activité et invitées à se présenter dans le centre de médecine uro-génitale. Femmes.	120 ont été contactées par l'équipe mobile. 25 ont consulté le centre de médecine uro-génitale (les données, rapportées sur ces 25 personnes, ne sont pas reportées dans le tableau en raison de la petite taille de		Données recueillies auprès de toutes les personnes en situation de prostitution/tds ayant consulté le département de santé sexuelle de l'hôpital Homerton de Londres entre le 1 juillet 2006 et le 31 janvier 2007. Les données étaient recueillies dans le cadre d'entretiens et des tests de dépistage étaient réalisés.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
				l'échantillon)		
Del Amo, 2005 Espagne (45)	Madrid Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Estimer la prévalence de l'infection HPV et les facteurs de risque auprès de personnes femmes en situation de prostitution/tds immigrées en Espagne.	Personnes en situation de prostitution/tds ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes : Age médian : 27 ans. 89 % étaient d'origine d'Amérique latine – Durée moyenne d'exercice de prostitution : 0,7 ans (information disponible pour seulement 60 % des femmes).	734	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	Etude transversale – Données recueillies en 2002.
Del Amo, 2009 Espagne (30)	Alicante Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Etudier l'impact des facteurs socioéconomiques, des modes de vie et des pratiques sexuelles sur la prévalence de l'infection HPV chez les femmes en situation de prostitution/tds en Espagne.	Personnes en situation de prostitution/tds consultant un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes : 55 % étaient d'origine d'Amérique latine.	549	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	Etude transversale – toutes les personnes se prostituant/tds ont été invitées à y participer.
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Glasgow	Rassembler de l'information sur le contexte social et la prévalence d'IST d'homme ayant eu une activité prostitutionnelle.	Hommes ayant eu accès au service de santé sexuel d'un centre public (NHS Greater Glasgow and Clyde) et ayant déclaré avoir déjà été rémunéré pour des relations sexuelles. Age moyen : 29 ans. 2/3 des personnes vivaient dans les zones les plus défavorisées de Glasgow. 76 % avaient eu des relations sexuelles rémunérées avec des hommes, 6 % avec des femmes et 9 % avec les deux.	34		Etude rétrospective des dossiers des patients ayant consulté le centre entre janvier 2009 et juillet 2011.
Folch, 2008 Espagne (29)	Catalogne Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones.	Evaluer la prévalence du VIH et des IST.	Personnes en situation de prostitution/tds migrantes : 36,4 % sont d'origine d'Europe de l'Est, 34,5 % d'Amérique latine, et 29,1 % d'Afrique. Femmes :	357	Femmes migrantes uniquement.	Etude transversale – Données recueillies dans des lieux identifiés par des organisations communautaires au moyen d'un ques-

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
	Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.		Population féminine exclusivement.			tionnaire testé au préalable ¹¹ . Les personnes étaient invitées à participer à l'enquête : elles ont reçu 12 euros, du matériel de prévention et une carte donnant accès à des soins gratuits et anonymes (possibilité de consulter un gynécologue sans rdv).
Fox, 2006 Grande-Bretagne (125)	Londres	Etudier l'épidémiologie de l'herpès (HSV-1 et HSV-2) auprès d'un échantillon de femmes en situation de prostitution/tds.	Personnes en situation de prostitution/tds consultant une clinique spécialisée sur la promotion de la santé auprès des femmes en situation de prostitution/tds. Femmes.	453		Etude des données recueillies auprès de nouvelles personnes consultant la clinique entre 1998 et 2000, dans le cadre des consultations et des tests de dépistage. Sérologie (test spécifique ELISA).
Gutiérrez, 2004 (48)	Madrid	Evaluer la prévalence de la syphilis, du VIH et de l'hépatite B et C chez des personnes migrantes en situation de prostitution/tds.	Personnes migrantes en situation de prostitution/tds, arrivées en Espagne depuis moins de trois mois, sollicitées sur leur lieu d'activité. 75,3 % étaient nées en Afrique, 18,3 % en Amérique du Sud et 6,4 % en Europe de l'Est.	762 dont 699 femmes et 60 transgenres et 3 hommes.		Données recueillies entre 1998 et 2003 dans le cadre d'entretiens semi-dirigés. La syphilis était dépistée au moyen du test Rapid Plasma Reagin, complété par un test Elisa et confirmé par « <i>fluorescent Treponemal antibody absorption test</i> ». Hépatite B (<i>Microparticule Enzyme Immunoassay</i>). Hépatite C (test ELISA). VIH (test ELISA). Syphilis (test rapide, <i>Plasma Reagin</i> , complété par un test Elisa et confirmé par un <i>fluorescent Treponemal antibody absorption test</i>).

¹¹Le questionnaire utilisé est identique à celui utilisé par Médecin du Monde (2002) : Estebanez P, Rodriguez MA, Rodrigo J, et al. Evaluacion y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Gloor, 2011 Suisse (82)	Lausanne	Evaluer l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution/tds.	Personnes en situation de prostitution/tds exerçant une activité dans la rue. Femmes (90 %), transgenres (10 %).	66		Données recueillies en 2010 au moyen d'un questionnaire. Les personnes étaient sollicitées dans le bus d'une association (Fleur de pavé).
Hurtado, 2011 Espagne (51)	Valence	Evaluer l'évolution de la syphilis, durant les dernières années, chez les personnes consultant un centre de prévention et d'information sur le VIH.	Personnes consultant un centre de prévention et d'information sur le VIH pour la première fois entre 2000 et 2006 et ayant rapporté présenté un risque d'infection du VIH ou d'une autre IST. Des informations supplémentaires étaient recueillies pour les hommes ayant déclaré avoir des relations avec des hommes, notamment de savoir s'ils avaient été en contact avec la prostitution. Il n'est pas précisé si ces personnes ont eu ce contact en tant que client ou en tant que prostitués/tds.	Population totale de 10850. Le nombre de personnes ayant eu un contact avec la prostitution n'est pas précisé.		Données recueillies dans le cadre du dépistage effectué dans le centre et lors de l'entretien préliminaire. Le test de dépistage de la syphilis était effectué au moyen d'un test ELISA et un Western Blot est utilisé pour confirmer les résultats. Un test de diagnostic indirect était réalisé (1° <i>rapid Plasma Reagin</i> , 2° <i>ELISA IgC</i>).
Institut de veille sanitaire, 1992 France (60)	Paris (rue St-Denis) et périphérie	Evaluer la prévalence du VIH.	Personnes en situation de prostitution /tds. Femmes : 10 % des femmes rue St-Denis ont utilisé des drogues en IV depuis 1980, 76,5 % en périphérie de Paris. Age médian : 27ans en périphérie et 37 ans à Paris.	141	Femmes : Biais déclaré par les auteurs : les personnes ayant connaissance de leur statut séropositif ont pu se tenir à l'écart (risque de sous-estimation).	Données recueillies entre novembre 1990 et avril 1992 : 90 des personnes étaient recrutées rue St Denis et 51 en périphérie de Paris. Deux membres associatifs (association du « bus des femmes ») ont été sollicités pour mener l'enquête (elles ont été formées au préalable). Entretien dirigé au moyen d'un questionnaire. Sérologie VIH effectuée.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Ingold, 1994 France (33)	Paris	Investiguer les rapports entre travail sexuel et consommation de drogue.	Personnes qui se prostituent/tds et qui consomment régulièrement de la drogue. 21 % rue Saint-Denis, 25 % bois de Boulogne, 17 % à Vincennes, 25 % à Pigalle et 12 % à Gare du Nord. Age moyen de 30 ans. 72,8 % de nationalité française, 12,9 % nées en Afrique du Nord, 7,8 % en Amérique latine, 5,8 % en Europe.	236 Femmes (n=122) Hommes (n=91) Transgenre (n= 81)		Méthode ethnographique. Entretiens.
Institut de veille sanitaire, 1994 France (57)	Paris	Evaluer les possibilités de contact avec les transsexuels, évaluer la taille de la population cible, évaluer la situation sanitaire et les besoins de santé de la population.	Personnes transgenres en situation de prostitution/tds.	206		Les personnes étaient sollicitées sur leur lieu de travail. Les données récoltées au moyen d'un questionnaire entre le 1 avril et le 30 septembre 1993.
Institut de veille sanitaire, 2011 France (39)	France Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est pénalisé. Les clients ne sont pas pénalisés.	Identifier et décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population trans, leurs parcours de soins concernant le processus de transition, leur santé sexuelle, leur vie sexuelle et leurs situations relatives au VIH/sida.	Personnes transgenres, dont des personnes ayant déclaré avoir une activité prostitutionnelle. 83,5 % ont effectué des démarches auprès d'un psychiatre pour l'obtention du certificat attestant du « trouble de l'identité du genre ». 85,3 % prennent des hormones. 22% ont eu recours à la chirurgie de stérilisation. 29,4 % à la chirurgie de réassignation de sexe. 66,9 %, qui n'ont pas entrepris ces démarches, ont déclaré les envisager dans l'avenir.	381	Personnes transgenres. Biais de sélection déclaré par les auteurs : les personnes ont été identifiées par des associations ou des professionnels de santé. L'enquête porte uniquement sur des individus dont le processus changement de sexe n'est pas achevé.	Questionnaires auto-administrés et renvoyés (enveloppes préaffranchies) distribués entre juillet et octobre 2010. Les questionnaires étaient distribués lors de consultations par les professionnels de santé, par les associations à leurs membres. Les questionnaires comportaient 119 questions.
Institut de veille sanitaire, 2013 France (17)	France Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est pénalisé.	Etudier l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution/tds ayant recours à des structures sociales. Population d'hommes, de femme et de transgenres. 25 % étaient nées en Afrique subsaharienne (femmes), 21 % en Amérique latine (hommes et transgenres), 18 %	251 Femmes (n=166) Homme (n=62) Transgenre		Données recueillies dans le cadre d'entretiens et au moyen de questionnaires. Les données médicales étaient recueillies dans un deuxième temps dans le cadre d'une consultation

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
	Les clients ne sont pas pénalisés.		étaient nées en France et 10 % en Europe. Lieu d'activité : rue (88 % des personnes).	(n=23) Seuls 72 personnes ont participé au volet médical Femmes (n=66) Hommes (n=3) Transgenres (n=9)		médicale pouvant donner lieu à des examens de dépistage.
Jeal, 2004 (61)	Bristol Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est interdit lorsqu'il est persistant (deux reprises ou plus pendant trois mois). Les clients sont pénalisés quand la prostituée est sous contrainte.	Evaluer les besoins de santé des personnes prostituées.	Personnes prostituées/tds. Femmes : Lieu d'activité : rue. Les personnes étaient sollicitées par l'intermédiaire d'une association.	71		Données recueillies dans le cadre d'entretiens semi-dirigés. Les personnes étaient indemnisées (£20).
Jeal, 2007 Grande-Bretagne (23)	Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est interdit lorsqu'il est persistant (deux reprises ou plus pendant trois mois). Les clients sont pénalisés quand la prostituée est sous	Comparer les besoins de santé des personnes en situation de prostitution travaillant dans des centres de massages et celles travaillant dans la rue.	Personnes en situation de prostitution exerçant dans des centres de massage.	71		Données recueillies au moyen d'un questionnaire et comparées avec les résultats obtenus pour des personnes exerçant dans la rue collectés dans le cadre d'une étude antérieure.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
	contrainte.					
Laurindo da Silva, 2006 France (126)	Paris et Marseille		Personnes en situation de prostitution. Population de personnes transgenres (n=124) et d'hommes (n=128). Age moyen : 24 ans pour les hommes et 30 ans pour les transgenres.	252	Hommes et transgenres.	Données recueillies au moyen d'un questionnaire fermé. entre février et décembre 2002. Des entretiens approfondis semi-directifs ont également été menés auprès de 30. (i) 15 personnes transgenres (6 d'entre eux étaient d'origine française, 3 d'origine d'Amérique latine, 5 des pays du Maghreb, et 1 de Belgique). (ii) 15 hommes en situation de prostitution (6 nés en France, 5 nés dans des pays du Maghreb, 2 nés en Amérique latine, 1 né en Roumanie et 1 né au Portugal)
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne	Comparer l'état de santé et le recours aux soins des femmes en situation de prostitution par rapport aux femmes non prostituées consultants des centres de consultation génito-urinaire.	Personnes se présentant dans des centres de consultation génito-urinaire (Genitourinary Medicine Clinic) Femmes : 31,7 % des femmes en situation de prostitution étaient nées en Grande-Bretagne contre 75,6 % des femmes non prostituées. Parmi celles nées dans d'autres pays et ayant déclaré une activité prostitutionnelle, 46,7 % étaient nées en Europe de l'Est, 26,1 % en Amérique latine et 16 % en Asie. L'âge médian des femmes en situation de prostitution était plus élevé que celles des autres femmes (29 ans versus 25	2704 femmes en situation de prostitution 128 781 femmes non prostituées		Données médicales extraites de la base de données des centres pour l'année 2011. L'activité prostitutionnelle était déclarée par les femmes. Des analyses statistiques étaient menées pour comparer les résultats de santé entre les différentes populations dans l'échantillon, notamment de façon à estimer des odds ratio en ajustant sur des variables sociodémographiques et des

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
			ans).			variables cliniques.
Mak, 2005 Belgique (127)	Ghent Absence pénalisation du racolage Absence pénalisation des clients Etablissements de prostitution tolérés	Etudier les résultats de six ans de dépistage du chlamydia auprès de femmes prostituées, dans la ville de Ghent.	Personnes en situation de prostitution. Femmes : 60,3 % d'origine belge, 21,0 %, originaires d'Europe de l'Ouest (principalement françaises), 12,4 % d'origine africaine, 3 % originaires d'Europe de l'Est. 49,0 % travaillaient, 31,8 % à domicile et dans des bar/sauna, 18,2 % dans des vitrines et 1 % étaient des escorts.	950		Les personnes étaient contactées dans le cadre d'un dépistage ciblé et se voyaient proposer un test, soit dans le cadre d'un premier contact (dépistage en routine), soit après qu'un événement ait eu lieu (ex. rupture de préservatifs), soit en cas de symptômes. Le test de dépistage était réalisé au moyen de la technique <i>Cobas Amplicor CT/NG PCR</i> .
Mak, 2003 (128)	Ghent	Évaluer l'efficacité d'un programme de vaccination à l'hépatite B, fondé sur la démarche de l'« aller-vers » menée depuis 1992. Un dépistage de différentes IST et de l'hépatite B et C préalable était proposé systématiquement.	Le programme de vaccination a cherché à contacter toutes les personnes en situation de prostitution de la ville. 97 % étaient des femmes. 61 % étaient d'origine belge, 13 % d'origine française, 9 % d'origine nord-africaine. La majorité des personnes travaillaient dans des établissements.	1096		Dépistage réalisé préalablement à la vaccination entre 1992 et 2000 : HBsAg, anti-HBc, anti-HBs.
Mak, 2004 Belgique (53)	Ghent Absence pénalisation du racolage. Absence pénalisation des clients. Etablissements de prostitution tolérés.		Personnes en situation de prostitution s'étant faites dépistées pour la première fois par dans le cadre d'un programme de dépistage des HPV entre 1992 et 2001. Femmes.	653 personnes en situation de prostitution 99 personnes en population générale.		Les données étaient recueillies pour à partir des échantillons collectés dans le cadre du programme de dépistage ciblé des HPV pour les personnes prostituées et dans le cadre d'un dépistage organisé dans la population générale.
Matteelli, 2003 Italie	Brescia Italie Le racolage n'est pas pénalisé mais il	Evaluer l'incidence, la prévalence et les facteurs de risque de l'infection chlamydia.	Personnes en situation de prostitution. Femmes : Age médian : 23 ans.	1 ^{ère} vague dépistage : 101 personnes.		Etude prospective observationnelle. Données récoltées, entre 1998 et 2000, dans le cadre de consulta-

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
(50)	est limité dans certaines localités. Les clients ne sont pas pénalisés. Les établissements de prostitution sont interdits.			2 ^{ème} vague dépistage : 20 personnes ont été suivies et testées à nouveau au bout de 16 mois pour évaluer l'incidence annuelle.		tions de prévention et de dépistage des IST réalisées après invitation par une association.
Nigro, 2006 Italie (56)	Catane Le racolage n'est pas pénalisé mais il est limité dans certaines localités. Les clients ne sont pas pénalisés. Les établissements de prostitution sont interdits.	Évaluer la prévalence du VIH et des IST chez les femmes immigrées vivant en Catane (Sicile) en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution. Femmes : Age moyen : 38,3 ans. 76 viennent de Colombie (64,4 %) et 42 (35,2 %) de la République Dominicaine. La durée moyenne depuis l'arrivée en Italie était de 26 mois. La durée médiane de l'activité prostitutionnelle était de 1 an et 20 mois. 16,9 % ont rapporté avoir été en situation de prostitution dans leur pays d'origine ; 89 % sollicitent le client dans la rue et 11 % en discothèque.	118	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST.	Données recueillies entre mars 2001 et juillet 2002. Des brochures d'information étaient distribuées en amont de l'enquête dans des lieux identifiés comme des lieux de rencontres avec des personnes prostituées pour les inviter à se rendre dans le centre où le questionnaire était distribué : boulangeries, salons de coiffure et des Eglises.
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a France (28)	Lille, Marseille et Lille Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage n'était pas encore pénalisé. Les clients ne sont pas pénalisés.	Evaluer la proportion de personnes en situation de prostitution qui utilisent des produits psychoactifs et les modalités de cet usage parmi les utilisatrices.	Personnes en situation de prostitution. Femmes : Lieu de l'activité : rue (les personnes utilisant des camionnettes n'étaient pas incluses dans l'enquête). Age moyen : 39 ans (origine française), 24 ans (origine d'Europe de l'Est). Age médian : 30 ans.	173		Questionnaire fermé à l'exception de la dernière question + entretiens semi-directifs. Mai à décembre 2002.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b France (18)	Paris (n= 219) et Marseille (n= 33) Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage n'était pas encore pénalisé. Les clients ne sont pas pénalisés.		Personnes en situation de prostitution. Hommes et transgenres : Lieu de l'activité : rue. Origine géographique : majoritairement nées en Europe et au Maghreb.	252 Homme (n=128) Transgenre (n=124)	Biais déclarés par les auteurs : fort refus des personnes transgenres nées en Europe de l'Est.	Données recueillies au moyen d'un questionnaire et d'entretien semi-directif. Données également recueillies au moyen d'entretiens. La participation à l'étude était rémunérée. Les auteurs rapportent des difficultés de recueil des données à Marseille. Février-décembre 2002.
Operario, 2008 14 pays différents sur les 5 continents (15)		Évaluer la prévalence du VIH dans un échantillon de personnes transgenres en situation de prostitution comparée aux personnes transgenres non prostituées, aux hommes et aux femmes en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution : - Transgenres (n=2139) ; - Femmes (n=1633) ; - Hommes (n=1613) ; Personnes transgenres non prostituées (n=1020).	6405 (à travers 25 études).		Méta-analyse.
Pezzoli, 2009 Italie (44)	Brescia Rome Palerme	Evaluer la prévalence du VIH chez les migrants en en situation irrégulière sur le territoire en Italie. Identifier les facteurs associés à l'infection VIH.	Personnes migrantes en situation irrégulière sur le territoire et consultant des cliniques proposant des soins primaires pour les personnes migrantes. Une partie de ces personnes ont déclaré avoir une activité prostitutionnelle.	2 853 personnes migrantes. 191 personnes en situation de prostitution.		Données recueillies entre décembre 2004 et janvier 2007. Le dépistage du VIH était réalisé au moyen de la technique microparticule enzyme immunoassay (<i>AxSYM HIV Ag/ Ab Combo; Abbott Laboratories, Abbott Park, IL, USA</i>). Le taux d'acceptation de participation à l'étude était de 73,6 %.
Platt, 2013 (43) :		Décrire les différences de prévalence VIH, IST et les comportements à risques selon le type de migration (à l'intérieur d'un même pays, sur un même continent ou interna-	Revue de la littérature.			Revue systématique des différences HIV, IST et les effets néfastes sur la santé entre les personnes migrantes et non-migrantes en situation de prostitution.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
		tionale), le pays d'origine et le niveau de revenu du pays de destination des travailleuses du sexe.				
Platt 2011 Royaume-Uni (19)	Londres Les établissements de prostitution sont interdits. Le racolage est interdit lorsqu'il est persistant (deux reprises ou plus pendant trois mois). Les clients sont pénalisés quand la prostituée est sous contrainte.	Evaluer les facteurs de risque associés au VIH, IST, et à la violence chez les femmes en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution. Femmes : Prostitution « indoor » (clinique, saunas, agences escorts, appartements etc.). 61 % étaient d'origine d'Europe de l'Est/ex-Union soviétique. Temps médian depuis l'arrivée en Grande-Bretagne : 3 ans.	268		Etude transversale – Données recueillies au moyen de questionnaires et d'entretiens, entre septembre 2008 et juillet 2009. Des tests diagnostiques étaient réalisés (oraux et génitaux). Les participants étaient indemnisés (£20).
Resl, 2003 République Tchèque (129)	Bohème Zone frontalière entre la République tchèque, l'Allemagne et l'Autriche. Les auteurs mentionnent qu'il y a un grand nombre d'établissements de prostitution dans cette zone en raison des différences de niveaux de vie entre les trois pays, qui favorisent les déplacements transfrontaliers. La prostitution est légale. Les bordels sont interdits mais la loi est relativement peu appliquée et il existe de nom-	Etudier la prévalence des IST dépistés dans le cadre d'un programme d'information, de prévention et de prise en charge des IST, spécialisé auprès des personnes en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution participant au programme de d'information, de prévention et de prise en charge des IST. Des actions de terrains sont menées pour inviter les personnes à participer à ce programme. Femmes : 41 % étaient nées en République tchèque, 32 % en Ukraine et 9 % en Russie.	561		Données recueillies entre 1997 et 2001 dans le cadre de la consultation et du dépistage d'une série d'IST. Sérologie (technique non précisée).

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
	breux établissements de prostitution.					
Saleri, 2006 Italie (130)	Bresica Le racolage n'est pas pénalisé mais il est limité dans certaines localités. Les clients ne sont pas pénalisés. Les établissements de prostitution sont interdits.	Estimer la prévalence et l'incidence de la syphilis parmi la population de personnes transgenres en situation de prostitution nées en Amérique latine en Italie du Nord.	Personnes en situation de prostitution ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Personnes transgenres nées en Amérique latine (Male To Female). Aucun n'avait eu d'intervention chirurgicale. Age moyen : 27,8 ans. Origine géographique : 91 % étaient nées au Brésil.	1 ^{ère} vague dépistage : 86 personnes 2 ^{ème} vague dépistage (six mois après) : 19 personnes	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST. Origine géographique spécifique.	Analyse rétrospective – Données recueillies dans les dossiers médicaux de personnes ayant consulté un centre de dépistage anonyme et gratuit MST entre avril 2002 et janvier 2004.
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Londres	Etudier l'évolution de l'état de santé d'hommes en situation de prostitution.	Personnes consultant une clinique dédiée pour les hommes qui se prostituent au sein d'un centre spécialisé sur les infections sexuellement transmissibles. Hommes : 96 % ont déclaré avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes.	823		Informations recueillies dans le cadre des consultations (information sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les pratiques). Des tests de dépistage et de diagnostic étaient réalisés. La population totale de l'échantillon était divisée de façon à distinguer trois cohortes en fonction de l'année du premier contact à la clinique : 1994 à 1996, 1997 à 1999, 2000 à 2003. Sérologie VIH (ELISA, Bayer Advia Centaur) Hépatite B (<i>core antibody</i> (Bayer Advia Centaur) Hépatite C (2e ou 3e génération <i>chemoluminescent</i>

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
						<p><i>immunoassay</i> confirmé par l'utilisation d'une 3^e génération <i>recombinant Inno Genetics line immunoassay</i>)</p> <p>Chlamydia (<i>enzyme linked immunofluorescence assay, ligase chain reaction et plus récemment strand displacement amplification, Probetec, Becton Dickinson, UK</i>).</p> <p>Gonocoque (<i>Gram stain avec culture de confirmation (New York City selective agar, Biomerieux, UK)</i>).</p> <p>Syphilis (<i>combined IgG/IgM enzyme immunoassay (EIA) (Newmarket, UK), Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA) (Fujiribo, Mast Diagnostics UK), rapid plasma reagin (RPR) (Biokit, Lauch Diagnostics, UK), et fluorescent treponemal antibody (FTA)</i>).</p>
Trani, 2006 Italie (59)	Milan	Etudier les caractéristiques socioéconomiques de femmes en situation de prostitution et leur connaissance sur la prévention des IST et leurs pratiques.	Personnes en situation de prostitution recrutées sur leurs lieux d'activité. Femmes : Age moyen de 29,8 ans. 8,7 % étaient nées en Italie, 31,5 % dans d'autres pays européens, 30 % en Amérique du Sud, 19,9 % en Afrique subsaharienne.	290		Données recueillies dans le cadre d'entretiens dirigés menés entre mai et juillet 2003.
Castilla, 2002 The EPI-VIH Study Group Espagne	16 villes espagnoles de plus de 100 000 habitants.	Décrire la prévalence du VIH selon les pays d'origine.	Personnes ayant effectué un dépistage du VIH, parmi lesquelles certaines ont déclaré avoir une activité prostitutionnelle. 84,6 % étaient d'origine étrangère et	Sur les 8861 personnes testées, 2128 étaient des femmes		Analyse des informations recueillies dans 18 centres de dépistage des IST.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
(42)			75,4 % étaient nées en Amérique latine.	en situation de prostitution.		
Vall-Mayans, 2007 Espagne (131)	<p>Barcelone</p> <p>Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones.</p> <p>Le client n'est pas pénalisé.</p> <p>Les établissements de prostitution sont tolérés.</p>	Estimer la prévalence de l'infection chlamydia, du gonocoque et du VIH dans deux populations à risque : des femmes en situation de prostitution et des personnes consultant des centres de dépistage.	<p>Deux populations :</p> <p>1. Personnes exerçant une activité prostitutionnelle dans la rue.</p> <p>Femmes :</p> <p>Age médian : 27 ans.</p> <p>Origine géographique : 31 % étaient nées en Amérique latine, 25 % nées en Afrique subsaharienne, 24 % étaient nées en Europe de l'Est.</p> <p>2. Personnes ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST.</p> <p>Femmes et hommes (n= 536).</p> <p>Parmi ces personnes, certaines ont déclaré une activité prostitutionnelle (110 femmes, 24 hommes).</p> <p>Lieu de l'activité : rue.</p>	<p>Population 1 : n = 301</p> <p>Population 2 : n = 536</p>		Données recueillies février et juin 2002 et 2003 au moyen de prélèvement d'urine et au moyen d'un questionnaire administré par un professionnel de santé.
Zaccarelli, 2004 Italie (40)	<p>Rome</p> <p>Le racolage n'est pas pénalisé mais il est limité dans certaines localités. Les clients ne sont pas pénalisés. Les établissements de prostitution sont interdits.</p>	Etudier les données recueillies dans le cadre de la consultation précédent le dépistage du VIH auprès de personnes transgenres et ayant consulté un centre de dépistage pour personnes étrangères à Rome entre 1992 et 1993.	<p>Personnes en situation de prostitution ayant consulté un centre de dépistage et de prise en charge des IST.</p> <p>Personnes transgenres (male-to-female) :</p> <p>98,9 % étaient nées en Amérique latine.</p> <p>Age médian : 29 ans.</p> <p>Durée médiane depuis l'arrivée en Italie : 25 mois.</p>	473	Recrutement dans des centres de dépistage et de prise en charge des IST.	<p>Enquête rétrospective.</p> <p>Donnée recueillies au travers du test qui précède la réalisation du test de dépistage.</p> <p>entre 1992 et 2003 dans le principal centre de dépistage de Rome.</p>
Serre, 1996 France (105)			<p>Personnes en situation de prostitution ayant recours aux permanences d'accueil de sept structures en charge de prévention.</p> <p>Population de femmes (n=137), d'hommes (n=26) et de personnes transgenres (n=192).</p> <p>Age médian : 28 ans.</p>	355		Données recueillies au moyen d'un bref entretien et au moyen d'un questionnaire distribué en mai 1995.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
Tipple, 2010 Grande-Bretagne (54)		Évaluer la prévalence du chlamydia au niveau pharyngé chez des groupes à haut risque chez qui le test a été proposé et effectué (hommes et femmes en situation de prostitution, hommes séropositif ayant des relations sexuelles avec des hommes et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes de moins de 30 ans et consultant un centre de médecine urino-génitale).	Personnes ayant été dépistées pour une infection chlamydia au niveau pharyngé dans le cadre de centre de médecine urino-génitale. Hommes et femmes, dont des personnes qui se prostituent (proportion non documentée).	2406		Analyse rétrospective des données récoltées dans les centres entre novembre 2006 et 2007.
Touze, 2001 Espagne (52)	Oviedo Barcelone Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Evaluer la prévalence des infections HPV dans la population générale et chez les personnes en situation de prostitution. Age moyen : 33 ans.	Personnes en situation de prostitution consultant un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	117 personnes en situation de prostitution. 283 personnes issues de la population générale.		Données récoltées dans le cadre d'une consultation médicale.
Tsakiridu, 2008 Espagne (132)	Asturie Le racolage est accepté mais limité dans certaines zones. Le client n'est pas pénalisé. Les établissements de prostitution sont tolérés.	Identifier les facteurs associés aux avortements chez les personnes en situation de prostitution.	Personnes en situation de prostitution consultant un centre de dépistage et de prise en charge des IST. Femmes.	212		Données récoltées au moyen d'un questionnaire proposé aux personnes ayant consulté le centre, entre janvier et décembre 2003.
Ward, 2004 Grande-Bretagne (36)	Londres	Étudier l'évolution de l'industrie du sexe à Londres et l'évolution des maladies sexuellement transmissibles.	Personnes consultant une clinique spécialisée dans l'accueil des personnes en situation de prostitution, au sein d'un centre spécialisé sur la médecine génito-urinaire.	1050 au total. 498 per-		Données recueillies entre 1985 et 2002, dans le cadre des consultations et dans le cadre des tests de dépistage et de diagnostic.

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
			<p>Femmes.</p> <p>Les personnes étaient adressées au centre par des services spécialisés, des associations, des actions de terrain étaient également organisés pour prendre contact avec des personnes en situation de prostitution pendant leur activité, à la fois dans certaines zones de la ville (rue) et dans des établissements (sauna, agences, appartements).</p> <p>74,9 % étaient nées en Grande-Bretagne parmi les personnes ayant consulté la clinique pour la 1^{ère} fois entre 1985 et 1992, contre 36,9 % pour celles l'ayant consulté pour la 1^{ère} fois entre 1996 et 2002.</p> <p>4,8 % étaient nées dans un pays en voie de développement entre 1985 et 1992 contre 27,1 % entre 1996 et 2002.</p> <p>L'âge médian était de 25 puis de 26 ans sur ces deux périodes. L'âge d'entrée dans la prostitution a reculé sur 10 ans. Seulement 17 % ont déclaré y être rentrée avant 20 ans entre 1996 et 2002 contre 40 % dans la période précédente.</p> <p>La proportion de personnes exerçant leur activité dans la rue a diminué sur 10 ans, elle est passée de 17,8 % à 3,2 %.</p>	<p>sonnes ont consulté la clinique pour la première fois entre 1985 et 1992.</p> <p>552 personnes ont consulté la clinique pour la première fois entre 1996–2002</p>		<p>Sérologies : VIH (test ELISA).</p> <p>Chlamydia (<i>Direct immunofluorescence jusqu'à 1993, enzyme immunoassay (EIA) test jusqu'à 1998, puis nucleic acid amplification test</i>)</p> <p>Gonocoque (<i>Gram stain avec culture de confirmation</i>).</p> <p>Syphilis (<i>(TPHA, VDRL, and fluorescent treponemal antibody (FTA) tests</i>). Les syphilis récentes étaient diagnostiquées en fonction de l'histoire clinique et du profil sérologique).</p>
<p>Ward, 2006 Grande-Bretagne (63)</p>			<p>Personnes en situation de prostitution.</p> <p>Population féminine exclusivement.</p> <p>Lieux d'activités : divers (rue, sauna, agences d'escorts).</p>	<p>130</p>		<p>Données recueillies au moyen d'entretiens réalisés dans le cadre d'un suivi de cohorte entre 1986 et 1993. Des données étaient également recueillies auprès de l'entourage des personnes suivies, lorsqu'il n'était pas possible de la contacter (décès). Des consultations étaient effectuées et les informations déclarées étaient</p>

Auteur Année Pays	Localité et contexte réglementaire au moment de l'étude	Objectif de l'étude	Caractéristiques de la population	Taille de l'échantillon	Représentativité des données	Méthode de recueil des données
						vérifiées dans la mesure du possible à partir des dossiers médicaux.

Annexe 2. Données quantitatives

Consommation tabac, alcool et drogues

Tableau 5. Consommation d'alcool et de tabac dans la population générale

Consommation d'alcool	<p>Consommation quotidienne en France en 2010 : 11 % (16,7 % des hommes, 5,6 % des femmes).</p> <p>Consommation hebdomadaire en 2010 : 47,6 % (61,3 % des hommes, 33,7 % des femmes).</p> <p>Consommation annuelle en 2010 : 86,8 % (84,1 % femmes, 87,9 % hommes) (133).</p> <p>La consommation quotidienne d'alcool était estimée à plus de 40 % en Europe de l'Ouest chez les HSH (41,6 % en France), les auteurs indiquent toutefois que les individus ayant déclaré une consommation quotidienne était significativement plus âgés (enquête EMIS 2010) (16).</p>
Consommation de tabac	<p>D'après les données du baromètre santé en 2010, 35,6 % des hommes se déclarent fumeurs et 27,9 % des femmes (21). La consommation de tabac est déclarée par 33,5 % des HSH en Europe de l'Ouest (36,5 % en France) (enquête EMIS 2010) (16).</p>
Consommation de cannabis	<p>La consommation de cannabis dans les 30 derniers jours est déclarée par 13,8 % des HSH en Europe de l'Ouest (enquête EMIS 2010) (16).</p>
Consommation de cocaïne et d'héroïne	<p>La consommation d'héroïne ou de cocaïne dans les 30 derniers jours est déclarée par 0,4 % des HSH en Europe de l'Ouest (enquête EMIS 2010) (16).</p>

Tableau 6. Consommation d'alcool dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Femmes	Hommes	Transgenres
Consommation quotidienne				
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	5 %	22 %	6 %
Consommation dans les 30 derniers jours ou consommation régulière				
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004 (18, 28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	42 %	74 %	84 %
Folch, 2008 (29)	Espagne (n=357)	47,9% (une ou plusieurs fois par semaine).		
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes.	58 % (dépendance à l'alcool >3. Questionnaire AUDIT).		
Consommation régulière abusive				
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=130)	57 %		

Tableau 7. Consommation de tabac

		Femmes	Hommes	Personnes transgenres
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	46 % se déclarent fumeurs	65 %	51 %
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004 (18, 28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	64 % ont fumé dans les 30 derniers jours (dont 76 % déclarent être dépendants).	75 % (dont 77 % déclarent être dépendants).	76 % (dont 69 % déclarent être dépendantes).
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=130) Femmes.	68 %		

Tableau 8. Consommation de cannabis dans les études

		Femmes	Hommes	Transgenres
Consommation dans les 30 derniers jours ou consommation déclarée régulière				
Ballester-Arnal, 2013 (26)	Espagne (n=100) Hommes.		39,3 % marijuana. 28,6 % haschisch.	
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes.	3,7 %		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004 (18, 28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	16 %	51 % (consommation). 45 % (dont dépendance).	62 % (consommation). 18 % (dont dépendance).
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes.	51 % (rue). 24 % (indoor).		
Consommation dans les 6 derniers mois				
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240) Femmes.	61 % (rue). 50 % (indoor).		
Consommation dans les 12 derniers mois				
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	17 %		

Tableau 9. Consommation de cocaïne

	Pays de l'étude	Femmes	Hommes	Transgenres
	Caractéristiques de l'échantillon			
Consommation dans les 30 derniers jours ou consommation déclarée régulière				
Belza, 2000 (27)	Espagne (n= 132)			27,30 %
(Jeal, 2007)	Grande-Bretagne (n=71)	87 % (rue). 7 % (indoor).		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.		4 %	12 %
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268)	7,40 %		
Consommation dans les 6 derniers mois				
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240)	Crack cocaïne : 32 % (rue). 4 % (indoor). Cocaïne: 17 % (rue). 15 % (indoor)		
Consommation dans leur vie				
Ballester-Arnal, 2013 (26)	Espagne (n=100)		75,00 %	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	18 %		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.		42 %	58 %

Tableau 10 Consommation d'héroïne

	Pays de l'étude	Femmes	Hommes	Transgenres
	Caractéristiques de l'échantillon			
Consommation dans les 30 derniers jours ou consommation déclarée régulière				
Belza, 2000 (27)	Espagne (n=132) Recrutement dans des centres de dépistage.			18,90 %
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240)	49 % (rue). 3 % (indoor).		
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne (n=71)	57,60 %		
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71)	85 % (rue). 6 % (indoor).		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.		2 %	1 %
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268)	1,10 %		
Consommation dans les 6 derniers mois				
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240)	78 % (rue). 5 % (indoor).		
Consommation dans leur vie				
Ballester-Arnal, 2013 (26)	Espagne (n=100)		2,50 %	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	18 %	-	-
Sethi 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n = 823)		10 %	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.		14 %	18 %

Tableau 11 Autres substances et polyconsommation

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Femmes	Hommes	Transgenres
Consommation dans les 30 derniers jours ou consommation déclarée régulière				
Belza, 2000 (27)	Espagne (n= 132) Recrutement dans des centres de dépis- tage. Transgenres.			6,1 % crack. 9,8 % poppers. 9,1 % speed-ball.
Ballester-Arnal, 2013 (26)	Espagne (=100)		10,7% ecstasy. 10,7 % speed-ball. 5,4 % ketamine. 2,9 % poppers.	
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes.	0,1 % crack. 0 % ecstasy. 0 % opium. 0 % méthadone.		
Sethi 2006 (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes.		5 % crack.	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Femmes. (n=252) Hommes et transgenres.	20 % psychotropes.	7 % somnifères, 2 % calmants, 12 % pop- pers, 12 % ecstasy, 1 % amphétamines, 0% méthadone.	22 % somnifères, 7 % calmants, 14 % poppers, 2 % ecsta- sy, 0 % amphéta- mines, 1 % méthad- done.
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes	Benzodiazépines non prescrites, méthad- done ou opiacés : 52 % (rue). 0 % (indoor).		
Dans les six derniers mois				
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240) Femmes	Calmants : 37 % (rue). 69 % (indoor). Amphetamine : 11 % (rue). 30 % (indoor). Autres opiacés : 39 % (rue). 10 % (indoor).		

Tableau 12. Études françaises anciennes : consommations alcool et drogues

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Alcool	Cannabis	Cocaïne	Héroïne ou IV	Autres
Institut de veille sani- taire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres.	47,5 % (> 4 verres/jour)	24,5 %	11 %		10 % amphétamines. 6 % calmants.
Serre, 1996 (105)	France (n=355) Femmes. Hommes, trans- genres.	Femmes : 10 % Hommes : 20 % Transgenres : 17 %		Femmes : 16 %. Hommes : 0 % ¹² . Transgenres : 18 %.		
Ingold, 1994 (33)	France (n=236) Femmes. Hommes, Trans- genres. Echantillon uni- quement composé de consommateurs de drogue régu- liers.	56 %	58 %	36 %	45 %	Crack : 2 %. Psychotropes : 33 %.

Contraception et IVG

Tableau 13. Fréquence des IVG et moyens contraceptifs dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Contraception (30 derniers jours)	Type de contraccep- tion	Femmes ayant eu au moins un IVG
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage.		Préservatifs seuls : 38 %. Orale : 34,4 %. Ligatures des trompes : 9,3 %. DIU : 8,5 %. Injections IM : 8 %.	30,4 %.
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=734) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage.		Préservatifs seuls : 60 %. Orale : 27 %.	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	81 %. 12,5 % personnes nées dans le pays de l'étude. 23,4 % des per- sonnes nées à l'étranger (odd ratio : 2.8).		61 %. 49 % des personnes nées dans le pays de l'étude. 64 % des personnes nées à l'étranger <i>versus</i> 22 % en popu- lation générale.

¹² Le nombre d'hommes (n=26) était plus restreint que le nombre de femmes (n=137) et de personnes transgenres (n=192).

	Pays de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon	Contraception (30 derniers jours)	Type de contraception	Femmes ayant eu au moins un IVG
Tsakiridu, 2008 (132)	Espagne (n=212) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage.	94,7 % (lors de leur dernier rapport avec un client). 75,4 % (lors de leur dernier rapport avec leur partenaire).			37,6 % [30.7–44.4 %].
Clouet, 2013 (31)	France Femmes.	100 %	DIU ou oral		30 % (environ).
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne Femmes. (n=71)	100 % avec les clients. 29 % avec leur partenaire.	Préservatifs seuls : 89 %.		
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes.	81 %.			

VIH

Tableau 14. Prévalence du VIH dans la population générale, Source INVS (Cf. Annexes)

VIH	<p>D'après les données de l'INVS, la prévalence est estimée à environ 152 000 (entre 135 000 et 170 000) personnes à la fin de 2008, soit 0,2 % dans l'ensemble de la population.</p> <p>Données par sous-population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapportées au nombre de migrants vivant en France, le taux de découverte de séropositivité par le VIH en 2011 dans cette population est de 53 pour 100 000, mais est beaucoup plus important chez ceux nés en Afrique subsaharienne (291/100 000). Comparativement, ce taux est de 5,4/100 000 chez les personnes nées en France. - D'après l'étude prévagay, 18 % des personnes étaient affectées par le VIH. Dans l'étude européenne EMIS, entre 2 et 4 % des 25-39 ans déclaraient être affectées par le VIH.
-----	--

Tableau 15. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : femmes

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence du VIH	Observations
Nigro, 2006 (56)	Italie (n=118) Recrutement dans des centres de dépis- tage. Sérologie.	0 %.	
Resl, 2003 (129)	République tchèque (n=561) Sérologie.	0,18 %.	
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Recrutement dans des centres de dépis- tage. Sérologie.	0,2 %.	
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitu- tion/tds) (n=128 781 femmes non prostituées) Recrutement dans des centres de santé.	0,2 % Prévalence identique que chez les femmes non prostituées.	
Castilla 2002 The EPI-VIH Study Group. (42)	Espagne 2002 (n= 2128) Sérologie.	0,6 % chez les femmes nées en Espagne. 1,3 % chez les femmes nées en Europe de l'Est. 5,4 % chez les femmes nées en Afrique subsaharienne.	Les différences selon les origines géographiques n'étaient toutefois pas significatives.
Belza, 2004 (41)	Espagne (n=3149) Recrutement dans des centres de dépis- tage. Sérologie.	0,7 %.	0,8 % pour les femmes nées en Amérique latine ou en Afrique sub- saharienne. 0,3 % pour les femmes nées dans d'autres pays. 15,5 % pour les femmes usagères de drogues par voie intraveineuse.

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence du VIH	Observations
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=549) Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	0,7 %	0,5 % pour les personnes nées en Colombie. 0,8 % pour les personnes nées en Afrique subsaharienne.
Folch, 2008 (29)	Espagne (n=357) Sérologie.	0,8 % [0,2-2,4]	2,9 % pour les femmes nées en Afrique.
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes Sérologie	1,1 % [0.1-2.4%]	0,9 % pour les femmes nées en Grande-Bretagne. 1,2 % pour les femmes nées en Europe de l'Est ou en ex-Union soviétique.
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=66) Recrutement dans des structures associatives ou médicales. Sérologie.	1,2 %	Toutes les femmes ayant déclaré être atteintes du VIH étaient usagères de drogue (n=2).
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Recrutement mixte (centres de santé et sur le lieu d'activité). Sérologie.	1,5 % sur 7 ans.	

Tableau 16. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : hommes

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH dans l'échantillon d'hommes de l'étude
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes ayant déclaré avoir déjà été rémunérés en échange de relations sexuelles (n=34).	3 %.
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes. Sérologie.	9,3 % contre 7 % chez les hommes ayant des relations avec des hommes dans la population générale (réf. externe). 14,1 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 1994 et 1996. 6,3 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 1997 et 1999. 8,9 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 2000 et 2003. 26,7 % chez les hommes qui s'injectent de la drogue contre 7,2 % chez les autres. 20,7 % de ceux qui ont des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels contre 7,9 % chez les autres.
Belza, 2005 (38)	Espagne (n=418)	11,7 %.

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH dans l'échantillon d'hommes de l'étude
	Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=3) Sérologie.	13 %.

Tableau 17. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : transgenres

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH : les transgenres/transsexuels en situation de prostitution/tds	Observations
Belza, 2005 (38)	Espagne (n=418) Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	14,5 %.	
Saleri, 2006 (130)	Italie (n=86) Recrutement dans des centres de dépistage. Origine Amérique latine. Sérologie.	27,1 %.	42,3 % des personnes atteintes de syphilis étaient atteintes par le VIH, contre 20 % de celles qui n'étaient pas atteintes de syphilis (odd ratio de 2.87 [0.94–8.85]).
Institut de veille sanitaire, 2011 (39)	France (n=381) Sérologie (personnes ayant eu une activité prostitutionnelle dans leur vie).	17,2 %.	36,4 % chez les personnes nées à l'étranger.
Operario, 2008 (15) Gutiérrez, 2004 (48)	Espagne (n=762) dont (n=699 femmes), (n=60 transgenres) et (n=3 hommes) Sérologie.	22,6%.	
Operario, 2008 (15)	14 pays différents sur 5 continents (n=2139). Sérologie et données déclaratives.	27,3 %.	Personnes transgenres non impliquées dans une activité prostitutionnelle : 14,7 %. Risque relatif par rapport à la population de personnes transgenres non impliquées dans la prostitution : 1,06 [0,69-1,55]. Risque relatif par rapport à la population d'hommes en situation de prostitution: 1,53 [0,92-2,55]. Risque relatif par rapport aux femmes en situation de prostitution : 4,02 [1,60-10,11].
Zaccarelli, 2004 (40)	Italie (n=473) Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	31,5 %	Forte diminution sur 10 ans : 57 % en 1993 et 12 % en 2003. 56 % pour les personnes nées au Brésil. 20 % pour les personnes nées

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH : les transgenres/transsexuels en situation de prostitu- tion/tds	Observations
			en Colombie.
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=9) Recrutement dans des struc- tures associatives ou médi- cales. Sérologie.	44 %.	

Tableau 18. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : population mixte

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH : les transgenres/transsexuels en situation de prostitu- tion/tds	Observations
Operario, 2008 (15) Gutierrez, 2004 (48)	Espagne (n=762) dont (n=699 femmes), (n=60 transgenres) et (n=3 hommes) Sérologie.	Prévalence sur 4 ans : 4,5 % personnes nées en Afrique (dont 12,9 % des personnes nées au Libéria). 10 % personnes nées en Amé- rique du Sud (toutes trans- genres).	

Tableau 19. Études françaises anciennes : Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

Source	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence VIH : les transgenres/transsexuels en situation de prostitu- tion/tds	Observations
Institut de veille sani- taire, 1992 (60)	France (n=141) Femmes. Sérologie.	2,1 %	4,4 % à Paris. 27,4 % en zone périphérique. 33,3 % pour les femmes usagères de drogues.
Ingold, 1994 (33)	France (n=236) Femmes, hommes, transgenres. Déclaratif.	Consommateurs de drogue : 10 % (50 % ne connaissent pas leur statut).	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Données déclara- tives.	2 % (10 % déclarent ne pas connaître leur statut).	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=128) Hommes et per- sonnes transgenres. Données déclara- tives.	1 % hommes (18 % déclarent ne pas connaître leur statut). 5 % personnes transgenres.	

Utilisation du préservatif

Tableau 20. Usage du préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : hommes

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Usage du préservatif systématique avec les clients au moment de l'étude		Usage du préservatif systématique avec les partenaires au moment de l'étude	
		Pénétration	Fellation	Pénétration	Fellation
Ballester, 2012 (58)	Espagne (n=100) Hommes.	Vaginal : 91,2 %. Anal (insertif) : 95 %. Anal (réceptif) : 94%.	31,4 %.	22 %-28,6 %.	
Belza, 2000 (27)	Espagne (n=132) Transgenres. Recrutement dans des centres de dépistage.	98-100 %.		49 %.	
Belza, 2001 (83)	Espagne (n=84) Hommes.	89 % (réceptif). 91 % (insertif).	86 % (réceptif). 54 % (insertif).	41 %.	
Belza, 2004 (41)	Espagne (n=3149) Femmes. Sérologie. Recrutement dans des centres de dépistage.	98 %.	84,2 %.	17,6 %.	
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Femmes.	Vaginal : 98 %. Augmentation jusqu'en 1990 puis stagnation. Anal : 94 %.	41 % en 1985-1986. 91 % en 1990. 66 % en 2002.	8 % en 1985-1986. 44 % en 2003.	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes. Hommes, Transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales.	Population totale : 94 %. Femmes : 97 %. Transgenres 89 %. Hommes : 83 %.		Population totale : 48 %. Femmes : 37 %. Transgenres : 67 %. Hommes : 63 %.	
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=734) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Les établissements de prostitution sont tolérés.	96 %.			
del Amo, 2009 (30)	Espagne (n=549) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage.	Personnes nées dans le pays de l'étude : 85,4 %. Origine Amérique latine : 96 %. Origine Europe : 93,4 %. Origine Afrique subsaharienne : 100 %.		Personnes nées dans le pays de l'étude : 31,3 %. Origine Amérique latine : 7 %. Origine Europe : 14,3 %. Origine Afrique subsaharienne : 15,5 %.	

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Usage du préservatif systématique <u>avec les clients</u> au moment de l'étude		Usage du préservatif systématique <u>avec les partenaires</u> au moment de l'étude	
Nigro, 2006 (56)	Espagne (n=118) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage.	83,9 %.		16,1 %.	
Zaccarelli, 2004 (40)	Italie (n=473) Recrutement dans des centres de dépistage.	74,9 % (au moment de l'inclusion dans l'étude). 89,3 % (pendant le suivi).			
Jeal, 2004 (61, 134)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes.	100 %.			
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes.	99,2 %.	79,4 %.	30,7 %.	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004 (28)	France (n=173) Femmes.	100 %.	94 %.	Non précisé.	
Vall-Mayans, 2007 (131)	Femmes (n= 301) Femmes.	Vaginale : 96 %. Anale : 86 %.	91 %.	Vaginale : 8 %. Anale : 11 %.	3 %.
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne Hommes (n=823).	96 %. Augmentation du nombre de rapports non protégés sur 10 ans non statistiquement significative.	27,1 %.	Partenaires réguliers femmes : 19 %. Partenaires réguliers hommes : 40 %. Le nombre de rapports annaux non protégés avec des partenaires occasionnelles a augmenté sur 10 ans, il est passé de 7,4 % en 1994 à 15,7 % entre 2000 et 2003 (p=0.01).	
Institut de veille sanitaire, 1992 (60)	France (n=141) Femmes.	95 %.	44 %.		
Institut de veille sanitaire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres.	95 % (réceptifs). 74 % (insertifs).	89 % (réceptifs). 72 % (insertifs).	Partenaires réguliers : 52 % (réceptifs). 33 % (insertifs). Partenaires occasionnels : 87 % (réceptifs). 74 % (insertifs).	Partenaires réguliers : 33 % (réceptifs). 30 % (insertifs). Partenaires occasionnels : 74 % (réceptifs). 71 % (insertifs).

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Usage du préservatif systématique <u>avec les clients</u> au moment de l'étude		Usage du préservatif systématique <u>avec les partenaires</u> au moment de l'étude	
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes.	Vaginale : 86 % (rue), 100 % (indoor). Anale : 100 % (rue et indoor).	55 % (rue). 91 % (indoor). Masturbation : 26 % (rue), 11 % (indoor).		
Matteelli, 2003 (50)	Italie (n=101) Femmes.	88 % (dans les 6 derniers mois).		68 %.	
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=252) Hommes. Transgenres.	Hommes : 68 %. Transgenres : 79,5 %.		Non précisé.	
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes. (n=34)	15 %.			

Tableau 21. Données françaises non retenues dans la revue de la littérature : Usage du préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Usage du préservatif systématique <u>avec les clients</u> au moment de l'étude		Usage du préservatif systématique <u>avec les partenaires</u> au moment de l'étude	
		Pénétration	Fellation	Pénétration	Fellation
Institut de veille sanitaire, 1992 (60)	France (n=141) Femmes.	95 %.	44 %.		
Institut de veille sanitaire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres.	95 % (réceptifs). 74 % (insertifs).	89 % (réceptifs). 72 % (insertifs).	Partenaires réguliers : 52 % (réceptifs). 33 % (insertifs). Partenaires occasionnels : 87 % (réceptifs). 74 % (insertifs).	Partenaires réguliers : 33 % (réceptifs). 30 % (insertifs). Partenaires occasionnels : 74 % (réceptifs). 71 % (insertifs).
Ingold, 1994 (33)	France (n=236) Femmes. Hommes. Transgenres.	67 %.		27 %.	

Hépatite B et C

Tableau 22. Prévalence Hépatite B et C en population générale. Source INVS (cf. Annexes)

VHB	La prévalence de l'antigène HBs est estimée à 280 821 personnes (IC95 % : 179 730-381 913) soit à 0,65 % (IC95 % : 0,45-0,93).	Parmi ces personnes, 45 % (IC95 % : 23-69) se savaient positives vis-à-vis de l'antigène HBs.
VHC	En 2004, la prévalence des anticorps contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) chez les adultes âgés de 18 à 80 ans est estimée à 367 055 adultes de 18-80 ans (IC95 % : 269 361-464 750), soit 0,84 % (intervalle de confiance (IC) 95 % : 0,65-1,10). Dans l'enquête prévagay, 1 % des personnes étaient affectées par le VHC.	Parmi les adultes porteurs d'anti-VHC, 43 % ignoraient leur séropositivité vis-à-vis du VHC.

Tableau 23 Prévalence Hépatite B et C dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : femmes, hommes et transgenres

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence Hépa- tite B dans l'échantillon ¹³	Prévalence Hépatite C Dans l'échantillon	Prévalence dans des sous-populations de l'échantillon
Population mixte : femmes, hommes et transgenres				
Operario, 2008 (15) Gutiérrez, 2004 (48)	Espagne (n=762) dont (n=699 femmes), (n=60 transgenres) et (n=3 hommes). Sérologie.	3,5 %. (1,7 % dans la popula- tion générale).	0,8 %. (2,5 % chez les per- sonnes atteintes par le VIH).	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales. Sérologie.	4,2 %.	0 %.	
Femmes				
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=734) Recrutement dans des centres de dépistage.	0,3 %.	0,1 %.	

¹³ Pour identifier la prévalence de l'hépatite B, on identifie la présence de l'antigène HBs (HBsAG) qui est marqueur d'une hépatite B chronique, plutôt que la présence d'anticorps anti-VHB (HBsAC) est marqueur d'une immunisation (vaccin ou pathologie traitée). Dans le cadre de l'hépatite C, il serait envisageable d'identifier soit la présence d'antigène, soit celle d'anticorps étant donné que les traitements sont d'une moindre efficacité. De nouveaux traitements sont toutefois récemment arrivés sur le marché, qui remettent en question cet élément.

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence Hépa- tite B dans l'échantillon¹³	Prévalence Hépatite C Dans l'échantillon	Prévalence dans des sous-populations de l'échantillon
	Sérologie.			
Mc Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution/tds). (n=128 781 femmes non prostituées).	0,6 % <i>versus</i> 0,1 % chez les femmes non prostituées.	0,2 % <i>versus</i> 0,04 % chez les femmes non prostituées.	
Mak, 2003 (128)	Belgique (n=1096)	0,6 % (positif HBsAg).		
(56)	Italie (n=118) Sérologie.	2,5 %.	0 %.	
Resl, 2003 (129)	République tchèque (n=561) Femmes.	4,46 % (sur 4 ans).		
Hommes				
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes. (n=34)	0 %.	12 % (tous usagers de drogue).	
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes. Sérologie.	1,2 %.	3 %. Incidence : 0,5 %.	
Transgenres				
Zaccarelli, 2004 (40)	Italie (n=473) Transgenres. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.		13,3 %.	

Tableau 24 Données non retenues dans la revue de la littérature : Hépatite B et C dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

Institut de veille sanitaire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres. Données déclaratives.	18 %.		
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Données déclaratives.	1 %.	3 %.	6 % chez les personnes nées en Europe de l'Ouest et au Maghreb. 14 % ne connaissent pas leur statut.
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004b (18)	France (n=252) Hommes et transgenres. Données déclaratives.	1 %.	1 %.	40 % des hommes ne connaissent pas leur statut contre seulement 9 % des personnes transgenres. Déclaratif.
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=130) Données déclaratives (complétées par les données contenues dans les dossiers médicaux).	8 % (n=98).	13 % (n=63).	

Tableau 25 Prévalence IST en population générale (cf. annexes)

Chlamydia	La prévalence de <i>C. trachomatis</i> a été rapportée de 0,8 % chez les hommes et 1,2 % chez les femmes de 18 à 23 ans se présentant lors de la visite préventive des étudiants d'une université parisienne en 2003-2005 (135). Elle était de 6,4 % à Bordeaux et 11,2 % en Seine-Saint-Denis en 2005 dans la population des femmes consultant dans les centres de planification familiale et d'orthogénie (136).
Absence de données quantitatives sur la prévalence en population générale concernant les infections gonococques, syphilis, HPV et autres IST (cf. Annexes).	

Tableau 26 Prévalence IST (données non différenciées par type d'IST) dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Recrutement mixte (centres de santé et sur le lieu d'activité). Sérologie.	7,9 % entre 1996 et 2002 contre 24,9 % entre 1985-1992, soit une diminution de 65 %, statistiquement significative.
Resl, 2003 (129)	République tchèque (n=561) Sérologie (technique non précisée). Etude menée entre 1997 et 2001.	9,09 %.
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=734) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	11 % étaient atteintes par une IST, et 16 % chez les personnes de moins de 20 ans.
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Données déclaratives.	18 % [15,0-21,4] étaient atteintes par d'autres IST que VIH et hépatites.
Belza, 2004 (41)	Espagne (n=3149) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	22 % étaient atteintes par une IST, dont 5,7 % ulcéraives.
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes, transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales. Sérologie.	25 % ont déclaré un antécédent d'IST.
Matteelli, 2003 (50)	Italie (n=101) Femmes. Sérologie.	9 % ont déclaré un antécédent d'IST (n=9).
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=118) Femmes. Données déclaratives (complétées par les données contenues dans les dossiers médicaux).	93 % ont déclaré un antécédent d'IST.

Chlamydia

Tableau 27 Prévalence de chlamydia dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales. Sérologie.	1,6% (n=1).
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Recrutement mixte (centres de santé et sur le lieu d'activité).	4,8 % entre 1996 et 2002 contre 10,7 % entre 1985-1992, soit une diminution de 55 %, statistiquement significative.
Vall-Mayans, 2007 (131)	Espagne Femmes (n= 301) Sérologie.	4,7 % [2,6-7,7] chez les femmes se prostituant dans la rue. 12,7 % chez les femmes nées en Europe de l'Est.
Resl, 2003 (129)	République tchèque (n=561) Sérologie. Etude menée entre 1997 et 2001.	5,53 %.
Folch, 2008 (29)	Espagne (n=357) Femmes. Personnes migrantes uniquement. Sérologie.	5,9 % [3,7– 8,9].
Sethi 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes. Sérologie.	7 %. Incidence : 7,8/100 personnes par an.
Mak, 2005 (127)	Belgique (n=950) Femmes. Sérologie.	7,4 % [5,7 to 9,0]. Prévalence plus élevée chez les femmes de moins de 20 ans : 15 % [8 %-22 %]. Pas de différences selon l'origine géographique. Incidence : 7,3/100 personnes par an [5,9/100 – 8,7/100]. Prévalence plus élevée que chez les femmes en population générale orientée par leur médecin vers le dépistage : 12,4 % contre 6,6 % en population générale chez les 18-22 ans, 7,9 % vs 5,8 % chez les 23-27 ans, et 4,7 % vs 3,3 % chez les 28-40 ans.
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution/tds) (n=128 781 femmes non prostituées)	10,1 % <i>versus</i> 8,5 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 1,93 [1,61- 2,33]. Le taux de réinfection était plus élevé chez les femmes en situation de prostitution que chez les femmes non prostituées et cette différence était statistiquement significative : 6,6 % <i>versus</i> 3,4 %. 13,5 % chez les femmes nées en GB <i>versus</i> 8,5 % chez les femmes nées dans d'autres pays, soit un odd ratio de 0,61 [0,38 – 0,97].

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Matteelli, 2003 (50)	Italie (n= 101) Femmes. Sérologie.	14 %. Les femmes nées en Europe de l'Est avaient un risque plus élevé odd ratio = 6,05[1,5-23,62]. Incidence : 11,3/100 personnes par an [2,3/100-33/100].
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne Femmes. (n=71) Données déclaratives.	27 % [17–39] <i>versus</i> 3,1 % en population générale ¹⁴ .
Autre localisation		
Tipple 2010 (54)	Grande-Bretagne Femmes et hommes ayant été considérés comme à haut risque et ayant été dépisté, dont des personnes en situa- tion de prostitution/tds (n=2406).	1,9 % Prévalence identique chez les hommes et les femmes. 4,8 % avaient des symptômes pharyngés. 21 % avaient une autre IST concomitante (gonocoque, syphilis, herpès génital). Ces personnes avaient déclaré un faible recours aux préservatifs pendant des fellations.
Fraser 2014 (47)	Grande-Bretagne Hommes. (n=34)	12 % chlamydia au niveau rectal sans lymphogranulome vénérien.

Gonocoque

Tableau 28 Prévalence du gonocoque dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Femmes		
Institut de veille sani- taire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associa- tives ou médicales. Sérologie.	0 %.
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes. Données déclaratives Recrutement dans des centres de dépis- tage.	0,5 % cervicite gonococcique.
Folch, 2008 (29)	Espagne (n=357) Femmes. Personnes migrantes uniquement. Sérologie.	0,6 % [0,1–2,0) (n=2).
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Recrutement mixte (centres de santé et sur le lieu d'activité). Sérologie.	1,1 % entre 1996 et 2002 contre 4,5 % entre 1985-1992. Diminution de 75 % statistiquement significative.

¹⁴ Les données sur la prévalence des IST en population générale en Grande-Bretagne sont issues de Fenton KA, 2001 et al (137).

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Resl, 2003 (129)	République tchèque (n=561) Sérologie (technique non précisée). Etude menée entre 1997 et 2001.	1,07 %.
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes. Sérologie.	2,2 %.
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution) (n=128 781 femmes non prostituées)	2,7 % <i>versus</i> 1 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 2,75 [1,87 – 4,04].
Vall-Mayans, 2007 (131)	Femmes (n= 301) Sérologie.	3,7 % [1,8-6,4] chez les femmes se prostituant dans la rue.
Hommes		
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes. (n=34)	9 % au niveau rectal. 3 % gonococcie pharyngée.
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes. Sérologie.	9 % Incidence : 13,9 pour 100 personnes/année. 6,7 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 1994 et 1996. 6,9 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 1997 et 1999. 12,9 % chez les hommes ayant consulté pour la 1 ^{ère} fois entre 2000 et 2003.

Syphilis

Tableau 29 Incidence de la syphilis dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Femmes		
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution) (n=128 781 femmes non prostituées)	0,1 % Prévalence identique que chez les femmes non prostituées.
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage Données déclaratives.	2,1 % [1,1-3,7].
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes. Sérologie.	2,2 %.

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Femmes		
Nigro, 2006 (56)	Italie (n=118) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	2,5 % (n=3).
Ward, 2004 (36)	Grande-Bretagne (n=1050) Recrutement mixte (centres de santé et sur le lieu d'activité). Sérologie.	2,2 % entre 1996 et 2002 contre 0,8 % entre 1985-1992. Augmentation de 175 % non statistiquement significative.
Operario, 2008 (15) Gutiérrez, 2004 (48)	Espagne (n=762) dont (n=699 femmes), (n=60 transgenres) et (n=3 hommes).	3 % (10 % chez les personnes atteintes par le VIH).
(131)	Espagne (n= 301) Femmes. Sérologie.	4,5 % chez les femmes se prostituant dans la rue.
Personnes transgenres		
Saleri, 2006 (130)	Italie (n=86) Personnes transgenres Recrutement dans des centres de dépistage. Origine Amérique latine. Sérologie.	14 % (n=12) (stade précoce latent) Incidence : 13,1/100 personnes par an.
Operario, 2008 (15) Gutiérrez, 2004 (48)	Espagne (n=762) dont 60 transgenres.	30,6 %.
Zaccarelli, 2004 (40)	Italie (n=473) Transgenres. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	40,3 %.
Hommes		
Sethi, 2006 Grande-Bretagne (37)	Grande-Bretagne (n=823) Hommes. Sérologie.	2,1 %. Incidence : 1,2 pour 100 personnes par année.
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes. (n=34)	0 %.
Hurtado, 2011 Espagne (51)	Espagne (n=10850 population totale, le nombre de personnes ayant pratiqué une activité prostitutionnelle n'est pas précisé). Personnes consultant le centre d'information et de prévention du VIH.	Odd ratio par rapport à la population totale consultant le centre : - 10,64 [1,37-15,66] (analyse univariée) ; - 6,83 [2,52-28,53] (analyse multivariée). Le risque de syphilis augmente dans le temps pour l'ensemble de la population : odd ratio de 5,05 [1,12-22,72] pour la dernière année par rapport aux années précédentes.

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Population mixte		
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes et transgenres. Recrutement dans des structures associatives ou médicales. Sérologie.	0,01% (stade précoce latent).

Papillomavirus

Tableau 30. Prévalence Papillomavirus dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Touzé, 2001 (52)	Espagne n=117 (personnes en situation de prostitution/tds) n=283 (population générale) Femmes. Sérologie.	15,8 %. Groupe contrôle (population générale) : 1,8 % odd ratio : 10,4 [3,9–27,6].
del Amo, 2005 (45)	Espagne (n=734) Femmes migrantes. Recrutement dans des centres de dépistage. Sérologie.	39 %. 61 % origine Europe de l'Est. 40 % origine Equateur et Colombie. 29 % origine Afrique subsaharienne. 24 % origine Caraïbe.
Mak, 2004 (53)	Belgique n=99 (personnes en population générale) Femmes. Sérologie. n= 653 (personnes en situation de prostitution/tds)	77,4 % sur 9 ans [68,9 to 85,9] (n=72) Les types 16, 31 et 52 étaient les plus élevés (12,9 %) Groupe contrôle (population générale) : 27 % [27,6 %] Odd ratio : 9 [4,5-18,5].

Tableau 31. Prévalence d'autres IST dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Belza, 2004 (41)	Espagne (n=3149) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage Sérologie.	HTLV-1 : 0,3 % [0,1-0,5 %] (n=8) HTLV-2 : 0,2 % [0,07-0,4 %] (n=6)

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence
Fraser, 2014 Grande-Bretagne (47)	Grande-Bretagne Hommes (n=34)	6 % herpès anogénital.
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes. Recrutement dans des centres de dépistage. Données déclaratives.	14,2 % cervicite non gonococcique. 1,2 % trichomonas.
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes. Sérologie.	Trichomonas : 4,3 %.
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes. Données déclaratives.	Herpès : 7 % [2–16] <i>versus</i> 1,3 % en population générale ¹⁵ . Trichomonas : 4 % [1–12] <i>versus</i> 0,8 % en population générale. Verrue génitale : 15 % (8–26) <i>versus</i> 1,3 % en population générale.
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution/tds) (n=128 781 femmes non prostituées)	Trichomonas : 0,9 % <i>versus</i> 0,8 % chez les femmes non prostituées. 1,5 % chez les femmes nées en GB <i>versus</i> 0,5 % chez les femmes d'origine étrangère, soit un odd ratio de 0,17 [0,05 – 0,59]. Herpès : 2,3 % <i>versus</i> 2,8 % chez les femmes non prostituées. Verrue génitale : 2,8 % <i>versus</i> 5 % chez les femmes non prostituées. Gale : 0,1 % <i>versus</i> 0,003 % chez les femmes non prostituées. Molluscum contagiosum : 0,5 % <i>versus</i> 0,5 % chez les femmes non prostituées.
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne Femmes (n=118) Données déclarées (complétées par les données continues dans les dossiers médicaux).	Trichomonas : 49 %. Herpès : 40 %. Verrues génitales : 31 %.
Fox, 2006 (125)	Grande-Bretagne Femmes (n= 453) Sérologie.	Herpès (présence d'anticorps) : HSV-1: 74,4% [71,1–78,9] HSV-2 : 60,0% [55,5–64,5] La présence d'anticorps HSV-1 était plus fréquente chez les femmes nées dans un pays en voie de transition (ex-URSS), l'odd ratio était de 5,08 [1,51–17,04]. La présence d'anticorps HSV-2 était en revanche plus fréquente chez les femmes nées dans un pays en voie de développement, odd ratio de 1,14 [0,59–2,16].

Tableau 32 Etude française ancienne : prévalence autres IST

Institut de veille sanitaire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres. Données déclaratives.	Gonocoque : 16 %. Chlamydia : 3 %. Antécédents syphilis : 31 %. Herpès : 7 %. Mycoses : 7 %.
--	--	--

¹⁵ Les données sur la prévalence des IST en population générale en Grande-Bretagne sont issues de Fenton 2001 et al (137).

Troubles gynécologiques

Tableau 33 Troubles gynécologiques autres que les infections sexuellement transmissibles dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Prévalence infections gynécologiques et troubles de la santé reproductive (autres que les IST)	Autres
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Recrutement dans des centres de dépistage.	27,3 %	Vaginose : 14 %. Candidose : 13 %. Maladies inflammatoires pelviennes : 0,3 %.
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=118) Femmes. Données déclarées (complétées par les données continues dans les dossiers médicaux).	38 %	
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes.		Vaginose : 28 % (indoor), 11 % (rue). Candidose : 53 % (indoor), 39 % (rue).
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution/tds) (n=128 781 femmes non prostituées)		Vaginose : 25,6 % <i>versus</i> 12,7 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 2,30 [2,04 – 2,59]. Le taux de réinfection était plus élevé chez les femmes en situation de prostitution que chez les femmes non prostituées et cette différence était statistiquement significative : 7,4 % <i>versus</i> 3,7 %. Candidose : 16,6 % <i>versus</i> 7,5 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 1,92 [1,68 – 2,19]. Infection urinaire : 7,8 % <i>versus</i> 2,2 %, soit un odd ratio de 2,29 [1,90 – 2,75]. Inflammation pelvienne : 10,6 % <i>versus</i> 2,3 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 4,21 [3,58 – 4,95]. Anomalies cytologiques : 32,9 % <i>versus</i> 16,3 % chez les femmes non prostituées, soit un odd ratio de 8,66 [6,60 - 11,37]. 3,8 % chez les femmes nées en GB <i>versus</i> 14,3 % chez les femmes nées dans un autre pays, soit un odd ratio de 2.92 [1.57 to 5.41].

Recours aux dépistages des IST

Tableau 34 Recours aux dépistages VIH et IST dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques l'échantillon	de Fréquence dépistage VIH et IST
Test dans l'année ou « récemment »		
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes, transgenres Recrutement dans des structures associatives ou médicales	VIH : 68 % Hépatite B : 61 % Hépatite C : 55 % HPV : 72 %
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes	VIH : 21,7 % IST : 81,9 %
Jeal, 2004 (61, 134)	Grande-Bretagne Femmes (n=71)	IST : 46 % HPV : 38 %
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes	IST : 46 % (rue), 69 % (indoor) HPV régulier : 35 % (rue), 65 % (indoor)
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	France (n=173) Femmes	VIH : 83 % VHB : 84 % VHC : 84 %
Mc Grath-Lone, 2014 (35)	Grande-Bretagne (n=2704 femmes en situation de prostitution/tds)	VIH : 89,7 %
Test déjà réalisé au moins une fois dans la vie		
Belza, 2004 (41)	Espagne (n=3149) Femmes Recrutement dans des centres de dépistage	VIH : 56,3 %
Belza, 2004 (27)	Espagne (n=132) Transgenres Recrutement dans des centres de dépistage	VIH : 73,5 %
Institut de veille sanitaire, 1992 (60)	France (n=141) Femmes	VIH : 71,1 % (Paris) 78,4 % (périphérie) (avant l'étude)
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes	IST : 80 %
Institut de veille sanitaire, 1994 (57)	France (n=206) Transgenres	82 % Personnes nées dans le pays de l'étude ou en Asie : 100 % Origine d'Amérique latine : 86 % Origine Maghreb : 77 % Origine Sud de l'Europe : 67 %
Jeal, 2007 (23)	Grande-Bretagne (n=71) Femmes	IST : 82 % (rue), 85 % (indoor)
Ballester, 2012 (58)	Espagne (n=100) Hommes	VIH : 100 % des hommes homosexuels, 90 % des hommes bisexuels et 58,3 % des hommes hétérosexuels

Accidents de préservatifs et recours au traitement post-exposition

Tableau 35 Fréquence des accidents de préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Fréquence accidents de préservatifs
Belza, 2004 (124)	Espagne (n=579) Femmes Recrutement dans des centres de dépistage	30 %
Belza, 2001 (83)	Espagne (n=84) Hommes	37 % (dernier mois)
Belza, 2000 (27)	Espagne (n=132) Transgenres Recrutement dans des centres de dépistage	39 % (dernier mois)
del Amo, 2009 (30)	Espagne (n=549) Femmes	47,2 % (3 derniers mois)
Institut de veille sanitaire, 1992 (60)	France (n=141) Femmes	62 % (sur 6 mois) Soit un risque de 0,2 % d'accidents par rapport

Tableau 36 Recours à un traitement post-exposition en cas de rapports non protégés ou en cas d'accidents de préservatifs dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Fréquence recours à un traitement post-exposition
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=72) Femmes, hommes, transgenres Recrutement dans des structures associatives ou médicales	Population totale : 38 % Femmes : 44 % Transgenre : 27 % Hommes : 40 %

Santé mentale et consommation de psychotropes

Tableau 37 Troubles psychologiques déclarés dans les 12 derniers mois

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Trouble sommeil	du	Anxiété	Déprime	Pensées sui- cidaires
Sethi, 2006 (37)	Grande Bretagne (n=815) Hommes	20 %		4 % (tentative de suicide)		
Ward, 2006 (63)	Grande-Bretagne (n=130) Femmes	43 %				
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France Femmes, hommes, transgenres Recrutement dans des structures associatives ou médicales	67 %		49 %	65 %	21 % versus 3 % (hommes) et 4 % (femmes) en population générale

Tableau 38 Consommation de psychotropes

	Somnifères	Antidépresseurs	Anxiolytiques
Dans les 30 derniers jours			
Laurindo da Silva, 2006 (126)	14 %	3 %	4 %
Dans les 12 derniers mois			
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	31 %	17 %	20 %

Violences

Tableau 39 Personnes ayant subi des violences

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Personnes ayant subi des violences phy- siques	Personnes ayant subi des violences psycho- logiques
Dans les 6 derniers mois			
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240) Femmes Prostitution de rue et prosti- tution indoor	50 % des personnes exerçant une activité prostitutionnelle de rue 26 % des personnes exerçant une activité prostitutionnelle indoor	
Dans l'année			
Belza, 2001 (83)	Espagne (n=84) Hommes Prostitution de rue	24 % (venant de clients)	
Platt, 2011 (19)	Grande-Bretagne (n=268) Femmes Prostitution indoor	24,7 % (violences phy- siques venant de clients) 14,6 % (violences phy- siques venant de parte- naires) 14,9 % (violences	

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Personnes ayant subi des violences physiques	Personnes ayant subi des violences psychologiques
		sexuelles venant de clients) 7,6 % (violences sexuelles venant de partenaires)	
Gloor, 2011 (82)	Suisse (n=66) Femmes (90 %), transgenre (10 %) Prostitution de rue	36 %	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=251, volet social et santé) Femmes, hommes et transgenres Prostitution de rue	51 % Violences exercées par des clients - 38 % femmes - 16 % transgenres - 17 % hommes Violences exercées par d'autres personnes en situation de prostitution - 22 % femmes - 19 % transgenres - 22 % hommes Violences exercées par des passants - 28 % femmes - 19 % transgenres - 26 % hommes Violences exercées par la police - 8 % femmes - 4 % transgenres - 4 % hommes Violences exercées par d'autres personnes - 12 % femmes - 5 % transgenres - 4 % hommes	61 % - 66 % femmes, - 53 % transgenres, - 44 % hommes.
	Dans leur vie		
Church, 2001 (24)	Grande-Bretagne (n=240) Femmes Prostitution de rue et prostitution indoor	81 % des personnes exerçant une activité prostitutionnelle de rue 28 % de tentative de viol 22 % de viol (pénétration vaginale) 17 % fellation forcée 6 % pénétration anale 48 % des personnes exerçant une activité prostitutionnelle indoor 17 % de tentative de viol 2 % de viol (pénétration vaginale) 3 % fellation forcée 6 % pénétration anale	

	Pays de l'étude Caractéristiques de l'échantillon	Personnes ayant subi des violences physiques	Personnes ayant subi des violences psychologiques
Jeal, 2004 (61)	Grande-Bretagne Femmes (n=71) Prostitution de rue	73 %	
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	France (n=251, volet social et santé) Femmes, hommes et transgenres Prostitution de rue	1/3 des personnes ont déjà subi un viol.	

Tableau 40 Études françaises anciennes : personnes ayant subi des violences

Serre, 1996 (105)	41 %, soit : - 28 % pour les femmes - 35 % pour les hommes - 52 % travestis et transsexuels
----------------------	--

Autres dommages sanitaires

Tableau 41. État de santé perçu

	État de santé perçu	Etat de santé évalué par le professionnel de santé
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	Très bon et bon état de santé : 47 % Moyen état de santé : 32 % Mauvais état de santé : 20 %	Très bon état de santé : 34 % Bon état de santé : 50 % Moyen état de santé : 13 % Mauvais état de santé : 2 %
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2004a (28)	Bonne santé : 68 % Plutôt en bonne santé : 21 % Mauvaise santé : 4 %	
Jeal, 2004 (61)	Bon état de santé : 7 % Mauvais état de santé : 54 %	

Tableau 42. Problèmes de santé déclarés

	Troubles cardiovasculaires	Troubles musculo-squelettiques	Troubles pulmonaires	Troubles dermatologiques	Troubles veineux	Troubles alimentaires	Problèmes dentaires
Ward, 2006 (63)	6 %	16 %					
Jeal, 2007 (23)		13 % (rue), 6 % (indoor)	Bronchite : 39 % (rue), 0 % (indoor) Asthme : 28 % (rue), 8 % (indoor)	25 % (rue), 1 % (indoor)	Abcès veineux : 48 % (rue), 0 % (indoor) Thrombose veineuse profonde : 7 % (rue), 0 % (indoor)		

	Troubles cardiovasculaires	Troubles musculo-squelettiques	Troubles pulmonaires	Troubles dermatologiques	Troubles veineux	Troubles alimentaires	Problèmes dentaires
Institut de veille sanitaire, 2013 (17)	9 % Diabète : 5 % HTA : 4 % dyslipidémie : 4 % Examen clinique : HTA : 9 %		6 %			13 % amaigrissement 8 % anorexie	14 %
Jeal, 2004 (61)		13 % [4-19]	Bronchite : 38 % [27-50] Asthme : 28 % [18-40]	21 % [12-32]	Abcès veineux : 46 % [35-59] Thrombose veineuse profonde : 7 % [12-16]		

Annexe 3. Prévalence en population générale

En dehors de l'infection à VIH et l'hépatite B aiguë, il n'existe pas de déclaration obligatoire pour les autres IST. Pour celles-ci, la surveillance, assurée par des réseaux sentinelles de laboratoires et de médecins, n'est pas exhaustive mais renseigne sur les tendances de l'épidémie.

Tableau 43. Prévalence des maladies en population générale

	Prévalence	Sources
VIH	La prévalence est estimée à environ 152 000 (entre 135 000 et 170 000) personnes à la fin de 2008.	Source INVS : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Prevalence-du-VIH
VHB	<p>En 2004, une enquête nationale de prévalence de l'infection due au VHB a été conduite en population adulte de France métropolitaine.</p> <p>La prévalence de l'antigène HBs est estimée à 0,65 % (IC95 % : 0,45-0,93), ce qui correspondait à 280 821 personnes (IC95 % : 179 730-381 913) porteuses chroniques de l'antigène HBs.</p> <p>La prévalence des anticorps anti-HBc était de 7,3 % (IC95 % : 6,5-8,2), indiquant que 3,1 millions de personnes (IC95% : 2,8-3,5) avaient eu un contact antérieur avec le VHB.</p> <p>Parmi ces personnes, 45 % (IC95 % : 23-69) se savaient positives vis-à-vis de l'antigène HBs.</p> <p>Les facteurs trouvés significativement associés à la positivité des anticorps anti-HBc étaient : l'usage de drogues par voie intraveineuse, l'homosexualité, la précarité, un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, un séjour d'au moins trois mois en institutions, un pays de naissance où la prévalence de l'antigène HBs est supérieure à 2 %, un lieu de résidence situé dans le quart Nord-Est, Sud-Est ou l'Île-de-France, le fait d'être un homme et d'être âgé de plus de 29 ans.</p>	Source INVS : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Autres-donnees-epidemiologiques
VHC	<p>La dernière enquête de prévalence des hépatites B et C en France en 2004, a estimé la prévalence des anticorps contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) chez les adultes âgés de 18 à 80 ans à 0,84 % (intervalle de confiance (IC95 % : 0,65-1,10) correspondant à 367 055 adultes de 18-80 ans (IC95 % : 269 361– 464 750) porteurs d'anti-VHC.</p> <p>Entre 1994 et 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> la prévalence des anticorps anti-VHC parmi les adultes âgés de 20 à 59 ans a diminué passant de 1,05 % (intervalle de confiance (IC95 % : 0,75-1,34) en 1994 à 0,71 % (IC95 % : 0,52-0,97) en 2004 ; la proportion de personnes virémiques (ARN VHC détectable) parmi les adultes ayant des anticorps anti-VHC a également diminué, passant de 81 % en 1994 à 57 % en 2004 ; la connaissance du statut sérologique parmi les adultes de 20-59 ans ayant des anticorps anti-VHC a augmenté passant de 24 % en 1994 à 56 % en 2004. <p>Deux enquêtes nationales de prévalence réalisées à dix ans d'intervalle en France ont estimé la prévalence des anticorps.</p> <p>Parmi les adultes porteurs d'anti-VHC, 43 % ignoraient leur</p>	Source INVS : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Autres-donnees-epidemiologiques

	Prévalence	Sources
	<p>séropositivité vis-à-vis du VHC.</p> <p>La prévalence de l'ARN VHC (virémie VHC) en 2004 était estimée à 0,53 % (IC95 % CI: 0,40–0,70) correspondant à 232 196 adultes âgés de 18-80 ans ayant une hépatite C chronique.</p>	
chlamydia	<p>La prévalence de <i>C. trachomatis</i> a été rapportée de 0,8 % chez les hommes et 1,2 % chez les femmes de 18 à 23 ans se présentant lors de la visite préventive des étudiants d'une université parisienne en 2003-2005 Doury, 2006 et al (135). Dans la population des femmes consultant dans les centres de planification familiale et d'orthogénie, la prévalence était de 6,4 % à Bordeaux et 11,2 % en Seine-Saint-Denis en 2005 Bianchi, 2006 et al (136).</p>	<p>Sources : INVS http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf</p>
C. trachomatis	<p>La prévalence de l'infection à <i>C. trachomatis</i> en population générale n'est pas connue.</p> <p>Elle est maximale chez les femmes de 18-24 ans et les hommes de 25-30 ans, et différente selon le lieu de recrutement de la population concernée (centres de planification familiale, centres de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, gynécologue).</p>	<p>Sources : HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_document_davis.pdf</p>
gonocoque	<p>Les données concernant l'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> proviennent des réseaux de surveillance suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rénago, réseau national des gonocoques, qui est un réseau de surveillance sentinelle continu reposant sur la participation volontaire de laboratoires depuis 1986 ; • RésIST, réseau de surveillance clinique reposant sur la participation volontaire de cliniciens depuis 2004 ; • système de surveillance des urétrites masculines organisé par le réseau Sentinelles de médecins généralistes depuis 1984 <p>Les données de surveillance des trois réseaux convergent, et mettent en exergue un faisceau de preuves permettant de considérer une évolution tendancielle à la hausse du nombre annuel d'infections à <i>N. gonorrhoeae</i> depuis 1996, qui s'est accélérée en 2009. Ces données ne permettent pas de calculer l'incidence et la prévalence totale de l'infection en population générale, ou dans des sous-groupes à risque définis par l'orientation sexuelle, en particulier.</p> <p>Les données disponibles fournissent cependant des éléments sur les caractéristiques des populations concernées et les facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gonococcies sont majoritairement diagnostiquées chez les hommes, bien que la population des femmes infectées soit certainement sous-estimée en raison du caractère le plus souvent asymptomatique de cette IST, et de la moins bonne sensibilité du diagnostic par culture que chez les hommes. • La classe d'âge la plus affectée est celle des 21-30 ans chez les hommes et celle des 16-25 ans chez les femmes. • L'Île-de-France est la région où le nombre de cas identifiés est le plus élevé et concerne surtout des hommes homosexuels. <p>L'infection est majoritairement isolée au niveau de l'urètre chez l'homme et du col utérin chez la femme. Depuis 2000, une émergence des localisations anales est observée ; en majorité, elles représentaient moins de 10 % de l'ensemble des souches, dont la plupart ont été isolées chez des hommes et en Île-de-France.</p>	<p>Source : HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf</p>

	Prévalence	Sources
gonocoque	<p>Les données montrent une augmentation initiale marquée des gonococcies dans la population HSH en France, puis dans la population générale chez les hétérosexuels où elle diffuse sur l'ensemble du territoire.</p> <p>L'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> peut être associée à d'autres IST, les co-infections <i>N.gonorrhoeae/C.trachomatis</i> étant les plus fréquentes en France. Dans les groupes plus à risque, représentés par des hommes homosexuels, il existe également une coïnfection fréquente avec le VIH.</p> <p>Les données françaises mettent en évidence une progression des comportements à risque et des modes de contamination : pratiques à risque (utilisation inconstante du préservatif lors des rapports pénétrant, fellation non protégée, partenaires multiples, partenaire sexuel d'une personne infectée, etc.).</p> <p>En France, comme dans les tous les pays qui disposent de systèmes de surveillance, l'augmentation continue des résistances des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques est démontrée.</p> <p>Dans les autres pays développés, les données épidémiologiques disponibles montrent une évolution similaire, avec une augmentation constante de l'incidence des infections à gonocoque depuis 1997, et positionnent la gonococcie comme la seconde IST d'origine bactérienne. Les caractéristiques de la population à risque identifiées à partir d'études épidémiologiques conduites aux États-Unis et au Royaume-Uni, sont proches de celles mises en évidence par les données issues des réseaux de surveillance en France.</p>	
syphilis	<p>Dans les années 1980-90, la syphilis a atteint des niveaux de prévalence très bas partout en Europe de l'Ouest, en relation probable avec les changements de comportements liés au sida. Depuis 2000, une série d'épidémies, survenant principalement chez des hommes homosexuels, a touché la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. Ces épidémies ont conduit ces pays à mettre en place et à renforcer les systèmes de surveillance de la syphilis, à l'exception du Royaume-Uni qui disposait d'une surveillance de la syphilis en routine, à partir des cliniques IST.</p> <p><u>Enquête 2001</u> L'enquête épidémiologique mise en place dans les 5 DAV (dispensaire antivénérien) parisiens début 2001 a montré que le nombre de cas de syphilis diagnostiqués est passé de 4 en 1998, à 28 en 2000 et à 33 pour les cinq premiers mois de 2001 : Couturier, 2001 et al (138) <u>Système de surveillance volontaire (InVS)</u>.</p> <p>Le nombre total de cas inclus dans le système de surveillance est de 1 511, avec respectivement 37 cas en 2000, 207 en 2001, 417 en 2002, 448 en 2003 et 402 cas en 2004. Ainsi, en 2001 le nombre de cas enregistrés a donc pratiquement quintuplé par rapport à 2000 puis pratiquement doublé en 2002 (+ 95 %). Il a continué à augmenter légèrement en 2003 (+ 7 %).</p> <p>Le nombre total de cas déclarés a diminué légèrement pour la première fois en 2004 (-10 %). Toutefois, les modifications de la composition du réseau de surveillance (ré-</p>	<p>Sources : HAS, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf</p> <p>- INVS, Couturier, E 2001 http://www.invs.sante.fr/beh/2001/35-36/beh_35_36_2001.pdf</p> <p>-INVS, Bouyssou-Michel A 2002 http://www.invs.sante.fr/beh/2006/25/beh_25_2006.pdf</p> <p>- Giard M, 2003 et al (140)</p>

	Prévalence	Sources
	<p>seau initialement parisien puis national à partir de 2002, diminution du nombre de sites participants entre 2002 et 2004 en particulier en Île-de-France) (Bouyssou-Michel et al. 2006 ; Giard et al. 2003) (139, 140) incitent à la prudence quant à l'interprétation des résultats.</p> <p><u>Enquêtes de comportement</u></p> <p>Les enquêtes de comportements réalisées auprès des homosexuels depuis 2000 (enquête Presse Gay répétée en 2000 et 2004 ou Baromètre Gay répétée en 2000, 2002 et 2005) montrent que la proportion des homo-bisexuels qui déclaraient une syphilis dans l'année a augmenté de 1 à 4 % entre 2000 et 2005 dans les enquêtes Baromètre Gay et de 0,5 % à 2,3 % entre 2000 et 2004 dans les enquêtes Presse Gay (source INVS).</p>	
Papillomavirus	<p>En Amérique du Nord et en Europe, 70 % des cancers du col sont associés à l'HPV 16, les autres types les plus fréquents étant les HPV 18, 31 et 45. Selon les études, l'HPV a été retrouvé dans 93 à 99,7 % des cancers (141).</p> <p>En France, chez la femme, ce cancer est le dixième par sa fréquence (3 068 cas estimés pour l'année 2005) et le quinzième cancer le plus meurtrier avec 1 067 décès estimés pour l'année 2005 (142).</p> <p>La répartition par âge de l'incidence des cancers invasifs indique une fréquence croissante à partir de 20 ans, jusque vers 40-44 ans (20 cas pour 100 000), suivie d'une diminution jusqu'à 50 ans, puis d'une stabilisation jusqu'aux âges les plus élevés (17 cas pour 100 000). L'âge moyen du diagnostic est de 51 ans. La mortalité par cancer du col est très faible chez les femmes de moins de 30 ans, elle augmente ensuite régulièrement et atteint 15 décès pour 100 000 chez la femme de 85 ans et plus.</p> <p>Cependant, l'épidémiologie de ces cancers évolue et le risque cumulé de développer un cancer du col de l'utérus avant 74 ans a considérablement diminué avec l'année de naissance : 3,6 % chez les femmes nées en 1910 et 0,6 % chez les femmes nées en 1950.</p> <p>L'infection génitale par un HPV est une des trois principales infections sexuellement transmissibles (IST) concernant la population générale, avec les infections à Chlamydia trachomatis et à Trichomonas vaginalis, et est la première IST d'origine virale avant l'herpès génital (Herpès simplex virus, de type 2 le plus souvent). Le nombre de nouvelles infections génitales chez la femme par un HPV dans le monde est estimé à 30 millions par an. Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV [12, 32, 33].</p>	<p>Sources : HAS, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/texte_court_hpv_2013-10-16_15-29-26_79.pdf</p> <p>INVS, http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243</p>

Annexe 4. Résumé des recommandations de bonne pratique validées sur les problématiques sanitaires vis-à-vis desquelles les personnes en situation de prostitution/tds sont particulièrement exposées

Objectif et méthode

Il est proposé dans le cadre de cette annexe de synthétiser l'ensemble des recommandations de bonne pratique françaises sur l'ensemble des infections sexuellement transmissibles et sur les autres pathologies qui affectent spécifiquement cette population afin de contribuer concrètement à l'amélioration de l'information des personnes sur les pratiques de prévention, les traitements et les parcours de soins en vue de favoriser leur prise en charge globale. Ces synthèses ont été conçues à destination des associations de patients et d'usagers, ainsi que des associations et institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds qui sont les principaux acteurs de prévention auprès de ces populations, voire de premier recours lorsque les personnes ont un accès limité au système de santé. Ces acteurs ne disposent pas nécessairement d'une formation médicale. Il est donc utile qu'ils disposent d'un certain nombre d'informations nécessaires pour diffuser des messages de prévention et pour répondre à leurs questions et pour les orienter vers le système de soins lorsque ces personnes leur font part de certains symptômes. De même, il est utile qu'ils disposent d'informations sur les traitements et les parcours de soins afin de favoriser un accès aux soins adéquat, l'observance des traitements et la prise en charge globale des personnes.

L'opportunité d'inclure ces synthèses dans les annexes du présent document a été confirmée par les conclusions de la revue de la littérature sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds. En effet, il est apparu que ces personnes étaient davantage exposées que les individus en population générale aux risques d'infections sexuellement transmissibles moins connues que le VIH/Sida ou que les hépatites, telles que les infections à *Chlamydia trachomatis*, gonocoque et papillomavirus, ainsi que vis-à-vis de certains troubles (vaginose, candidose, inflammation pelvienne).

Ces éléments de synthèse n'ont en revanche pas été conçus pour être utilisés par les professionnels de santé comme une check-list ou comme un référentiel d'aide à la consultation lorsqu'ils accueillent des personnes en situation de prostitution/tds. Cette annexe se limite à résumer l'ensemble des recommandations valides disponibles en France, tandis qu'il existe des problématiques sanitaires, qui affectent spécifiquement les personnes en situation de prostitution/tds pour lesquelles il n'existe pas ou peu de recommandations. C'est le cas notamment de la prise en charge des personnes victimes de violences (traumatismes et souffrances psychiques). La revue de la littérature n'a par ailleurs pas permis d'identifier de recommandations sur l'ensemble des troubles uro-gynécologiques qui sont susceptibles d'affecter les personnes en situation de prostitution /tds. Enfin les professionnels de santé qui participaient au groupe de parties prenantes ont souligné le manque de recommandations sur la façon d'aborder le sujet des pratiques sexuelles à risques en consultation et sur le repérage des souffrances psychologiques chez les personnes vulnérables (contexte de violence, de rupture avec le milieu de naissance dans un contexte migratoire). Les éléments réunis dans cette synthèse sont donc très incomplets, et la méthodologie employée dans le cadre de la présente évaluation ne permettait pas de formuler de nouvelles recommandations, en particulier sur des sujets aussi complexes. En effet, les professionnels de santé impliqués avaient été sollicités au titre de parties prenantes et non au titre d'experts, comme la HAS peut être amenée le faire dans le cadre de groupes de travail ou de groupes de lecture.

Les principales informations ont été discutées avec l'ensemble des parties prenantes le 5 juin 2015, à la HAS et au sein d'un groupe plus restreint, réunissant uniquement les professionnels de santé participant au groupe de parties prenantes le 3 juillet 2015. L'objectif de cette seconde réunion était de vérifier l'exactitude scientifique des éléments rapportés dans le cadre de cette synthèse. Lorsque des précisions étaient apportées par les professionnels de santé impliqués, il est

précisément explicité qu'il s'agit de propositions émanant des membres de ce groupe de parties prenantes.

La revue de la littérature sur les recommandations existantes a été effectuée jusqu'au mois d'août 2015. Le présent document ne prend donc pas en compte les recommandations qui seraient publiées après cette date.

Il est possible que la compréhension du contenu de ce document puisse être freinée par l'usage de termes techniques, plus ou moins familiers aux acteurs, en fonction de leurs connaissances médicales. Le cas échéant, un travail de simplification des terminologies employées pourrait être effectué par la HAS ou par d'autres institutions. Une méthodologie de travail ad hoc devrait toutefois être définie.

Résumé des recommandations de prévention et de prise en charge des Infections sexuellement transmissibles, troubles gynécologiques et urologiques

Conclusion de la revue de la littérature

Les données disponibles n'indiquent pas que l'activité prostitutionnelle est en soi un facteur de risque d'infection du VIH/Sida, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui favorisent la propension de personnes en situation de prostitution/tds à accepter des rapports non protégés à la demande de certains clients. Les HSH et les personnes transgenres qui se prostituent/tds restent en revanche beaucoup plus exposées que les femmes, comme le sont ces personnes en population générale.

Les données sur la prévalence des hépatites B et C chez les personnes en situation de prostitution/tds sont assez rares et elles ne sont pas convergentes si bien qu'il n'est pas possible ne permettent pas de tirer des conclusions robustes. Les études disponibles ne permettent pas de conclure sur l'existence d'un sur-risque vis-à-vis de l'hépatite B et C.

L'activité prostitutionnelle est par ailleurs associée à une surexposition à d'autres IST moins connues que le VIH/Sida (chlamydia, gonocoque et papillomavirus) et à certains troubles gynécologiques (vaginose, candidose, inflammation pelvienne).

Tableau 44. Résumé des recommandations 1 Chlamydia Trachomatis

Chlamydia Trachomatis	
Prévention	La prévention repose sur l'information sur les infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis et l'usage du préservatif.
Symptômes, complications et récurrences	<p>Les infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis sont <u>asymptomatiques</u> chez environ un(e) patient(e) sur deux. Elles posent un problème de santé publique en raison de leurs conséquences à long terme en particulier sur la fertilité.</p> <p>Des symptômes peuvent survenir, polymorphes et non spécifiques : brûlures, écoulements par la verge, l'anus ou le vagin, écoulement urétral, brûlures mictionnelles, dysurie, dyspareunies, fièvre, douleurs au bas-ventre, voire angine. Ces symptômes apparaissent une à deux semaine(s) après la contamination.</p> <p>Ces infections peuvent, chez la femme, être responsables de lésions tubaires favorisant des grossesses extra-utérines et responsables d'hypofertilité tubaire ou douleurs pelviennes chroniques. Faisant suite à une infection primaire à Chlamydia trachomatis, les réponses immunes, cellulaires et humorales, ne confèrent qu'une immunité partielle contre les réinfections. L'inflammation observée lors d'une nouvelle infection étant plus prononcée que celle observée lors d'une infection primaire, des infections uro-génitales répétées contribueraient à l'établissement de l'inflammation chronique qui conduit à la stérilité tubaire chez la femme.</p> <p>Chez l'homme, les infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis donnent lieu à une uréthrite le plus souvent paucisymptomatique.</p>
Dépistage et test diagnostic	<p>Il existe différentes techniques de dépistage et de diagnostic. Les tests peuvent être réalisés sur un premier jet d'urine, par prélèvement au niveau de l'endocol, de l'urètre et par auto-prélèvement (en cours d'évaluation en France). Pour les tests effectués à partir d'un premier jet d'urine, il est important de respecter une durée de plusieurs heures entre les dernières urines et celles à partir desquelles le test est réalisé.</p> <p>La biologie moléculaire avec amplification génique est préconisée comme premier examen à réaliser pour le diagnostic biologique d'une infection par chlamydia trachomatis, quelle que soit la situation clinique. C'est la méthode de référence pour tout site de prélèvement, tout type d'échantillon, même pauci cellulaire, et pour toute forme clinique d'infection à chlamydia trachomatis.</p> <p>Les professionnels participants au groupe de parties prenantes interrogés dans le cadre de ce travail proposent, pour des populations ayant des pratiques à risques (multipartenariat et rapports non protégés), un rythme de dépistage de deux fois par an au minimum en l'absence de symptôme. Le dépistage pourrait être encore plus fréquent si les patients le demandent. Un test de dépistage peut être réalisé à chaque fois qu'une personne consulte un professionnel de santé à la suite d'un rapport non protégé. Ils précisent qu'un test diagnostic doit être réalisé systématiquement en cas de symptômes.</p>
Où effectuer le test de dépistage ?	Le test de dépistage peut être effectué dans le cabinet médical d'un médecin généraliste ou spécialiste (gynécologue ou urologue), au laboratoire d'analyse médicale, à domicile (pour les auto-prélèvements), dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) (ex. CDAG et CIDDIST) et dans les centres de planification et d'éducation familiale.
Objectif thérapeutique	L'objectif thérapeutique est l'éradication de la bactérie en vue d'une diminution du portage asymptomatique et d'une diminution des complications. Toutefois, des lésions (tubaires ou pelviennes) irréversibles peuvent s'être constituées et perdurer après la disparition des chlamydiae.
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Le traitement de première intention du patient et de ses partenaires, est l'azithromycine monodose (un gramme en une prise efficace dans 95 % des cas) ou les cyclines pendant une semaine (doxycycline 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant sept jours).</p> <p>La démarche diagnostique de recherche d'une infection haute ainsi que la prise en charge thérapeutique des complications ne semblent pas standardisées en France.</p>
Suivi médical et parcours de soins	<p>Pour vérifier l'éradication des chlamydiae des voies uro-génitales basses, il faut respecter un délai d'un mois après l'arrêt du traitement, étant donné que les acides nucléiques des chlamydiae peuvent subsister jusqu'à trois semaines après un traitement antibiotique adéquat.</p> <p>Pour vérifier l'efficacité du traitement, le test doit être renouvelé.</p>

Chlamydia Trachomatis	
	<p>Des sérologies (syphilis, infection à VIH, hépatite B, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	<p>ANAES, Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia Trachomatis (Tome 1), 2003</p> <p>ANAES, Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia Trachomatis en France. (Tome 2), 2003 {Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2003 #197}</p> <p>HAS, Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia Trachomatis. Avis sur les actes, 2010</p> <p>INPES, Communiqué de presse du 3 septembre 2012. et Actualité « Une campagne pour dépister l'infection à chlamydiae »</p> <p>INPES, Le Livre des Infections Sexuellement Transmissibles, 2009</p> <p>Collège national des gynécologues, Recommandations pour la pratique clinique. Les infections génitales hautes, 2012</p>

Tableau 45. Résumé des recommandations 2 Hépatite B

Hépatite B	
Prévention	<p>Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus transmis par le sang. La transmission sexuelle est bien connue pour l'hépatite B, le virus peut être présent dans les sécrétions sexuelles ou la salive.</p> <p>La prévention de cette transmission repose sur la vaccination, l'utilisation de préservatifs et la diminution des pratiques à risques.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B est particulièrement recommandée chez les personnes ayant des partenaires sexuels multiples et/ou une maladie sexuellement transmissible récente.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour l'entourage du patient : parents, fratrie et partenaires sexuels.</p> <p>Le schéma vaccinal standard comporte trois doses : deux doses à un mois d'intervalle et une troisième dose six à douze mois après la première dose.</p>
Symptômes, complications et récidives	<p>L'histoire naturelle de l'hépatite B est divisée en cinq phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La phase d'immunotolérance durant laquelle les patients sont très contagieux. ▶ La phase de clairance immune qui peut survenir après plusieurs années d'immunotolérance et qui peut durer plusieurs semaines à plusieurs années. ▶ La phase de portage inactif du VHB durant laquelle le patient est exposé à un très faible risque de cirrhose ou de CHC. ▶ La phase d'hépatite chronique active B à AgHBe négatif, les patients sont à risques de développer à long terme une fibrose sévère, une cirrhose ou un CHC. ▶ La phase d'hépatite occulte.
Dépistage et test diagnostique	<p>La stratégie de dépistage du virus de l'hépatite B est orientée vers les personnes exposées au risque de contact avec l'hépatite B dont les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents.</p> <p>Le dépistage permet à la fois l'identification des personnes infectées et celle des personnes non immunisées ayant une indication à la vaccination.</p> <p>La stratégie recommandée est la recherche simultanée de l'Ag HBs, des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs.</p> <p>La stratégie de dépistage repose sur les trois stratégies suivantes : la recherche des trois marqueurs d'emblée (Ac anti-HBc, Ag HBs et Ac anti-HBs), le dépistage utilisant le contrôle avant vaccination de la nomenclature des actes de biologie médicale (Ac anti-HBc et Ac anti-HBs) et la stratégie Ag Hbs et Ac anti-HBs.</p> <p>Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) utilisent des matrices biologiques telles que le sang total capillaire prélevé au bout du doigt ou le liquide cravivulaire pour</p>

Hépatite B	
	<p>certaines tests (prélevés entre le sillon des gencives et des lèvres). Le résultat est généralement obtenu en moins de 30 minutes.</p> <p>Les acteurs du dépistage sont les médecins généralistes et les personnes travaillant dans les structures spécialisées. Une offre complémentaire de dépistage communautaire pourrait être mise en place avec l'arrivée des TROD VHB-VHC.</p>
Objectif thérapeutique	<p>Du fait de la disponibilité de molécules antivirales actives contre le VHB, le premier objectif thérapeutique est l'inhibition de la réplication du virus. Toutefois, ces traitements antiviraux étant d'efficacité inconstante et source d'effets indésirables, les professionnels de santé s'accordent généralement pour traiter les formes les plus actives de l'infection et pour surveiller sans traiter les formes peu évolutives. Ces dernières peuvent en effet rester longtemps quiescentes. Elles nécessitent cependant une surveillance régulière, l'indication du traitement devant être reconsidérée en cas d'aggravation.</p>
Prise en charge médicamenteuse	<p>Traitements antiviraux ayant l'AMM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Interféron (IFN) alpha-2a ou IFN alpha-2b. ▶ IFN pégylé alpha-2a. ▶ Lamivudine. ▶ Adéfovir. ▶ Entecavir <p>Durée :</p> <p>Seule la durée de traitement par l'IFN est définie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ IFN PEG : 48 semaines ; ▶ IFN alpha : 24 semaines en cas d'Ag HBe positif, 48 à 72 semaines en cas d'Ag HBe négatif. <p>Ces durées de traitement sont parfois ajustées.</p> <p>La durée des traitements par analogues nucléosidiques est souvent prolongée car leur arrêt expose à un risque de réactivations virales associées parfois à des exacerbations biologiques.</p> <p>En cas de séroconversion du patient, l'arrêt des analogues nucléosidiques est du domaine du spécialiste.</p>
Suivi médical et parcours de soins	<p>Les acteurs de la prévention et du soin ont diverses possibilités pour orienter au mieux leurs patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ médecin spécialiste libéral ou hospitalier ; ▶ consultations avancées dans le cadre de réseaux ville-hôpital ; ▶ consultations avancées dans certains CEGIDD ; ▶ consultations avancées dans des structures d'addictologie (CSAPA) ou de réduction des risques (CAARUD) ; ▶ microstructures médicales (réseaux de ville multidisciplinaires incluant les travailleurs sociaux) ; ▶ associations de patients : intérêt de la présence de « malades experts » (SOS hépatites, AIDES...) ; ▶ associations pour les migrants (Médecins du Monde, COMEDE...) ; ▶ « Maison du patient ». <p>En dehors de situations particulières (certaines comorbidités, effets indésirables justifiant une consultation supplémentaire), une consultation par le médecin traitant ou le médecin spécialiste tous les mois est recommandée pendant le traitement antiviral lorsque celui-ci comporte de l'interféron, et les six mois suivants. Le patient pourra être suivi par la suite, tous les trois mois. En cas de traitement par analogue nucléosidique, le rythme de surveillance habituel est d'une consultation tous les trois mois.</p> <p>Des sérologies (chlamydia, syphilis, infection à VIH, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p>
Sources	<p>HAS, Guide Affection de longue durée Hépatite chronique B, 2006</p> <p>HAS, La prise en charge de votre maladie, l'hépatite chronique B, Vivre avec une hépa-</p>

Hépatite B	
	<p>tite chronique B, 2007</p> <p>HAS, Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, 2011</p> <p>ANAES, Vaccination contre le virus de l'hépatite B, Réunion de consensus, 2003</p> <p>Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ARS et de l'AFEF, Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C, 2014</p>

Tableau 46. Résumé des recommandations 3 Hépatite C

Hépatite C	
Prévention	<p>A l'heure actuelle en France, c'est l'utilisation de drogues injectées ou inhalées, associée au partage de matériel usagé (seringue, petite matériel de préparation à l'injection, paille, pipe à crack...) qui représente le mode de contamination le plus fréquent. La transmission par voie sexuelle est plus rare car ni le sperme, ni les sécrétions vaginales ne contiennent de virus. La transmission par voie sexuelle reste toutefois possible chez les HSH, en cas de perméabilisation des muqueuses (plaie ou infection des organes génitaux) ou lors de rapports pendant les menstruations.</p>
Dépistage et test diagnostique	<p>La définition d'une stratégie de dépistage est en cours d'évaluation. Il est couramment admis que certaines personnes présentent un risque plus élevé d'infection par le VHC, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou pernasale ; ▶ Les personnes séropositives pour le VIH ou porteur du VHB ; ▶ Les personnes originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence de VHC. <p>La stratégie de dépistage de l'hépatite C repose actuellement sur la détection des Ac anti-VHC par un test Elisa de troisième génération réalisé à partir d'un prélèvement veineux. En cas d'Ac anti-VHC positifs, la HAS recommande le contrôle de la sérologie par un deuxième prélèvement.</p> <p>Comme pour l'hépatite C, il existe des tests d'orientation rapide (TROD) réalisés sur le sang total capillaire prélevé au bout du doigt ou de salive pour certains tests (prélevés entre le sillon des gencives et des lèvres).</p> <p>Les acteurs aptes à utiliser les TROD VHC sont, tout comme pour les TROD VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ les médecins exerçant en cabinet libéral ; ▶ les médecins, biologistes médicaux, sages-femmes exerçant dans un établissement ou dans un service de santé (par exemple, les structures de dépistage spécialisées CeGIDD) ; ▶ les infirmiers ou techniciens de laboratoire exerçant dans un établissement ou dans un service de santé sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste médical ; ▶ les salariés ou bénévoles, non professionnels de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative à condition qu'ils aient préalablement suivi une formation à l'utilisation des TROD.
Symptômes, complications et récurrences	<p>L'hépatite C est asymptomatique chez la majorité des patients. L'évolution de la maladie hépatique s'échelonne sur plusieurs décennies. La vitesse de progression de la fibrose varie beaucoup d'un patient à l'autre et au cours du temps. Elle peut être stable ou très lente durant des décennies ou progresser rapidement vers une fibrose extensive puis une cirrhose.</p> <p>La progression de la fibrose est accélérée par des cofacteurs essentiellement liés à l'hôte ou environnementaux et on estime 10 à 20 % des patients ayant une hépatite chronique C développeront une cirrhose selon la présence ou non de ces cofacteurs.</p> <p>L'incidence annuelle de survenue d'un CHC chez les patients qui ont une cirrhose virale est estimée entre 1 et 5 %. Parmi les facteurs influençant l'évolution de l'hépatite C, on retrouve des facteurs immunologiques, des facteurs liés à l'âge et la consommation d'alcool, la co-infection par le VIH, et l'hépatite B, ainsi que le cannabis consommé</p>

Hépatite C	
	quotidiennement.
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Il existe d'importantes évolutions récentes de la prise en charge médicamenteuse. Des antirétroviraux sont récemment apparus sur le marché. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ d'antirétroviraux à action directe : nouveaux inhibiteurs de la protéase du VHC, inhibiteurs de la polymérase NS 5B du VHC, inhibiteurs du complexe NS5A du VHC ; ▶ d'antirétroviraux dirigés contre l'hôte et ciblant des composantes cellulaires intervenant dans le cycle du VHC : inhibiteurs de la ciclophiline et antagoniste du micro-ARN.
Objectif thérapeutique	<p>Le but du traitement est d'obtenir une inhibition rapide et persistante de la réplication virale pendant une durée suffisamment longue pour permettre l'éradication du virus sans rechute. A l'issue du traitement, la réponse virologique soutenue est définie par l'indélectabilité de l'ARN du VHC à 12 semaines, ou mieux à 24 semaines après la fin du traitement.</p> <p>L'absence de réplication virale du VHC est associée à une diminution, voire une disparition, des lésions hépatites nécrotico-inflammatoires et, fréquemment, à une régression de la fibrose, même au stade de cirrhose.</p>
Suivi médical et parcours de soins	<p>Comme pour l'hépatite B, il existe différentes possibilités pour orienter au mieux les personnes selon le contexte, à l'issue du dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ médecin spécialiste libéral ou hospitalier ; ▶ consultations avancées dans le cadre de réseaux ville-hôpital [37] ; ▶ consultations avancées dans certains CeGIDD ; ▶ consultations avancées dans des structures d'addictologie (CSAPA) ou de réduction des risques (CAARUD) ; ▶ microstructures médicales (réseaux de ville multidisciplinaires incluant les travailleurs sociaux) ; ▶ associations de patients : intérêt de la présence de « malades experts » (SOS hépatites, AIDES...) ; ▶ associations pour les migrants (Médecins du Monde, COMEDE...) ; ▶ « Maison du patient ». <p>Ces lieux ont une approche différente pour les patients, ils permettent d'avoir accès à des techniques permettant de sensibiliser les patients à la prise en compte de la sévérité de leur affection et favoriser le recours vers le spécialiste.</p> <p>Des sérologies (chlamydia, syphilis, infection à VIH, hépatite B) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	<p>HAS, Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, 2011</p> <p>OMS, Guidelines For The Screening, Care And Treatment Of Persons With Hepatitis Infection, 2014</p> <p>AFEF, Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C, 2015 Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ARS et de l'AFEF, Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C, 2014</p> <p>HAS, Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C, 2014</p> <p>HAS, La prise en charge de votre maladie, l'hépatite chronique C, Vivre avec une hépatite chronique C, 2007</p>

Tableau 47. Résumé des recommandations 4 Herpès génital

Herpès génital	
Symptômes, complications et récurrences	<p>Les signes (brûlure, douleur, irritation et éruption vésiculeuse sur les organes génitaux) apparaissent une semaine ou plus après la contamination.</p> <p>La primo-infection herpétique génitale s'accompagne de lésions minimales ou modérées d'herpès, typiques ou atypiques (irritation, lésions à distance, ulcération chronique, fissures).</p> <p>La fréquence des formes symptomatiques (vulvo-vaginite) varie entre 20 et 60 % selon les études. Une atteinte anale isolée ou une ano-rectite érosive aiguë sont possibles dans les deux sexes. Des douleurs ou des paresthésies peuvent précéder l'apparition des lésions. Des signes généraux (fièvre, myalgies, etc.), plus fréquents chez la femme, sont rapportés dans 30 à 70 % des cas. Dans 3 à 5 % des cas, il existe un syndrome méningé. Des lésions à distance sont possibles dans 10 à 25 % des cas : membres inférieurs, fesses, doigts (par auto-inoculation), bouche (primo-infection bipolaire).</p> <p>Des complications transitoires sont possibles : rétention d'urine (plus souvent chez la femme et en cas d'ano-rectite herpétique), paresthésies en selle et des membres inférieurs.</p> <p>Une contamination est possible, y compris dans les phases de latence et chez les porteurs sains.</p> <p>Les professionnels de santé participant au groupe de parties prenantes ont souligné que la présence d'herpès est particulièrement problématique dans le cadre de la grossesse et pour les personnes atteintes par le VIH/Sida.</p>
Démarche diagnostique	<p>La présence de vésicules en bouquet, ou d'érosions polycycliques récentes et groupées, accompagnées ou non de signes généraux est suffisamment évocatrice pour affirmer le diagnostic d'infection herpétique.</p> <p>Le diagnostic est fait par culture et/ou recherche d'antigènes. La culture virale est la méthode de référence, mais elle impose que les conditions de prélèvement et de transport préservent l'infectiosité du virus.</p> <p>Quelle que soit la technique mise en œuvre, sa sensibilité décroît avec l'ancienneté des lésions : le prélèvement doit être le plus précoce possible. Le prélèvement est réalisé par le praticien ou le biologiste. La technique du prélèvement et sa conservation conditionnent la qualité des résultats. Le toit des vésicules doit être percé et le liquide des vésicules récupéré à l'aide d'un écouvillon. Le matériel recueilli est immédiatement plongé dans un milieu de transport (liquide ou solide, selon les indications du biologiste) pour éviter la dessiccation du prélèvement.</p> <p>La sérologie n'a aucun intérêt pour le diagnostic d'un herpès génital en dehors de la grossesse.</p>
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Dans le cadre de l'herpès génital en primo-infection, le traitement par aciclovir par voie orale (200 mg x 5 par jour pendant dix jours) a fait la preuve de son efficacité sur la douleur, le délai de guérison et la durée du portage viral. Le valaciclovir a une efficacité comparable (500 mg x 2 par jour pendant dix jours). Les traitements locaux n'ont pas fait la preuve de leur utilité clinique.</p> <p>Dans le cadre de l'herpès génital récurrent (plus d'une crise par mois), il est recommandé de prescrire une dose d'aciclovir tous les jours pendant six mois (200 mg x 5 par jour pendant cinq jours). Le traitement des récurrences est d'autant plus efficace qu'il est précoce.</p> <p>Les traitements par voie générale au long cours chez les malades ayant un herpès génital fréquent (≥ 6 récurrences par an) ont une efficacité indiscutable sur le nombre de récurrences et la qualité de vie des sujets atteints. Ils sont habituellement bien supportés et ne sélectionnent pas de résistance virale chez le sujet immunocompétent. Ils n'ont qu'un effet suspensif et ne suppriment pas totalement le risque de transmission. La durée du traitement reste indéterminée, une évaluation doit être effectuée tous les six à douze mois.</p> <p>Il est recommandé de prescrire à l'avance de l'aciclovir ou de valaciclovir pour ces patients de façon à commencer le traitement dès les premiers symptômes.</p>

Herpès génital	
Objectif thérapeutique	<p>Au cours d'une infection initiale non primaire d'évolution spontanée, la durée moyenne est de cinq à dix jours pour la douleur, de 12 à 20 jours pour la guérison de la poussée et de dix jours pour le portage. Dans le cadre de l'herpès génital récurrent l'objectif du traitement est de diminuer le délai de guérison de un à deux jour(s). En revanche, la durée de la douleur n'est pas modifiée.</p> <p>Quel que soit le traitement antiviral utilisé lors de la poussée, il n'empêche pas la survenue des récurrences.</p>
Suivi médical et parcours de soins	<p>Il est nécessaire d'informer le patient sur l'histoire naturelle de l'infection d'évaluer les facteurs ou circonstances déclenchants, d'assurer si nécessaire une prise en charge psychologique, de préconiser l'utilisation du préservatif lors des poussées cliniques identifiées et de prendre en charge la douleur.</p> <p>Dans le cadre de primo-infection herpétique symptomatique, il est proposé de rechercher d'autres IST.</p> <p>Il existe des recommandations spécifiques pendant la grossesse, prise en charge spécifique liée à l'herpès pour prévenir l'encéphalite herpétique, il est important de s'y référer.</p> <p>Des sérologies (chlamydia, syphilis, infection à VIH, hépatite B, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	<p>ANAES et Société Française de Dermatologie, Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues), Conférence de consensus, 2001 {Société française de dermatologie, 2001 #204}</p>

Tableau 48. Résumé des recommandations 5 Gonocoque

Gonocoque	
Prévention	La prévention repose sur l'information et l'utilisation de préservatifs.
Symptômes, complications et récurrences	<p>Les principaux sites d'infection sont l'urètre, le col utérin, le vagin, la région anorectale, l'oropharynx et les conjonctives.</p> <p>Les symptômes apparaissent deux à sept jours après la contamination : brûlures et/ou écoulement jaune par la verge, le vagin ou l'anus, fièvre, douleur au bas-ventre.</p> <p>La symptomatologie est le plus souvent bruyante chez l'homme, sous forme d'urétrite aiguë ; chez la femme, l'infection est asymptomatique dans plus de la moitié des cas ; lorsqu'elle est symptomatique, les signes cliniques sont généralement non spécifiques.</p> <p>Le portage de l'infection dans la région anorectale et oropharyngée est le plus souvent asymptomatique, chez l'homme et la femme.</p> <p>Les professionnels de santé participant au groupe de parties prenantes ont souligné que le gonocoque était particulièrement problématique en cas de résistance au traitement.</p>
Dépistage et test diagnostique	<p>En France, l'épidémiologie de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> n'est que partiellement connue. La classe d'âge la plus affectée est celle des 21-30 ans chez les hommes et celle des 16-25 ans chez les femmes. Le groupe de travail réuni par la HAS, en 2010, recommandait un dépistage ciblé, notamment à destination des personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs.</p> <p>Les tests à privilégier sont les tests multiplex qui permettent le dépistage simultané des infections à <i>N. gonorrhoeae</i> et à <i>C. trachomatis</i> par l'utilisation de la biologie moléculaire et des TAAN. Un prélèvement bactériologique peut également être effectué avec la mise en œuvre d'un antibiogramme afin de documenter microbiologiquement toute suspicion d'urétrite ou cervicite.</p> <p>Des précisions ont été apportées concernant la réalisation de différents prélèvements, en fonction des caractéristiques et des comportements des individus dépistés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chez l'homme : premier jet d'urines ; - chez la femme : auto-prélèvement vaginal ; - en fonction des pratiques sexuelles, dans les deux sexes : prélèvement pharyngé et/ou anal. <p>Les tests rapides immunologiques ne sont pas préconisés, actuellement, dans l'identification de l'infection chez les individus symptomatiques ou asymptomatiques.</p>
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Mise en œuvre du traitement antibiotique probabiliste antigonococcique et antichlamydia aussitôt après le prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ceftriaxone : 500 mg en une seule injection (intramusculaire ou intraveineuse) ; ▶ en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : spectinomycine, 2 g en une seule injection intramusculaire ; ▶ en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale : céfixime, 400 mg en une prise orale unique. <p>Les antibiotiques de la famille des Fluoroquinolones et des Pénicillines ne font plus partie du traitement empirique des infections gonococciques.</p> <p>En cas de test positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recherche systématique de l'infection à <i>C. trachomatis</i>, dépistage de la syphilis, infection par le VIH, hépatite B, et hépatite C par la réalisation de sérologies ; ▶ Vaccination contre l'hépatite B.
Objectif thérapeutique	L'objectif thérapeutique est la guérison avec un traitement efficace ne favorisant pas la sélection de souches résistante. Le traitement par antibiotiques des gonococcies est simple et efficace mais la résistance aux antibiotiques peut conduire à des échecs thérapeutiques fréquents, et contribuer à la transmission des souches de gonocoques résistantes à ce traitement. Ces dernières années, les données de surveillance ont

Gonocoque	
	ainsi mis en évidence une augmentation de la résistance vis-à-vis de ces traitements.
Suivi médical et parcours de soins	<p>Au bout de trois jours, si les symptômes persistent : consultation du patient. Au bout de sept jours de façon systématique : vérification de la guérison avec un contrôle microbiologique de guérison en cas de localisation pharyngée avec un traitement autre que la ceftriaxone, vérification de la prise en charge du ou des partenaires, résultats des autres tests de dépistage, conseils de prévention.</p> <p>Des sérologies (syphilis, infection à VIH, hépatite B, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	HAS, Dépistage et prise en charge de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : état des lieux et propositions, 2010 {Haute Autorité de Santé, 2010 #193}

Tableau 49. Résumé des recommandations 6 Papillomavirus, cancer du col de l'utérus et cancer anal

Papillomavirus, cancer du col de l'utérus et cancer anal	
Papillomavirus	
Prévention	<p>L'utilisation du préservatif ne permet pas de protéger contre la transmission du papillomavirus, car le virus peut être présent sur des zones non protégées par le préservatif, comme la vulve et le périnée chez la femme, le scrotum chez l'homme, la région péri-anale et l'anus chez l'homme et la femme. Pour cette raison, il n'est pas recommandé de réaliser un test de dépistage HPV. En effet, la stratégie de prévention des complications induites par le papillomavirus est orientée vers le dépistage du cancer du col de l'utérus et des cancers anaux au moyen de la détection des lésions précancéreuses et cancéreuses (Cf. infra) et non la détection du papillomavirus en tant que tel.</p> <p>La vaccination est proposée à toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus non encore vaccinées.</p> <p>Les professionnels de santé participants au groupe de parties prenantes ont souligné que la consommation de tabac devait être évitée car elle aggrave les conséquences du papillomavirus.</p>
Symptômes, complications et récurrences	<p>Les infections à papillomavirus peuvent induire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Des condylomes (petites tumeurs bénignes associées à des PVH à faible pouvoir oncogène sur les organes génitaux) qui apparaissent une à huit semaines après la contamination et signent le diagnostic. L'existence de condylomes justifie un bilan d'extension (frottis cervical ou cervico-vaginal ; anoscopie) et un bilan des IST associées (PCR CT, sérologie de la syphilis, de l'hépatite B et du VIH) ; un traitement local par cryothérapie (azote liquide), par laser ou application de podophyllotoxine est réalisé. Le plus souvent le traitement de première intention est efficace et les condylomes disparaissent. Aucune consultation de suivi n'est dans ce cas nécessaire. ▸ Des lésions cervicales qui présentent un caractère longtemps asymptomatiques et qui peuvent à terme être l'origine d'un cancer cervical.
Dépistage du cancer du col de l'utérus	<p>Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles pour ce dépistage, vaccinées ou non contre le papillomavirus. Le rythme des frottis cervico-utérins est de trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Pour une femme entrant dans le dépistage, les deux premiers frottis doivent être faits à un an d'intervalle.</p> <p>Le dépistage annuel du cancer du col de l'utérus n'est pas conseillé, quel que soit l'âge, à l'exception des femmes ayant une immunodéficience, comme par exemple les femmes séropositives pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).</p>

Papillomavirus, cancer du col de l'utérus et cancer anal	
	<p>Un démarrage anticipé du dépistage pourra cependant être discuté si des circonstances peuvent faire évoquer un risque majoré de cancer du col de l'utérus : partenaires multiples (en l'absence de définition unanime \geq 3-5/ans), infection sexuellement transmissible chronique, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Chez les femmes infectées par le VIH, il est recommandé d'effectuer un frottis annuel en l'absence de lésion cervicale et si l'état immunitaire est satisfaisant et un frottis bianuel avec colposcopie en cas d'infection connue à HSV et en cas d'immunodépression sévère.</p> <p>Le dépistage chez les femmes vaccinées doit être maintenu car la vaccination ne protège pas contre tous les génotypes responsables de cancer du col de l'utérus.</p> <p>Le frottis cervico-utérin devra être effectué en respectant certaines conditions : à distance d'un rapport sexuel (48 h), en dehors des périodes menstruelles, en l'absence de tout traitement local ou d'infection et si nécessaire après traitement estrogénique chez la femme ménopausée. Il faut éviter de faire le toucher vaginal avant le frottis cervico-utérin et d'utiliser un lubrifiant.</p> <p>En complément du frottis cervico-utérin, l'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au spéculum constituent les deux éléments principaux d'un examen gynécologique dans le cadre du dépistage de ce cancer.</p>
Dépistage du cancer anal	<p>Plus de 80 % des cancers du canal anal sont attribuables à des HPV à haut risque. La prévention du cancer du canal anal est donc la prise en charge précoce des condylomes et des lésions induites par le papillomavirus et la réduction des cofacteurs de risques.</p> <p>Il est recommandé de renforcer le dépistage du cancer anal chez les HSH, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes et les femmes ayant présenté une dysplasie ou un cancer du col utérin.</p> <p>Ce dépistage doit être effectué par un examen proctologique associant un examen de la marge anale, un toucher rectal et une anoscopie à l'œil nu qui permettra de faire le diagnostic de cancer de l'anus ou de lésion(s) précancéreuse(s) macroscopique(s). En cas d'anomalie sur le bilan initial, la périodicité du dépistage doit être effectuée sur un rythme au minimum annuel. En l'absence d'anomalie, il appartiendra au gastro-entérologue-proctologue de définir la périodicité du suivi de chaque patient.</p> <p>Tous les patients infectés par le VIH, y compris les femmes, ont un risque augmenté de cancer épidermoïde du canal anal, évalué à 29 fois celui de la population générale. Le sous-groupe le plus à risque est le groupe de patients HSH. Il est recommandé de réaliser une cytologie ou anoscopie annuelle chez les patients infectés par le VIH et ayant des rapports anaux et les femmes ayant des condylomes génitaux.</p>
Sources	<p>HAS, INCA, La prise en charge d'un cancer du col de l'utérus, 2010</p> <p>HAS, Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2010 {Haute Autorité de Santé, 2010 #194}</p> <p>Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, Dépistage des cancers HPV induits (col de l'utérus et anal) chez les patients vivant avec le VIH, 2013</p> <p>HAS, Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #211}</p>

Tableau 50. Résumé des recommandations 7 Syphilis

Syphilis	
Prévention	La prévention repose sur l'information sur la syphilis et l'utilisation de préservatifs.
Symptômes, complications et récurrences	<p>La syphilis est une infection systémique bactérienne sexuellement transmissible due à <i>Treponema pallidum</i>. Elle n'est pas toujours symptomatique et peut être indolore.</p> <p>L'histoire naturelle de la maladie s'étend sur plusieurs années, et fait se succéder des phases bien distinctes : incubation, phases primaire, secondaire et tertiaire, elles-mêmes entrecoupées de phases de latence. Toutes les phases ne sont pas obligatoires, c'est le cas des phases secondaire et tertiaire. Leur durée et leur expression clinique sont très variables d'un individu à l'autre, faisant de la syphilis une maladie difficile à diagnostiquer. Les symptômes apparaissent en général deux à quatre semaines, ou plus, après la contamination : chancre (petite plaie indolore), éruptions sans démangeaisons sur la peau et les muqueuses.</p> <p>On distingue la syphilis précoce (phases primaire, secondaire et syphilis latente de moins d'un an) et la syphilis tardive (syphilis latente de plus d'un an et phase tertiaire). En cas de traitement, le patient peut être de nouveau contaminé et entrer dans un nouveau cycle de la maladie car il n'existe pas d'immunité acquise durable.</p>
Dépistage et test diagnostique	<p>La HAS recommande de proposer le dépistage de la syphilis dont les personnes prostituées/tds ayant des rapports non protégés (fellation comprise).</p> <p>Les professionnels participants au groupe de parties ont proposé, pour des populations ayant des pratiques à risques (multi-partenariat et rapports non protégés), un rythme de dépistage de deux fois par an au minimum en l'absence de symptôme. Le dépistage pourrait être encore plus fréquent si les patients le demandent.</p> <p>Deux types de tests permettent le dépistage et le diagnostic de la syphilis : des tests tréponémiques et des tests non tréponémiques. Les tests tréponémiques classiques et les tests non tréponémiques se positivent une à quatre semaines après le chancre, dans un ordre variable selon les patients.</p> <p>Le diagnostic de certitude de syphilis n'est possible qu'en cas de chancre pénien, lorsque le tréponème est visualisé à l'examen au microscope à fond noir. Le chancre est typiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ une exulcération (ou érosion) ou plus rarement une ulcération muqueuse ; ▶ de 5 à 15 mm de diamètre en moyenne ; ▶ unique, plus rarement multiple ; ▶ à fond propre, rosé ; ▶ induré : c'est le seul caractère sémiologique vraiment évocateur. Il se traduit par l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui ne fait qu'un bloc avec l'induration sous-jacente ; ▶ indolore (différent de l'herpès). <p>Chez l'homme : le siège du chancre est assez électivement dans le sillon balano-préputial, plus rarement sur le gland ou sur le fourreau.</p> <p>Chez la femme : le siège du chancre est le plus souvent sur la partie externe de la vulve (petites lèvres, grandes lèvres, fourchette), plus rarement vaginal et, (comme il est indolore) passe alors volontiers inaperçu.</p> <p>Dans les deux sexes, le chancre peut siéger sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ la muqueuse buccale ou pharyngée (fellation) ; ▶ la muqueuse anorectale. <p>Devant toute ulcération génitale, il faut faire un test syphilis.</p> <p>L'évolution se fait vers la régression spontanée du chancre sans séquelle en quelques semaines. Si le patient n'est pas traité, il sera apparemment guéri mais son état peut évoluer vers les stades plus tardifs de la syphilis. La syphilis est alors marquée par plusieurs éruptions cutanéomuqueuses (Roséole syphilitique et syphilides papuleuses) entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines ou mois, auxquels</p>

Syphilis	
	<p>s'associent des signes généraux et parfois viscéraux d'intensité variable.</p> <p>Chez le patient infecté par le VIH, le délai entre les différentes phases est plus court (phases primaire et secondaire parfois simultanées).</p>
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Le principal traitement est la pénicilline G, utilisée sous une forme retard en injection par voie intramusculaire (Extencilline®). Des alternatives thérapeutiques et des possibilités de désensibilisation existent en cas d'allergie. L'efficacité du traitement est très élevée même si des cas de rechute, non quantifiables et difficiles à distinguer d'une recontamination, sont possibles et justifient un suivi sérologique prolongé.</p> <p>Le traitement varie selon le niveau d'ancienneté de la syphilis (une injection en cas de syphilis précoce et trois injections à une semaine d'intervalle pour les syphilis tardives).</p>
Objectif thérapeutique	Eradication de la syphilis.
Suivi médical et parcours de soins	<p>Il existe un consensus sur la nécessité d'un suivi clinique et sérologique prolongé et fondé sur un test non tréponémique quantitatif, du fait du risque de rechute et de réinfection (même si ce suivi ne permet cependant jamais d'affirmer avec certitude la guérison).</p> <p>Il existe un consensus pour considérer que les partenaires sexuels des patients porteurs d'une syphilis doivent être pris en charge. En pratique, les sujets contacts ayant eu un rapport récent avec un patient porteur d'une syphilis précoce doivent être traités présomptivement du fait du risque de fausse négativité de la sérologie en phase précoce. Les délais retenus dans les recommandations françaises et internationales sont variables (de 30 à 90 jours). Un traitement présomptif peut également être proposé au-delà de ce délai, si le risque de perdre de vue le sujet contact est élevé ou si la réalisation du test est refusée.</p> <p>En cas de syphilis tardive, la notification concerne les partenaires sexuels de longue date ainsi que les enfants.</p> <p>Les participants du groupe de parties prenantes ont indiqué que la syphilis était recherchée systématiquement en cas grossesse en raison des complications pour la grossesse et pour l'enfant.</p> <p>Des sérologies (chlamydia, infection à VIH, hépatite B, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	HAS, Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France, 2007

Tableau 51. Résumé des recommandations 8 **Urétrites et cervicites non compliquées**

Urétrites et cervicites non	
Prévention	La prévention repose sur l'information sur les urétrites et cervicites et l'utilisation de préservatifs.
Dépistage et test diagnostique	Aucun dépistage n'est recommandé. La détection est fondée sur la présence de symptômes.
Symptômes, complications et récurrences	<p>Les urétrites et cervicites non compliquées doivent être recherchées devant tout signe clinique évocateur d'une infection génitale basse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chez l'homme : urérite avec écoulement urétral, dysurie, brûlures mictionnelles ; - chez la femme : cervicite avec leucorrhées, dysurie, dyspareunie. <p>Un prélèvement bactériologique avant traitement (enco-col urétral) est indispensable et permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ confirmer le diagnostic en isolant l'agent responsable ; ▶ réaliser un antibiogramme qui permettra, si nécessaire, une adaptation du trai-

Urétrites et cervicites non	
	<p>tement antibiotique probabiliste prescrit.</p> <p>Au cours des infections sexuellement transmissibles, notamment des urétrites et cervicites non compliquées, les deux agents infectieux le plus souvent isolés en France sont <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonocoque) et <i>Chlamydia trachomatis</i>, seuls ou associés entre eux dans de nombreux cas.</p>
Sources	AFSSAPS, Mise au point : Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées, 2008

Tableau 52. Résumé des recommandations 9 VIH

VIH	
Prévention	<p>La prévention doit aujourd'hui être pensée comme l'association de méthodes de prévention comportementales, de stratégies de dépistage et du traitement antirétroviral.</p> <p>L'efficacité du préservatif pour prévenir la transmission du VIH, quasi parfaite en théorie, dépend des conditions de son utilisation. Dans la vie réelle, le préservatif systématiquement et correctement utilisé réduit le risque de transmission du VIH de 80 à 95 % par rapport à l'absence de protection.</p> <p>Le traitement postexposition permet de réduire le risque d'infection par le VIH après un risque élevé. La première prise d'antirétroviraux doit avoir lieu au plus vite, si possible dans les 4 heures et dans les 48 heures, au plus, après du risque, le traitement étant poursuivi quatre semaines.</p>
Dépistage et test diagnostique	<p>La HAS recommandait en 2009 à certaines populations de se voir offrir un test de dépistage du VIH à une fréquence régulière dont les personnes en situation de prostitution/tds.</p> <p>Désormais, les biologistes n'utilisent qu'un seul réactif de type Elisa à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Ag p24 du VIH-1. Ces réactifs sont communément appelés tests combinés de 4^e génération. Un test de confirmation est réalisé sur le premier échantillon, à l'initiative du biologiste, dès que le test Elisa est positif. C'est l'immunoblot ou le Western-blot. Un second prélèvement sanguin de contrôle (Elisa) doit ensuite être réalisé.</p> <p>Compte tenu de la performance des techniques actuellement disponibles sur le marché européen, un résultat négatif du test de dépistage ELISA combiné six semaines après l'exposition supposée pourra être considéré comme signant l'absence d'infection par le VIH. En cas de traitement prophylactique post-exposition, le délai reste de trois mois après l'arrêt du traitement.</p> <p>Le VIH peut être dépisté au moyen de test de dépistage rapide (TROD) et d'autotest.</p> <p><u>Un test de dépistage rapide</u> est un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum en fonction de la (des) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2.</p> <p><u>Un autotest</u> est un test de dépistage pour lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation des résultats sont réalisés par l'individu lui-même. Il est disponible en pharmacie à partir du 15 septembre 2015 et il n'est pas remboursé.</p> <p>Pour les deux tests (TROD et autotest), un délai de trois mois doit être respecté depuis la date du dernier rapport sexuel non protégé.</p> <p>En milieu communautaire, l'annonce d'un TROD positif s'appuie sur trois étapes nécessaires et indissociables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ l'anticipation avec la personne dépistée d'un éventuel résultat positif lors du conseil prétest, qui permet de faire verbaliser les représentations liées à l'infection par le VIH et d'explorer les ressources identifiées par la personne dans son réseau primaire comme pouvant l'aider à passer le cap de l'annonce et à partager cette annonce ; ▶ la discussion après la remise du résultat écrit de TROD positif qui doit permettre de

VIH	
	<p>s'assurer de la compréhension du résultat et de sa signification en termes de conséquences sur le risque de transmission à autrui en l'absence de mesures préventives ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ l'orientation et l'accompagnement vers les différentes possibilités d'accès à la confirmation du TROD et au support psychosocial nécessaire ou souhaité.
Symptômes, complications et récurrences	<p>Il existe une faible spécificité des symptômes et signes possibles d'une primo-infection, qui sont observés à partir de deux à quatre semaines suivant une exposition à risque. Les signes cliniques d'une primo-infection à VIH doit être recherchée devant des signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant (fièvre, ce d'autant qu'elle dure plus de sept jours, arthralgies et myalgies, asthénie) qui peut être associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéomuqueuses (angine ou pharyngite, rash, ulcères oraux ou génitaux), à des troubles digestifs (diarrhée), ou à des symptômes neurologiques (méningite lymphocytaire, encéphalite, mononévrite). Ces symptômes s'amendent spontanément de quelques jours à quelques semaines, les adénopathies pouvant persister plus longtemps.</p>
Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse	<p>Il convient de proposer un traitement antirétroviral (ARV) efficace à toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris précocement après la contamination et/ou quand le nombre de CD4 reste > 500/mm³, ceci en raison des bénéfices en termes de réduction de la morbi-mortalité et du risque de transmission du VIH. Un traitement ARV efficace permet de prévenir la transmission du VIH d'une personne vivant avec le VIH à ses partenaires sexuels. Cette information doit être portée à la connaissance des patients.</p> <p>Des données récentes incitent à recommander l'initiation immédiate du traitement au cours de la primo-infection (définie par une sérologie VIH négative ou faiblement positive avec un Western-blot négatif ou incomplet (≤1 anticorps) et un ARN-VIH positif et/ou un Ag p24 positif).</p>
Objectif thérapeutique	<p>L'objectif principal du traitement antirétroviral (ARV) est d'empêcher la progression vers le sida et le décès en maintenant ou en restaurant un nombre de CD4 > 500/mm³. Pour atteindre ce but et diminuer les effets pathogènes du VIH, le traitement ARV doit rendre la charge virale plasmatique (CV) indétectable (<50 copies/mL), ce qui augmente les chances de restauration immunitaire, réduit le risque de sélection de virus résistants et réduit la morbidité associée au VIH.</p> <p>Si l'efficacité immunovirologique est l'objectif principal du traitement ARV, d'autres objectifs doivent être recherchés simultanément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ la meilleure tolérance possible, clinique et biologique, à court, moyen et long termes ; ▶ l'amélioration ou la préservation de la qualité de vie ; ▶ la diminution du risque de transmission du VIH.
Suivi médical et parcours de soins	<p>Après un test de dépistage positif, la personne vivant avec le VIH doit être adressée à un référent spécialiste (le plus souvent hospitalier) pour la réalisation d'une évaluation initiale de la séropositivité, en collaboration avec le médecin traitant.</p> <p>Le premier traitement ARV doit permettre de rendre la CV indétectable (< 50 copies ARN VIH /mL) en six mois. Après l'obtention d'une charge virale indétectable, des visites trimestrielles la première année puis au moins semestrielles peuvent être proposées. Ce suivi peut être alterné entre médecin traitant et médecin hospitalier.</p> <p>En cas d'échec thérapeutique ou d'échappement au traitement antirétroviral et/ou de complications, le suivi sera plus rapproché.</p> <p>Des sérologies (chlamydia, syphilis, hépatite B, hépatite C) sont à pratiquer en tenant compte des délais de séro-conversion.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé.</p>
Sources	<p>HAS, Guide affection de longue durée, Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), 2007</p> <p>HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage, 2008</p> <p>HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage, 2009 {Haute Autorité de Santé, 2009 #192}</p>

VIH	
	<p>Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts, 2013 {ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013 #189}</p> <p>Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014</p>

Résumé des recommandations sur les pratiques contraceptives

Conclusion de la revue de la littérature sur le recours à la contraception

Plusieurs études apportent des informations sur les modes de contraception (Tableau 13) : la proportion de femmes utilisant les préservatifs comme seul moyen contraceptif varie entre 38 et 89 %, tandis que deux études estiment que 30 % des femmes utilisent une contraception orale. Même si le préservatif masculin est la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles, comme toutes les méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides), il a une efficacité contraceptive moindre que la contraception hormonale ou le DIU. Il serait donc souhaitable d'encourager les femmes en situation de prostitution/tds à adopter une contraception complémentaire au préservatif.

Tableau 53. Résumé des recommandations 10 Contraception

Contraception	
Le choix de la méthode contraceptive	<p>La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications.</p> <p>Les stratégies contraceptives les plus efficaces sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Implants ▶ Vasectomie ▶ DIU au lévonorgestrel ▶ Stérilisation féminine ▶ DIU au cuivre <p>Puis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Injectables mensuels ▶ Injectables progestatifs ▶ Contraceptifs oraux combinés ▶ Pilules progestatives ▶ Patch combiné ▶ Anneau vaginal combiné
Effets secondaires, complications, contre-indications	<p>Chacune de ces stratégies contraceptives présentent des avantages et des inconvénients : effets secondaires, coûts, nécessité d'une observance rigoureuse parfois difficilement compatible avec les rythmes de vie irréguliers ou décalés.</p> <p>Les professionnels de santé participant au groupe de parties prenantes interrogés dans le cadre de ce travail ont indiqué que pour les personnes ayant des pratiques à risques, le recours au DIU et à la stérilisation au moyen de dispositifs intratubaires nécessitent une vigilance particulière en raison des risques induits par l'association de ces dispositifs et des IST. Les contraceptifs oraux, ainsi que les patchs et implants hormonaux sont alors plus adaptés. Les techniques de ligature ou de section tubaire sous coelioscopie ne présentent en revanche pas de risque particulier. Enfin, les professionnels de santé ont précisé que le recours à l'une de ces stratégies contraceptives était opportun, dans cette population, en plus de l'utilisation systématique de préservatif.</p>
La contraception d'urgence	<p>La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser après un rapport non ou mal protégé. Il s'agit d'une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.</p> <p>Les professionnels de santé participants au groupe de parties prenantes ont rappelé que plus la contraception d'urgence est prise tôt, plus elle est efficace.</p> <p>Il existe différentes stratégies utilisables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lévonorgestrel (LNG) <i>per os</i> (dose unique de 1,5 mg) : progestatif agissant principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation ; le Levonorgestrel (Microval®) peut être délivré sans prescription médicale.

Contraception	
La contraception d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'utilisation possible : Jusqu'à 72 heures (trois jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) mais de préférence dans les 12 heures après le rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles. • Informations/conseils aux femmes : Informer sur la possibilité de l'avance ou du retard des règles ; réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les cinq à sept jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs de grossesse. En cas de vomissements survenant dans les trois heures suivant la prise du comprimé ou en cas de fortes diarrhées, reprendre immédiatement un comprimé. <p>▶ Ulipristal acétate (UPA) <i>per os</i> (dose unique de 30 mg) : modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai d'utilisation possible : Jusqu'à 120 heures (cinq jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles. • Informations/conseils aux femmes : identiques à ceux proposés pour le Lévonorgestrel. <p>▶ Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre : effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation et inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai d'utilisation possible : Jusqu'à 120 heures (cinq jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé. • Informations/conseils aux femmes : Programmer une consultation de un à trois mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables. <p>La contraception d'urgence hormonale ne protège pas des rapports ayant lieu après la prise. Ceux-ci doivent être protégés par une méthode barrière (préservatif) jusqu'au début des règles suivantes.</p> <p>Dans sa recommandation sur la contraception d'urgence, la HAS proposait d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas. D'après les professionnels de santé participants au groupe de parties prenantes, la prescription d'une contraception d'urgence à l'avance était adaptée pour les personnes en situation de prostitution/tds.</p>
Sources	<p>HAS Fiche mémo. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Décembre 2013. Mise à jour Janvier 2015</p> <p>HAS, Aider la personne à choisir une contraception adaptée, 2014 {Haute Autorité de Santé, 2014 #191}</p> <p>HAS, Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance, 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #198}</p> <p>HAS, Contraception : prescriptions et conseils aux femmes, 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #200}</p> <p>HAS, Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG), 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #201}</p> <p>HAS, Contraception d'urgence, 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #202}</p> <p>HAS, Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG), 2013 {Haute Autorité de Santé, 2013 #212}</p> <p>INPES, Comment aider une femme à choisir sa contraception ?, 2013 {Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013 #190}</p>

Résumé des recommandations sur l'arrêt du tabac

Conclusion de la revue de la littérature sur la consommation de tabac

La consommation de tabac est supérieure à celle de la population générale dans l'étude Pro-Santé, puisqu'elle concerne environ 46 % des femmes, 65 % des hommes et 51 % des transgenres, contre 35,6 % des hommes et 27,9 % des femmes en population générale (21). Ces données sont cohérentes avec celles de l'enquête de l'OFDT lorsque l'on prend en compte le nombre de personnes ayant déclaré être dépendantes parmi celles ayant déclaré avoir une consommation dans les 30 derniers jours.

Cette consommation est comparable à la consommation au sein du groupe socioéconomique chez qui la consommation de tabac est la plus élevée en population générale, à savoir les personnes au chômage (21).

Tableau 54. Résumé des recommandations 11 Tabac

Tabac	
Évaluation de la consommation et de la dépendance	Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions. Parallèlement, il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. En effet, les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge.
Prise en charge médicamenteuses et non médicamenteuses	<p>Les thérapeutiques recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabac en première intention sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accompagnement : soutien psychologique, guidance, counselling, thérapies cognitivo-comportementales (TCC). ▶ Traitements nicotiques de substitution (TNS). ▶ Entretien motivationnel. ▶ Soutien téléphonique. ▶ Autosupport, y compris par Internet. <p>La prise en charge dépend de la motivation des patients.</p> <p><u>Si le patient souhaite arrêter de fumer (stade de la décision)</u>, la prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées.</p> <p><u>Si le patient est ambivalent (stade de l'intention)</u>, il convient de l'aider à explorer son ambivalence et sa motivation et envisager de commencer par une réduction de la consommation.</p> <p><u>Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer (stade de pré-intention)</u>, il convient de lui proposer une approche de réduction de la consommation avec TNS. Cette approche doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.</p>
Objectifs thérapeutiques	L'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme.
Suivi médical et parcours de soins	<p>Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les trois à six mois suivants. Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines.</p> <p>Il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute.</p> <p>Chez les fumeurs, il est recommandé de dépister d'éventuelles pathologies associées à la consommation de tabac (BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire).</p>

Résumé des recommandations sur la prise en charge des personnes victimes de violences

Conclusion de la revue de la littérature

Plusieurs études rapportent des données sur la fréquence des agressions physiques et psychologiques rapportées par les personnes en situation de prostitution/tds et font état d'une surexposition des personnes qui se prostituent/tds par rapport à la population générale (Tableau 39, page 98).

Tableau 55. Résumé des recommandations 12 Violences

Violences

Aucune recommandation permettant de synthétiser et de standardiser la prise en charge des personnes victimes de violence. Un travail spécifique devrait donc être initié pour proposer des recommandations pertinentes dans ce contexte.

Les seuls éléments formalisés identifiés sont issus d'une recommandation de la HAS sur le « Certificat médical initial concernant une personne victime de violences » (2011) {Haute Autorité de Santé, 2011 #196}.

Dans ce document, la HAS rappelle que toute personne peut révéler des faits de violence dont elle s'estime victime, sans avoir à rapporter la preuve, ni de la plausibilité de ses dires, ni de ce que les faits dénoncés sont consécutifs d'une infraction pénale. Elle précise qu'il appartient à l'autorité judiciaire, et non à la victime, de qualifier les faits au vu de la procédure établie et transmise par les services de police ou les militaires de la gendarmerie.

Sur les troubles psychiques résultant de ces faits de violence, la HAS indique que des symptômes peuvent se manifester dans un laps de temps variable après l'événement, de quelques semaines à quelques mois. Il peut arriver que l'événement (ou les événements) fasse retour de façon répétitive dans des images diurnes (reviviscences, flash-backs), des cauchemars, des ruminations autour de l'événement (« et si je n'avais pas fait cela... »). Au syndrome de répétition dans lequel le sujet revit, au présent, la situation « traumatique », peuvent s'ajouter un certain nombre de symptômes caractérisés par l'angoisse que l'événement puisse se reproduire : phobie des endroits et situations qui rappellent l'événement (hommes en uniforme, lieux sombres et fermés), hypervigilance, réactions de sursaut.

Une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée aux personnes souffrant de psycho-traumatisme. Dans certains cas, des traitements adjuvants peuvent être utiles, principalement antalgiques, antispasmodiques, anxiolytiques ou hypnotiques (en cure courte). Les antidépresseurs ne sont pas indiqués. En cas de syndrome psycho-traumatique sévère ou complexe, le Tercian® à doses faibles (25 mg le soir au coucher) améliore les symptômes (angoisses massives, pseudohallucinations, troubles du sommeil). L'ostéopathie peut soulager certaines douleurs lésionnelles, en permettant aux patients de retrouver un contact de toucher « réparateur », à distance des sévices physiques. L'hospitalisation peut être indiquée dans certaines situations : risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, état dépressif sévère ou mélancolique, initiation d'un traitement neuroleptique en cas de délire ou d'hallucinations au premier plan du tableau clinique. Par ailleurs, pour les personnes en très grande précarité sociale et souffrant de troubles psychiques, l'épuisement peut-être une indication pour une hospitalisation, afin de minimiser les risques de passages à l'acte suicidaire et/ou le risque de décompensation massive d'une pathologie psychique plus grave.

Des psychiatres sont présents dans les urgences générales des hôpitaux. Les centres d'accueil et de crise (CAC), sectorisés, reçoivent les personnes en urgence et peuvent proposer des hospitalisations de courte durée.

Annexe 5. Parties prenantes sollicitées

Les sociétés savantes et associations suivantes ont été sollicitées pour participer au groupe de parties prenantes :

- ▶ **Représentants des associations de patients et d'usagers, ainsi que des représentants des associations et institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds**
 - Act-up Paris,
 - Aides,
 - Amicale du Nid,
 - Arcat SIDA,
 - Association auto-support et réduction des risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues (ASUD) pour le lien prostitution-toxicomanie,
 - Cabiria,
 - Collectif droit et prostitution,
 - Coordination française pour le lobby européen des femmes,
 - GRISELDIS,
 - Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale,
 - Fondation Scelles,
 - KAMBERE pour les populations migrantes
 - Les amis du bus des femmes,
 - Médecins du monde,
 - Mouvement pour le planning familial,
 - Mouvement du nid,
 - Syndicat du travail sexuel Syndicat,
 - Groupe de prévention et d'action pour la santé et le travail des transsexuel(le)s (PASS)

- ▶ **Représentants des spécialités médicales et psychologues amenés à rencontrer en consultation des personnes en situation de prostitution/tds**
 - Société Française de Médecine Générale
 - Société Française de Médecine d'urgence
 - Société Française de dermatologie et pathologies sexuellement transmissibles
 - Société Française de Gynécologie
 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
 - Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
 - Fédération Française de Psychiatrie
 - Conseil National Professionnel de Psychiatrie
 - Collège National pour la qualité des soins en psychiatrie
 - Conseil National Professionnel de Psychiatrie
 - Collège National pour la qualité des soins en psychiatrie
 - Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie
 - Société Française de Psychologie
 - PASS Ambroise-Paré
 - PASS Hôtel-Dieu
 - PASS Saint-Antoine

Annexe 6. Compte rendu de la première réunion du groupe de parties prenantes

Jeudi 15 janvier 2015 ◀ ▶ 10H – 17H ◀ ▶ Salle 032

Présentation de la HAS, du projet et de la méthode d'évaluation (présentation PPT)

Tour de table :

- Plusieurs participants soulignent qu'il est utile de rapporter de façon plus précise les contextes dans lesquels les études ont été menées, notamment en termes de contextes juridiques et de lieux d'exercice.
- Plusieurs participants contestent l'utilisation des termes « personnes prostituées » et recommandent d'employer ceux de « travailleurs du sexe » qui seraient utilisés de façon privilégiée au niveau international. D'autres participants ont souligné que les termes de « travailleurs du sexe », ainsi que les termes « conditions de travail » et « lieu de travail », n'étaient pas cohérents avec le cadre réglementaire français qui s'inscrit dans une perspective abolitionniste depuis 1960. Ce point fait débat au sein du groupe. Il est proposé de porter ce débat auprès de la CEESP et du Collège de la HAS. Dans l'attente de cette décision institutionnelle, il a été décidé :
 - dans le cadre de la réunion, d'employer les termes de « travailleurs du sexe » ;
 - dans le cadre de ce compte rendu, nous utiliserons les termes de « personnes qui se prostituent/travailleurs du sexe (tds) ».
- Le titre du référentiel fait également débat, un participant indique préférer le titre suivant : « prévention des IST et promotion de la santé chez les travailleurs du sexe ». En effet, le titre laisserait entendre l'existence d'un sur-risque lié à l'activité prostitutionnelle tandis que ces sur-risques seraient davantage induits par le contexte plutôt que par l'activité elle-même. Ce participant indique qu'une étude menée en Nouvelle-Galles du Sud soutient cet argument.
- Ce participant ajoute que la revue de la littérature est incomplète, en particulier des études réalisées en Nouvelle-Zélande et en Galles du Sud sont disponibles et permettent d'évaluer l'impact de dispositifs réglementaires. Il est rappelé à ce sujet que la revue de la littérature était limitée à l'Union européenne et qu'elle n'avait pas pour objectif de rendre compte de l'impact de ces dispositifs. Toutefois, l'intérêt que représentent ces études est admis et il est indiqué que ces études seront passées en revue.
- Plusieurs professionnels de santé soulignent l'intérêt qu'il y a à engager un travail sur le sujet au sein de la HAS car les enjeux sanitaires des personnes qui se prostituent/tds sont très méconnus par la communauté médicale.
- Un participant relève que le document n'explore pas l'impact des conditions d'entrée dans la prostitution sur les risques sanitaires spécifiques comme le mentionnait l'IGAS ; et c'est d'ailleurs une bonne chose car il lui semble critiquable de réduire le profil de risque d'une personne sur long terme à une condition initiale d'entrée dans la prostitution.
- Il est précisé qu'il convient de distinguer les notions de « conditions de travail » et de « lieu de travail ».
- Il est proposé de structurer les recommandations autour des pratiques plutôt qu'autour des populations.
- Il est demandé de davantage présenter les conséquences sanitaires en cas de prostitution forcée, dans le cadre de proxénétisme et de traite des êtres humains. Il est rappelé qu'il est important de distinguer précisément les réseaux migratoires et les réseaux de traite. L'ensemble des participants s'accordent sur le fait qu'appartenir à un réseau de traite constitue un facteur aggravant vis-à-vis de certains risques sanitaires.
- Dans le cadre du tour de table, la légitimité de participants a été contestée. Il a été répondu que la HAS avait invité toutes les personnes auditionnées par l'IGAS et avait choisi d'entendre toutes personnes souhaitant s'exprimer sur le sujet.
- Il est indiqué par un participant que la situation des personnes victimes de traite des êtres humains n'était pas suffisamment étudiée dans le document. Des discussions ont eu lieu sur

des confusions éventuelles entre les réseaux de traites des êtres humains et des réseaux migratoires. Des désaccords importants sont apparus dans ces discussions sur le nombre de personnes victimes de réseaux de traite des êtres humains.

État des lieux de la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution

- Prévalence des infections et des IST

- Une partie des participants juge impossible d'occulter l'impact majeur des politiques de pénalisation sur la santé des personnes.
- Deux participants jugent important d'inclure des études réalisées dans des pays dont les régimes législatifs sont différents.
- Un participant indique qu'il est nécessaire de mettre en lumière les risques de contamination des IST pendant la période migratoire et antérieure à l'entrée dans la prostitution.
- Un participant indique qu'il est maladroit de regrouper, dans les tableaux, les données sur les personnes transgenres avec celles sur les hommes.
- Les participants s'accordent sur la petite taille des effectifs des études et sur le fait que l'on manque de données d'incidence.
- Un participant indique qu'il lui semble dommage d'avoir exclu les études américaines de la revue de la littérature. Il est précisé que le périmètre de la revue de la littérature est justifié par des contraintes de faisabilité et par les écarts importants qui existent entre les systèmes de santé et les contextes socio-économiques.
- Un participant indique que ce qui pose problème n'est pas le biais d'une étude en soi, mais l'interprétation que l'on fait des résultats de cette étude. Ce qui compte c'est d'être transparent sur la méthodologie de l'étude.
- Les participants s'accordent sur le faible nombre de données sur la prévalence de l'hépatite C.
- Le parcours de soins de l'hépatite C est long et compliqué et peut poser problème compte tenu des modes de vie de certaines personnes.
- Il existerait une prévalence plus élevée de l'hépatite C chez les hommes par rapport aux femmes.
- Les participants s'accordent sur les limites des études de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), par exemple la prévalence du VIH chez les usagers de drogue intraveineux est devenue très marginale aujourd'hui. Il est proposé de faire un usage moins important de leurs résultats.
- Plusieurs participants proposent de mettre en perspective les données de prévalence pour cette population avec celle de la population générale au niveau local ou avec celles dans des sous-groupes au sein de la population générale, lorsque les données sont disponibles. Par exemple, la prévalence du VIH chez les hommes qui se prostituent/tds doit être mise en perspective avec la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) dans la population générale, plutôt que chez les hommes en général.
- Les participants s'accordent pour proposer de distinguer les études très anciennes des études plus récentes, même si celles-ci apportent une information intéressante sur l'évolution des prévalences.
- Il est demandé de donner plus de précisions sur les méthodes diagnostiques (déclaratif, PCR, TROD, sérologie...).
- Il est également proposé de faire ressortir les études françaises dans les tableaux.
- Un participant indique que les frottis anaux sont sous-utilisés et qu'il existe à ce sujet une totale carence d'information.
- Au sujet de la différence entre les résultats des études françaises et anglaises, un participant suggère comme piste d'interprétation que la santé communautaire est moins développée en Angleterre qu'en France.
- Un participant indique que le constat du manque d'étude mérite d'être posé par la HAS dans la mesure où il pose problème : il existe un certain nombre d'angles morts dans la connaissance du sujet.

- **Prévention des infections sexuellement transmissibles : utilisation du préservatif et recours aux dépistages du VIH et des IST**
- D'après plusieurs participants, la précarisation a conduit à une perte de pouvoir des personnes pour résister à la pression de certains clients et imposer le préservatif. Il y a une augmentation de la part des clients qui négocient des rapports sans préservatif. De plus le changement de paradigme de la lutte contre le sida a conduit à un changement des comportements en population générale et conduit à une diminution des rapports sexuels protégés.
- Plusieurs participants indiquent que les comportements de prévention sont en partie influencés par des contraintes économiques, telle que l'augmentation de personnes se prostituant via internet comme conséquence de la crise économique.
- Plusieurs participants confirment le ressenti d'une moindre utilisation de préservatifs chez certains hommes, qui selon eux, reflète leur moindre utilisation au sein de la communauté gay en général. Il est toutefois indiqué que les études sur l'utilisation du préservatif sont assez anciennes ce qui pose problème.
- Il est précisé par un participant qu'il peut arriver que des hommes ne se protègent pas avec certains clients lorsqu'ils sont tous les deux séropositifs. Cette pratique n'existe pas chez les femmes.
- Plusieurs participants soulignent que le contexte règlementaire actuel freine certains dispositifs de prévention :
 - Par exemple, la dispensation de conseils sur les bonnes pratiques de la part des personnes plus expérimentées à l'attention des personnes qui débutent leur activité prostitutionnelle, notamment via internet, serait être réprimé pénalement lorsqu'il est considéré comme une incitation à la prostitution.
 - Ou encore, il n'est pas possible de mettre à disposition des préservatifs dans les salons de massage car cela peut être un motif d'interpellation de la police.
- Plusieurs participants indiquent que le contexte règlementaire actuel a des effets délétères sur la santé :
 - Il favorise le déplacement des zones excentrées ;
 - Il favorise l'isolement.
- Ces participants rappellent qu'en raison de cet isolement, il peut arriver que le client soit le seul fournisseur d'informations auquel peut s'adresser la personne qui se prostitue/tds.
- Plusieurs participants indiquent que l'utilisation de préservatifs dans le cadre de fellations est systématique dans la prostitution de rue, tandis qu'elle l'est effectivement beaucoup moins systématique dans la prostitution via internet, en particulier pour les personnes qui proposent un échange qualifié de « Girl friend experience ».
- Il est mentionné que les hommes ont effectivement un usage moindre du préservatif, comme le suggèrent les études. Il apparaît toutefois que les études sur le sujet sont anciennes et qu'il serait utile d'en trouver de plus récentes.
- Il manque des informations sur les traitements post-exposition.
- Les difficultés posées par le matériel de prévention de mauvaise qualité sont soulevées par plusieurs participants (lubrifiants et préservatifs). Dans certains cas, il peut même s'agir de matériel périmé. Le manque de diversité est également un frein à leur utilisation. L'association Cabiria en revanche propose une certaine variété (plusieurs tailles de préservatifs, plusieurs sortes de gel lubrifiant).
- Un participant mentionne le fait que les clients refusent l'usage du préservatif féminin. Cet usage évolue toutefois, on observe par exemple une plus grande utilisation auprès des femmes nigérianes. Ces femmes nigérianes utilisant le préservatif féminin viennent en général d'un autre pays européen (et essentiellement d'Italie).
- Il est indiqué qu'il y a moins de risque de rupture avec le préservatif féminin. D'une part, c'est souvent le client qui met le préservatif masculin et, d'autre part, il peut arriver que le client le retire pendant l'acte ou l'abîme volontairement.
- L'utilisation de préservatif féminin dans le cadre de sodomie n'est pas très répandue, même si cela se diffuse progressivement.
- Il faut distinguer deux types de délégations vis-à-vis du client en matière de prévention :
 - Lui déléguer le choix du matériel de prévention (préservatif) ;

- Lui déléguer la pose du préservatif.
- Un participant indique qu'il existe une proportion de personnes qui font des démarches pour obtenir un traitement post-exposition, et n'y ont finalement pas accès. Dans certains cas, le fait d'être en situation de prostitution est un motif de refus. Dans d'autres cas, c'est au contraire un motif de dispensation du traitement.
- Il existe également des problèmes d'observance du traitement post-exposition, comme par exemple en raison de nausées ou des vomissements (craintes de rejeter la pilule du lendemain).
- Il est mentionné que certaines personnes refusent de se rendre aux urgences pour recevoir un traitement post-exposition car elles craignent de se voir faire enlever leur camionnette.
- Un participant rapporte que certaines personnes se verraient refuser le traitement post-exposition à la suite d'un viol lorsque qu'elles refusent de porter plainte. Et même lorsqu'elles acceptent de porter plainte, le temps consacré à effectuer la démarche retarde l'accès au traitement.
- Plusieurs participants confirment ce qu'indiquent les études, à savoir l'existence de prises de risque dans le cadre de la vie privée, plutôt que dans le cadre de l'activité rémunérée.
- Plusieurs participants indiquent qu'ils souhaiteraient voir intégrer davantage d'éléments qualitatifs dans le document, en particulier sur les pratiques.
- Il est proposé de distinguer le dépistage communautaire « TROD » du dépistage dans le système de soins.

- **Troubles gynécologiques**

- Le choix des termes « troubles gynécologiques » est contesté, en particulier pour ce qui relève de la contraception et des IVG.
- Il existe des situations où les personnes victimes de proxénétisme ou de réseaux de traite se voient refuser l'accès à un contraceptif par les personnes qui exercent sur elles cette contrainte. Dans ces contextes, il existe également des IVG sauvages.
- Dans certains cas, des femmes auraient été menacées d'un refus d'IVG dans des structures de soins, si elles refusent d'utiliser une contraception.
- L'accès à l'IVG est particulièrement difficile pour les femmes migrantes et sans-papiers. Certaines rentrent parfois dans leur pays pour le réaliser.
- Le parcours dans les Permanences d'accès aux soins (PASS) pour l'accès à l'IVG est plus long que dans d'autres structures. En revanche, en dehors des PASS, il peut y avoir des barrières financières.
- Plusieurs participants confirment que le principal mode de contraception est le préservatif.
- Il est mentionné que le suivi gynécologique diminue avec l'âge (ex. ménopause), comme c'est le cas dans la population générale, alors même que c'est à ce moment que peuvent survenir certains problèmes de santé liés aux IST.

- **Troubles liés au processus de changement de sexe**

- Il existe des difficultés pour les personnes qui sont engagées dans un processus de transformation du corps, qui induit la prise d'hormones, et les attentes des clients qui leur imposent d'être en mesure d'avoir une érection. Dans ce cas, le recours au viagra est envisagé. Il existe ainsi une opposition structurelle entre la féminisation du corps et les demandes des clients.
- Il peut exister des problèmes de nécroses et des problèmes posés par les traitements suivis dans le cadre de la transformation du corps.
- Il est utile de préciser dans quels cas les données concernent des transgenres Male-to-Female (MtF) ou Female-to-Male (FtM).
- Il existe des inégalités de prise en charge sanitaire pour les transgenres par rapport à la population générale.
- Il existe des idées reçues sur l'impossibilité de contamination du VIH dans le « néo-vagin ».

- **Consommation d'alcool, de tabac et de drogues**

- Plusieurs participants indiquent qu'il leur paraît nécessaire de reformuler la problématique afin de distinguer la consommation de substances (alcool, tabac et drogues) dans le cadre de l'activité rémunérée par rapport à la consommation de ces substances dans la vie privée.
- Plusieurs participants confirment que certains lieux d'activité favorisent la consommation d'alcool comme les bars à champagne dans les zones frontalières.
- Il est également proposé de bien distinguer les rapports sexuels qui sont réalisés dans l'objectif de se procurer de la drogue et la consommation de substances dans la perspective des rapports sexuels.
- Il est indiqué qu'il manque des informations sur la consommation de nouvelles drogues de synthèse.
- Les fréquences d'utilisation des drogues ont beaucoup évolué depuis 2004 ce qui invalide les résultats des rapports de l'OFDT.
- Un participant mentionne que la consommation d'alcool ou de drogue peut être un moyen de supporter les rapports sexuels avec les clients.

- **Violences**

- Plusieurs participants soulignent la nécessité de distinguer les clients et les agresseurs.
- Plusieurs participants indiquent qu'il existe une recrudescence des violences. Les agressions sont à la fois plus nombreuses et plus violentes. Est-ce que cela s'explique par une augmentation de leurs déclarations ou est-ce que cela reflète une réelle augmentation ?
- Il est indiqué qu'il existe toujours une sous-déclaration de la violence, en particulier chez les hommes. L'une des raisons invoquées par les participants est l'attitude stigmatisante qu'ils rencontrent auprès de la police et l'inadéquation des réponses qui leur sont apportées.
- L'éventualité que le médecin pose systématiquement des questions sur les violences est débattue au sein du groupe. Pour d'autres participants, notamment les professionnels de santé, la question des violences doit être posée systématiquement, de la même façon que doit être posée la question de la violence conjugale. C'est le rôle du médecin que d'aller vers le patient pour repérer les éventuelles agressions dont il serait victime. Certains participants ont mis en avant la nécessité que celles-ci soient posées de manière non stigmatisantes, et la nécessité d'un travail commun sur ces questions entre les représentants des professionnels de santé et les représentants des personnes prostituées/tds.

- **Troubles psychologiques**

- Les biais de l'étude Pro-Santé sont reconnus par l'ensemble des participants.
 - Il est possible que le recrutement des personnes, via les associations qui participaient à l'enquête, sélectionnait celles qui souhaitaient sortir de la prostitution. En particulier le pourcentage de personnes déclarant avoir des idées suicidaires de 21 % semble surestimé pour certains participants.
 - Il est également précisé que les résultats de l'enquête Pro-Santé pourraient s'expliquer par le recrutement géographique des personnes : la population parisienne était sous-représentée, or, il existerait d'importantes différences entre les régions.
- Plusieurs participants sont préoccupés par le risque de stigmatisation dans l'exposé des troubles psychologiques.
- La notion de décorporalisation a été rejetée par un nombre important de participants, tandis que qu'un participant a souligné qu'il s'agissait d'un phénomène qui méritait d'être étudié. D'après ce participant, il aurait été souhaitable de davantage en discuter pendant cette réunion.
- Il est proposé de mettre en perspective les travaux sur le phénomène de décorporalisation avec les travaux de D. Fassin et R. Rechtman sur l'usage de la catégorie de « stress post-traumatique ».
- L'ensemble des participants s'accordent sur les souffrances induites par l'exploitation par un tiers. Les participants s'accordent également sur le fait que certaines personnes vivent mal leur activité, sans qu'elles l'exercent sous contrainte d'autrui, et que cela génère une souffrance psychologique.

- Un participant indique que le fait de consentir à des rapports sexuels en échange d'argent est, selon lui, en soi une source de violence psychologique.

- **Autres dommages sanitaires**

- Plusieurs participants confirment les réticences des personnes prostituées/tds à révéler leur activité auprès des médecins par crainte d'être stigmatisés. Ils peuvent aussi craindre de subir une curiosité déplacée de la part des médecins. A ce sujet, une discussion a eu lieu sur ce qui relève de la curiosité déplacée et les questions sur les pratiques que pourraient poser les professionnels de santé dans une perspective de prévention.
- Il est souligné que la communication avec les personnes transgenres nécessite une formation spécifique des professionnels de santé.

- **Les freins à la santé et à l'accès aux soins des personnes qui se prostituent/TDS**

- Les freins à la santé et à l'accès aux soins ont été en grande partie évoqués lors des discussions sur l'état des lieux (ci-dessus).
- Plusieurs participants constatent une dégradation des conditions d'accès à la couverture d'assurance maladie. Il est indiqué qu'il existe des différences selon les départements.
- Le contexte réglementaire de type abolitionniste est considéré par certains participants comme un frein en soi. Des références sont faites aux recommandations du Conseil national du Sida. D'après ces participants, ce contexte :
 1. contribue à ce que la personne soit considérée par le client comme étant « hors la loi » ce qui induit un rapport de pouvoir asymétrique, qui est encore accentué lorsque la personne est en situation irrégulière sur le territoire ;
 2. ne permet pas de bénéficier de la protection juridique relevant du droit du travail ;
 3. génère des difficultés pour bénéficier de couverture sociale. Il existe à ce sujet des incohérences qu'il faudrait identifier ;
 4. génère des difficultés dans l'accès au logement car il est théoriquement pénalement réprimé de louer un logement ou d'accueillir gratuitement une personne qui exerce une activité prostitutionnelle ;
 5. ne permet pas aux personnes prostituées/tds de TdS de s'auto-organiser pour prévenir les risques de violences ;
 6. freine le travail de prévention des associations de santé communautaire car il incite les personnes prostituées/tds à se déplacer à cause de la répression ;
 7. favorise l'immixtion de la police dans les relations entre les associations de santé communautaire et les personnes prostituées/tds.
- Un participant mentionne le fait que la disposition de préservatif est parfois utilisée pour prouver que la personne est en situation de prostitution dans le cadre d'un délit de racolage ce qui freine les bonnes pratiques de prévention.
- Il existe un accord entre les participants sur les effets délétères du délit de racolage, instauré en 2003.
- Il existe des problèmes spécifiques d'accès aux logements pour les personnes transgenres.
- De nombreuses personnes vivent dans des logements insalubres.
- Certaines vivent dans des hôtels et il arrive que les gérants confisquent les papiers d'identité en cas de dettes.
- Le dispositif d'APL n'est pas accessible pour les personnes qui se prostituent/tds.
- Plusieurs participants soulignent l'existence de disparités d'accès aux soins en fonction du temps et du lieu.
- Plusieurs participants confirment que les démarches pour l'ouverture des droits à la couverture sociale sont longues et difficiles.
- Il existe une importante « économie de la débrouille » chez les transgenres sud-américains pour obtenir une couverture sociale (Cf. thèse d'Olga Gonzales).
- Plusieurs participants confirment qu'il existe des problèmes liés aux horaires d'ouverture des centres de dépistage.

- **Ressources documentaires complémentaires :**

- Travaux sur les transgenres : Vivianne Namaste, Université Concordia, Montréal, Canada et Olga Gonzales.
- Etude Cube et Ipergay.
- Les rapports Morlat et Dhumeaux dans cet état des lieux de l'épidémiologie du VIH et des hépatites
- Sur la consommation des drogues synthèse : OFCT.
- TREND.
- Les travaux de la sociologue Marion David sont mentionnés.
- Les travaux du COMED et de Médecins du monde sont mentionnés.
- Il est proposé d'inclure les études menées en Nouvelle-Zélande et en Australie dans l'analyse.
- Michard et Pommier sur les personnes transgenres.

Liste de participants présents

Représentants des associations de patients et d'usagers, ainsi que des représentants des associations et institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes prostituées /TDS

1. ABOUDARAM Irène, Médecins du Monde, Coordinatrice générale
2. BAUDRY Antoine, Association CABIRIA, animateur de prévention
3. BLADOU Fred, AIDES, Chargé de mission Nouvelles Approches de Santé
4. GIACARD Pénélope, chef de projet santé, Amis du Bus des Femmes
5. JUSTE Mylène, Collectif des Femmes de Strasbourg-Saint-Denis, Porte-Parole
6. KASTNER Virginie, Association Grisélidis, Coordinatrice Assistante sociale
7. MERTEUIL Morgane, STRASS, Porte-Parole
8. PLENEL Eve, Association de Recherche de communication et d'action pour l'accès aux traitements (ARCAT SIDA), Directrice
9. de RUGY Hélène, Amicale du Nid, Déléguée Générale
10. VIGNAUD François, Fondation Scelles, Centre de Recherche sur l'exploitation sexuelle
11. SCHAFFAUSER Thierry, Collectif Droits & Prostitution

Experts en sciences humaines et sociales

12. MATHIEU Lilian, Sociologue, CNRS – Centre Max Weber, ENS de Lyon

Représentants des spécialités médicales amenées à rencontrer en consultation des personnes prostituées/TDS et psychologues

13. DUPONT Caroline, PASS Ambroise Paré, médecine interne
14. GROS Nadia, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, gynécologue
15. LELONG Hélène, PASS Hôtel-Dieu, médecin généraliste
16. PHILIPPE Henri-Jean, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, gynécologue
17. PIALOUX Gilles, la Société Française de lutte contre le SIDA, hépato-gastro-entérologue
18. PARIENTE Karine, dermatologue, Société Française de Dermatologie
19. SALMON Dominique, Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Étaient excusés :

1. ABRAMOWITZ Laurent, Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie, hépato-gastro-entérologue
2. ADNET Frédéric, Société Française de Médecine d'Urgence, Médecin urgentiste SAMU 93
3. BERLEMONT Renelde, Fédération Nationale des Associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Attachée de Direction
4. BOUTEILLY Nadine, Coordination française pour le Lobby Européen des Femmes, Chirurgien-dentiste, Secrétaire générale et Présidente Nationale - Libres Mariannes
5. CARLY Elda, Équipe d'action contre le proxénétisme, Président
6. de CHAMPS-LEGER, PASS Hôtel Dieu, médecin généraliste

7. GUIGNARD Jimmy, PASS Hôtel-Dieu, Assistant social,
8. GUILLAUMAUT Françoise, Sociologue, Université Toulouse Jean Jaurès
9. JUBLIN Philippe, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, gynécologue
10. KRETZ Sandrine, PASS Hôtel-Dieu, Gynécologue endocrinologue
11. LHUILLIER Cécile, Act Up-Paris
12. SPERANDEO Dominique, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, gynécologue
13. TROUILLET Raphaël (ou représentant), Société Française de Psychologie, Président

Annexe 7. Compte rendu de la deuxième réunion du groupe de parties prenantes

Vendredi 5 juin 2015 ◀ ▶ 10H – 17H ◀ ▶ Salle 032

COMPTE RENDU

Présentation HAS :

- **Rappel déroulé du projet**
- **Ordre du jour**

Présentation des principales conclusions sur la situation sanitaire des personnes en situation de prostitution/tds (volet 1)

Il est rappelé que, compte tenu des débats sur l'utilisation des termes « personnes prostituées » versus « travailleurs du sexe » au sein du groupe de parties prenantes (Cf. compte rendu de la première réunion du groupe de parties prenantes), la décision finale concernant la terminologie adoptée par la HAS sera effectuée par la CEESP et le Collège de la HAS. Dans l'attente de cette décision institutionnelle, il a été décidé dans le cadre de la deuxième réunion et dans le cadre de ce compte rendu, d'utiliser les termes de « personnes qui se prostituent/travailleurs du sexe (tds) ».

Discussions au sein du groupe :

- Plusieurs participants soulignent que l'absence de surexposition au VIH des personnes prostituées/tds pourrait induire un malentendu auprès des décideurs publics et favoriser une diminution des ressources consacrées aux politiques de prévention.
- Plusieurs participants rappellent la modification des représentations sur la contamination par le VIH qui sont moins effrayantes aujourd'hui, ce qui explique la diminution de l'utilisation de préservatifs en particulier chez les HSH.
- Un participant indique que l'étude de Mc Graith-Lon et al. estime un odd ratio permettant d'évaluer le sur-risque d'hépatite B et C par rapport à la population générale. Il serait utile de le rapporter dans la revue de la littérature.
- Deux participants indiquent qu'il est nécessaire de choisir précisément les termes employés au sujet du « pays de naissance » des personnes ayant migré (e.g. le terme « originaire de » peut être confus).
- Un participant indique que le terme de « sans-papiers » est préféré à « illégale ».
- Plusieurs participants rapportent les résultats d'une étude non publiée qui montre que 51 % des 100 personnes ayant consulté à l'hôpital Bichat au sein d'une population de personnes transgenres étaient affectées par la syphilis.
- Un participant indique qu'il est utile de rappeler les facteurs de risques spécifiques auxquels sont exposées les personnes transgenres tels qu'ils sont établis dans différents rapports scientifiques.
- Un participant indique que des études existent sur la consommation de drogues chez les HSH et qu'elles montrent les évolutions récentes de ces consommations (ex. South London 2012, 2013). Il rappelle la nécessité de distinguer l'usage de drogues dans un but sexuel et l'usage de drogues dans d'autres cadres.
- Plusieurs participants confirment la forte consommation de tabac chez les personnes prostituées/tds et chez les HSH en général.
- Un participant souligne la nécessité de mettre en perspective la consommation de tabac et d'alcool chez les personnes prostituées/tds avec les pratiques de consommation des groupes socio-culturels auxquels ils appartiennent, par exemple en fonction de l'origine géographique. Comme l'indique la revue de la littérature, les personnes migrantes consomment moins de tabac que les personnes nées dans les pays de l'étude, à l'exception des personnes nées en Europe de l'Est. Par ailleurs, ces consommations peuvent évoluer. Un participant mentionne une augmentation de la consommation de tabac chez les femmes nées au Nigéria.

- Un participant indique qu'il est nécessaire de distinguer la consommation de cocaïne et celle d'héroïne. Il convient également de distinguer la consommation de speed ball d'autres types de polyconsommation.
- Plusieurs participants rappellent le manque d'information sur l'état de santé des personnes transgenres et regrettent que les résultats de l'étude CUB ne soient pas publiés suffisamment tôt pour permettre d'éclairer les risques sanitaires spécifiques auxquels elles sont exposées.
- Plusieurs participants rappellent que l'extrapolation des résultats des études sur les violences menées en Grande-Bretagne doit être effectuée avec prudence. Il est rappelé que la forte exposition des personnes prostituées/tds à un risque de violence semble converger avec les données rapportées par les associations dans le cadre de leurs rapports d'activité. Il est proposé de compléter la revue de la littérature des données proposées dans l'ouvrage *Femmes migrantes & empowerment*.
- Un participant indique qu'il est important de mettre en exergue la variabilité des expositions à la violence et l'ensemble des cofacteurs pour la violence (lieux d'exercice, modalités de pratique). Il peut y avoir un minimum d'exposition à la violence pour les personnes qui exercent leur activité rue Saint Denis à Paris, en particulier lorsque les femmes sont françaises et propriétaires de leur studio, tandis que les personnes qui exercent leur activité dans le bois de Boulogne subissent des agressions quotidiennes.
- Les termes de « troubles psychologiques » par contraste avec d'autres termes tels que « santé psychologique », « santé mentale » ou « équilibre psychologique » sont discutés. De même, il est proposé de privilégier les termes de « santé gynécologique » plutôt que ceux de « troubles gynécologiques ».
- Un participant indique que l'accompagnement psychologique des personnes en situation de prostitution/tds peut être essentiel même si l'activité de prostitution/tds n'est pas nécessairement associée à une pathologie mentale. Des souffrances psychiques peuvent en effet résulter d'un contexte social et politique particulier. Cet accompagnement psychologique est en partie déjà apporté par les associations, mais celles-ci ont peu recours à des psychologues et c'est un manque. Ce participant indique que paradoxalement la formation des psychologues sur les pratiques sexuelles est insuffisante.
- L'impact de l'activité prostitutionnelle/tds, en soi, sur la survenue de troubles psychologiques reste l'objet de désaccords entre les participants du groupe de parties prenantes.
- Il demande que les controverses soulevées par les travaux de J. Trinquart soient davantage explicitées.
- L'utilisation de la catégorie « usagers de drogue par voie intraveineuse » est contestée car elle exclut les consommateurs réguliers de cocaïne. Ce qui est important c'est de distinguer l'usage occasionnel et les pratiques addictives.
- Un participant souligne des consommations de drogues particulières dans les zones caraïbes, en particulier de crack.
- Il est proposé d'utiliser le terme « polyconsommation » lorsque l'on mentionne la consommation de speed ball dans la mesure où le détail des produits consommés de façon concomitante peut varier.
- L'usage de drogue dans le cadre des rapports sexuels (notamment les drogues de synthèse) induit des prises de risques réelles bien qu'il existe un manque d'information très important à ce sujet.
- Il est proposé d'ordonner les sections sur les facteurs de vulnérabilité par ordre alphabétique comme cela était proposé pour le volet 2. Cela permet d'éviter de devoir choisir un critère de priorisation par exemple en fonction de la gravité du facteur de vulnérabilité et de son impact sur la santé des personnes ou en fonction du nombre de personnes affectées par le facteur de vulnérabilité. Les données disponibles ne permettant pas d'ordonner les facteurs de vulnérabilité en fonction de l'un ou de l'autre de ces critères.
- Sur la question du manque d'information des personnes débutantes et des personnes exerçant leur activité sur internet, il est proposé de renvoyer au travail de S. Pruyen sur « stigmates et métiers » qui évoque les relations entre les « anciennes » et les « nouvelles ». Il est également possible de renvoyer à l'enquête du LOTUS BUS sur les violences dans lequel il est fait référence à la mise en place de stratégies collectives.

Présentation et discussions sur les recommandations sur les problématiques sanitaires identifiées (volet 2)¹⁶

- Plusieurs participants indiquent qu'il n'est pas pertinent de regrouper toutes les personnes prostituées/tds au sein d'une seule catégorie. Il est rappelé que c'est effectivement le constat d'une diversité de situations et de la forte variabilité des niveaux d'exposition aux risques sanitaires qui a conduit à modifier la structure de la deuxième partie du volet 1. Il est en effet désormais proposé d'identifier des facteurs de vulnérabilité sanitaires des personnes et non d'envisager l'ensemble des freins à la santé au sein de cette population particulière.
- Plusieurs participants indiquent que la prise en charge des troubles mentaux soulève des enjeux très importants, en particulier pour les personnes victimes de traitements des êtres humains.
- Plusieurs participants ont regretté les limites du périmètre de l'évaluation concernant les risques psychologiques. La question du champ de compétences de la HAS sur ces questions a été posée. Pour certains participants, la santé mentale relève d'une expertise sanitaire, si bien qu'il est souhaitable que la HAS explore de façon complète la question de l'impact de l'activité prostitutionnelle/tds sur les troubles mentaux. Il a été rappelé que des difficultés ont été rencontrées pour inclure des professionnels de santé spécialisés en psychologie et en psychiatrie dans le groupe de parties prenantes et que sans le soutien de ces professionnels, la HAS n'est pas en capacité de trancher des controverses aussi fortes.
- Il est demandé par plusieurs participants d'utiliser l'expression de « santé psychologique » ou de « santé mentale » plutôt que l'expression de « troubles psychologiques » qui apparaît comme stigmatisante.
- Plusieurs participants ont souligné que la section sur les risques psychologiques induits par les actes de violence était disproportionnée par rapport aux autres sections dans le document pratique.
- Plusieurs participants mentionnent les différences de définition entre le proxénétisme et les réseaux de traite et proposent de distinguer plus clairement ces notions. La notion de proxénétisme englobe une grande variété de situations où la coercition exercée par le proxénète est plus ou moins forte et s'accompagne de plus ou moins de violences. Un participant indique que selon lui, la notion de proxénétisme n'implique pas nécessairement d'actes de coercition puisqu'elle peut inclure également les actes d'entraide entre deux personnes en situation de prostitution/tds, le fait de partager un même local pour travailler, le fait de vivre en concubinage avec une personne en situation de prostitution ou encore le fait d'héberger sur internet un site d'escorte.
- Une discussion a eu lieu sur l'intérêt d'approximer le nombre de personnes victimes de réseaux de traite au moyen du nombre de condamnations pénales. Il est rappelé que la HAS a considéré qu'elle ne disposait pas de données suffisantes pour évaluer le nombre de personnes en situation de prostitution/tds en général, et dans le cadre de conditions plus précises (ex. dans la rue, sur internet, etc.). De la même façon, la HAS ne dispose pas d'informations suffisantes pour estimer le nombre de personnes victimes de réseaux de traite.
- De nombreux participants indiquent la nécessité de recenser les lieux d'accès aux soins, parallèlement au résumé des recommandations dans le cadre du volet 2, soit en introduction, soit dans le cadre de chaque section.
- La question de l'information à donner au médecin sur l'activité prostitutionnelle/tds est posée. Les participants s'accordent sur l'intérêt pour le médecin d'aborder la question des pratiques sexuelles de manière générale (multiplicité des partenaires et utilisation du préservatif) sans qu'il soit nécessaire d'interroger le patient sur une éventuelle activité prostitutionnelle/tds. Un participant souligne qu'il n'est pas souhaitable que les professionnels de santé posent directement de questions sur une éventuelle activité prostitutionnelle. Le fait de révéler mener cette activité peut avoir des conséquences majeures pour la personne, son entourage (conjoint, enfants, voisinage, etc.). Plusieurs participants indiquent que la formation des médecins sur les

¹⁶ Initialement, il était envisagé de rédiger un « document pratique » ou « volet 2 » résumant l'ensemble des recommandations sur les risques sanitaires auxquelles sont spécifiquement exposées les personnes en situation de prostitution/tds. Finalement, à l'issue des discussions en Commission d'évaluation économique et de santé publique en septembre 2015, il a été décidé d'inclure ces éléments de synthèse dans le présent document, dans le cadre d'une annexe dédiée.

pratiques sexuelles en générale est insuffisante. De manière générale, il s'agirait de mieux les former au « counseling » et à l'écoute active. Il est possible de s'appuyer sur l'expérience et les compétences acquises des médecins spécialisés dans la prise en charge du VIH en matière de communication. Les questions sur les pratiques sexuelles doivent être justifiées par la présence de symptômes ou par une démarche systématique et non découler de représentations sur les caractéristiques sociales des personnes ayant des pratiques à risque.

- Plusieurs participants indiquent qu'il est préférable de parler de « pratiques à risques » plutôt que de « groupes à risques ». De même, il est préférable de parler de « facteurs de vulnérabilité » plutôt que de « populations vulnérables ». Enfin, deux participants ont demandé de parler d'une « accumulation de facteurs de vulnérabilité subis » et non de « personnes qui cumulent des facteurs de vulnérabilité » : ces personnes sont victimes d'un contexte social et non responsables de leur situation de vulnérabilité.
- Plusieurs participants mentionnent le manque d'informations et de recommandations sur les dispositifs d'auto-prélèvement vaginaux (ex. kit de prélèvement pour le dépistage du chlamydia).
- Plusieurs participants considèrent que les rythmes de dépistage des IST varient en fonction des pratiques et qu'il n'est pas pertinent de définir un rythme identique pour toute la population générale.
- Les participants s'accordent sur la nécessité d'engager une réflexion sur la diversification des zones de dépistage en fonction des pratiques.
- Les pratiques de prévention et de dépistage doivent être encouragées dans le cadre de pratiques de rapports oraux.
- Plusieurs participants remarquent que les données semblent suggérer que les dépistages d'IST réalisés au moyen de tests sanguins sont davantage réalisés que les dépistages d'IST réalisés au moyen de prélèvements des muqueuses.
- Les difficultés posées par les évolutions actuelles des recommandations en matière de dépistage et de traitement de l'hépatite C sont posées. Il est souligné qu'il n'est pas possible de prendre position, dans le cadre du présent travail, sur des enjeux aussi complexes et aussi importants, la méthodologie d'évaluation n'ayant pas été définie en conséquence (le document s'appuie notamment sur un groupe de parties prenantes et non sur un groupe de travail).
- Plusieurs participants indiquent qu'il manque des informations sur l'hépatite A et, en particulier, il est nécessaire de rappeler que la transmission par voie sexuelle est possible, en particulier chez les HSH.
- Les participants précisent au sujet de l'herpès que le préservatif permet de limiter la survenue d'une primo-transmission. La présence d'herpès en cas de grossesse génère un risque de complications néo-natales et de transmission *per-partum*. C'est la raison pour laquelle un traitement est recommandé, aux Etats-Unis, pendant la grossesse. Les participants indiquent qu'il est nécessaire de distinguer l'herpès 1 et 2.
- Plusieurs participants indiquent qu'il aurait été nécessaire de préciser les conséquences de chaque IST en cas de grossesse.
- Il est demandé par plusieurs participants d'ajouter une section dans le document pratique sur les IVG. Un participant précise qu'il est nécessaire de ne pas conditionner la réalisation de l'IVG à la prise d'une contraception, de ne pas montrer aux patientes en orthogénie les battements de cœur ou de les informer sur le sexe s'il est visible, sans leur avoir demandé leur accord au préalable. De même, il est conseillé de créer des partenariats privilégiés pour éviter l'accumulation des rendez-vous (échographies, ouverture droits, anesthésiste, consultation de gynécologie) car cette accumulation des rendez-vous est un frein à l'accès à l'IVG. Il est également nécessaire de prévoir un recours possible à l'interprétariat.
- Les participants s'accordent sur le manque de recommandations en matière de dépistage des cancers anaux. Il serait utile de préciser quels sont les facteurs de risques pour ces cancers.
- Plusieurs participants soulignent qu'il est nécessaire de davantage distinguer les lésions précancéreuses, les condylomes puis le stade de cancer du col de l'utérus.
- Un participant indique qu'il est préférable de parler de « personnes transgenres » ou de « transidentité » plutôt que de parler de « transsexualisme ».
- Il est demandé d'ajouter une section sur les traitements « préexposition » dans le document pratique. Plusieurs participants soulignent les enjeux posés par les traitements prophylactiques du VH. Ils évoquent l'étude « Flash Prep », ainsi qu'une étude menée à Ambroise Paré

sur une population de personnes transgenres. Ils indiquent que les personnes en situation de prostitution/tds sont en général assez peu intéressées par ces traitements. Ces traitements soulèvent en outre des enjeux économiques importants et ils peuvent avoir un effet délétère sur la capacité des personnes à négocier le port du préservatif dans une perspective de prévention des IST en général.

- Plusieurs participants indiquent que la partie consacrée aux conséquences psychologiques des violences (du volet 2) devrait être reformulée car sa taille est disproportionnée par rapport aux autres parties du document.
- Il est indiqué que les travaux de Pascale Molinier sur les conséquences psychologiques du stress au travail pourraient être mobilisés.
- Il est mentionné que, dans certains cas, les professionnels de santé perçoivent la répétition des dépistages du VIH comme un échec des interventions de prévention qu'ils ont mis en œuvre et adoptent une attitude critique et stigmatisante vis-à-vis de leur patient.
- Il est précisé que le volet 2 devrait comprendre des informations sur les recommandations en matière d'IVG.

De manière générale, il a été rappelé que le document n'avait pas vocation à formuler des recommandations sur les modalités d'action sur le terrain et les interventions de prévention les plus efficaces. Pour pouvoir formuler de telles recommandations, il aurait fallu conduire une revue de la littérature sur l'ensemble des interventions envisageables pour lesquelles des données d'efficacité étaient disponibles et d'évaluer la « transposabilité » des résultats obtenus au niveau local, en France ou à l'étranger, sur l'ensemble du territoire français, ce qui n'a pas été effectué.

Par ailleurs, la nécessité d'organiser une réunion supplémentaire avec les professionnels de santé a été soulignée. L'objectif de cette réunion est de vérifier l'exactitude des informations médicales contenues dans le volet 2.

Enfin, à l'issue de la réunion une sollicitation a été adressée par le Dr Judith Trinquart, au nom de l'Amicale du nid, pour apporter des éléments d'information complémentaires. Des références bibliographiques ont été transmises et elles ont été analysées, comme l'ont été l'ensemble des références bibliographiques identifiées au moyen de la recherche documentaire ainsi que celles transmises par les membres du groupe de parties prenantes. Des remarques ont été effectuées sur le document et le processus d'évaluation retenu par la HAS :

- le fait que la HAS n'ait pas sollicité d'experts en médecine légale a été critiqué ;
- il est précisé que l'unité de médecine judiciaire de Gonesse constate un nombre croissant de personnes mineures, âgées d'environ 13 ou 14 ans, victimes de violences sexuelles antérieures et qui échangent des rapports sexuels en échange d'objets et que ces personnes n'ont pas conscience de rentrer dans une activité prostitutionnelle ;
- il est également précisé que cette unité rencontre un nombre croissant de femmes migrantes victimes de violences conjugales qui ne parlent pas français, qui sont sans ressources et qui quittent le domicile conjugal, souvent avec leurs enfants, et qui sont susceptibles de recourir à une activité prostitutionnelle par manque de ressources.

Parmi les remarques recueillies sur le compte rendu de la deuxième réunion, un participant a rappelé que le titre du document posait, selon lui, un problème puisqu'il sous-entendait l'existence d'un sur-risque sanitaire lié à l'activité prostitutionnelle et qu'il était stigmatisant. Il est proposé de remplacer le titre initial, formulé dans la saisine qui était adressé par le demandeur, par l'un des titres suivants : « Prévention des infections sexuellement transmissibles et des risques sanitaires liés à la pénalisation et à la stigmatisation de la prostitution et du travail sexuel » ou « Prévention des infections sexuellement transmissibles et promotion de la santé chez les prostituées & travailleurs(-ses) du sexe ». Ce point avait déjà été mentionné lors de la première réunion (cf. supra). De même, l'expression « personnes prostituées » est à nouveau critiquée et il est demandé de la remplacer par l'expression « travailleurs(-ses) du sexe ». Enfin, il est demandé de remplacer le terme de « clients » par le terme d'« agresseurs » lorsqu'ils exercent des violences.

Liste de participants présents

Représentants des associations de patients et d'usagers, ainsi que des représentants des associations et institutions impliquées dans l'accompagnement des personnes prostituées /TDS

20. COURRET Laure, Médecins du Monde, Assistante Desk à la direction des missions France de Médecins du Monde
21. BAUDRY Antoine, Association CABIRIA, Animateur de prévention
22. BLADOU Fred, AIDES, Chargé de mission Nouvelles Approches de Santé
23. GIACARD Pénélope, chef de projet santé, Amis du Bus des Femmes
24. JUSTE Mylène, Collectif des Femmes de Strasbourg-Saint-Denis, Porte-Parole
25. KASTNER Virginie, Association Grisélidis, Coordinatrice Assistante sociale
26. MERTEUIL Morgane, STRASS, Porte-Parole
27. PLENEL Eve, Association de Recherche de communication et d'action pour l'accès aux traitements (ARCAT SIDA), Directrice
28. de RUGY Hélène, Amicale du Nid, Déléguée Générale
29. SCHAFFAUSER Thierry, Collectif Droits & Prostitution
30. CARLY Eida, Équipe d'action contre le proxénétisme, Président

Experts en sciences humaines et sociales

31. GUILLEMAUT Françoise, Sociologue, Université Toulouse Jean Jaurès

Représentants des spécialités médicales amenées à rencontrer en consultation des personnes prostituées/TDS et psychologues

32. BLOEDE François, Collège de la Médecine Générale
33. DUPONT Caroline, PASS Ambroise Paré, médecine interne
34. GIRAULT-LIDVAN Noëlle, Société Française de Psychologie, psychologue
35. PHILIPPE Henri-Jean, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, gynécologue
36. PARIENTE Karine, dermatologue, Société Française de Dermatologie
37. SALMON Dominique, Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Étaient excusés :

14. ABRAMOWITZ Laurent, Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie, hépatogastroentérologue
15. ADNET Frédéric, Société Française de Médecine d'Urgence, Médecin urgentiste SAMU 93
16. ARNOULD France, Amis du Bus des Femmes
17. BERLEMONT Renelde, Fédération Nationale des Associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Attachée de Direction
18. BOUTEILLY Nadine, Coordination française pour le Lobby Européen des Femmes, Chirurgien-dentiste, Secrétaire générale et Présidente Nationale - Libres Mariannes
19. de CHAMPS-LEGER, PASS Hôtel Dieu, médecin généraliste
20. DESCHAMPS François, Fédération Française de Psychiatrie
21. GROS Nadia, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
22. GUIGNARD Jimmy, PASS Hôtel-Dieu, Assistant social,
23. JUBLIN Philippe, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, gynécologue
24. KRETZ Sandrine, PASS Hôtel-Dieu, Gynécologue endocrinologue
25. LHUILLIER Cécile, Act Up-Paris
26. LELONG Hélène, PASS Hôtel-Dieu, médecin généraliste
27. MATHIEU Lilian, Sociologue
28. PIALOUX Gilles, la Société Française de lutte contre le SIDA, hépatogastro-entérologue
29. SPERANDEO Dominique, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, gynécologue

Liste des Tableaux

Tableau 1. Contexte réglementaires des pays européens.....	14
Tableau 2 . Nombre de personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie dans les études françaises	36
Tableau 3 . Accès au logement dans les études.....	39
Tableau 4. Méthodologie des études quantitatives	52
Tableau 5. Consommation d'alcool et de tabac dans la population générale	71
Tableau 6. Consommation d'alcool dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	71
Tableau 7. Consommation de tabac.....	72
Tableau 8. Consommation de cannabis dans les études.....	72
Tableau 9. Consommation de cocaïne.....	73
Tableau 10 Consommation d'héroïne	74
Tableau 11 Autres substances et polyconsommation.....	75
Tableau 12. Études françaises anciennes : consommations alcool et drogues.....	76
Tableau 13. Fréquence des IVG et moyens contraceptifs dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	76
Tableau 14. Prévalence du VIH dans la population générale, Source INVS (Cf. Annexes).....	78
Tableau 15. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : femmes.....	78
Tableau 16. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : hommes.....	79
Tableau 17. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : transgenres.....	80
Tableau 18. Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : population mixte	81
Tableau 19. Études françaises anciennes : Prévalence du VIH dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds.....	81
Tableau 20. Usage du préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : hommes.....	82
Tableau 21. Données françaises non retenues dans la revue de la littérature : Usage du préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	84
Tableau 22. Prévalence Hépatite B et C en population générale. Source INVS (Cf. Annexes)	85
Tableau 23 Prévalence Hépatite B et C dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds : femmes, hommes et transgenres	85
Tableau 24 Données non retenues dans la revue de la littérature : Hépatite B et C dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	87
Tableau 25 Prévalence IST en population générale (Cf. annexes)	87
Tableau 26 Prévalence IST (données non différenciées par type d'IST) dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds.....	88
Tableau 27 Prévalence de chlamydia dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	89
Tableau 28 Prévalence du gonocoque dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	90
Tableau 29 Incidence de la syphilis dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds.....	91
Tableau 30. Prévalence Papillomavirus dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	93

Tableau 31. Prévalence d'autres IST dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	93
Tableau 32 Etude française ancienne : prévalence autres IST.....	94
Tableau 33 Troubles gynécologiques autres que les infections sexuellement transmissibles dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds.....	95
Tableau 34 Recours aux dépistages VIH et IST dans les échantillons des études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	96
Tableau 35 Fréquence des accidents de préservatif dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds	97
Tableau 36 Recours à un traitement post-exposition en cas de rapports non protégés ou en cas d'accidents de préservatifs dans les études sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution	97
Tableau 37 Troubles psychologiques déclarés dans les 12 derniers mois.....	98
Tableau 38 Consommation de psychotropes	98
Tableau 39 Personnes ayant subi des violences	98
Tableau 40 Etudes françaises anciennes : personnes ayant subi des violences	100
Tableau 41. État de santé perçu	100
Tableau 42. Problèmes de santé déclarés	100
Tableau 43. Prévalence des maladies en population générale.....	102
Tableau 44. Résumé des recommandations 1 Chlamydia Trachomatis.....	109
Tableau 45. Résumé des recommandations 2 Hépatite B.....	110
Tableau 46. Résumé des recommandations 3 Hépatite C.....	112
Tableau 47. Résumé des recommandations 4 Herpès génital	114
Tableau 48. Résumé des recommandations 5 Gonocoque	116
Tableau 49. Résumé des recommandations 6 Papillomavirus, cancer du col de l'utérus et cancer anal	117
Tableau 50. Résumé des recommandations 7 Syphilis	119
Tableau 51. Résumé des recommandations 8 Urétrites et cervicites non compliquées	120
Tableau 52. Résumé des recommandations 9 VIH.....	121
Tableau 53. Résumé des recommandations 10 Contraception	124
Tableau 54. Résumé des recommandations 11 Tabac.....	126
Tableau 55. Résumé des recommandations 12 Violences	127

L'équipe

Ce travail a été coordonné et rédigé par Mme Clémence Thébaut, chef de projet à la HAS, dans le service Évaluation économique et santé publique, sous la direction de Mme Catherine Rumeau-Pichon, Chef du service Évaluation économique et santé publique et Adjointe au Directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique.

Le Dr Marie-Laure Bourain (médecin généraliste en libéral, chargé de projet) et Mme Elsa DUTEIL (stagiaire) ont contribué à l'analyse de la littérature.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste, avec l'aide de Mme Laurence Frigère, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme le Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Sabrina MISSOUR, assistante au Service évaluation économique santé publique.

Mme Anne-Marie Lehr-Drylewicz et M. P. Hassenteufel étaient rapporteurs lors de la validation de la note de cadrage par la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP).

M. Jean-Claude K Dupont, le Dr Claude Martineaux et M. Thomas Sannié étaient rapporteurs lors de la validation finale du document.

Bibliographie

1. Penfold C, Hunter G, Campbell R, Barham L. Tackling client violence in female street prostitution: Inter-agency working between outreach agencies and the police. *Policing and Society* 2004;14(4):365-79.
2. Sanders T, Campbell R. Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *Br J Sociol* 2007;58(1):1-19.
3. Canter D, Ioannou M, Youngs D. Safer sex in the city: The experience and management of street prostitution. London: Asgathe; 2009.
4. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain-Menninger D, Emmanuelli J. Prostitutions : les enjeux sanitaires Paris: IGAS; 2012.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000667/0000.pdf>
5. Corbin A. Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution (XIXe et XXe siècles) Paris: Flammarion; 1979.
6. Commission mondiale sur le VIH et le Droit, Programme des Nations Unies pour le développement. Le VIH et le Droit : Risques, droits, et santé. New York: PNUD; 2012.
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Commissions%20report%20final-FR.pdf>
7. Dolillet S, Östergen P. La loi suédoise contre l'achat d'acte sexuel: Succès affirmé et effets documentés. Document de conférence présenté à l'atelier international: *Décriminalisation de la prostitution et au-delà: les expériences pratiques et défis*. La Haye, 3 et 4 Mars 2011. La Haye; 2011.
<http://chezstella.org/docs/loi-suedoise-2011-fr.pdf>
8. First decriminalize sex work. Swedish model a failure. Yet another law targeting street-based sex workers. Stockholm: First; 2010.
<http://www.bayswan.org/swed/Swedish-model-a-failure.pdf>
9. Aïach P, Delanoë D. L'ère de la médicalisation. *Ecce Homo Sanitas*. Paris: Anthropos; 1998.
10. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Philadelphia: Temple University; 1992.
11. Amicale du NID la Babotte 34. Synthèse du rapport d'enquête sur la prostitution des étudiant-e-s. Montpellier: AdN; 2014.
<http://www.amicaledunid.org/images/Synthse-rapport-PE-version2.pdf>
12. Grémy I, Embersin C, Brouard C, Daydou E. Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep. *Actu Dossier Santé Publ* 2002;(41):10-3.
13. Guillemaut F, Schutz Samson M. La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges economico-sexuels en Guadeloupe. Synthèse et note de conclusion du rapport final. Paris: Ministère de la santé; 2009.
http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQU/UE/Votre_Sante/La_sante_par_public/Personnes_exercant_prostitution/prostitution_guadeloupe_09.pdf
14. Guillemaut F, Schutz Samson M. Étude de la prostitution, des échanges economico-sexuels en France et prévention du VIH. Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/SIDA. Rapport. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011.
15. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;48(1):97-103.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. EMIS 2010: The European men-who-have sex-with-men Internet survey. Stockholm: ECDC; 2010.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>
17. Institut de veille sanitaire, Lot F, Hajman E, Le Grand E, Fender L, Cirbeau C, *et al*. Étude ProSanté 2010-2011 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. *Bull Epidémiol Hebdo* 2013;(39-40):517-23.
18. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Da Silva L, Evangelista L. Consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. Saint-Denis la Plaine: OFDT; 2004b.
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxd/ika.html>
19. Platt L, Grenfell P, Bonell C, Creighton S, Wellings K, Parry J, *et al*. Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. *Sex Transm Infect* 2011;87(5):377-84.
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
21. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES; 2013.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
22. Beck F, Guignard R, Richard JB. Actualités épidémiologiques du cannabis. *Rev Prat* 2013;63(10):1420-3.
23. Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based

- prostitutes: a cross-sectional survey. *BJOG* 2007;114(7):875-81.
24. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *BMJ* 2001;322(7285):524-5.
25. Beck F, Guignard R, Richard JB, Léon C. Baromètre santé 2010. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 analyses régionales du baromètre santé de l'Inpes. Saint-Maurice: INPES; 2013. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
26. Ballester-Arnal R, Salmerón-Sánchez P, Gil-Llario MD, Giménez-García C. The influence of drug consumption on condom use and other aspects related to HIV infection among male sex workers in Spain. *AIDS Behav* 2013;17(2):536-42.
27. Belza MJ, Llácer A, Mora R, de la Fuente L, Castilla J, Noguer I, *et al.* Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit* 2000;14(5):330-7.
28. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Cagliero S, Lagrange H. Consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine Saint-Denis La Plaine: OFDT; 2004a. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxscka.html>
29. Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, *et al.* Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis* 2008;35(2):178-83.
30. del Amo J, González C, Belda J, Fernández E, Martínez R, Gómez I, *et al.* Prevalence and risk factors of high-risk human papillomavirus in female sex workers in Spain: differences by geographical origin. *J Womens Health* 2009;18(12):2057-64.
31. Clouet E. Réalités et besoins des femmes prestataires de services sexuels via Internet en France Métropolitaine Toulouse: Association Grisélidis; 2013.
32. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect* 2015.
33. Ingold R, Toussirt M. Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH : Investigation ethnographique de la prostitution à Paris de 1989-1993. *Bull Epidémiol Hebdo* 1994;(27):119-21.
34. Moreau C, Bajos N, Bouyer J, COCON Group. Access to health care for induced abortions. Analysis by means of a French national survey. *Eur J Public Health* 2004;14(4):369-74.
35. Mc Grath-Lone L, Marsh K, Hughes G, Ward H. The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect* 2014;90(4):344-50.
36. Ward H, Day S, Green A, Cooper K, Weber J. Declining prevalence of STI in the London sex industry, 1985 to 2002. *Sex Transm Infect* 2004;80(5):374-8.
37. Sethi G, Holden BM, Gaffney J, Greene L, Ghani AC, Ward H. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male sex workers in London over a 10 year period. *Sex Transm Infect* 2006;82(5):359-63.
38. Belza MJ. Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sex Transm Infect* 2005;81(1):85-8.
39. Institut de veille sanitaire, 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 Hebdo* 2011;(42):433-7.
40. Zaccarelli M, Spizzichino L, Venezia S, Antinori A, Gattari P. Changes in regular condom use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: a 12 year study. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):541-5.
41. Belza MJ. Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000-2001. *Eur J Epidemiol* 2004;19(3):279-82.
42. Castilla J, Sobrino P, del Amo J. HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sex Transm Infect* 2002;78(4):250-4.
43. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T, *et al.* Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect* 2013;89(4):311-9.
44. Pezzoli MC, Hamad IE, Scarcella C, Vassallo F, Speziani F, Cristini G, *et al.* HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007. *Emerg Infect Dis* 2009;15(11):1802-4.
45. del Amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, *et al.* Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Infect* 2005;81(1):79-84.
46. Sethi G, Holden BM, Greene L, Gaffney J, Ward H. Hepatitis B vaccination for male sex workers: the experience of a specialist GUM service. *Sex Transm Infect* 2006;82(1):84-5.
47. Fraser G, McAdams R, Heng J, Macpherson A. Psychosocial and sexual healthcare needs in men selling sex in Glasgow: a retrospective case note review. *Sex Transm Infect* 2014;90(6):504.

48. Gutiérrez M, Tajada P, Alvarez A, De Julián R, Baquero M, Soriano V, *et al.* Prevalence of HIV-1 non-B subtypes, syphilis, HTLV, and hepatitis B and C viruses among immigrant sex workers in Madrid, Spain. *J Med Virol* 2004;74(4):521-7.
49. Baars JEF, Boon BJ, Garretsen HF, van de Mheen D. Vaccination uptake and awareness of a free hepatitis B vaccination program among female commercial sex workers. *Womens Health Issues* 2009;19(1):61-9.
50. Matteelli A, Beltrame A, Carvalho AC, Casalini C, Forleo MA, Gulletta M, *et al.* Chlamydia trachomatis genital infection in migrant female sex workers in Italy. *Int J STD AIDS* 2003;14(9):591-5.
51. Hurtado I, Alastrue I, Pavlou M, Tasa T, Pérez-Hoyos S. Increased syphilis trend among patients in an AIDS information and prevention center. *Gac Sanit* 2011;25(5):368-71.
52. Touzé A, de Sanjosé S, Coursaget P, Almirall MR, Palacio V, Meijer CJ, *et al.* Prevalence of anti-human papillomavirus type 16, 18, 31, and 58 virus-like particles in women in the general population and in prostitutes. *J Clin Microbiol* 2001;39(12):4344-8.
53. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect* 2004;80(2):118-20.
54. Tipple C, Hill SC, Smith A. Is screening for pharyngeal *Chlamydia trachomatis* warranted in high-risk groups? *Int J STD AIDS* 2010;21(11):770-1.
55. van Liere GA, Hoebe CJ, Dukers-Muijers NH. Evaluation of the anatomical site distribution of chlamydia and gonorrhoea in men who have sex with men and in high-risk women by routine testing: cross-sectional study revealing missed opportunities for treatment strategies. *Sex Transm Infect* 2014;90(1):58-60.
56. Nigro L, Larocca L, Celesia BM, Montineri A, Sjöberg J, Caltabiano E, *et al.* Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily. *J Immigr Minor Health* 2006;8(4):319-23.
57. Institut de veille sanitaire, Serre A, Cabral C, Castelletti S, Brunet JB, De Vincenzi I. Recherche-action auprès des transsexuels et travestis prostitués à Paris. *Bull Epidémiol Hebdo* 1994;20:89-92.
58. Ballester R, Salmerón P, Gil MD, Gómez S. Sexual risk behaviors for HIV infection in Spanish male sex workers: differences according to educational level, country of origin and sexual orientation. *AIDS Behav* 2012;16(4):960-8.
59. Trani F, Altomare C, Nobile CGA, Angelillo IF. Female sex street workers and sexually transmitted infections: their knowledge and behaviour in Italy. *J Infect* 2006;52(4):269-75.
60. Institut de veille sanitaire, 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 Hebdo* 1992;(47):223-4.
61. Jeal N, Salisbury C. A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *J Public Health* 2004;26(2):147-51.
62. Kimmitt PT, Tabrizi SN, Crosatti M, Garland SM, Schober PC, Rajakumar K, *et al.* Pilot study of the utility and acceptability of tampon sampling for the diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infections by duplex realtime polymerase chain reaction in United Kingdom sex workers. *Int J STD AIDS* 2010;21(4):279-82.
63. Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sex Transm Infect* 2006;82(5):413-7.
64. Beck F, Guilbert P. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
65. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: A comparative study. *A N Z J Psy* 2001;35(1):75-80.
66. Gorry J, Roen K, Reilly J. Selling your self? The psychological impact of street sex work and factors affecting support seeking. *Health Soc Care Community* 2010;18(5):492-9.
67. Farley M, Cotton A, Lynne J, Zumbek S, Spiwak F, Reyes ME. Prostitution and trafficking in nine countries: an update on violence and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Pract* 2004;2(3/4):33-74.
68. Farley M. Bad for the body, bad for the heart : Prostitution harms women even if legalized or decriminalized. *Violence Against Women* 2004;10(10):1087-125.
69. Mouvement du Nid. Prostitution prévention accompagnement comment agir ? Guide pratique pour les acteurs sociaux. Malakoff: Délégation Mouvement du Nid; 2010. <http://mouvementdnid.org/IMG/pdf/2010guidepratiqueacteurssociauxv1.pdf>
70. Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins. [Thèse Doctorat de médecine générale]. Bobigny: Paris 13; 2002. http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/these_sur_la_decorporalisation_dans_la_pratique-prostitutionnelle-Judith_Trinquart.pdf
71. Melito L. Comprendre les prostituées, des intermittentes du couple? . *Rev Int Psychol* 2011;XVII(43):293-300.
72. Puidokien D, Ruškus J. What does it mean to be a prostitute?: A lived personal experience of women in prostitution. *Pensée plurielle* 2011;27(2):111-39.

73. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion; 2007.
74. Daalder AL, Bogaerts S. Measuring childhood abuse and neglect in a group of female indoor sex workers in the Netherlands: a confirmatory factor analysis of the Dutch version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Psychol Rep* 2011;108(3):856-60.
75. Association les amis du bus des femmes. Rapport d'activité 2011. Paris: AABF; 2012.
http://www.lesamisdubusdesfemmes.org/images/stories/Actions/6.Rapports_d_activites/ra_abdf_2011.pdf
76. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere J, Sitruk P. Les organismes de planification de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Paris: IGAS; 2011.
<http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/organisme.pdf>
77. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme. Saint Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
78. Decker MR, Crago AL, Chu SKH, Sherman SG, Seshu MS, Buthelezi K, *et al.* Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *Lancet* 2014.
79. Association Cabiria, Simonin D, Puget P, Oghenero J, Muzet M, Mauris K, *et al.* Rapport d'activité 2011. Lyon: le dragon lune; 2012.
<http://www.cabiria.asso.fr/Rapport-d-activite-2011>
80. Association Grisélidis, Clouet E, Egrot F, Gil de Muro F, Gonzales S, Guesnel M, *et al.* Rapport d'activité 2013 ; 2014.
<http://www.griselidis.com/pdf/RA2013.pdf>
81. Médecin du Monde. Travailleuses du sexe chinoises à Paris face aux violences . Rapport d'enquête. Paris: Médecin du Monde; 2013.
82. Gloor E, Meystre-Agustoni G, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, *et al.* Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité ? . *Rev Méd Suisse* 2011;7:1429-33.
83. Belza MJ, Llácer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001;13(5):677-82.
84. Médecin du Monde. Lotus bus : Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris. Dossier de presse. Paris: Médecins du monde; 2009.
<http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/Lotus-bus-enquete-aupres-des-femmes-chinoises-se-prostituant-a-Paris>
85. Sanders T. A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Social Health Illness* 2004;26(5):557-74.
86. Parent C, Bruckert C. Le travail du sexe dans les établissements de services érotiques : une forme de travail marginalisé. *Déviance et Société* 2005;29(1):33-53.
87. Creighton S, Tariq S, Perry G. Sexually transmitted infections among UK street-based sex workers. *Sex Transm Infect* 2008;84(1):32-3.
88. Jeal N, Salisbury C, Turner K. The multiplicity and interdependency of factors influencing the health of street-based sex workers: a qualitative study. *Sex Transm Infect* 2008;84(5):381-5.
89. Pryen S. Usage de drogues et prostitution de rue *Sociétés contemporaines* 1999;36(4):33-51.
90. Mak RP. The law and prostitution [En ligne].
http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/general_conclusion_recommendations_english.pdf
91. TAMPEP. Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries. Amsterdam: TAMPEP International Foundation; 2009.
<http://tampep.eu/documents/TAMPEP%202009%20European%20Mapping%20Report.pdf>
92. Adriaenssens S, Hendrickx J. Sex, price and preferences: accounting for unsafe sexual practices in prostitution markets. *Social Health Illn* 2012;34(5):665-80.
93. Deering KN, Lyons T, Feng CX, Nosyk B, Strathdee SA, Montaner JS, *et al.* Client demands for unsafe sex: the socioeconomic risk environment for HIV among street and off-street sex workers. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;63(4):522-31.
94. Guillemaut F, Schutz Samson M, Clouet E, Monnet C, Sarrazin J. État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes. Lyon: Association Cabiria; 2008.
95. Act Up-Paris. L'abolitionnisme condamne les prostituées à la précarité. *Mouvements* 2003;29(4):91-7.
96. Guillemaut F, Schutz Samson M. Prostitution de rue, réduction des risques liés au VIH/sida et accès aux soins dans les DFA (dossier Guadeloupe). Rapport d'étape. Paris: Direction générale de la santé; 2009.
97. Dangaix D. Un programme de réductions des risques pour les prostituées chinoises à Paris. *Santé de l'homme* 2005;379:35-6.
98. Guillemaut F. Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe. Stratégies et empowerment Lyon: Le Dragon Lune; 2005.
99. Wang B, Li X, Stanton B, Yang H, Fang X, Zhao R, *et al.* Vaginal douching, condom use, and sexually

- transmitted infections among Chinese female sex workers. *Sex Transm Dis* 2005;32(11):696-702.
100. Fonck K, Kaul R, Keli F, Bwayo JJ, Ngugi EN, Moses S, *et al.* Sexually transmitted infections and vaginal douching in a population of female sex workers in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect* 2001;77(4):271-5.
101. Reed BD, Ford K, Wirawan DN. The Bali STD/AIDS study: association between vaginal hygiene practices and STDs among sex workers. *Sex Transm Infect* 2001;77(1):46-52.
102. Guillemaut F, Schutz Samson M. Étude de la prostitution, des échanges économique-sexuels en France et prévention du VIH. Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/SIDA. Synthèse Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011.
103. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Geneva: UNAIDS; 2009. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
104. Médecins du monde. Le lotus bus. Un programme de réduction des risques et de promotion de la santé et des droits auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris. Rapport d'activité 2011 ; 2011.
105. Serre A, Schutz Samson M, Cabral C, Martin F, Hardy R, De Aquino O, *et al.* Conditions de vie de personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH *Rev Epidemiol Santé Publ* 1996;44(5):407-16.
106. Castañeda H. Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. *Soc Sci Med* 2013;84:94-101.
107. Ayerbe C, Dupré La Tour M, Henry P, Vey B, Benhaïm M. Prostitution : guide pour un accompagnement social. Paris: Erès; 2011.
108. Donegan C, Ward H, Day S. Services for female prostitutes in genitourinary medicine clinics in the UK. *Genitourin Med* 1996;72(6):450-1.
109. Home Office. A review of effective practice in responding to prostitution. London: HO; 2011. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/97778/responding-to-prostitution.pdf
110. Lavaud-Legendre B. Les femmes soumises à la traite des êtres humains adhèrent-elles à l'exploitation ? Une mauvaise formulation pour un vrai problème. Étude réalisée auprès de Nigériennes sexuellement exploitées en France. *Archives de Politique Criminelle* 2012;34(1):103-21.
111. Lin Lean L. Traite, demande et marché du sexe. Dans: Lin Lean L, ed. *Le sexe de la mondialisation* : Presses de Sciences Po; 2010. p. 165-78.
112. Malsan S. Dette et (in)dépendance des femmes dans un contexte migratoire. *Revue du MAUSS* 2012;39(1):344-62.
113. Zimmerman C, Watts C. Risks and responsibilities: guidelines for interviewing trafficked women. *Lancet* 2004;363(9408):565.
114. Danna D. Client-only criminalization in the city of Stockholm: A local research on the application of the "Swedish Model" of prostitution policy. *Sex Res Soc Policy* 2012;9(1):80-93.
115. Dodillet S, Östergen P. The Swedish sex purchase act: Claimed success and documented effects. Conference paper presented at the International Workshop: *Decriminalizing Prostitution and Beyond: Practical Experiences and Challenges*. The Hague, March 3 and 4. La Hague; 2011. <http://gup.ub.gu.se/records/fulltext/140671.pdf>
116. Donovan B, Harcourt C, Egger S, Chen MY, Fairley CK, Tabrizi SN. The sex industry in New South Wales. A report to the NSW Ministry of Health. Sydney: Kirby Institute, University of New South Wales.; 2012. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWSexIndustryReportV4.pdf>
117. Donovan B, Franklin N, Guy R, Grulich AE, Regan DG, Ali H, *et al.* Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis* 2011;11(1):39-44.
118. Plumridge L, Abel G. Services and information utilised by female sex workers for sexual and physical safety. *N Z Med J* 2000;113(1117):370-2.
119. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. *N Z Med J* 2014;127(1390):30-7.
120. Krüsi A, Pacey K, Bird L, Taylor C, Chettiar J, Allan S, *et al.* Criminalisation of clients: reproducing vulnerabilities for violence and poor health among street-based sex workers in Canada-a qualitative study. *BMJ Open* 2014;4(6):e005191.
121. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *Am J Public Health* 2009;99(4):659-65.
122. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, *et al.* Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015;385(9962):55-71.
123. Barrasa A, Del Romero J, Pueyo I, de Armas C, Varela JA, Ureña JM, *et al.* Prevalencia de VIH en pacientes de consultas especializadas en el diagnóstico de esta infección en 9 ciudades españolas, 1992-2001. *Aten Primaria* 2004;33(9):483-8.

124. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, *et al.* Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004;18(3):177-83.
125. Fox J, Taylor GP, Day S, Parry J, Ward H. How safe is safer sex? High levels of HSV-1 and HSV-2 in female sex workers in London. *Epidemiol Infect* 2006;134(5):1114-9.
126. Laurindo da Silva L. Les modalités de consommation de drogues chez les prostitués masculins. *Santé Publique* 2006;18(2):207-21.
127. Mak RP, Van Renterghem L, Traen A. *Chlamydia trachomatis* in female sex workers in Belgium: 1998-2003. *Sex Transm Infect* 2005;81(1):89-90.
128. Mak R, Traen A, Claeysens M, Van Renterghem L, Leroux-Roels G, Van Damme P. Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better? *Sex Transm Infect* 2003;79(2):157-9.
129. Resl V, Kumpová M, Cerná L, Novák M, Pazdiora P. Prevalence of STDs among prostitutes in Czech border areas with Germany in 1997-2001 assessed in project "Jana". *Sex Transm Infect* 2003;79(6):E3.
130. Saleri N, Graifemberghi S, El Hamad I, Minelli A, Magri S, Matteelli A. Prevalence and incidence of syphilis among South American transgender sex workers in Northern Italy. *Sex Transm Dis* 2006;33(5):334-5.
131. Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, *et al.* Sexually transmitted *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis* 2007;11(2):115-22.
132. Tsakiridu DO, Franco Vidal A, Vázquez Valdés F, Junquera Llana ML, Varela Uriá JA, Cuesta Rodríguez M, *et al.* Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *PLoS One* 2008;3(6):e2358.
133. Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation. *Encycl Méd Chir-Endocrinologie-Nutrition* 2012;[10-384-B-10]:1-9.
134. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2004;54(504):515-9.
135. Doury B, Leurent B, Bianchi A, Rouvier J, Perufel A, Warszawski J. Prévalence de *Chlamydia trachomatis* chez des étudiants de l'Université Paris 5, France, 2003-2005. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006;(37-38):284-5.
136. Bianchi A, de Moegen F, Creuzy MJ, Goureau R, Debonne E, Piet P. Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* dans les Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, France, 2005. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006;(37-38):282-3.
137. Fenton KA, Korovessis C, Johnson AM, McCadden A, McManus S, Wellings K, *et al.* Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infection and prevalent genital *Chlamydia trachomatis* infection. *Lancet* 2001;358(9296):1851-4.
138. Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Yazdanpanah Y, Mertz JP, *et al.* Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *Bull Epidemiol Hebdo* 2001;(35-36):168-9.
139. Bouyssou-Michel A, Herida M, Janier M, Dupin N, Halioua B, Milpied B, *et al.* Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Île-de-France et les autres régions. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006;(25):182-4.
140. Giard M, Queyron PC, Ritter J, Peyramond D, Trépo C, Mialhes P, *et al.* The recent increase of syphilis cases in Lyon University hospitals is mainly observed in HIV-infected patients: descriptive data from a laboratory-based surveillance system. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;34(4):441-3.
141. Haute Autorité de Santé. Conditions pré-analytiques de réalisation de la recherche du génome (ADN) des Papillomavirus Humains (HPV) oncogènes à partir de frottis cervico-utérins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/texte_court_hpv_2013-10-16_15-29-26_79.pdf
142. Institut de veille sanitaire, Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Actualisation 2008. Saint Maurice: INVS; 2008. http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_u terus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf

Fiche descriptive

Évaluation en santé publique	État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et facteurs de vulnérabilité sanitaire
Méthode de travail	Rapport d'évaluation en santé publique
Date de mise en ligne	
Objectif(s)	Réaliser un état des lieux des connaissances sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe et sur les facteurs de vulnérabilité sanitaire de ces personnes afin de fonder une politique de réduction des risques.
Professionnel(s) concerné(s)	Tous professionnels amenés à rencontrer en consultation des personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe et toutes personnes travaillant dans des associations impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution/tds.
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS) – service évaluation économique et de santé publique
Pilotage du projet	<p>Coordination : Mme Clémence Thébaut, chef de projet, service Evaluation économique et de santé publique, sous la direction de Mme Catherine Rumeau-Pichon, Chef du service Evaluation économique et de santé publique et Adjointe au Directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique.</p> <p>Extraction des données de la littérature : Mme Clémence Thébaut (HAS), Dr Marie-Laure Bourain (médecin généraliste en libéral, chargé de projet) et Mme Elsa Duteil (stagiaire).</p> <p>Recherche documentaire : Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste, avec l'aide de Mme Laurence Frigère, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme le Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences, chef de service.</p> <p>Secrétariat : Mme Sabrina Missouri, assistante au Service évaluation économique et santé publique.</p>
Participants	<p>Equipe projet HAS</p> <p>Groupe de parties prenantes</p> <p>Sous-commission Sciences humaines et sociales</p>
Recherche documentaire	Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mme Laurence Frigère sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, et de Mme le Dr Frédérique PAGES
Auteurs de l'argumentaire	Clémence Thébaut sous la direction de Mme Catherine Rumeau-Pichon
Validation	Commission d'évaluation économique et de santé publique (21 juillet 2015) Collège
Autres formats	-
Documents d'accompagnement	Document « pratique » à destination des associations et des professionnels de santé

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :
www.has-sante.fr

N° ISBN : 978-2-11-139127-7