

SYNTHÈSE

Étude ProSanté 2010-2011

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

Les études françaises sur la santé des personnes en situation de prostitution sont rares et remontent pour la plupart au milieu des années 1980 et à l'émergence du sida. Les connaissances ont porté essentiellement sur le statut sérologique de cette population vis-à-vis du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), mais des données de santé plus globales ont rarement été collectées. D'autant que depuis le début des années 2000, le profil de la prostitution a changé, notamment en termes de populations concernées (femmes venues de pays de l'Est, femmes chinoises...) et de lieux de prostitution (fuite des

grandes villes vers des lieux plus cachés). L'impact de la loi de sécurité intérieure de 2003, sur l'augmentation de la précarité et des violences subies par cette population, peut laisser craindre une aggravation de leur état de santé. C'est donc avec une approche de santé globale, combinant le social et le médical, qu'a été mise en place l'étude ProSanté avec comme objectif de mieux connaître les déterminants de santé et leur impact sur la santé. La finalité de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge, de la prévention et de l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution.

L'ÉTUDE PROSANTÉ : UN VOLET SOCIAL ET UN VOLET MÉDICAL

L'étude ProSanté a été conduite par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), un acteur clé de la lutte contre les exclusions, et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cette étude fait suite à une demande de la Direction générale de la santé (DGS) d'actualiser les connaissances sur la santé des personnes prostituées. Ses objectifs, au travers d'une population rencontrée dans des structures sociales, étaient de collecter des informations sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution, de recueillir des données de santé observées au cours d'une consultation médicale pour les confronter aux données de santé déclarées, et enfin de comparer l'ensemble des données recueillies

à celles existant en population générale. Compte tenu des structures sollicitées, cette étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France. En particulier, les personnes qui ont une activité prostitutionnelle « indoor » (internet, téléphone, bar, appartements, salon de massage) ne sont quasiment pas représentées.

Le volet Santé-social de l'étude a été réalisé dans des structures associatives et coordonné par la FNARS. Son volet médical a été réalisé dans des Ciddist ou CPEF (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles/Centres de planification ou d'éducation familiale) et coordonné par l'InVS (voir encadré 1). Le recueil de données s'est déroulé de juin 2010 à mars 2011.

Encadré 1 - ProSanté : une étude en 2 volets impliquant structures sociales et structures médicales

Volet Santé-social

Les deux types de questionnaires anonymes (un court et un long) construits par la FNARS, en lien avec les structures sociales, portaient sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée (âge, sexe, pays de naissance, scolarité, situation familiale, habitat, ressources, relations sociales) et sur les thèmes suivants : activité de prostitution, perception de la santé, état de santé (consommation de produits psychoactifs, santé psychique, violences, sexualité et contraception, dépistage), accès aux soins et aux droits (couverture maladie, suivi médical).

Dix des 12 associations participantes* gèrent des établissements ou services spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. Les 2 autres sont des associations dites généralistes**, mais ayant une activité vis-à-vis des personnes en situation de prostitution.

* ALC/Les Lucioles (Nice), Amicale du nid Paris (Paris), ARS/Antigone (Nancy), Amicale du nid Montpellier/La Babotte (Montpellier), L'Appart (Grenoble), Amicale du nid Rhône (Lyon), L'Embellie (Avignon), Amicale du nid Marseille (Marseille), Diaconat Protestant/Arcades (Valence), ADEFO/Le Pas (Dijon).

** Centre APUS de l'ARIA (Lyon) et AIEM/Pôle urgence (Metz).

Volet médical

Le questionnaire médical anonyme, élaboré par l'InVS en lien avec des médecins de Ciddist/CPEF, recueillait les informations suivantes : données sociodémographiques (âge, sexe et pays de naissance), antécédents (médicaux, d'IST, gynéco-obstétricaux, de vaccinations, de dépistages), contraception et utilisation de préservatifs, consommation de produits, état de santé, résultats biologiques (complétés dans un second temps) et conclusion de la consultation (diagnostics et traitements, réalisation de vaccinations, orientation nécessaire).

Les 15 structures médicales participantes (12 Ciddist*, 2 CPEF** et une consultation médicale***) reflètent la proximité géographique avec les structures sociales, et pour certaines, les partenariats antérieurement mis en place.

* de l'hôpital Saint-Roch (Nice), de l'hôpital Saint-Louis (Paris), Cidag-Ciddist de Grenoble, Espace Perréal (Béziers), de l'hôpital Bon Secours (Metz), de Dijon, 2 Cidag-Ciddist CG13 (Marseille), de l'hôpital Saint-Eloi (Montpellier), Pontifroy (Metz), de l'Hôtel-Dieu (Lyon), de l'hôpital Henri Duffaut (Avignon).

** de l'hôpital Villemin (Nancy) et de Lyon.

*** APUS (Lyon).

UNE PARTICIPATION PLUS FAIBLE QU'ATTENDUE POUR LE VOLET SANTÉ-SOCIAL ET UN BIAIS DE PARTICIPATION POUR LE VOLET MÉDICAL

Seules 12 structures associatives, au lieu d'une vingtaine prévue initialement, ont participé au volet Santé-social de l'étude, et un total de 251 personnes en situation de prostitution, dont 166 femmes, 62 transgenres et 23 hommes. La population de l'étude n'est qu'un reflet partiel des files actives des structures associatives (par exemple, pas de femmes roumaines, davantage de personnes transgenres...).

Au total, 78 personnes ont participé au volet médical, dont une majorité de femmes. Un important biais de participation a été noté entre les personnes s'étant rendues en consultation médicale et celles n'y étant pas allées.

Si certaines variables (date d'arrivée en France, niveau scolaire et état de santé déclaré) ne différaient pas entre ces deux groupes, ont plus volontiers consulté les personnes jeunes, de sexe féminin, nées à l'étranger et dont la situation administrative était précaire ou irrégulière, n'ayant pas de couverture maladie ou seulement l'Aide médicale d'état (AME), ne connaissant pas d'endroit pour un dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST, ayant débuté une activité de prostitution depuis moins d'un an, et ayant déclaré craindre le VIH/sida. À l'inverse, les personnes ayant déclaré souffrir d'un problème de santé chronique et consommer des drogues ont été moins nombreuses à venir consulter.

LA POPULATION D'ÉTUDE : DES PROFILS TRÈS DIVERS

Pour la majorité (88 %) des personnes en situation de prostitution incluses dans l'étude, la rue est le principal lieu de contact avec les clients.

Les femmes représentent les deux tiers des personnes interrogées. Plus des trois-quarts (78 %) des personnes enquêtées sont de nationalité étrangère et 14 % ne parlent ni ne comprennent le français. On retrouve les profils habituels repérés par les acteurs de terrain, à savoir des femmes françaises, africaines, d'Europe de l'Est ou chinoises, des transgenres sud-américains, et des hommes majoritairement français.

Une majorité de répondants (81 %) a moins de 45 ans, la tranche d'âge la plus représentée étant celle de 25 à 34 ans pour les hommes et les femmes, et de 35 à 44 ans pour les transgenres. Les femmes chinoises, et plus encore les femmes

françaises, se distinguent par un âge plus avancé. Ainsi, 41 % des Françaises ont 45 ans et plus.

Autre distinction notable entre les personnes, le temps passé dans la prostitution : plus de cinq ans pour plus de la moitié des femmes françaises et bulgares, et des transgenres. L'âge médian d'entrée dans la prostitution est également très variable selon la nationalité : moins de 25 ans pour les femmes d'Afrique subsaharienne et les Françaises, et 38 ans pour les Chinoises.

Si la quasi-totalité des répondants n'occupe pas d'emploi rémunéré en dehors de leur activité de prostitution, les deux tiers (62 %) ne considèrent pas la prostitution comme un métier ; les femmes françaises et les transgenres se démarquent à ce sujet, la majorité d'entre eux déclarant qu'il s'agit pour eux d'un métier.

ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ ET OBSERVÉ

Le volet Santé-social de l'étude a notamment permis d'interroger les personnes sur la perception de leur état de santé, sur le fait d'être porteur d'une maladie chronique et sur leurs troubles psychiques.

De la santé physique...

Plus de la moitié des consultants (et des femmes) déclarent être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à la population générale, à âge égal. D'après l'enquête Insee réalisée en 2009 [1], 14 % des femmes de 25-34 ans s'estiment en moyen, mauvais ou très mauvais état de santé.

Plus d'un tiers (35 %) des personnes enquêtées déclare une maladie chronique (28 % des femmes et 70 % des transgenres), parmi lesquelles le VIH/sida, une maladie respiratoire,

un diabète, des problèmes psychologiques, une hépatite (A, B ou C). Cette proportion déclarée par les femmes paraît plus élevée qu'en population générale (20 % des femmes de 25-34 ans déclarent une maladie ou un problème de santé chronique [1]).

...à la santé psychique

Les problèmes de sommeil et la consommation de somnifères sont déclarés par une majorité de participants, indépendamment du genre. Les problèmes de sommeil sont beaucoup plus fréquents et la consommation de somnifères beaucoup plus élevée que dans la population générale [2]. Les sentiments d'anxiété ou de déprime au cours des douze derniers mois sont nombreux et les pensées suicidaires également beaucoup plus fréquentes qu'en population générale (29 % versus environ 4 % [3]).

Dans le cadre du volet médical, la consultation en Ciddist/CPEF a consisté en un examen clinique d'une part, et la réalisation de tests biologiques d'autre part.

Examen clinique...

Toutes les personnes venues en consultation médicale ont été pesées et mesurées : un surpoids a été observé chez 26 % des femmes de 18-29 ans et 31 % des 30-54 ans, proportions supérieures à la population générale. L'examen clinique (général, génital et si besoin proctologique) était normal chez la quasi-totalité des personnes examinées. Au total, l'état de santé observé par le médecin était très bon ou bon chez 84 % des personnes, et moyen, mauvais ou très mauvais chez 16 % d'entre elles.

La divergence retrouvée entre la santé observée et la santé déclarée, pour les mêmes personnes, s'explique en partie par la difficulté des médecins, lors de la consultation médicale, à évaluer l'état psychique des consultants.

... et résultats biologiques

Les résultats des tests de dépistage du VIH, et plus généralement des IST, réalisés dans le cadre du volet médical de l'étude, sont difficilement interprétables, compte tenu de la non-venue en consultation d'un certain nombre de personnes séropositives pour le VIH.

Ainsi, alors qu'un quart des consultants a déclaré lors de la consultation médicale avoir déjà eu une IST au cours de leur vie, soit une proportion beaucoup plus élevée qu'en population générale (20 % des femmes *versus* 9 % des femmes de 18-54 ans dans l'enquête KABP 2010 [4]), très peu d'IST ont été dépistées lors de cette consultation : une infection à Chlamydia chez une femme (soit 1,6 % des

63 femmes testées, ce qui correspond à la proportion retrouvée en population générale), un cas de syphilis latente précoce chez un transgenre et aucune infection à gonocoque.

Quant au dépistage du VIH chez les consultants, il a permis de découvrir une séropositivité chez une personne transgenre, 5 autres séropositivités VIH étant déjà connues des personnes concernées. D'après les données déclaratives du volet Santé-social, 27 des 62 transgenres (44 %), 3 des 23 hommes (13 %) et 2 des 166 femmes (1,2 %) ont déclaré être séropositifs pour le VIH. La prévalence déclarée est plus importante chez les personnes usagères de drogues que chez celles n'en consommant pas. Rappelons que dans la population générale, la prévalence du VIH est d'environ 0,35 %.

L'Antigène HBs, marqueur d'une hépatite B chronique, s'est avéré positif chez 3 consultants, soit 4,2 % des 72 personnes testées, ce qui est proche de la prévalence observée chez les personnes nées à l'étranger (4 %) ; cette proportion est très supérieure au 0,65 % observé en population générale en 2004 [5].

Enfin, le dosage des anticorps vis-à-vis du VHB montre que plus du tiers des consultants ne sont pas protégés contre ce virus transmissible notamment par voie sexuelle.

La plupart des consultants sont revenus à une deuxième consultation (84 % d'entre eux) pour connaître le résultat des dépistages et ont pu bénéficier d'un traitement, d'une vaccination (contre le VHB ou DT polio) et/ou d'une orientation médicale. Une telle orientation (généraliste, gynécologue, hépato, infectiologue, Centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT)...) a été jugée nécessaire pour 50 % des consultants.

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

La santé résulte de l'interaction d'un certain nombre de déterminants, qui ont été explorés au travers des deux volets de l'étude. Il s'agit de facteurs biologiques, de facteurs environnementaux, des comportements et styles de vie, et du système de santé.

Système de santé : des dispositifs mal connus

La moitié des personnes étrangères enquêtées dispose d'un titre de séjour précaire (28 %) ou n'a pas de titre de séjour (22 %). Une majorité (74 %) a une couverture maladie, mais plus de la moitié n'a pas de complémentaire santé. L'absence de couverture maladie concerne en particulier les femmes nigérianes et bulgares. Parmi les personnes qui n'ont pas de couverture maladie, un quart est en France

depuis plus de 3 ans et est donc théoriquement en situation de pouvoir en bénéficier compte tenu des dispositifs existants en la matière (voir encadré 2). Deux raisons peuvent expliquer cette situation : une méconnaissance des dispositifs et la barrière linguistique.

Parmi les raisons ayant conduit certaines personnes à renoncer à des soins au cours des douze derniers mois, figurent en premier lieu les raisons financières, puis la barrière linguistique ou la méconnaissance d'un lieu de soins. En outre, le réseau social est déterminant pour l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière. Ainsi, plus les personnes sont isolées, moins elles ont accès aux soins.

Encadré 2 - Contexte législatif de l'accès aux soins en France

CMU (Couverture maladie universelle) : permet aux personnes, qui ne sont pas couvertes par un régime obligatoire d'Assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour les dépenses de santé. Conditions d'accès : résider en France depuis plus de 3 mois et être en situation régulière.

AME (Aide médicale d'État) : permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Conditions d'accès : résider en France depuis plus de 3 mois et ne pas dépasser un plafond de ressources (ex : pour une personne seule, le plafond annuel des ressources au 1^{er} juillet 2012 était de 7 934 €).

CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) : protection complémentaire santé gratuite. Conditions d'accès : résider en France depuis plus de 3 mois et ne pas dépasser un plafond de ressources (identique à celui de l'AME).

Couverture maladie des ressortissants de l'Union européenne

Le citoyen européen qui vient résider en France relève soit du régime de sécurité sociale de son pays de provenance, soit du régime de sécurité sociale français. Selon son statut (salarié, retraité, étudiant), les règles qui lui sont applicables sont différentes.

Comportements et styles de vie

Concernant l'alimentation, l'étude révèle qu'un grand nombre de personnes déclare ne pas avoir suffisamment mangé, la proportion étant deux fois plus élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne que pour l'ensemble des nationalités.

La consommation quotidienne d'alcool est supérieure à celle de la population générale, à âge équivalent. Ceci est observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des femmes chinoises qui ne consomment pas d'alcool.

De même, les personnes interrogées fument globalement plus que la population générale, à âge équivalent. Près de la moitié (46 %) des femmes déclare être fumeuse, cette proportion étant de 36 % chez les femmes de 26-34 ans et de 34 % chez les 35-44 ans en population générale [6]. Il en est de même chez les hommes, avec 65 % de fumeurs parmi les hommes interrogés dans ProSanté. Certaines nationalités se démarquent très clairement : les personnes d'Europe centrale et d'Europe de l'Est fument quasiment toutes, alors qu'elles sont peu nombreuses parmi les femmes d'Afrique subsaharienne ou chinoises.

Les échanges avec les structures sociales participantes montrent que ces différences concernant la consommation d'alcool et de tabac relèvent en partie de phénomènes culturels.

Contraception et sexualité : nombre d'IVG supérieur à la population générale

La proportion de femmes (61 %) ayant déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) est très importante et bien supérieure à la population générale. Dans l'étude ProSanté, près de la moitié (45 %) des 18-24 ans et les deux tiers (64 %) des 25-54 ans ont déjà eu recours à une IVG, alors que ces proportions sont respectivement de 12 % et 24 % en population générale [4].

Le volet médical a permis de préciser que le nombre d'IVG était plus élevé chez les femmes n'utilisant pas systématiquement le préservatif hors prostitution. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes n'utilisent pas non plus d'autres moyens de contraception.

La quasi-totalité (94 %) des personnes déclare utiliser de façon systématique le préservatif avec leurs clients, cette pratique étant plus fréquente chez les femmes que chez les transgenres et les hommes. Le volet médical de l'enquête permet de préciser que le préservatif est utilisé systématiquement par une grande proportion de femmes lors des rapports vaginaux ou des fellations avec les clients (respectivement chez 92 % et 87 % d'entre elles) et par les hommes ou transgenres lors des rapports anaux (chez 92 % d'entre eux). L'usage du préservatif lors des fellations avec les clients paraît par contre beaucoup moins systématique chez les hommes ou transgenres.

Le recours au dépistage

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'étude ProSanté montre une différence importante avec la population générale. Un quart des femmes de 25 ans et plus (24 %) d'après le volet Santé-social de l'étude – et un tiers (34 %) d'après le volet médical – n'ont jamais réalisé de frottis cervico-vaginal au cours de leur vie, par rapport à 4 % chez les femmes de 25-65 ans en population générale d'après le Baromètre santé 2010 [7]. Rappelons que la recommandation actuelle est de pratiquer un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après 2 frottis annuels normaux.

Les hommes et les transgenres sont mieux informés que les femmes (96 % et 97 % *versus* 65 %) s'agissant de l'existence d'une structure de dépistage anonyme et gratuit du VIH et/ou des IST (CDAG et/ou Ciddist). Mais les femmes ayant sans doute d'autres occasions d'avoir été testées (grossesse, consultation gynécologique...), le recours au dépistage (VIH, VHB et VHC) diffère peu selon le sexe. Il est beaucoup plus

important qu'en population générale, notamment pour le VIH : 68 % des personnes interrogées dans l'étude ProSanté ont été testées au cours des douze derniers mois *versus* 16 % des hommes et des femmes de 18-54 ans en population générale [8]. Seules les femmes chinoises se démarquent des autres nationalités sur ce point, très peu d'entre elles ayant déjà été testées pour le VIH et le VHC.

Pour les personnes n'ayant pas effectué de dépistage du VIH dans les douze derniers mois, les principales raisons invoquées sont qu'elles considèrent ne pas avoir pris de risque les exposant à une contamination et le manque de connaissance des lieux de dépistage. Le manque d'argent n'a pas été évoqué comme un frein au dépistage.

Vaccinations : une faible couverture vaccinale

Le volet social et le volet médical montrent, parmi les personnes interrogées, une connaissance très imparfaite de leur statut vaccinal contre l'hépatite B et une faible couverture vaccinale, indépendamment de la nationalité. Ces deux caractéristiques sont retrouvées dans une moindre mesure en population générale, les hépatites restant des infections mal connues [9].

Environnement : violences subies et précarité sociale

Les injures et les violences psychologiques sont les violences les plus souvent mentionnées : 64 % des personnes en ont subi au moins une fois au cours des douze derniers mois. Les violences physiques sont un peu moins nombreuses, mais émanent aussi bien de clients, que de passants, d'autres prostituées et également de la police. Les rapports sexuels forcés au cours de la vie concernent plus du tiers des répondants. Ces résultats sont à mettre en regard avec les observations du Baromètre Santé 2010 [3], qui décrit le fait d'avoir subi des violences comme le facteur de risque le plus important de tentatives de suicide. D'autant plus que, d'après les structures associatives, au regard des témoignages qu'elles recueillent dans leurs pratiques professionnelles, les violences dont sont victimes les personnes en situation de prostitution semblent largement sous-déclarées dans l'étude ProSanté.

Les personnes rencontrées dans l'étude cumulent un certain nombre de facteurs de précarité sociale, comme en témoignent leur isolement relationnel (42 % n'ont pas la possibilité de faire appel à un proche en cas de difficulté, et notamment les femmes) ou leur conditions de logement (39 % vivent dans un logement précaire : hôtel, accueil collectif, famille/amis, rue, squat).

CONNAISSANCES ET BESOINS D'INFORMATION

Les thèmes sur lesquels les personnes souhaitent être les plus informées sont l'infection par le VIH et le sida, l'accès aux soins, la dépression, puis les violences.

Concernant plus spécifiquement la sexualité et la contraception, il ressort un manque notable d'information, plus marqué chez les femmes étrangères : environ un quart des femmes interrogées, toutes étrangères, souhaiteraient être

mieux informées sur la contraception. Il y a également une méconnaissance des traitements d'urgence en cas de risque de contamination au VIH : 79 % des hommes sont informés de ces traitements et seulement 52 % des femmes (et 61 % des transgenres). Enfin, la moitié des femmes ignorent qu'elles peuvent être informées gratuitement sur la contraception et l'IVG dans des CPEF [10].

DES RECOMMANDATIONS AUX PROFESSIONNELS ET AUX POUVOIRS PUBLICS

Les recommandations qui ont été formulées touchent à la fois à la prévention et à l'accès aux droits et aux soins. Ces recommandations concernent aussi bien les professionnels amenés à rencontrer des personnes en situation de prostitution, quel que soit leur domaine de compétence (social, médical, paramédical, justice, police, etc.), que les pouvoirs publics pour la mise en place de programmes de prévention et la garantie de

l'accès aux dispositifs de droit commun. Ces recommandations encouragent également à la mise en place de partenariats territoriaux, entre associations, entre acteurs du social et du sanitaire, entre associations et institutions ou collectivités, dans le but de constituer un maillage qui soit le plus efficace possible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Drees. Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée in L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011; 2011. p.97-103.
- [2] Beck F, Léon F, Léger D. Troubles du sommeil : une approche exploratoire in Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2005. p.517-32.
- [3] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd 2011;47-48:488-92.
- [4] Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. Enquête KABP 2010. Données personnelles.
- [5] Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de veille sanitaire; 2006. 176 p.
- [6] Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances 2011;76:1-6.
- [7] Drees. Dépistage du cancer du col de l'utérus in L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011; 2011. p.248-9.
- [8] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France; 2011. 153 p.
- [9] Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. Bull Epidemiol Hebd 2012;29-30:333-8.
- [10] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les centres de planification ou d'éducation familiale. <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

Cette synthèse a été rédigée par Florence Lot, Département des maladies infectieuses (DMI), Institut de veille sanitaire (InVS) et Hélène Therre, Cellule de valorisation éditoriale (CeVE), Direction scientifique et de la qualité (DiSQ), InVS.

Pour en savoir plus

FNARS, InVS. Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Rapport. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 146 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Mots clés : prostitution, précarité, état santé, accès soins, enquête santé, France

Citation suggérée :

FNARS, InVS. Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 7 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00
Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr

FNARS
76 rue du Faubourg Saint-Denis
75010 Paris
Tél. : 33 (0)1 48 01 82 00
Fax : 33 (0)1 47 70 27 02
www.fnars.org

ISSN : en cours
ISBN-NET : 978-2-11-131103-9
Réalisé par Service communication - InVS
Dépôt légal : mars 2013