

Hospices / CHUV  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine  
sociale et préventive  
Lausanne

## POPULATIONS PARTICULIERES ET PREVENTION DU VIH/SIDA

Les travailleurs du sexe : revue de littérature

*Giovanna Meystre-Agustoni*

**Etude financée par :**

Office fédéral de la santé publique, Berne  
Contrat 02.000781 / 2.19.01.01.-16

**Citation suggérée :**

Meystre-Agostoni G. Populations particulières et prévention du VIH/sida, les travailleurs du sexe : revue de littérature. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 98).

**Remerciements :**

Nous remercions les documentalistes de Aids-Info-Doc, Mme Krista Godderidge à l'ASS et Mme Marie-Jo Glardon à Aspasia pour leur aide dans la recherche bibliographique ainsi que Mmes Myriam Maeder et Kirsten Sandberg-Christensen pour la mise en page de ce rapport.

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	4
Zusammenfassung .....	12
1 Introduction .....	20
2 Méthodologie .....	21
3 Paramètres exerçant une influence sur la prostitution .....	23
3.1 Facteurs économiques .....	23
3.2 Toxicodépendance .....	25
3.3 Facteurs socioculturels et psychosociaux .....	25
3.4 Phénomène migratoire .....	26
3.5 Trafic .....	29
3.6 Cadre juridique .....	30
3.6.1 Dispositions relatives à la prostitution .....	31
3.6.2 Dispositions relatives à l'immigration .....	35
3.6.3 Législation sociale .....	36
3.6.4 Législation sanitaire .....	37
4 Aspects de la prostitution .....	40
4.1 Profil des personnes .....	40
4.2 Travailleurs du sexe (MSW) .....	41
4.3 Les lieux .....	42
4.4 Les problèmes .....	43
5 Exposition au risque VIH, comportements et connaissances .....	49
5.1 Prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe .....	49
5.1.1 Prévalence du VIH chez les femmes prostituées .....	49
5.1.2 Prévalence du VIH chez les prostitués masculins (MSW) .....	55
5.1.3 Prévalence du VIH chez les personnes travesties et transsexuelles .....	57
5.1.4 Prévalence du VIH chez les clients de prostitué(e)s .....	59
5.2 Comportements de protection et exposition au risque .....	61
5.2.1 Protection et exposition au risque parmi les prostituées .....	61
5.2.2 Protection et exposition au risque chez les prostitués masculins .....	70
5.2.3 Protection et exposition au risque parmi les personnes travesties et transsexuelles .....	73
5.2.4 Protection et exposition au risque parmi les clients .....	75
5.3 Connaissances autour du VIH/sida .....	78
6 Interventions (projets) .....	80
6.1 Diffusion de messages de prévention .....	83
6.2 Réduction des risques .....	87
6.3 Prestations sanitaires .....	89
6.4 Prestations sociales et psychosociales .....	92
6.5 Formation .....	96
6.6 Observation, documentation, recherche et évaluation .....	97
6.7 Lobbying .....	98
6.8 Programmes : points forts, points faibles .....	100
7 Discussions et conclusions .....	105
8 Recommandations .....	111
Références bibliographiques .....	114

# RESUME

## Introduction

Face à l'augmentation des nouvelles infections par le VIH, l'OFSP a souhaité mettre à jour les connaissances concernant certains segments réputés vulnérables de la population. Il a chargé l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) de documenter la situation des travailleur(euse)s du sexe et celle de leurs clients en termes d'exposition au risque VIH, de comportements, de connaissances et de vulnérabilité et de décrire les programmes préventifs s'adressant à ces populations.

Quatre questions d'évaluation ont été posées :

- Que sait-on de la situation actuelle de l'exposition au risque et de la protection dans l'univers de la prostitution (travailleurs du sexe et clients) ?
- Peut-on identifier des sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables ?
- Quelles méthodes (programmes) de prévention du VIH/sida ont-elles été utilisées avec les travailleurs du sexe ?
- Quels ont été les effets positifs et négatifs de ces méthodes (programmes) ?

## Méthodes

L'étude a consisté en une analyse de la littérature accessible sur les bases de données Medline, PsycLit et Sociofile, sur les banques de données des conférences internationales sur le sida de Durban (2000) et de Barcelone (2002), sur les sites pertinents repérés sur Internet ainsi que sur la littérature grise concernant la situation prévalant en Suisse. Ont été retenues les informations postérieures à 1990 pour l'Europe de l'Ouest et centrale, les Balkans, les Pays Baltes, la Russie, la Biélorussie, la Moldavie, l'Ukraine, l'Arménie et la Turquie. La récolte d'informations s'est achevée en janvier 2003.

Tous les documents scientifiques trouvés portant sur des études réalisées à partir de 1990 ont été inclus dans l'analyse. Celle-ci a porté sur plusieurs critères : type de prostitution, proportion de toxicomanes dans l'échantillon, proportion de personnes ayant été testées pour le VIH, prévalence du VIH (auto reportée ou mesurée), nombre de clients, comportement de protection ou exposition au risque (selon les pratiques et selon le type de partenaire).

Les projets de prévention – publiés – destinés aux personnes concernées par la prostitution ont été analysés d'une part en fonction de la nature des prestations fournies (messages préventifs, mesures de réduction des risques, prestations sanitaires, prestations sociales, formation, observation et documentation, lobbying) et, d'autre part, en fonction des populations auxquelles étaient destinées les différentes prestations et en fonction des modalités de fourniture des prestations (profil des collaborateurs concernés, lieu de fourniture des prestations et type de financement des projets – public ou privé).

## Résultats et discussions

**Les conditions sont réunies pour que le phénomène de la prostitution prenne de l'ampleur, en particulier en raison de l'attrait exercé par les pays riches**

Les informations concernant l'importance du marché du sexe sont lacunaires. Elles permettent toutefois d'évaluer à plusieurs centaines de milliers l'effectif des personnes qui se prostituent en Europe. Même s'il ne faut pas négliger le rôle du trafic d'être humains non consentants dans l'approvisionnement de ce marché, ce sont les difficultés économiques qui sont principalement à l'origine de la prostitution. A cet égard, la toxicomanie constitue un cas particulier d'entrée sur le marché du sexe en raison de la forte pression financière qu'elle exerce sur les personnes dépendantes.

L'Europe occidentale exerce un attrait important sur les travailleurs du sexe provenant de pays économiquement et socialement moins favorisés. La présence simultanée d'économies nationales fortement contrastées dans un espace géographique relativement restreint et dépourvu de barrières naturelles exerce en particulier une forte pression sur les travailleurs du sexe originaires des pays de l'ancien bloc soviétique. Ils rejoignent les nombreux migrants disposés à se prostituer provenant d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie. La proportion de travailleurs du sexe de nationalité étrangère est de ce fait importante dans tous les pays considérés.

Les informations réunies dans le cadre de l'étude indiquent sans ambiguïté que le potentiel de développement de la prostitution est actuellement élevé.

**De nombreuses dispositions juridiques contribuent à clandestiniser les travailleurs du sexe et accroissent les risques auxquels ils sont exposés**

La prostitution est une activité dangereuse. Les personnes qui l'exercent sont exposées à toute sorte de risques. Ceux-ci renvoient en particulier au milieu dans lequel elles évoluent (violence, sujétion), aux clients (violence, mépris, état de santé) ou à l'activité elle-même (pratiques sexuelles à risque). Ces risques se combinent avec des conditions d'existence souvent défavorables (difficultés économiques) et, dans de nombreux cas, avec une toxicodépendance à l'origine de besoins financiers poussant à la prostitution.

Sans interdire à proprement parler la prostitution, plusieurs dispositions juridiques ou administratives en limitent strictement l'exercice. La situation est encore aggravée lorsque les travailleurs du sexe sont des migrants en situation irrégulière.

Le renforcement des dispositions légales relatives à l'immigration et les pressions exercées pour éloigner la prostitution des espaces publics contribuent à péjorer la position des travailleurs du sexe. Réduits à une clandestinité de plus en plus absolue et dans une dépendance croissante par rapport à toute sorte d'intermédiaires, ils sont contraints d'exercer leurs activités dans des conditions comportant un potentiel élevé de nuisances pour leur santé somatique et psychique. Ces mesures ont notamment pour effet de « clandestiniser » la prostitution. Elles réduisent de manière considérable la marge de manœuvre dont les travailleurs du sexe ont besoin pour évaluer les risques qu'ils courent avec leurs clients.

**La prévalence du VIH parmi les prostituées est relativement basse, celle parmi les MSW et les personnes travesties/transsexuelles est préoccupante ; la situation des clients est inconnue.**

Trois groupes se dégagent parmi les prostituées : les autochtones qui ne s'injectent pas de drogues (non-UDI), les migrantes et celles qui s'injectent des drogues (UDI). La prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) est relativement faible dans le premier groupe. Elle est un peu plus élevée dans le deuxième et généralement très élevée dans le troisième. Le groupe des personnes qui s'injectent des stupéfiants est plutôt homogène. Quelle que soit la provenance géographique de celles qui le composent (autochtones ou migrantes), il est caractérisé par une prévalence VIH élevée. Le groupe des migrantes est plus hétérogène. Il comprend notamment un sous-groupe (variable selon les pays) formé des personnes provenant de zones à haute prévalence VIH (Afrique subsaharienne tout particulièrement) et un sous-groupe provenant de régions moins touchées. Connaissant une prévalence VIH plus élevée que la moyenne, les prostituées originaires des pays les plus touchés par le VIH/sida sont par ailleurs plus vulnérables en raison de leur isolement et de leur difficulté à accéder à des soins. La situation des travailleurs du sexe provenant des anciens pays du bloc soviétique est médiocre. La prévalence du VIH et des autres IST est en train d'augmenter dans ces Etats, de même que la population des injecteurs de drogue. Compte tenu de la grande mobilité des travailleurs du sexe d'Europe centrale et orientale, les taux relativement élevés d'infections sexuellement transmissibles déjà enregistrés pourraient connaître une augmentation sensible ces prochaines années.

La situation des prostitués masculins est peu documentée. L'influence de la toxicomanie par injection sur les taux de prévalence VIH y est aussi apparente dans cette population. Son effet différenciateur y est toutefois moins fort que parmi les femmes car la prévalence chez les MSW non-injecteurs est généralement nettement plus élevée que celle observée dans l'univers de la prostitution hétérosexuelle. Cela suggère que la multiplication des relations sexuelles anales – et cela avec des partenaires payants parmi lesquels l'infection VIH est plus fréquente – ainsi que l'exclusion sociale et la marginalisation exposent les prostitués masculins à un risque plus important d'infection. Personnes travesties et transsexuelles forment aussi un groupe particulièrement vulnérable.

Les clients sont une véritable *terra incognita* en matière de prévalence des IST. Les études qui leur ont été consacrées sont rares et n'autorisent pas de conclusions définitives. Elles suggèrent toutefois que cette population pourrait présenter une prévalence supérieure à la moyenne en ce qui concerne l'hépatite B et la chlamydia.

Il existe actuellement un potentiel de détérioration relativement important de la situation sanitaire des travailleurs du sexe. La forte mobilité de la prostitution provenant de zones à forte prévalence (et à prévalence fortement croissante) de VIH et d'autres IST ainsi que la pression qu'elle exercera sur les effectifs pourraient entraîner des conséquences négatives au niveau de la protection des rapports sexuels et des conditions d'existence des prostitué(e)s. En outre, s'agissant pour la plupart de personnes en situation irrégulière, les migrants accèdent très difficilement aux soins et, partant, courent un risque élevé de voir leur état de santé se dégrader.

**Le taux de protection à l'occasion de rapports sexuels est sujet à d'importantes variations : il apparaît particulièrement bas lors des relations « privées »**

La protection dans le contexte de l'activité professionnelle des travailleurs du sexe est sujette à d'importantes variations. Au cours de la dernière décennie, on a généralement observé une augmentation de la proportion des prostituées qui déclarent avoir systématiquement des relations sexuelles protégées.

Plusieurs segments de la population des prostituées apparaissent plus vulnérables en raison de leur taux plus élevé de relations sexuelles non protégées. Il s'agit des prostituées UDI, les prostituées exerçant sur la rue, les migrantes et les *escort girls*.

La situation des prostitués de sexe masculin est apparemment plus contrastée que celle des femmes. Les études conduites en Europe de l'Est montrent une exposition au risque extrêmement élevée. A l'inverse, les relations tarifées bénéficient d'une protection assez élevée en Europe occidentale. Les migrants représentent le segment le plus vulnérable de la population des prostitués de sexe masculin. Il faut par ailleurs relever qu'une part importante de ces travailleurs du sexe ne se considèrent pas comme des homosexuels. Ils entretiennent des relations hétéro- ou bisexuelles et pourraient de ce fait constituer un relais entre monde de l'homosexualité et population générale hétérosexuelle. Enfin, il faut souligner que la santé des prostitués de sexe masculin et des transsexuels n'est pas seulement menacée par leurs pratiques sexuelles mais aussi par la grande misère dans laquelle ils vivent<sup>1</sup>.

Tous genres confondus, c'est dans le domaine de leurs relations privées (relations sexuelles avec des partenaires non payants) que les travailleurs du sexe renoncent le plus souvent à toute protection. Il s'agit d'un constat universel qui s'explique en particulier par le besoins de distinguer « vie privée » et « activité sexuelle rétribuée ».

Les comportements des clients sont sensiblement plus mal connus que ceux des travailleurs du sexe. Le fait que tant de relations payantes se déroulent sans préservatifs suggère qu'il existe une forte demande pour des relations non protégées. Les quelques études consacrées à ce thème font apparaître une situation symétrique à celle observée à partir du point de vue des travailleurs du sexe : on abandonne plus facilement la protection lorsqu'on a l'habitude de fréquenter une même personne.

En raison des relations sexuelles qu'ils entretiennent avec d'autres partenaires, une proportion relativement importante de clients sont susceptibles de jouer un rôle de relais dans la diffusion du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Il n'est pas rare que des clients de prostituées entretiennent également des relations avec des homosexuels. En outre, on sait que les clients de prostituées ne se protègent en principe pas dans le cadre de leurs relations privées<sup>2</sup>.

Un certain nombre de groupes vulnérables se dégagent des études réalisées. Il reste néanmoins des populations sur lesquelles les connaissances sont très lacunaires voire inexistantes. On sait ainsi peu de choses sur la prostitution qui se déroule dans des espaces privés (appartements), sur la situation des travailleurs du sexe exerçant leur activité dans le cadre de services d'escorte ainsi que sur les clients des travailleurs du sexe. On ignore en outre à peu près tout des prostitué(e)s vivant avec le VIH. L'ignorance est également de mise en ce qui concerne les travailleurs du sexe mineurs.

## Projets d'intervention : points forts et faiblesses

De nombreux projets d'intervention ont vu le jour. Ils sont destinés aux personnes qui se prostituent, à leurs clients et aux personnes qui gravitent autour d'elles (amis, tenanciers d'établissements de consommation sexuelle, etc.). Ils proposent des prestations dont l'éventail varie de l'un à l'autre. En règle générale, tous les projets comportent une forte dimension préventive. La diffusion de conseils en matière de lutte contre le VIH/sida et les autres IST et la remise de matériel de protection (préservatifs, lubrifiants) représentent un point commun à la plupart d'entre eux. Beaucoup offrent en outre des prestations sanitaires (tests, examens, vaccinations, soins) et des prestations de nature sociale principalement orientées vers les besoins des travailleurs du sexe les plus marginalisés par leur situation administrative (migrants en situation irrégulière).

Les projets s'inscrivent souvent dans une perspective de complémentarité avec les dispositifs sanitaires et sociaux existants. En principe, ils proposent des prestations n'existant pas dans le réseau ou inaccessibles pour des raisons administratives (pas délivrées aux non-ayants droit), organisationnelle (horaires, éloignement des zones où se déroule l'activité des prostituées) ou psychosociales (n'offrant pas la qualité d'accueil – non jugement – souhaitée par les travailleurs du sexe). Plutôt que créer de nouvelles structures, les projets cherchent à tirer le meilleur parti de l'existant. Le travail de mise en réseau et d'adaptation de ce qui est potentiellement disponible est important.

Les points forts de ces projets résident dans leur capacité d'accéder à des groupes difficiles à atteindre, dans leur collaboration avec les publics cibles, dans leur recours à une combinaison de compétences professionnelles (intervenants qualifiés, médiateurs culturels, pairs), dans la prise en compte des besoins particuliers des usagers, dans le bas seuil d'accès aux prestations, dans l'attitude de non-jugement de leur personnel et dans leur capacité de mettre en réseau les multiples intervenants susceptibles de fournir des prestations utiles aux usagers.

De nombreux projets ont été mis sur pied par des organismes non gouvernementaux sans but lucratif. Leur fonctionnement est assuré au moyen de subventions allouées par les collectivités publiques ainsi que par des soutiens offerts par des œuvres privées (fondations). Leurs ressources sont souvent inadaptées à la nature, à la variété et à l'acuité des problèmes rencontrés sur le terrain. Elles ne sont par ailleurs souvent garanties que pour une période réduite. Manque de ressources et incertitudes quant à l'avenir constituent un souci partagé par les animateurs de très nombreux projets. Ils ont un impact négatif sur la politique du personnel (salaires non assurés, perte de motivation, difficulté à fidéliser les collaborateurs et plus spécialement les pairs – généralement les moins bien considérés en terme de reconnaissance salariale).

A de très rares exceptions près, les projets constatent que leurs prestations trouvent un public et que celui-ci fait état d'un niveau de satisfaction élevé. Elles mettent cependant en évidence les difficultés qu'elles rencontrent à toucher certains secteurs de la prostitution (services d'escorte, personnes offrant leurs services sur Internet, mineurs, etc.) et les problèmes que leur pose une immigration clandestine rendue encore plus discrète en raison des mesures légales ou de police prise à son égard et que leurs ressources limitées ne permettent pas d'atteindre.



## Conclusions et recommandations

---

### Conclusions

La prostitution est un phénomène :  
→ dont certaines dimensions sont mal connues  
→ avec une très importante composante migratoire  
→ en mutation constante

Des décisions politiques ou administratives peuvent avoir un impact négatif sur les conditions cadre du travail sexuel et compromettre les conditions d'existence, le bien-être et la santé des personnes qui se prostituent

Sur les lieux de prostitution, la présence ostensible de la police ou des interventions confinant au harcèlement (des travailleurs du sexe ou des clients) repoussent la prostitution vers des zones éloignées et peu sûres, rendant les contacts avec les intervenants malaisés et rares. Les travailleurs du sexe n'ont plus le temps de prendre les précautions élémentaires (négocier des pratiques sexuelles sûres, s'assurer que le client n'est pas dangereux)

### Recommandations

Améliorer la connaissance du phénomène :  
→ à l'échelon local (en systématisant et en coordonnant le dispositif de collecte de l'information)  
→ à l'échelon national (en « consolidant » les données recueillies à l'échelon local)  
→ à l'échelon européen en participant activement aux dispositifs existants (*Europap/Tampep*)  
→ un effort de documentation particulier doit être consenti à propos des clients en tant que groupe-relais.

Les décideurs politiques et administratifs sont sensibilisés (lobbying) aux questions en relation avec la prostitution et aux conséquences négatives de certaines dispositions juridiques et administratives sur la santé des travailleurs du sexe, sur leur vulnérabilité aux IST et sur leur exposition à des épisodes de violence.

Politiciens et intervenants sanitaires et sociaux doivent construire une collaboration confiante, respectueuse des prérogatives de chaque partie et soucieuse de limiter au maximum les risques auxquels sont exposés les travailleurs du sexe.

L'OFSP pourrait prendre l'initiative de réunir des plates-formes interdisciplinaires – ouvertes aux intervenants sanitaires et sociaux, aux forces de police voire au monde politique et judiciaire – à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la toxicomanie.

Conclusions	Recommandations
<p>Les travailleurs du sexe renoncent souvent à faire appel aux services de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ car les spécificités de leur activité ne s'accordent pas avec les modalités de fonctionnement de ces services (horaires)</li> <li>→ car ils se sentent stigmatisés en raison de leur activité professionnelle</li> <li>→ car ils ne connaissent pas les ressources à disposition en raison de leur constante mobilité</li> <li>→ car ils ne peuvent bénéficier de soins financièrement abordables en raison de leur situation irrégulière (clandestins non assurés)</li> </ul>	<p>Les autorités sanitaires fédérales attirent l'attention des autorités sanitaires cantonales sur la nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ d'adapter les modalités de fonctionnement des services de santé aux caractéristiques d'une population au sein de laquelle les besoins sanitaires sont particulièrement importants (horaires, formation et attitude du personnel de soins)</li> <li>→ le cas échéant, de créer ou de financer des structures spécialisées adaptées aux besoins, aux moyens et aux spécificités des segments les plus vulnérables de la population des personnes qui se prostituent, ces structures complétant le dispositif sanitaire « standard » et lui permettant d'améliorer sa capacité de réponse.</li> </ul>
<p>Les travailleurs du sexe sont confrontés à toute sorte de problèmes. La prévention du VIH/sida et d'autres IST ne leur apparaît pas nécessairement prioritaire. Ils sont toutefois accessibles à des actions de prévention à condition de pouvoir aussi résoudre leurs difficultés les plus aiguës (souvent des besoins primaires).</p>	<p>Les organes de subventionnement ne sauraient limiter leur soutien financier aux seules actions de prévention du VIH/sida et des autres IST. Ils doivent aussi financer les autres prestations délivrées par les institutions afin que celles-ci demeurent attrayantes aux yeux des travailleurs du sexe.</p>
<p>D'une manière générale, les travailleurs du sexe (femmes, hommes, travestis et transsexuels) ont des relations sexuelles payantes plutôt bien protégées.</p> <p>Les lacunes relevées au niveau de la protection contre les IST sont principalement à mettre en relation avec les pressions – généralement financières mais parfois aussi assorties de menaces ou de violences corporelles – exercées par les clients.</p> <p>Les relations avec les partenaires non payants (et dans certains cas avec des clients connus) sont significativement moins protégées et peuvent comprendre des pratiques exposant à un risque accru de transmission du VIH.</p>	<p>Les efforts destinés à améliorer les connaissances des travailleurs du sexe en matière de risques et de protection doivent être renforcés. On veillera en particulier à toucher les catégories moins accessibles de prostitué(e)s.</p>

---

**Conclusions**

Les projets de prévention destinés aux acteurs du monde de la prostitution doivent s'inscrire dans la durée car leur public change souvent et que les actions de prévention doivent se répéter pour produire des effets durables.

---

**Recommandations**

Des ressources suffisantes pour développer des actions dans la durée doivent être garanties aux institutions de prévention actives dans l'univers de la prostitution.

---

# ZUSAMMENFASSUNG

## Einleitung

Angesichts des erneuten Anstiegs der HIV-Infektionen wollte das BAG die Kenntnisse über gewisse als gefährdet erachtete Bevölkerungsgruppen auf den neuesten Stand bringen. In der Folge beauftragte es das Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) in Lausanne, die Situation der Sexworker sowie ihrer Freier in Bezug auf HIV-Exposition, Verhalten, Kenntnisse und Vulnerabilität zu untersuchen und die für diese Bevölkerungsgruppen bestimmten Präventionsprogramme zu beschreiben.

Im Rahmen der Evaluation wurden vier Fragen gestellt:

- Was weiss man über die jetzige Situation bezüglich Risikoverhalten und Schutz im Prostitutionsmilieu (Sexarbeiter und Freier)?
- Lassen sich besonders exponierte oder vulnerable Untergruppen ausmachen?
- Welche Massnahmen (Programme) zur HIV-Prävention wurden bei den Sexarbeitern angewendet?
- Welche positiven und negativen Auswirkungen hatten diese Massnahmen (Programme)?

## Methoden

Die Studie bestand aus einer Analyse der Literatur, welche auf den Datenbanken von Medline, Psycfit und Sociofile, den Datenbanken der internationalen Aids-Konferenzen in Durban (2000) und Barcelona (2002) und den wichtigen Internetseiten zugänglich war, sowie der grauen Literatur zur Situation in der Schweiz. Berücksichtigt wurden Informationen zur Situation nach 1990 in West- und Zentraleuropa, in den Balkanländern, den baltischen Staaten, Russland, Weissrussland, Moldawien, der Ukraine, Armenien und der Türkei. Die Materialsammlung wurde im Januar 2003 abgeschlossen.

Alle bei der Durchsicht der Literatur gefundenen wissenschaftlichen Unterlagen, die sich mit der Situation nach 1990 befassten, wurden in die Analyse einbezogen. Diese beinhaltete mehrere Kriterien, so die Art der Prostitution, den Anteil der Drogenabhängigen an der Auswahl, den Anteil der auf HIV getesteten Personen, die (selbst berichtete oder gemessene) HIV-Prävalenz, die Zahl der Freier sowie das Schutz- und Risikoverhalten (gemäss den Praktiken und den Partnertypen).

Die in der Literatur dargestellte Präventionsprojekte, die sich an die von der Prostitution betroffenen Personen richteten, wurden einerseits nach der Art der erbrachten Leistungen (Präventionsbotschaften, Schadenminderungsmassnahmen, Leistungen des Gesundheitswesens, Sozialleistungen, Ausbildung, Beobachtung und Dokumentation, Lobbying) und andererseits nach den Bevölkerungsgruppen, an die sich die verschiedenen Leistungen richteten, sowie den Modalitäten der Leistungserbringung (Profil der betroffenen Mitarbeiter, Ort der Leistungserbringung und - öffentliche oder private - Finanzierungsform der Projekte) analysiert.

## Ergebnisse und Diskussionen

**Die Voraussetzungen für eine Ausweitung des Phänomens der Prostitution sind gegeben, dies vor allem wegen der Anziehungskraft der reichen Länder.**

Zur Grösse des Sexmarktes liegen nur lückenhafte Angaben vor. Trotzdem lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten schätzen, dass sich in Europa mehrere hunderttausend Menschen prostituieren. Auch wenn der Handel mit Menschen, welche zur Prostitution gezwungen werden, bei der Versorgung dieses Marktes nicht zu unterschätzen ist, stellen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten die hauptsächliche Ursache für die Prostitution dar. In dieser Hinsicht stellt die Drogenabhängigkeit einen Sonderfall für den Eintritt in den Sexmarkt dar, da die abhängigen Personen unter einem starken finanziellen Druck stehen.

Westeuropa übt eine grosse Anziehungskraft auf die Sexworker aus wirtschaftlich und sozial benachteiligten Ländern aus. Das Nebeneinanderbestehen von ganz unterschiedlichen volkswirtschaftlichen Verhältnissen auf recht engem Raum ohne natürliche Barrieren ist vor allem für die Sexworker aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks äusserst verlockend. Diese stossen zu den zahlreichen Migranten aus Afrika, Lateinamerika und Asien, welche sich prostituieren. Somit ist der Anteil der ausländischen Sexworker in allen untersuchten Ländern sehr hoch.

Die im Rahmen der Studie ermittelten Informationen weisen klar darauf hin, dass die Prostitution zum aktuellen Zeitpunkt über ein hohes Entwicklungspotenzial verfügt.

**Viele Rechtsbestimmungen tragen dazu bei, die Sexworker in den Untergrund zu treiben, und erhöhen somit die Risiken, denen sie ausgesetzt sind.**

Die Prostitution ist eine gefährliche Aktivität. Die Personen, die sie ausüben, sind oft allen möglichen Risiken ausgesetzt. Diese entstehen insbesondere durch das Milieu, in dem sich die Sexworker befinden (Gewalt, Abhängigkeit), die Freier (Gewalt, Verachtung, Gesundheitszustand) oder die Aktivität an sich (risikoreiche Sexualpraktiken). Zu diesen Risiken kommen oftmals ungünstige Lebensbedingungen (wirtschaftliche Schwierigkeiten) und in zahlreichen Fällen eine Drogenabhängigkeit hinzu, deren Finanzierung zum Einstieg in die Prostitution führte.

Zahlreiche gesetzliche und administrative Bestimmungen schränken die Ausübung der Prostitution ein, ohne aber sie eigentlich zu verbieten. Die Situation verschärft sich noch, wenn es sich bei den Sexworkern um Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung handelt.

Die Verschärfung der Gesetzesbestimmungen bezüglich der Einwanderung und der Druck, der ausgeübt wird, um die Prostitution aus dem öffentlichen Raum zu verbannen, tragen das Ihre zu Verschlechterung der Stellung von Sexworkern bei. Diese sind vermehrt dazu gezwungen, im Untergrund und in zunehmender Abhängigkeit von allen möglichen Vermittlern zu leben. Sie müssen ihre Aktivitäten unter Bedingungen ausüben, die für ihre körperliche und psychische Gesundheit potenziell sehr schädlich sind. Diese Massnahmen haben insbesondere zur Folge, dass die Prostitution «verheimlicht» wird. Sie verringern ganz erheblich den Spielraum, welche die Sexworker zur Beurteilung der Risiken benötigen, die sie mit ihren Kunden eingehen.

**Unter den Prostituierten ist die HIV-Prävalenz relativ niedrig, bei den MSW und den Transvestiten/Transsexuellen ist sie besorgniserregend ; bei den Freiern ist die Situation nicht bekannt.**

Drei Gruppen stechen besonders hervor, nämlich die nicht injizierenden einheimischen Drogenkonsumierenden (nicht-UDI), die Migranten und die Drogen injizierenden Personen (UDI). Während die Prävalenz sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in der ersten Gruppe recht tief ist, ist sie in der zweiten etwas höher und in der dritten im Allgemeinen sehr hoch. Die Gruppe der Drogen injizierenden Personen ist recht einheitlich. Unabhängig von der geografischen Herkunft der Personen, welche ihr angehören (Einheimische oder Migranten), zeichnet sie sich durch eine hohe HIV-Prävalenz aus. Die Gruppe der Migranten ist heterogener. Sie umfasst insbesondere eine (je nach Ländern variable) Untergruppe, der Personen aus Zonen mit hoher HIV-Prävalenz (Afrika und v.a. Länder aus der Sub-Sahara) angehören, sowie eine Untergruppe von Personen aus weniger betroffenen Regionen. Die Prostituierten aus Ländern, die von HIV/Aids am stärksten betroffen sind, weisen eine überdurchschnittlich hohe HIV-Prävalenz auf. Aufgrund ihrer Isolation und dem schwierigen Zugang zur medizinischen Versorgung sind sie stärker gefährdet. Die Situation der Sexworker aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist schlecht. Die entsprechenden Staaten weisen eine steigende Prävalenz von HIV und anderen STI sowie eine steigende Zahl von Drogen injizierenden Personen auf. In Anbetracht der grossen Mobilität der Sexworker aus Zentral- und Osteuropa könnten die bereits verzeichneten recht hohen Raten der sexuell übertragbaren Infektionen in den nächsten Jahren noch beträchtlich ansteigen.

Zur Situation der männlichen Prostituierten liegen nur wenige Angaben vor. Auch bei dieser Bevölkerungsgruppe zeigt sich jedoch der Einfluss des intravenösen Drogenkonsums auf die HIV-Prävalenzrate. Der Unterschied ist jedoch weniger ausgeprägt als bei den Frauen, da die MSW ohne intravenösen Drogenkonsum allgemein eine deutlich höhere Prävalenz aufweisen als die heterosexuellen Prostituierten. Daraus kann geschlossen werden, dass die männlichen Prostituierten wegen der Häufigkeit des Analverkehrs – mit zahlenden Partnern, unter denen die HIV-Infektion verbreiteter ist – sowie dem sozialen Ausschluss und der Marginalisierung einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch Transvestiten und Transsexuelle stellen eine besonders gefährdete Gruppe dar.

In Bezug auf die Prävalenz der STI bilden die Freier weitgehend eine unbekannt Grösse. So liegen diesbezüglich nur wenige Studien vor, aus denen sich keine abschliessenden Schlussfolgerungen ziehen lassen. Sie lassen jedoch darauf schliessen, dass diese Bevölkerungsgruppe eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz in Bezug auf Hepatitis B und Chlamydien aufweisen könnte.

Die gesundheitliche Situation der Sexworker könnte sich in naher Zukunft stark verschlechtern. Die hohe Mobilität der Prostituierten aus Gebieten mit hoher (und stark steigender) Prävalenz von HIV und anderen STI sowie der daraus entstehende Druck könnten sich negativ auf den Schutz bei Sexualkontakten und die Lebensbedingungen der Prostituierten auswirken. Da es sich bei den Migranten ausserdem mehrheitlich um Personen ohne Aufenthaltsbewilligung handelt, gestaltet sich ihr Zugang zur medizinischen Versorgung sehr schwierig. Bei einer Abreise besteht zudem ein hohes Risiko, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert.

**Das Schutzniveau bei Sexualkontakten weist beträchtliche Schwankungen auf, die vor allem bei «privaten» Kontakten markant sind.**

Der Schutz im Zusammenhang mit der beruflichen Aktivität der Sexworker ist beträchtlichen Schwankungen ausgesetzt. Im Laufe des letzten Jahrzehnts beobachtete man generell eine steigende Zahl von weiblichen Prostituierten, welche angeben, sich bei ihren Sexualkontakten konsequent zu schützen.

Verschiedene Teile der Gruppe der sich prostituierenden Frauen erweisen sich aufgrund ihres höheren Anteils ungeschützter Sexualkontakte als stärker gefährdet. Es sind dies die Drogen injizierenden Prostituierten, die Prostituierten, welche auf den Strassenstrich gehen, die Migrantinnen sowie die *Escort Girls*.

Die Situation der männlichen Prostituierten lässt offensichtlich grössere Unterschiede erkennen als die der Frauen. So wiesen in Osteuropa durchgeführte Studien auf eine extrem hohe Risikoexposition hin. In Westeuropa hingegen zeichnen sich die bezahlten Kontakte durch einen recht hohen Schutz aus. Die Migranten bilden den am stärksten gefährdeten Teil der Bevölkerungsgruppe der männlichen Prostituierten. Wichtig ist auch die Feststellung, dass sich ein Grossteil dieser Sexworker nicht als Homosexuelle betrachtet. Da diese auch hetero- und bisexuelle Beziehungen eingehen, könnten sie einen Verbindungskanal für die Übertragung zwischen der Welt der Homosexuellen und der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung darstellen. Im Übrigen ist die Gesundheit der männlichen Prostituierten und der Transsexuellen nicht nur durch deren sexuelle Praktiken bedroht, sondern auch durch die prekären Verhältnisse, in denen sie leben.

Betrachtet man sämtliche Beziehungsformen, so fällt auf, dass die Sexworker in ihren privaten Beziehungen (Sexualkontakte mit nicht zahlenden Partnern) am häufigsten auf jeglichen Schutz verzichten. Diese allgemein feststellbare Beobachtung lässt sich vor allem mit dem Bedürfnis erklären, das «Privatleben» von der «bezahlten sexuellen Aktivität» zu trennen.

Das Verhalten der Freier ist weit weniger bekannt als dasjenige der Sexworker. Die Tatsache, dass bei derart vielen bezahlten Kontakten auf Präservative verzichtet wird, lässt darauf schliessen, dass eine starke Nachfrage nach ungeschütztem Verkehr besteht. Die wenigen Studien, die sich mit diesem Thema befassen, lassen auf eine ähnliche Situation schliessen, wie sie schon bei den Sexworkern zu beobachten war: Bei regelmässigen Kontakten mit derselben Person wird eher auf Schutzmassnahmen verzichtet.

Aufgrund der sexuellen Beziehungen, die sie mit anderen Partnern eingehen, könnte ein recht grosser Anteil der Freier eine wichtige Rolle bei der Verbreitung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen spielen. Nicht selten unterhalten Kunden von Prostituierten auch Beziehungen zu Homosexuellen. Ausserdem ist bekannt, dass sich die Kunden von Prostituierten bei ihren privaten Beziehungen normalerweise nicht schützen.

Die durchgeführten Studien weisen auf eine bestimmte Anzahl gefährdeter Gruppen hin. Es gibt jedoch noch Bevölkerungsgruppen, über die nur sehr lückenhafte oder gar keine Kenntnisse bestehen. Dies gilt für die Prostitution, welche sich in privaten Räumen (Wohnungen) abwickelt, die Situation der Sexworker, die im Escort-Service tätig sind, sowie die Freier der Sexworker. Über die HIV-infizierten Männer und Frauen, die sich prostituieren, ist nahezu nichts bekannt. Auch in Bezug auf die minderjährigen Sexworker liegen kaum Angaben vor.

## Interventionsprojekte : Stärken und Schwächen

Es wurden zahlreiche Interventionsprojekte ins Leben gerufen. Diese richten sich an sich prostituierende Personen, ihre Freier sowie ihr Umfeld (Freunde, Betreiber von kommerziellen Sex-lokalen usw.). Die Bandbreite ihrer Angebote ist sehr unterschiedlich. Bei sämtlichen Projekten wird die Prävention in der Regel gross geschrieben. Die meisten bieten Ratschläge zur Bekämpfung von HIV/Aids und anderen STI an und geben Schutzmaterial (Präservative, Gleitmittel) ab. Viele bieten ausserdem auch Leistungen im Gesundheits- und Sanitärbereich an (Tests, Untersuchungen, Impfungen, medizinische Versorgung) und Sozialleistungen, welche hauptsächlich auf die Bedürfnisse derjenigen Sexworker ausgerichtet sind, welche durch ihre administrative Situation am stärksten ausgegrenzt werden (Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung).

Die Projekte fügen sich komplementär in das Gefüge der bestehenden sanitären und sozialen Massnahmen ein. Im Wesentlichen bieten sie Leistungen an, die innerhalb des Netzwerks nicht existieren oder aus administrativen (keine Leistungen an Nichtberechtigte), organisatorischen (Öffnungszeiten, Distanz zu den Bezirken, in welchen sich die Prostitution abspielt) oder psychosozialen (bieten nicht die von den Sexarbeiterinnen gewünschte Betreuungsqualität – nicht wertend) Gründen nicht zugänglich sind. Die Projekte möchten das Bestehende bestmöglich nutzen und nicht unbedingt neue Einrichtungen schaffen. Im Vordergrund stehen die Vernetzung und Anpassung des potenziell Verfügbaren.

Die Stärken dieser Projekte bestehen darin, dass sie den Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen ermöglichen, mit dem Zielpublikum zusammenarbeiten, die verschiedensten beruflichen Kompetenzen in sich vereinigen (qualifizierte Betreuer, Kulturvermittler, Peers usw.), die besonderen Bedürfnisse der Benutzer berücksichtigen, einen niederschweligen Zugang zu den Leistungen bieten, sich ihr Personal durch eine nicht wertende Haltung auszeichnet und sie die Möglichkeit bieten, zahlreiche Betreuer, welche den Benutzern hilfreiche Leistungen bieten könnten, miteinander zu vernetzen.

Viele Projekte wurden von nicht gewinnorientierten Nichtregierungsorganisationen umgesetzt. Ihre Durchführung wird mit Subventionen der öffentlichen Hand sowie mit Unterstützungsgeldern privater Organisationen (Stiftungen) sichergestellt. Die gewährten Mittel sind der Art, der Verschiedenheit und der Dringlichkeit der auf diesem Gebiet anzutreffenden Probleme oft nicht angepasst. Sie werden zudem häufig nur für einen begrenzten Zeitraum garantiert. Der Mangel an Mittel und die Unsicherheiten bezüglich der Zukunft bilden ein gemeinsames Anliegen der Leiter von zahlreichen Projekten. Sie haben ausserdem eine negative Auswirkung auf die Personalpolitik (unsichere Löhne, Motivationsverlust, Schwierigkeit, die Mitarbeiter zu halten, insbesondere die Peers oder 'Gleichgestellten' – die in der Regel diejenigen sind, die am schlechtesten bezahlt werden).

Bis auf einige wenige Ausnahmen ist bei den Projekten festzustellen, dass ihre Angebote ein Publikum finden und dieses einen hohen Zufriedenheitsgrad bezeugt. Einige Bereiche der Prostitution (Escort-Service, Personen, die ihre Dienste auf Internet anbieten, Jugendliche etc.) sind jedoch schwierig zu erreichen ; die Probleme, welche die illegale Einwanderung stellt, machen die Betroffenen aufgrund gesetzlicher oder polizeilicher Massnahmen noch vorsichtiger und durch die begrenzten Mittel der Projekte ist es nicht möglich, diese Personen zu erreichen.



## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

---

### Schlussfolgerungen

Die Prostitution ist ein Phänomen :

- Von dem gewisse Dimensionen nur wenig bekannt sind;
- mit einem sehr grossen Anteil an Migranten ;
- in ständiger Bewegung.

### Empfehlungen

Die Kenntnisse über dieses Phänomen müssen vertieft werden :

- auf lokaler Ebene muss das Informationssystem (Datenerhebung) systematisiert und koordiniert werden ;
- die lokal zusammengetragenen Informationen müssen auf nationaler Ebene konsolidiert werden ;
- europaweit ist eine Beteiligung an den bestehenden Informationssystemen erforderlich (Europap/Tampep), was gegenwärtig noch nicht der Fall ist ;
- über die Freier, die als Übertragungsgruppe dienen, muss vermehrt und verstärkt Dokumentationsmaterial zusammengetragen werden.

---

Politische oder behördliche Beschlüsse können sich negativ auf die Rahmenbedingungen der Sexworker auswirken und die Lebensbedingungen, das Wohlbefinden sowie die Gesundheit der sich prostituierenden Personen beeinträchtigen.

Die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung sind für die Fragen im Zusammenhang mit der Prostitution und die negativen Auswirkungen gewisser juristischer und administrativer Beschlüsse auf die Gesundheit der Sexworker, ihre Vulnerabilität hinsichtlich den STI und ihre Exponiertheit gegenüber von Gewalt sensibilisiert (Lobbying).

---

Die offenkundige Präsenz der Polizei oder die an Belästigung grenzende Einsätze (gegenüber den Sexworkern oder den Freiern) verbannen die Prostitution in abgelegene und unsichere Zonen und führen dazu, dass die Kontakte mit den Betreuern schwierig und selten werden. Die Sexworker haben nicht mehr genügend Zeit, um grundlegende Vorsichtsmassnahmen (Aushandeln sicherer sexueller Praktiken, Vergewisserung, dass es sich nicht um einen gefährlichen Kunden handelt) zu treffen.

Politiker und Fachleute aus Gesundheits- und Sozialwesen müssen eine Zusammenarbeit aufbauen, die Vertrauen erweckt, die Rechte eines jeden respektiert und auf die maximale Begrenzung der Risiken, denen die Sexworker ausgesetzt sind, bedacht ist.

Das BAG könnte die Initiative ergreifen für den Zusammenschluss der Plattformen für den interdisziplinären Meinungs- und Erfahrungsaustausch – offen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, für Polizeikräfte und für politische und juristische Kreise –, dem Beispiel folgend, was im Drogen- und Suchtbereich bereits geleistet wurde.

---

Die Sexworker wenden sich häufig nicht an die Gesundheitsdienste :

- Weil sich die Besonderheiten ihrer Aktivität nicht mit den Betriebsmodalitäten dieser Dienste vereinbaren lassen (Öffnungszeiten) ;
- weil sie sich aufgrund ihrer beruflichen Aktivität stigmatisiert fühlen ;
- weil sie die zur Verfügung stehenden Mittel aufgrund ihrer stetigen Mobilität nicht kennen ;
- weil ihnen aufgrund ihrer Illegalität (nicht versicherte, illegal hier lebende Menschen) finanziell erschwingliche Pflegeleistungen verwehrt bleiben.

Die staatlichen Gesundheitsbehörden machen die kantonalen Stellen auf die Notwendigkeit aufmerksam, dass

- die Betriebsmodalitäten der Gesundheitsdienste den Besonderheiten einer Bevölkerungsgruppe angepasst werden, in denen der Bedarf nach Gesundheitsleistungen besonders gross ist (Öffnungszeiten, Ausbildung und Verhalten des Pflegepersonals) ;
- allenfalls spezielle Einrichtungen geschaffen oder finanziert werden sollen, welche den Bedürfnissen, den Mitteln und Besonderheiten der am stärksten gefährdeten Teile der Bevölkerungsgruppe der sich prostituierenden Personen angepasst sind. Diese Strukturen stellen eine Ergänzung zum «standardmässigen» Gesundheitssystem dar und ermöglichen es, besser auf diese speziellen Bedürfnisse reagieren zu können.

---

Die Sexworker sind mit allen möglichen Problemen konfrontiert. Die Prävention von HIV/Aids und anderer STI steht für sie nicht unbedingt im Vordergrund. Sie zeigen sich Präventionsaktionen gegenüber jedoch offen, sofern auch ihre grössten Probleme gelöst werden (oftmals primäre Bedürfnisse).

Die Subventionsinstanzen sollen ihre finanzielle Unterstützung nicht auf blosse Aktivitäten zur Prävention von HIV/Aids und den STI beschränken. Sie müssen auch die anderen von den Institutionen erbrachten Leistungen finanzieren, damit diese für die Sexworker attraktiv bleiben.

---

In der Regel ist das Schutzniveau bei den bezahlten Sexualkontakten der Sexworker (Frauen, Männer, Transvestiten und Transsexuelle) eher hoch.

Die festgestellten Mängel beim Schutz gegen die STI sind in erster Linie mit dem von den Freiern ausgeübten Druck – in der Regel finanzieller Art, aber manchmal auch begleitet von Drohungen oder körperlicher Gewalt – in Zusammenhang zu bringen.

Sexualkontakte mit Partnern, die nicht dafür zahlen (in einigen Fällen mit bekannten Freiern), weisen ein deutlich niedrigeres Schutzniveau auf und können Praktiken beinhalten, die ein höheres Risiko der HIV-Übertragung beinhalten.

Die Bemühungen zur Verbesserung der Kenntnisse der Sexworker über die Risiken und den Schutz müssen verstärkt werden. Insbesondere sollen die weniger gut erreichbaren Kategorien von Sexworkern angesprochen werden.

---

Die an die Akteure der Prostitution gerichteten Präventionsprojekte müssen langfristig angelegt sein, da das Publikum oft wechselt und die Präventionsaktionen wiederholt werden müssen, damit sie einen nachhaltigen Effekt erreichen.

Den auf dem Gebiet der Prostitution tätigen Präventionsinstitutionen müssen genügend Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit die Nachhaltigkeit der Aktionen gewährleistet ist.

---

# 1 INTRODUCTION

L'épidémie de VIH/sida est en recrudescence. L'Office fédéral de la santé publique a estimé nécessaire de mettre à jour les connaissances relatives à des segments réputés vulnérables de la population. Cette étude fait partie de l'évaluation globale sida 2000-2003. Son but est d'analyser la situation générale des travailleurs du sexe et celle de leurs clients en termes d'exposition au risque, de comportements, de connaissances et de vulnérabilité et les programmes s'adressant à cette population.

L'univers de la prostitution est soumis à un large éventail de dispositions juridiques et administratives qui contribuent à en déterminer les caractéristiques « ici et maintenant » et à fixer le cadre dans lequel les travailleurs du sexe exercent leur activité. La prostitution est un monde complexe et très segmenté. Il comprend notamment une importante composante migratoire. Une grande partie des problèmes sont communs à plusieurs pays. L'évolution des comportements suit des tendances similaires dans les pays voisins. Analyser la littérature internationale consacrée à ce sujet permet de s'appuyer sur des études récentes entreprises hors des frontières helvétiques. La zone de l'étude porte sur les pays d'Europe occidentale, centrale et orientale.

La première partie du rapport présente plusieurs paramètres exerçant une influence sur le marché du sexe dans les pays de l'Europe occidentale, centrale et orientale. Elle s'attache plus particulièrement aux facteurs économiques qui sous-tendent l'entrée dans la prostitution et les déplacements internationaux des travailleurs du sexe. Elle évoque les conditions cadres qui possèdent un impact sur les modalités d'exercice de la prostitution à l'échelon local. La deuxième partie s'attache à différents aspects de la prostitution en relation avec la santé des acteurs de ce « secteur économique » (travailleurs du sexe et leurs clients avant tout). La troisième partie est consacrée à l'exposition au VIH, aux comportements et aux connaissances des travailleurs du sexe et de leurs clients. Elle brosse un tableau de la situation épidémiologique au sein de ces deux groupes de personnes. Le rapport comprend aussi une présentation des principales prestations offertes dans le cadre de projets de prévention dédiés aux travailleurs du sexe et à leurs clients et par la mise en évidence de leurs points forts et de leurs faiblesses.

## **Nota bene**

Prostitution ou travail sexuel ? Prostitué(e) ou travailleur(se) du sexe ? ... Le choix du vocabulaire n'est jamais indifférent et les termes proposés ne sont certainement pas homologues. Prostitution et prostitué(e) renvoient d'une certaine manière à une représentation traditionnelle. On y perçoit une forme de rapport social désavantageux pour la personne qui vend son corps – ou plutôt qui le loue. Travail sexuel et travailleurs sexuels suggèrent en revanche l'existence d'une sorte de contrat, d'une activité rétribuée analogue à celle de bien d'autres artisans ou employés. Ces mots possèdent une dimension militante. Ils suggèrent un large éventail de pratiques. Il est malaisé de choisir lorsqu'on se trouve en situation d'observateur et que l'on ignore comment la personne concernée juge son activité. Nous avons donc décidé d'utiliser indifféremment les deux familles de mots.

## 2 MÉTHODOLOGIE

Quatre questions d'évaluation ont été formulées :

- Que sait-on de la situation actuelle de l'exposition au risque et de la protection dans l'univers de la prostitution (travailleurs du sexe et leurs clients) ?
- Peut-on identifier des sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables ?
- Quelles méthodes (programmes) de prévention du VIH/sida ont-elles été utilisées avec les travailleurs du sexe ?
- Quels ont été les effets positifs et négatifs de ces méthodes (programmes) ?

La présente étude se fonde sur quatre sources de données :

1. Les banques de données Medline, Psyclit et Sociofile ont été consultées – jusqu'en janvier 2003 – avec les mots-clé suivants : prostitut\$, sex work\$, client, condom, HIV, STD, STI, prevention, program, project. On n'a retenu que les études européennes réalisées à partir de 1990.
2. Les banques de données des Conférences Internationales sur le sida de Durban 2000 et de Barcelone 2002.
3. Internet pour les sites et les publications des programmes.
4. Littérature grise pour la Suisse.

L'aire géographique prise en considération correspond à une partie de la zone 'Europe' définie par l'OMS. Elle comprend l'Europe de l'Ouest et centrale, les Balkans, les Pays Baltes (Estonie, Lituanie, Lettonie), la Russie, la Biélorussie, la Moldavie, l'Ukraine, l'Arménie et la Turquie.

Tous les articles scientifiques répertoriés – portant sur des études réalisées à partir de 1990 – ont été inclus dans l'analyse. Celle-ci a porté sur plusieurs critères : type de prostitution pratiquée par les personnes constituant l'échantillon de l'étude, proportion de toxicomanes, proportion de personnes ayant été testées pour le VIH, prévalence du VIH (auto reportée ou mesurée), nombre moyen de clients, comportement de protection ou exposition au risque (selon les pratiques et selon le type de partenaire).

Environ 200 projets de prévention destinés aux personnes concernées par la prostitution ont été répertoriés. Ils ont été analysés – dans la mesure du possible compte tenu des difficultés rencontrées (cf. ci-dessous) – d'une part en fonction de la nature des prestations fournies (messages préventifs, mesures de réduction des risques, prestations sanitaires, prestations sociales, formation, observation et documentation, lobbying) et, d'autre part, en fonction des populations auxquelles étaient destinées les différentes prestations et en fonction des modalités de fourniture des prestations (profil des collaborateurs concernés, lieu de fourniture des prestations et type de financement des projets – public ou privé)<sup>a</sup>.

Plusieurs problèmes sont apparus au niveau de l'accès à la documentation concernant les programmes :

- Les sites Internet ne sont pas toujours tenus à jour, des pages ne sont plus accessibles.

---

<sup>a</sup> Voir Tableau 14.

- Il n'existe à notre connaissance aucune liste exhaustive (ou tendant à l'exhaustivité) des projets locaux de prévention. Plusieurs d'entre eux sont mentionnés dans les rapports publiés par des organismes de coordination tels que *Europap/Tampep* ou *ENMP*. La présence de ces projets sur Internet est incertaine. Ceux qui ont créé des sites l'ont probablement fait en contractant leur intitulé – rédigé dans leur langue nationale – selon les pratiques non codifiées en usage sur Internet. Se procurer des informations précises en les demandant par courrier postal ou par téléphone aurait généré un volume de travail impossible à envisager dans le temps alloué pour réaliser l'étude (deux mois à plein temps).
- Les documents accessibles sur Internet ne sont souvent pas datés.
- Peu d'évaluations ont été réalisées ou sont accessibles.

A certains égards, cette étude est complémentaire à l'étude « Evaluation de la mise en œuvre du programme VIH/sida de 1999 à 2003 »<sup>3</sup> qui porte en particulier sur l'utilisation des offres et du matériel dans le domaine de la prostitution.

### 3 PARAMÈTRES EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA PROSTITUTION

La prostitution est un phénomène dont l'expression<sup>a</sup> en un lieu et à un moment donnés résulte de l'interaction de nombreux facteurs. Pour exercer une influence sur la prostitution – notamment sur son rôle en tant que vecteur de problèmes sanitaires –, il faut identifier les paramètres du phénomène et sélectionner ceux sur lesquels agir pour obtenir l'effet recherché<sup>4</sup>.

#### 3.1 FACTEURS ÉCONOMIQUES

##### **Dimension macro-économique**

Selon un article paru dans l'édition de novembre 2001 du *Monde Diplomatique*<sup>5</sup>, l'ONU situe entre 5 et 7 milliards de dollars le chiffre d'affaires annuel généré par la prostitution. Les flux financiers ne sont pas circonscrits à la relation entre le client et la personne qui fournit des prestations de nature sexuelle contre un avantage économique (en espèces ou en nature). Ils concernent aussi les personnes (physiques ou morales) qui retirent des avantages économiques indirects de l'exercice de la prostitution et notamment celles qui mettent à disposition des espaces propices à cette activité (propriétaires et gérants d'immeubles, tenanciers d'établissements fonctionnant comme espaces de racolage<sup>b</sup>, tenanciers d'établissements de prostitution proprement dits<sup>c</sup>), celles qui servent d'intermédiaires entre les clients et les personnes qui se prostituent (souteneurs, rabatteurs mais aussi médias plus ou moins spécialisés et fournisseurs d'accès Internet) ou celles qui organisent le trafic d'êtres humains dans l'intention de les contraindre à se prostituer. A titre d'exemple, Aral et al<sup>6</sup> décrivent la situation qui prévaut à Moscou en évoquant la présence de recruteurs (chargés de repérer les nouvelles arrivantes en vue de les amener à se prostituer), de souteneurs, d'assistants souteneurs, de rabatteurs (de clients), de chauffeurs et de gardes. La milice (police) s'ajoute encore à ces intervenants en échangeant sa passivité (sa tolérance) contre diverses formes de rétribution.

L'importance des montants en cause, le nombre des personnes concernées de près ou de loin, le rôle joué par l'argent de la prostitution dans certaines économies nationales expliquent en partie la pérennité du phénomène.

##### **Niveau micro-économique**

Echanger des prestations de nature sexuelle contre des avantages économiques représente souvent, pour les personnes concernées, l'unique façon de se procurer des moyens de subsistance pour elles-mêmes ou leurs proches (famille, partenaire) ou, à tout le moins, la manière la plus

---

<sup>a</sup> On pourrait aussi écrire « les expressions » (au pluriel) puisque l'observation révèle qu'il existe presque toujours simultanément plusieurs modalités d'exercice de la prostitution ... et cela même dans une aire géographique de dimensions réduites.

<sup>b</sup> Bars, saunas, etc.

<sup>c</sup> La liste n'est certainement pas exhaustive. Welzer-Lang et al<sup>149</sup> ont par exemple consacré une partie de leur dernier ouvrage au « téléphone érotique ».

simple de parvenir à cet objectif dans les circonstances du moment. La difficulté d'accéder à des ressources renvoie notamment à la situation économique (taux de chômage), aux conditions cadres du marché de l'emploi (fermeture aux non-nationaux, compétences exigées, genre), au niveau des salaires (différentiel par rapport au coût de la vie), aux compétences professionnelles individuelles (satisfaction des exigences du marché de l'emploi), aux conditions d'éligibilité pour l'obtention de prestations sociales, à des caractéristiques personnelles limitant ou interdisant l'accès à des emplois traditionnels (état de santé, toxico-dépendance, etc.) ainsi qu'à l'importance des besoins financiers auxquels il s'agit de faire face (besoins propres de la personne qui se prostitue et besoins de son entourage). Se prostituer peut représenter l'unique source de revenus ou constituer une activité occasionnelle garantissant un complément de ressources.

La prostitution comme réponse à l'insuffisance de l'offre sur le marché de l'emploi traditionnel est particulièrement mise en évidence dans les pays en voie de développement ainsi que dans ceux passés d'un régime d'économie dirigée à un régime d'extrême libéralisme (ex-bloc soviétique). Aral et al<sup>7</sup> décrivent l'émergence de la prostitution dans la Fédération de Russie comme une forme d'adaptation à un environnement économique caractérisé par le tarissement du marché de l'emploi traditionnel, par le démantèlement de la sécurité sociale et par un déséquilibre démographique entraînant une nette sur-représentation de l'élément masculin. Ils illustrent leur propos en prenant pour exemple la province de Saratov<sup>a</sup> où plusieurs grands chantiers et des activités industrielles ont concentré une importante population d'hommes que la transition libérale a transformés en chômeurs dans l'incapacité de se déplacer faute de ressources suffisantes. S'y ajoutent les groupes (à forte prédominance masculine) formés de personnes ayant abandonné la campagne pour tenter leur chance en ville, de réfugiés provenant de pays voisins (Tchéchénie), de migrants ressortissants des ex-républiques soviétiques d'Asie centrale et d'étudiants. Tirant parti de la situation géographique de la région (sur des axes de communication desservant notamment des zones de culture de pavot) et des compétences d'une partie de la main d'œuvre sans emploi (secteur de la chimie), une économie illégale s'est construite autour du trafic des stupéfiants. Le manque d'emplois dans les secteurs traditionnels de l'économie, le niveau extrêmement bas des revenus en comparaison avec les gains offerts par la prostitution<sup>b</sup> et l'existence d'une demande importante en matière de prestations à caractère sexuel expliquent en grande partie le développement de la prostitution (jusqu'à 1 000 travailleurs du sexe pour 100 000 habitants dans la ville de Balakovo<sup>c</sup>). Quatre motifs sont principalement avancés pour justifier le recours à cette solution : a) survivre (se nourrir, se loger, se soigner) ; b) acquérir des produits de luxe ; 3) financer sa toxicomanie et d) voyager à l'étranger et trouver un mari. Compte tenu de l'importance des gains qu'elle permet de réaliser, la prostitution est socialement considérée de manière plutôt positive.

Le rapport entre dégradation générale de l'environnement socio-économique et recours à la prostitution comme moyen de subsistance de la part de personnes appartenant aux couches défavorisées est mis en évidence dans l'ensemble des pays de l'ancien bloc soviétique<sup>8-11</sup>. Cette relation existe aussi dans les pays connaissant des difficultés économiques endémiques (Afrique, Asie, Amérique du Sud)<sup>4,12</sup>.

---

<sup>a</sup> Port sur la Volga (2,7 millions d'habitants), nœud routier, hautes écoles.

<sup>b</sup> Trente dollars par mois pour un professeur d'université contre sept à quatorze dollars à l'heure pour les prostituées les mieux rétribuées dans la province de Saratov. En ce qui concerne Moscou, Aral et al<sup>6</sup> décrivent une gamme de tarifs s'étendant de deux cents dollars à « un croûton de pain » par prestation selon les lieux d'exercice de la prostitution et la nature de la prestation.

<sup>c</sup> Les spécialistes évaluent entre 1 et 2% la proportion habituelle de prostituées dans la population.



Dans les pays d'Europe de l'Ouest, des dispositifs de sécurité sociale garantissent un minimum de ressources et amortissent les aléas de l'existence (dont la perte d'emploi ou le nonaccès à l'emploi). Ils réduisent la probabilité de devoir recourir à la prostitution pour se procurer le nécessaire. En dépit de cette protection, les personnes issues de milieux sociaux modestes ou très modestes sont nettement sur-représentées et attestent du rapport étroit entre difficultés économiques et recours à la prostitution<sup>13</sup>. Le recours à la prostitution peut alors s'expliquer par l'écart – chronique ou momentané – entre ressources et besoins financiers et renvoyer, par exemple, à un bas niveau des salaires (surtout dans les secteurs économiques accessibles aux personnes sans qualifications professionnelles), aux pressions d'un souteneur, à la nécessité d'acquiescer des biens ou des services non pris en compte par les régimes de sécurité sociale (frais médicaux, frais dentaires), à des frais extraordinaires ou aux dépenses engendrées par la toxicodépendance<sup>14</sup>.

### 3.2 TOXICO-DÉPENDANCE

Les toxicomanes sont nombreux parmi les prostituées. Se référant à la situation prévalant en Russie, Lowndes et al<sup>9</sup> estiment par exemple que la proportion des prostituées qui s'injectent de la drogue varie de 25 à 80% et qu'entre 15 et 50% des femmes toxicodépendantes s'adonnent à la prostitution.

La toxicodépendance représente un paramètre particulièrement important dans le cadre de la prostitution. Du point de vue économique (déjà évoqué à la section 3.1), la toxicodépendance explique la proportion élevée de toxicomanes parmi les prostituées. L'acquisition de produits stupéfiants entraîne des dépenses importantes. Il est exceptionnel que les toxicomanes – dont l'existence est souvent entièrement articulée autour de la recherche du produit – puissent compter sur les ressources tirées d'un emploi traditionnel pour financer leur consommation. La prostitution représente une source de revenus relativement simple à mobiliser, n'appelant aucune compétence particulière et évitant en principe de tomber dans la délinquance. A la limite de l'économique et du psychologique, la sensation de manque et l'urgence qu'elle impose de se procurer les ressources permettant d'acheter des stupéfiants explique que le toxicomane puisse accepter de s'avilir – voire de se mettre physiquement en danger – en se prostituant. Dans une autre perspective, des observateurs relèvent que l'abrutissement provoqué par la consommation de stupéfiants représente, pour certaines personnes, la seule manière de surmonter le sentiment d'abjection que leur inspire l'exercice de la prostitution.

La toxicodépendance retient tout spécialement l'attention car elle représente un vecteur de transmission du VIH et de l'hépatite qui s'ajoute à celui constitué par les rapports sexuels. C'est parmi les travailleurs du sexe qui s'injectent de la drogue que l'on observe les prévalences VIH les plus élevées.

### 3.3 FACTEURS SOCIOCULTURELS ET PSYCHOSOCIAUX

Les inégalités entre genres peuvent constituer un déterminant de la prostitution. Le rapport *Sex work and HIV/AIDS*<sup>4</sup> évoque à ce sujet les restrictions apportées par certaines communautés à l'autonomie financière et juridique de la femme et le fait qu'il lui incombe de porter le fardeau

des obligations familiales, situations dans lesquelles la prostitution peut apparaître comme une solution offrant de meilleures perspectives pour gérer sa propre sexualité et son avenir économique. La même source rappelle que les normes sociales prévalant dans certaines communautés font des femmes la cible de violences masculines qui représentent une des caractéristiques largement partagées par les prostituées. Enfin, certaines sociétés entretiennent des traditions ou des croyances qui contribuent à la reproduction du phénomène de la prostitution. Il en va ainsi de la conviction qu'un adolescent doit entretenir sa première relation avec une femme expérimentée (i.e. une prostituée) ou qu'entretenir des relations sexuelles avec une jeune femme vierge constitue un traitement efficace de la syphilis.

« (...) la pauvreté n'est pas ce qui pousse en priorité les femmes à quitter leur pays d'origine bien qu'elle pourrait sembler être la raison la plus manifeste. Ce sont des sociétés où elles sont considérées comme la propriété des hommes, et privées ainsi de tous les droits élémentaires de la personne. (...) Ces femmes décrivent leur volonté de sortir de leur pays pour venir en Europe de l'Ouest pour des raisons qui leur sont propres. Certaines ont fui la guerre et les persécutions ethniques, d'autres se sont mariées ou ont été mariées très jeunes à un homme qu'elles ont suivi, d'autres refusent simplement un avenir fermé dans leur pays pour elles ou leurs enfants (...). Certaines savaient avant de partir qu'elles allaient se prostituer ou travailler dans l'industrie du sexe. Parfois ces filières ont été payées avec l'aide de proches et/ou de leurs parents. (...) »<sup>15</sup>.

### 3.4 PHÉNOMÈNE MIGRATOIRE

Si les difficultés économiques prévalant dans de nombreux pays peuvent parfois conduire à se prostituer pour se procurer le nécessaire, elles représentent aussi (surtout ?) une forte incitation à émigrer vers des régions réputées offrir de meilleures conditions d'existence<sup>4</sup>. Or les barrières légales érigées par la plupart des pays attirant ces flux migratoires (ceux de l'Europe occidentale en particulier) rendent très difficile l'installation d'étrangers en provenance des nations pauvres (cf. section 3.6). Indispensable, le permis de travail n'est généralement accordé qu'aux personnes disposant de bonnes qualifications professionnelles. Il s'ensuit que les candidats à l'immigration doivent recourir à des moyens détournés pour s'installer puis exercer une activité rétribuée. La demande d'asile politique (possible pour les ressortissants de certains pays), les mariages de complaisance, le passage de la frontière en qualité de touriste ou l'immigration clandestine représentent autant de manières de s'installer. Ces méthodes ne garantissent en principe aucun accès au marché du travail légal et les migrants en situation irrégulière se voient la plupart du temps contraints d'accepter des solutions en marge des normes juridiques (travail au noir ou au gris, économie parallèle ou activités illégales)<sup>16</sup>.

Pour certains, se prostituer peut constituer l'objectif premier de la migration, les perspectives de gain étant perçues comme meilleures à l'étranger que dans le pays d'origine<sup>17</sup>. Les déplacements vers des régions réputées plus rentables peuvent mettre en œuvre des stratégies allant de la migration librement consentie (éventuellement grâce à l'aide – rétribuée – de personnes ou d'organismes spécialisés dans le franchissement clandestin des frontières) à l'exportation pure et simple de personnes véritablement asservies à et par des réseaux spécialisés en passant par la réponse à des propositions de mariage ou par l'engagement dans des secteurs économiques légaux mais proches du marché du sexe (en qualité d'artiste de cabaret, de danseuse, de barmaid, de serveuse, etc.). Pour d'autres personnes – certainement majoritaires – l'objectif est de trouver une activité professionnelle dans l'économie traditionnelle. Une partie de celles qui ne parviennent pas à réaliser cet objectif – en particulier à cause des obstacles juridiques érigés par les pays d'immigration – sont conduites à se prostituer pour se procurer les ressources indispensables.

A cause de l'accès inégalitaire du marché du travail et du peu d'accès qu'ont les femmes à ce marché formel et régulé, les services domestiques et sexuels sont les deux domaines de revenus directs disponibles pour les femmes. Le mariage est une autre source de revenus, indirecte, particulièrement pour les femmes venant des pays pauvres. Les politiques migratoires comme les politiques d'organisation des marchés du travail sont sexistes et discriminatoires pour les femmes, et plus spécifiquement pour celles des pays pauvres. Les femmes disposent de très peu de voies légales et indépendantes leur permettant de migrer vers le marché du travail d'un autre pays. Etant donné la nature du travail et les formes de migration qui leur sont ouvertes, elles sont contraintes d'utiliser des services et des intermédiaires peu scrupuleux. (...) A une extrémité, (on trouve l'expérience des femmes) qui ont été enlevées, violées, utilisées et maltraitées (...) à l'autre extrémité, (on trouve) les femmes traitant avec les gens qui facilitent leur voyage à l'étranger comme avec leur agent de voyage, service qui coûte cher et qui est habituellement très fiable pour elles (...)<sup>15</sup>.

Le phénomène migratoire dans le domaine de la prostitution s'exprime de deux manières : a) par une installation (ou un projet d'installation) de longue durée dans la zone d'immigration (elle peut comprendre plusieurs pays) et b) par un franchissement de frontière pour une période de brève durée. Ce dernier phénomène est notamment apparent dans le nord de la Norvège où des prostituées russes se rendent pour proposer leurs services durant les fins de semaine<sup>18</sup> ainsi qu'en Autriche<sup>19</sup> et en Finlande<sup>20</sup>.

Aujourd'hui on assiste à des changements importants sur la scène de la prostitution. Ils trouvent en partie leur origine dans les énormes flux migratoires de travailleurs du sexe qui se dirigent de l'Europe centrale et orientale vers l'Europe occidentale. Ainsi, 30 à 40% de l'effectif des prostitué(e)s actifs actuellement en Europe occidentale proviennent de l'ancien bloc soviétique. La présence de contingents de personnes provenant d'Etats situés plus à l'est est aussi observée en Europe centrale d'où beaucoup finissent par gagner, après un certain temps, les pays de l'Europe occidentale. Les pays d'Europe centrale sont ainsi simultanément l'origine, l'espace de transit et la destination de travailleurs du sexe. La mobilité est extrêmement forte dans cet univers<sup>21</sup>.

Les pays européens représentés au sein du programme *Tampep* (*Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe*) font systématiquement état de l'importance croissante des extra-communautaires (ressortissantes d'Etats n'appartenant pas à l'Union européenne) parmi la population des personnes qui se prostituent<sup>14,18,22</sup>. Le Tableau 1 rend compte de la situation telle que les coordinateurs nationaux la décrivaient dans leur rapport 1998-2000 (dernier rapport disponible).

Tableau 1 Nombre estimé de travailleuses du sexe qui se prostituent sur le territoire national et part des migrantes (Source : Europap/Tampep<sup>14,18-20,22-34</sup>)

Pays	Prostituées	Dont prostituées migrantes
Suède	2 500	600 - 700
Norvège	3 000	500 à 1 000
Danemark	6 000	2 000
Finlande	4 000	1 700 à 1 800
Allemagne	300 000	150 000
Pays-Bas	>20 000 (1.6 / 1 000 pop.)	68%
Belgique	11 700 (> 1 / 1 000 pop.)	45%
Luxembourg	100 à 300 par année	aucune indication
Grande-Bretagne	80 000 (1.5 / 1 000 pop.)	environ 50% à Londres environ 33% dans les quartiers périphériques de Londres < 10% dans les autres villes anglaises

Pays	Prostituées	Dont prostituées migrantes
Irlande	400 - 500	10%
France	15 000 à 18 000*	60%*
Autriche	6 000	environ 90% à Vienne
Grèce	15 000	environ 10 500
Italie	50 000 (50% prostitution de rue)	22 500 environ, 90% de la prostitution de rue
Espagne	300 000 à 500 000 <sup>a</sup>	groupe principal à Madrid et en Galice groupe minoritaire à Séville
Portugal	aucune indication	aucune indication

\* Source : Office central pour la répression de la traite des êtres humains (cité par l'Express, édition du 22 août 2002)

Dans l'aire géographique couverte par la présente étude, plusieurs pays non-membres de l'Union européenne posent des constats analogues. C'est en particulier le cas de la Pologne où l'on estime à 17 000 l'effectif des prostituées actives sur le territoire national, dont 2 000 ressortissantes des pays de l'ancien bloc soviétique<sup>8</sup>. L'arrivée de prostituées en provenance de ces pays est également relevée en Turquie<sup>35,36</sup>, en Lituanie – où une étude entreprise en 1998 fait apparaître une proportion de 59% de femmes migrantes (provenant majoritairement de Pologne et de Russie) parmi les personnes ayant consulté un centre spécialisé dans la prévention du VIH/sida<sup>12</sup> – ainsi qu'en Estonie où la proportion des prostituées originaires de Russie s'élevait à 83% parmi les femmes ayant eu recours au projet *Seastar*<sup>10</sup>. Pays « exportateur » de prostituées, la Russie est également un pays « importateur » de femmes en provenance de Biélorussie, d'Ukraine, de Moldavie et du Kirghizistan<sup>6</sup>.

La provenance des prostituées migrantes varie sensiblement selon les pays où elles exercent leur activité. Le Tableau 2 constitue une tentative de traduction de données qualitatives fournies par les coordinateurs nationaux du programme *Tampep* dans leurs rapports pour les années 1998-2000. On a assorti des signes « ++ » les groupes mentionnés comme étant les plus importants et du signe « + » les groupes de moindre importance numérique.

<sup>a</sup> Les auteurs remarquent toutefois qu'il s'agit de données à utiliser avec prudence.

Tableau 2 Principales provenances des prostituées migrantes actives dans les pays associés au programme Europap/Tampep<sup>14,18-20,22-34</sup>

	Amérique du Sud	Afrique	Union européenne	Ex-bloc soviétique	Balkans	Asie
Suède	++	+		++		+
Norvège	++			+		++
Danemark				++		++
Finlande		+		++		+
Allemagne	+	+		++		+
Pays-Bas	++	+		++		+
Belgique		++	++	+	+	+
Luxembourg		+	+			
Grande-Bretagne	+	+	+	++		++
Irlande	+		++	+		
France	++	++	+	++		
Autriche	++		+	++		
Grèce		+	+	++	++	
Italie	+	++		++	++	
Espagne	++	++				
Portugal		++				

Les données concernant l'effectif des personnes qui se prostituent et les informations ayant trait à la part relative des migrantes à l'ensemble des prostituées manquent de précision. Le fait que la prostitution soit très largement caractérisée par la clandestinité rend problématique l'évaluation du nombre des personnes concernées. Ce constat ne s'applique pas uniquement aux migrantes dépourvues d'autorisation de séjour ou de travail. Il concerne aussi les prostituées autochtones dans les pays où l'enregistrement est obligatoire. Un autre obstacle au travail d'évaluation réside dans le fait que le marché du sexe est très segmenté et que les intervenants sociaux ou sanitaires qui en sont les observateurs privilégiés (outre les services de police qui ne produisent pas de rapports accessibles) n'en connaissent souvent qu'une petite partie.

### 3.5 TRAFIC

Le thème du trafic organisé de personnes contraintes de se prostituer soulève une question de définition car il peut prendre plusieurs visages. Le dressage, l'asservissement, la vente de prostituées est une réalité démontrée qui concerne principalement les pays de l'ancien bloc soviétique. La route Balkans-Adriatique-Italie constitue l'une des principales portes d'accès à l'Europe occidentale. Elle s'est développée suite au démantèlement de l'ancien bloc soviétique et à la désintégration de la Yougoslavie<sup>3</sup>.

D'autres modalités d'immigration peuvent être assimilées au trafic. Randers-Person A et al<sup>18</sup> évoquent à ce propos l'importance de l'immigration de ressortissantes thaïlandaises au Danemark – dont beaucoup n'avaient jamais travaillé sur le marché du sexe – et la mettent en parallèle avec la proportion élevée de femmes thaïs qui se prostituent dans ce pays. Une partie d'entre elles sont entrées au Danemark au moyen de visas de touristes impliquant le versement d'une garantie financière. L'argent nécessaire a souvent été emprunté à des taux usuraires auprès de compatriotes déjà établis au Danemark. Faute de pouvoir accéder au marché du travail, les débitrices se voient conseiller de se prostituer pour faire face à leurs obligations. Des promesses de mariage représentent une autre manière d'immigrer au Danemark. Elles sont souvent le fait de Danois qui font venir des prostituées ou des entraîneuses connues lors de voyages en Thaïlande. Assez rapidement, les femmes concernées sont contraintes à se prostituer par leurs maris.

Évoquant la situation qui prévaut en Suède, Randers-Person A et Jessen L expliquent que le trafic (prostitution sous contrainte) implique souvent la confiscation du passeport des prostituées, le contrôle de leurs activités ainsi que des menaces. De tels faits ont été rapportés à propos de ressortissantes de pays de l'ex-bloc soviétique, de Thaïlande et de République populaire de Chine<sup>18</sup>.

De manière générale, les intervenants sociaux et sanitaires – à l'origine de la plus grande partie de la littérature consultée à ce propos – avouent ne pas disposer d'informations très précises en ce qui concerne le phénomène du trafic. Sur la base d'un rapport de la police néerlandaise, Kinnel et Praats<sup>14</sup> rapportent que « la plupart des femmes ne se plaignent pas d'être victimes de trafic ; les auteurs ne sont souvent pas clairement visibles ; de plus, les femmes tendent à ne pas se plaindre quand les faits concernent des membres de leur famille ou des amis ». S'agissant de migrantes (et plus particulièrement de migrantes en situation irrégulière), le manque de confiance envers la police et la crainte d'être expulsées jouent un rôle important dans le refus de dénoncer leur exploitation. Sur la base d'informations fournies par les coordinateurs nationaux du programme *Tampep*, les mêmes auteurs rapportent des estimations de l'importance relative de la prostitution forcée variant entre >1% et 20% pour Londres et le sud de l'Angleterre et entre 15% et 70% dans la région des Midlands et du nord de l'Angleterre.

Dans la recherche qu'ils ont consacrée à la prostitution et au crime organisé en Suisse (et plus particulièrement à Genève), Sardi et al<sup>37</sup> montrent combien il est difficile d'établir et de démontrer formellement l'existence de rapports entre ces deux réalités. Le problème majeur réside dans la mise en lumière de la nature de la relation existant entre les migrant(e)s qui se prostituent et les personnes qui ont facilité leur entrée dans un pays étranger et, plus particulièrement, dans la part de contrainte qui entre dans l'exercice de la prostitution. Une autre difficulté réside dans l'administration de la preuve que ceux qui ont facilité l'entrée d'étrangers aux fins de prostitution ont agi en bande organisée. Cela précisé, Sardi et al observent, sur la base d'informations policières, que l'entrée en Suisse de migrant(e)s qui s'y prostituent dépend dans une large mesure de réseaux plus ou moins formels de « passeurs », sans qu'il soit toujours possible de démontrer que ces derniers ont partie liée avec le monde de la prostitution.

### 3.6 CADRE JURIDIQUE

La prostitution s'inscrit dans une constellation de dispositions juridiques. Certaines concernent spécifiquement son exercice. C'est en particulier le cas des lois portant sur l'obligation de s'inscrire officiellement en qualité de prostituée et de se soumettre à des contrôles sanitaires ou

des règlements – souvent promulgués à l'échelon municipal – restreignant l'aire géographique où la prostitution est tolérée et les comportements qui y sont acceptés. D'autres dispositions possèdent un caractère plus général. Ce sont notamment celles concernant le séjour et l'établissement des étrangers, celles régulant l'accès au marché de l'emploi, celles définissant les règles d'accès aux prestations sanitaires ou sociales ainsi que celles relatives au logement.

### 3.6.1 Dispositions relatives à la prostitution

Le débat « philosophique » sur la prostitution sert de toile de fond aux dispositions juridiques spécifiques. Il oppose d'une part ceux qui estiment qu'il faut éradiquer la prostitution car elle représente une activité indigne et une violence faite aux femmes et, d'autre part, les « réglementaristes » – enclins à la considérer comme une activité professionnelle comportant les mêmes avantages et obligations que n'importe quelle autre<sup>38</sup>.

La plupart des pays européens ont de fait une approche peu claire. La prostitution n'y est pas illégale mais son exercice est rendu extrêmement difficile par le biais de restrictions relatives à son organisation, à sa publicité et à l'utilisation de ses bénéfices :

- lois imposant un enregistrement et des contrôles médicaux réguliers qui poussent dans l'illégalité les personnes qui ne souhaitent pas être connues comme prostituées (« occasionnelles », personnes redoutant de perdre la garde d'un enfant, etc.)
- lois interdisant l'exercice de la prostitution aux personnes souffrant d'infections sexuellement transmissibles (IST) – dont le VIH/sida – susceptibles de pousser dans l'illégalité celles qui ne disposent pas d'autres ressources
- lois et réglementations réprimant le racolage (de manière générale ou dans certaines aires géographiques)
- dispositions juridiques interdisant de partager les revenus tirés de la prostitution qui peut rendre les conditions de travail risquées (restrictions à la vie privée, isolement social, déplacement de la prostitution vers des secteurs non surveillés et en plein air).

Dresser un inventaire exhaustif des dispositions juridiques encadrant l'exercice de la prostitution se révèle relativement malaisé. En effet, la plupart des pays englobés dans l'aire géographique retenue pour la présente étude comportent plusieurs échelons d'organisation politique et laissent une large marge de manœuvre à des niveaux décisionnels infra-nationaux (Länder ou cantons par exemple). Par ailleurs, c'est généralement à l'échelon municipal que se définit – parfois sans véritables bases légales – l'étendue de la tolérance accordée à l'exercice de la prostitution (emplacements, comportements, etc.). L'action des collectivités locales s'articule principalement autour de la question du maintien de l'ordre public. Cette notion comporte une dimension morale relativement importante dans le sens où il s'agit surtout de réprimer l'atteinte aux bonnes mœurs. Son « niveau de sensibilité » (i.e. l'état de fait susceptible de provoquer des actions répressives) peut varier rapidement, par exemple au gré des plaintes formulées par la population vivant près des lieux de prostitution ou en fonction d'enjeux politiques locaux. Le maintien de l'ordre public concerne en particulier la répression du racolage et la répression de la « drague ».

La situation juridique peut se modifier rapidement comme le démontrent la reconnaissance de la prostitution en tant qu'activité professionnelle survenue à la fin des années '90 aux Pays-Bas et en Allemagne, l'incrimination des clients de prostituées décidée à la même époque par les autori-

tés suédoises ou la sévérité accrue dans la répression du racolage consécutive au dernier changement de majorité politique en France.

Au-delà de l'existence de bases légales réprimant ou encadrant l'exercice de la prostitution, la plus ou moins grande insistance que la police manifeste dans la répression des comportements tombant sous le coup de ces dispositions juridiques joue également un rôle important. Cette insistance peut varier au gré des circonstances (existence d'autres priorités) ou des lieux (sensibilité du voisinage). Le Tableau 3 fournit une vision sommaire de la situation prévalant dans les pays européens. Il se limite la plupart du temps aux dispositions juridiques applicables sur l'entier du territoire national.

Tableau 3 Cadre juridique spécifiquement consacré à l'exercice de la prostitution par les pays d'Europe

Norvège	Aucune loi n'interdit la prostitution chez les adultes. En revanche, le proxénétisme est poursuivi de même que le fait de faciliter la prostitution en mettant à disposition des chambres ou en servant d'intermédiaire. Des dispositions relevant du domaine de l'aménagement du territoire ( <i>planning laws</i> ) permettent de limiter le nombre des salons de massage <sup>18</sup> .
Suède	Les personnes de moins de vingt ans ont l'interdiction de se prostituer. Rétribuer une prostituée est un crime encore aggravé si la personne qui se prostitue est âgée de moins de dix-huit ans. Commettent également un délit ceux qui tirent profit de la prostitution d'autrui, ceux qui profitent de la détresse d'une personne pour la pousser à se prostituer, ceux qui facilitent la prostitution en mettant à disposition un logement ainsi que ceux qui ne font pas ce qui est raisonnablement possible pour empêcher ou dénoncer un fait de prostitution tout en sachant qu'un logement est utilisé à cette fin. La loi sur l'action sociale permet en outre de prendre des mesures de contrainte envers les personnes qui mettent en danger leur santé ou leur développement en se prostituant <sup>18</sup> .
Finlande	Une loi — en préparation — envisage d'interdire la prostitution (offre et demande) dans les lieux publics. Un règlement municipal allant dans ce sens est en vigueur depuis 1999 à Helsinki <sup>18</sup> .
Danemark	La prostitution a été décriminalisée en 1999. Cette activité n'est toutefois pas reconnue comme une occupation légale. Le proxénétisme actif est illégal. Acheter des prestations sexuelles à une personne de moins de dix-huit ans vivant totalement ou partiellement de la prostitution est considéré comme un crime. Il est en outre interdit de tenir un établissement de prostitution ou de louer des chambres d'hôtel servant à la prostitution <sup>18</sup> .
Allemagne	De nouvelles dispositions légales ont été tout récemment promulguées. La nouvelle loi reconnaît la prostitution comme une activité économique légitime et donnant droit à la couverture santé et à la sécurité sociale. Alors que le régime légal précédent assimilait la prostitution à un contrat immoral interdisant de poursuivre en justice le client ou l'employeur qui n'avait pas rempli ses obligations mais permettait au client de poursuivre la prostituée qui n'avait pas rempli le contrat — tacite — passé, la nouvelle loi accorde à la prostituée le droit d'actionner la justice pour régler les différends contractuels qui l'opposent à ses clients ou à ses employeurs <sup>39</sup> .
Pays-Bas	La prostitution volontaire est considérée comme une activité professionnelle comparable à une autre. Les établissements de prostitution (clubs, vitrines ou autres commerces exploitant la prostitution) ont été légalisés à partir de 2000 pour autant qu'ils ne perturbent pas l'ordre public. Les compétences en matière d'autorisation et de contrôle sont attribuées à l'échelon municipal. La prostitution non volontaire est réprimée, surtout lorsqu'il s'agit de contraindre des mineurs à offrir des services sexuels <sup>14,38</sup> .
Belgique	La prostitution n'est pas illégale. En vertu des pouvoirs dont dispose l'échelon municipal, les conditions de son exercice varient d'une ville à l'autre et, à l'intérieur de chaque ville, d'une aire géographique (segment de rue, rue, quartier) à l'autre <sup>14</sup> .
Luxembourg	La prostitution n'est pas illégale. Le racolage est en revanche interdit. Sont également poursuivis la prostitution des mineurs de moins de dix-huit ans ainsi que diverses formes de proxénétisme <sup>14</sup> .
France	La prostitution est tolérée. Le racolage est interdit (depuis quelques mois, l'interdiction s'est étendue au racolage passif). Le proxénétisme est poursuivi. La justice donne une définition très extensive à ce terme (partenaire, mari, propriétaire qui loue une chambre à une prostituée même si la chambre n'est pas utilisée pour recevoir un client) <sup>14</sup> .



Suisse	La prostitution est une activité licite aux yeux du droit fédéral. Le Code pénal (art. 199) dispose que « celui qui aura enfreint les dispositions cantonales réglementant les lieux, heures et modes d'exercice de la prostitution et celles destinées à lutter contre ses manifestations secondaires fâcheuses sera puni des arrêts ou de l'amende ». Le droit fédéral interdit en outre de pousser quelqu'un à se prostituer, de porter atteinte à la liberté d'action d'une personne qui s'adonne à la prostitution et de maintenir une personne dans la prostitution. La plupart des cantons disposent déjà ou disposeront bientôt de lois réglementant l'exercice de la prostitution.
Autriche	La prostitution est légale mais les dispositions d'application varient au gré des provinces. Un permis de travail est requis pour les migrantes qui souhaitent se prostituer. Il s'agit d'un permis pour « travailleur indépendant » qui exclut qu'une prostituée soit employée par un tiers. A Vienne, l'exercice de la prostitution est subordonné à un enregistrement (payant) auprès de la police et à l'obligation de se soumettre à des contrôles médicaux réguliers. Ailleurs, seul un enregistrement auprès d'une consultation médicale est obligatoire. Certaines provinces limitent les lieux où il est possible de se prostituer. Certaines interdisent la publicité. En Styrie, la prostitution peut être reconnue comme une activité professionnelle indépendante comme une autre <sup>14</sup> .
Italie	La prostitution est tolérée. La loi protège les prostituées qui dénoncent ceux qui les exploitent <sup>40</sup> .
Portugal	La prostitution n'est pas poursuivie. Elle est tolérée pour autant qu'elle ne heurte pas la morale publique. En revanche, la loi réprime le proxénétisme et la complicité de proxénétisme <sup>40</sup> .
Espagne	La prostitution est tolérée. Le trafic et l'exploitation des prostituées sont punissables <sup>40</sup> .
Grèce	La prostitution est autorisée mais les prostituées doivent s'enregistrer (contre finance) et se soumettre à des contrôles sanitaires réguliers <sup>40</sup> .
Turquie	La prostitution est légale. Les prostituées doivent être déclarées et se soumettre à des contrôles sanitaires réguliers <sup>35</sup> .
Bulgarie	La prostitution est considérée comme un crime. La personne qui se prostitue n'est toutefois pas considérée comme pénalement responsable. Ce sont ceux qui organisent la prostitution qui encourent des peines <sup>33,41</sup> .
Grande-Bretagne	La prostitution est tolérée sous certaines formes et en différents lieux. Les gains réalisés en se prostituant ne peuvent pas être partagés avec d'autres adultes <sup>14</sup> . La « drague » (« <i>kerb-crawling</i> ») est réprimée.
Irlande	La prostitution et le racolage sont interdits <sup>14</sup> . La « drague » (« <i>kerb-crawling</i> ») est réprimée. Il est interdit de faire de la publicité (par exemple dans les journaux) <sup>30</sup> .

Les dispositions légales ne sont pas toujours respectées. Ainsi en va-t-il de l'obligation de s'annoncer. En Autriche, le taux d'inscription est estimé entre 10 et 20% parmi les prostituées en droit de déclarer leur activité sans risquer l'expulsion. En Grèce, les intervenants constatent que 600 prostituées seulement sont enregistrées sur un total estimé à 15 000 (dont plus de 10 000 migrantes).

La prostitution est assez systématiquement réprouvée à la fois par la population en général et par son traitement dans les lois et règlements en vigueur dans les pays appartenant à l'aire géographique prise en considération dans le présent rapport. La réprobation peut porter sur des éléments différents. Ainsi la nouvelle législation suédoise et la législation italienne mettent-elles particulièrement l'accent sur la position de victime ou de « partie la plus faible » dans la relation commerciale qui s'établit entre prostituée et client. Ailleurs, c'est plutôt la figure de la prostituée en sa qualité d'élément perturbateur de l'ordre social qui attire la critique. Les deux positions ne sont pas antinomiques. Elles se retrouvent simultanément un peu partout : la prostitution est un mal en soi ; les prostituées sont les victimes de circonstances défavorables et du milieu qui l'organise et les exploite ; elles s'attirent toutefois l'opprobre populaire par leur comportement portant atteinte aux bonnes mœurs.

Les dispositifs légaux et réglementaires traduisent souvent cette combinaison de points de vue. Ils renoncent à incriminer la prostituée mais pénalisent certains comportements intrinsèquement liés à son activité. Le racolage est assez généralement réprimé. Plusieurs pays – dont la France – vont jusqu'à sanctionner le « racolage passif ». Lorsqu'il n'est pas interdit, le racolage

est la plupart du temps circonscrit à des aires géographiques et à des moments de la journée où il ne peut porter atteinte ni à l'ordre, ni à la morale publics. Pour sa part, l'Angleterre poursuit les prostituées qui font de la publicité au moyen d'affichettes apposées dans les cabines téléphoniques et le conseil de surveillance de la presse irlandaise a interdit un journal publiant des annonces au contenu ambigu<sup>30</sup>.

La réponse des autorités peut marquer la désapprobation à l'endroit de la prostituée même lorsque celle-ci est perçue comme victime. La réponse de l'État italien – qui autorise l'établissement et facilite l'intégration des prostituées en situation irrégulière qui dénoncent ceux qui les exploitent – est révélatrice de cette volonté de rédemption. La situation est assez analogue en France où l'aide sociale accordée aux prostituées s'inscrit exclusivement dans une perspective d'abandon de leur activité<sup>30</sup>. C'est une réponse analogue qui est désormais apporté aux prostituées actives en Suède.

Face aux positions rappelées ci-dessus, plusieurs pays ont choisi une attitude plutôt « réglementariste ». C'est notamment le cas de l'Autriche, de la Grèce, de certains länder et municipalités allemands ainsi que de plusieurs cantons suisses qui exigent l'enregistrement administratif des prostituées et, surtout, des Pays-Bas et de l'Allemagne dont les nouvelles législations sont nettement les plus avancées dans la direction d'une reconnaissance de la prostitution comme activité professionnelle à part entière impliquant les mêmes droits et obligations que toute autre profession.

A l'exception des Pays-Bas et de l'Allemagne, les pays ou fractions de pays qui exigent l'enregistrement des prostituées ne reconnaissent pas totalement le caractère professionnel de la prostitution. Les modalités d'enregistrement (en particulier en Autriche) sont de nature très policière. Elles sont avant tout dictées par la volonté de contrôler un groupe de personnes perçues comme proche de la pègre et comme toujours suspectes d'être des vecteurs de maladies transmissibles (le VIH/sida après la syphilis et autres IST). Le fait que cet enregistrement soit avant tout associé à des obligations (de contrôle sanitaire en particulier) mais qu'il ne donne aucun accès à des avantages tels que la couverture sociale suggère que l'approche est encore fortement imprégnée d'une perspective où la prostituée est plus coupable que victime. Les approches néerlandaise et allemande demeurent pour le moment uniques. La position néerlandaise n'est cependant pas exempte de critiques et certains participants à la conférence organisée en janvier 2002 par *Europap* à Milton Keynes sur le thème « *Sex work and health in a changing Europe* »<sup>39</sup> y ont vu une volonté accrue de contrôler le monde de la prostitution et d'en écarter les migrantes en situation irrégulière (i.e. les prostituées extra-communautaires).

La plupart des intervenants sanitaires et sociaux actifs auprès des prostituées se distancient des politiques ambiantes. Ils considèrent la prostitution comme une situation donnée dont il faut chercher à réduire les conséquences dommageables pour les personnes qui la pratiquent. Cette position « de réduction des risques » implique une attitude de non-jugement et la volonté d'agir aussi bien sur les facteurs qui sont à l'origine de la prostitution et de sa permanence que sur les dispositions légales et réglementaires qui péjorent la situation sociale et sanitaire des prostituées.

Le débat sur le statut de la prostitution et des prostituées se déroule principalement à l'échelon politico-administratif ainsi qu'au niveau des intervenants sociaux et sanitaires. Les prostituées n'y participent que marginalement et l'on peut estimer que les autres acteurs concernés par l'industrie du sexe s'en tiennent totalement à l'écart.

S'agissant des prostituées, le débat soulève la question de leur identité : se considèrent-elles comme des personnes exerçant une activité professionnelle en tout point comparable à une autre

(i.e. ouvrant notamment des droits sociaux) ou ont-elles une autre représentation de leur activité ? Lorsqu'elles prennent la parole, c'est bel et bien l'option « prostitution = activité professionnelle » qui s'impose et, avec elle, la revendication d'un statut de « travailleuses du sexe » . Ces prises de positions demeurent toutefois le fait d'une minorité et l'image qui prévaut renvoie plutôt à une perception désavantageuse de l'état de prostituée, si désavantageuse même que beaucoup choisissent de ne pas en faire état lorsqu'elles consultent leur médecin ou renoncent à se faire enregistrer comme prostituées alors qu'elles ont l'obligation de le faire et qu'il n'en résulterait pourtant aucun inconvénient administratif majeur si elles le faisaient (i.e. aucun risque d'expulsion du territoire)<sup>42</sup>.

### 3.6.2 Dispositions relatives à l'immigration

Les dispositions juridiques relatives à l'immigration sont de compétence nationale. Il n'existe en principe aucune marge d'interprétation à l'échelon infra-national (länder, provinces, cantons, communes, etc.). Les dispositions légales en matière d'immigration sont la plupart du temps couplées avec celles relatives à l'emploi : seules les personnes disposant de ressources suffisantes pour garantir leur subsistance (ou en mesure de se les procurer par leur travail) peuvent accéder au territoire national. La garantie de l'autonomie financière doit être fournie avant l'entrée sur le territoire national. Elle implique dans la plupart des cas la production d'un contrat de travail. Les indépendants sont soumis à des règles particulières. La prostitution n'est en principe pas reconnue comme une activité (dépendante ou indépendante) permettant l'octroi d'un permis de travail et d'un permis d'établissement.

Les pays pris en considération limitent très strictement l'établissement de personnes provenant d'autres continents. Les pays de l'Union européenne garantissent la libre circulation aux ressortissants des pays membres. Les contrôles sont particulièrement attentifs à l'entrée dans l'Union européenne (« espace Schengen »). Les passages de frontières entre les pays membres ne font en revanche plus l'objet de contrôles. De manière analogue à ce qui prévaut entre les pays de l'Union européenne, la circulation des personnes est encore relativement aisée entre les nations de l'ancien bloc soviétique.

Quelques pays européens ont signé des accords garantissant la libre circulation de leurs ressortissants avec l'Union européenne. C'est notamment le cas de la Suisse, de la Norvège et de l'Islande. Les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne (Estonie, Lituanie, Lettonie, Pologne, Tchéquie, Slovaquie, Hongrie, Roumanie, Slovénie, Bulgarie, Turquie et Malte) connaissent une situation particulière. La reprise des acquis communautaires fait l'objet de négociations entre l'Union européenne et chacun d'entre eux. La situation évolue assez rapidement en matière de libre-circulation des personnes et de participation à l'espace Schengen.

Compte tenu des barrières érigées pour contrôler et limiter les mouvements de population en direction de l'Europe occidentale, les habitants de « pays tiers » (i.e. ceux dont l'Europe occidentale ne cherche pas à favoriser l'immigration des ressortissants) qui ne peuvent prétendre s'établir légalement recourent à des solutions telles que demande d'asile politique<sup>a</sup>, demande de permis de courte durée<sup>b</sup> ou promesse de mariage avec un national ou une personne au bénéfice

---

<sup>a</sup> Solution légalement peu efficace (taux très élevé de refus) mais aboutissant pratiquement à de bons résultats car elle permet d'attendre la décision des autorités dans le pays « convoité » puis de se fondre dans la masse des clandestins en cas de refus.

<sup>b</sup> La Suisse et la Finlande émettent ainsi des permis de courte durée (de quelques semaines à quelques mois)

d'une autorisation d'établissement. Quelques situations caractéristiques sont présentées dans le Tableau 4 à titre d'exemples.

Tableau 4 Exemples de traitement de la prostitution sous l'angle des législations relatives à l'immigration et au travail

Danemark	Un permis de travail est nécessaire pour exercer un emploi (rémunéré ou non, indépendant ou non). La loi admet que l'on puisse gagner de l'argent en se prostituant. Il est toutefois pratiquement impossible d'obtenir un permis de travail si l'on déclare avoir l'intention de se prostituer (risque d'expulsion). Le mari d'une prostituée étrangère peut exercer des pressions sur sa femme, par exemple en prétendant ne plus faire ménage commun avec elle et provoquer ainsi son renvoi <sup>18</sup> .
Suède	La loi sur les étrangers exclut l'octroi d'une autorisation de séjour aux extra-communautaires qui ne disposent pas de ressources honnêtes. L'autorisation de séjour peut être révoquée dans les deux ans si l'étranger vit de ressources malhonnêtes. Si la personne se prostitue, son renvoi est de toute manière prononcé <sup>18</sup> .
Norvège	Les prostituées extra-communautaires peuvent être expulsées si elles troublent l'ordre public. La loi sur les étrangers accorde un permis d'établissement après trois ans. Les observateurs pensent qu'un certain nombre de femmes extra-communautaires ont conclu un mariage de complaisance et attendent l'échéance des trois ans pour commencer à se prostituer. Les femmes victimes de violences psychiques ou physiques bénéficient d'un droit étendu de s'établir en Norvège. Cette facilité pourrait être invoquée par les femmes victimes de trafic <sup>18</sup> .
Finlande	Aucun visa n'est exigé de la part des Estoniens qui souhaitent entrer en Finlande. En revanche, un visa est exigé pour les personnes de nationalité russe établies en Estonie. Obtenir un visa de touriste nécessite soit de disposer d'une garantie d'autonomie financière soit d'être invité par un citoyen finlandais qui se porte garant de l'entretien du touriste. Des permis de résidence sont accordés à des étudiants ainsi qu'à des artistes (pour une durée de trois à quatre semaines). Un permis de travail est exigé pour exercer une activité professionnelle. Il n'est accordé que moyennant l'obtention d'un permis de résidence. Soupçonner qu'une personne cherche à entrer en Finlande pour se prostituer ou pour gagner sa vie de manière « malhonnête » peut provoquer le refus de permis <sup>14</sup> . Se prostituer sans être au bénéfice d'un permis de séjour ou résidence entraîne l'expulsion des extra-communautaires.
Pays-Bas	Les prostituées ressortissantes des pays de l'Union européenne bénéficient de la « liberté de commerce et d'industrie ». Une relative tolérance semble appliquée aux ressortissantes des pays candidats à l'Union européenne : les prostituées polonaises obtiennent par exemple l'autorisation de s'enregistrer et de pratiquer pour une période de trois mois même si elles sont dépourvues de visa alors que les Ukrainiennes doivent disposer d'un visa avant d'être enregistrées. La nouvelle loi impose aux propriétaires d'établissements de prostitution de n'engager que des femmes provenant de pays de l'UE et qui soient en possession d'un permis de séjour ou de résidence. Conséquence : les femmes sans permis quittent les circuits de la prostitution légale et protégée pour rejoindre les circuits illégaux et marginalisés <sup>14,43</sup> .
Autriche	La loi sur l'immigration interdit la prostitution clandestine et refuse l'octroi de permis pour artistes aux « go-go girls ». Les contrôles sont nombreux (raids, contrôles dans les gares et les aéroports). L'expulsion des contrevenantes est si rapide qu'elle ne permet pratiquement pas de mener la moindre enquête en vue de réprimer le trafic de femmes <sup>19,44</sup> .

### 3.6.3 Législation sociale

En Finlande, Allemagne, Grèce, Portugal, Espagne et Belgique, les prestations d'aide sociale sont accessibles qu'aux personnes qui ont payé des cotisations de sécurité sociale. Comme la prostitution n'est pas reconnue comme une profession (i.e. soumise au prélèvement de cotisations), celles qui l'exercent ne sont pas en mesure d'obtenir des prestations de sécurité sociale. Quelques exceptions existent. La nouvelle législation néerlandaise concernant la prostitution permet aux prostituées inscrites comme telles de verser des cotisations de sécurité sociale. Ce

---

pour « artistes ». Ils sont largement utilisés par les personnes qui se prostituent en marge de leurs prestations dans des établissements de nuit. Poursuivre des études représente une autre manière d'obtenir un permis de séjour ... puis de disparaître ultérieurement dans la clandestinité.

pays alloue par ailleurs des aides financières aux prostituées séropositives qui suivent un traitement médical (et sont dans l'impossibilité d'exercer leur activité). Au Danemark, les prostituées de nationalité danoise et celles au bénéfice d'une autorisation d'établissement peuvent recevoir des secours sociaux mais pas les migrantes en situation irrégulière. En France, les prostituées peuvent obtenir des prestations sociales mais celles-ci sont plutôt orientées sur leur réinsertion sociale que sur la simple amélioration de leurs conditions d'existence.

### 3.6.4 Législation sanitaire

C'est un des domaines où les législations nationales font apparaître le plus large spectre de solutions. Deux types principaux d'organisation peuvent être mis en évidence : a) ceux qui s'articulent autour d'un système national de santé dispensant gratuitement des prestations et b) ceux qui subordonnent la délivrance des prestations à l'affiliation à une assurance maladie nationale ou à des compagnies d'assurance (généralement organisées sur le principe de la mutualité). Quel que soit le mode d'organisation, des soins de santé sont également délivrés contre paiement direct par le patient.

Système de santé national ou couverture par une assurance maladie divisent la population en deux groupes : un groupe d'ayants droit et un groupe plus ou moins important d'exclus formé de personnes sans domicile sur le territoire national (migrants en situation irrégulière ou touristes par exemple) et de personnes non affiliées au dispositif de sécurité sociale (par choix personnel, faute de ressources financières, par crainte d'être repérées, faute de remplir les conditions d'affiliation – domicile par exemple – ou pour d'autres motifs encore). L'accès aux soins est toutefois en principe garanti lorsqu'il s'agit d'urgences.

Plusieurs pays disposent de structures fournissant des soins aux personnes exclues du système officiel. Ces prestations sont souvent offertes par des organismes non gouvernementaux bénéficiant parfois de subsides alloués par les collectivités publiques. Les personnes qui reçoivent des soins en marge du dispositif officiel rencontrent souvent des problèmes lorsqu'il s'agit d'acheter des médicaments. Ceux-ci sont toujours remis contre paiement par les pharmacies et l'insuffisance de ressources peut conduire à y renoncer. Plusieurs pays d'Europe occidentale accordent des autorisations d'établissement aux clandestins séropositifs dont le pays d'origine n'est pas en mesure de garantir le traitement.

La combinaison de ces multiples caractéristiques aboutit à des situations qui varient non seulement en comparaison internationale mais également à l'échelon infra-national (Tableau 5).

Tableau 5 Exemples d'organisations sanitaires dans la perspective des soins dispensés aux personnes qui se prostituent

Norvège	La loi sur la prévention des épidémies pourrait être utilisée pour retenir (détenir) les personnes séropositives (à des fins de traitement ?).
Suède	L'accès aux soins est libre et gratuit. Les migrants en situation irrégulière « n'ont pas à redouter de se présenter à une consultation » (mais rien n'est dit de la couverture financière des prestations). Le vaccin contre l'hépatite est payant. Le test VIH n'est anonyme que si le résultat est négatif. La personne séropositive qui se prostitue commet une infraction si elle n'informe pas son client de son statut sérologique et si elle n'utilise pas des préservatifs.

Finlande	Les résidents illégaux et les touristes ne peuvent accéder qu'à des soins aigus. Les prostituées sont vaccinées gratuitement contre l'hépatite car elles sont considérées comme un groupe épidémiologiquement à risque. Certaines ONG vaccinent gratuitement les résidents illégaux et leur offrent aussi des tests VIH gratuits. Plainte peut être déposée contre la personne qui a infecté même s'il n'existe aucune loi imposant une obligation de protection de la part de la personne infectée.
Danemark	Les traitements aigus sont gratuits (il appartient au médecin de définir ce qui constitue un traitement « aigu »). La situation est complexe en ce qui concerne les migrants en situation irrégulière : les soins administrés sont parfois gratuits et ils ont la possibilité d'accéder à des soins payants. Les personnes séropositives qui entretiennent de manière répétée des relations non protégées avec un partenaire non informé commettent un délit.
Allemagne	Les soins donnés par des libres-praticiens peuvent être pris en charge par la sécurité sociale. Les hôpitaux sont tenus de fournir les premiers secours à chacun (illégaux et non assurés compris). Les prostituées doivent se soumettre à un test VIH obligatoire dans certains länders. Ceux-ci (de même que certaines villes) interdisent aux prostituées séropositives de poursuivre leur activité. La transmission délibérée du VIH est considérée comme une lésion corporelle possible de poursuites pénales.
Pays-Bas	Quelques cliniques spécialisées offrent des consultations IST aux travailleurs du sexe. Des services sanitaires locaux fournissent des prestations sanitaires aux personnes non assurées (gratuitement ou à bas prix) à Amsterdam, Rotterdam et Groningue. Plusieurs départements du service national de santé offrent des prestations aux MSW.
Belgique	Les tests VIH sont payants toutefois des ONG les fournissent gratuitement. Il n'existe aucun service médical spécialisé dans les IST destiné aux personnes qui se prostituent. La personne séropositive responsable de l'infection d'un tiers peut être légalement poursuivie.
France	L'accès des clandestins aux services hospitaliers n'est possible que dans des cas d'urgence. Quelques ONG interviennent gratuitement mais elles sont surchargées.
Suisse	Le remboursement des prestations est limité aux personnes affiliées à une caisse maladie. Les soins d'urgence sont également délivrés aux migrants en situation irrégulière. Quelques dispositifs publics et privés dispensent des soins aux migrants en situation irrégulière en leur accordant des facilités de paiement voire en renonçant à tout paiement.
Autriche	Le service national de santé est accessible aux migrants en situation irrégulière sous réserve du paiement des prestations ou lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence. Le service national de santé offre gratuitement des tests VIH mais les tests officiels ne sont pas anonymes. Les clandestins doivent être envoyés par un travailleur social.
Italie	Les migrants illégaux peuvent accéder au service national de santé s'ils sont porteurs de la carte « <i>straniero temporaneamente presente</i> ». Quelques ONG fournissent des prestations aux clandestins.
Portugal	On obtient des prestations médicales auprès du médecin de famille de son lieu de domicile. L'accès à l'hôpital se fait à travers le médecin de famille. Les migrants africains (même en situation irrégulière) ont accès au service de santé national. Ils sont notamment soignés gratuitement s'ils sont atteints de tuberculose ou s'ils sont séropositifs.
Espagne	Le service national de santé fournit des prestations aux citoyens espagnols, aux travailleurs bénéficiant d'une autorisation légale ainsi qu'aux mineurs en situation irrégulière (clandestins). Récemment, la fourniture inconditionnelle de prestations sanitaires a été élargie au domaine de la grossesse et de la néonatalogie.
Grèce	Les personnes assurées obtiennent gratuitement des prestations (ou en payant une modeste contribution). Les personnes non assurées peuvent accéder aux soins soit en payant soit gratuitement (mais cette décision semble prise de cas en cas, après examen de la situation). Les prostituées – enregistrées – doivent se soumettre à des contrôles médicaux. Les prostituées séropositives ne sont plus autorisées à poursuivre leur activité.
Pologne	Les services de santé sont accessibles gratuitement aux personnes assurées. Les personnes en situation irrégulière doivent payer les prestations reçues. L'accès au test anonyme est possible pour chacun, même en situation illégale. Les tests incluent pré- et post-counseling. Les tests sont gratuits pour les personnes assurées et payants pour les autres. Ils semblent gratuits dans certains centres de tests anonymes et cliniques spécialisées dans les IST.
Bulgarie	En dépit de décisions gouvernementales, le test demeure la plupart du temps payant et nécessite la présentation de documents d'identité.
Roumanie	Alors que, jusqu'en 1998, chacun pouvait accéder — gratuitement — au système de santé, il faut depuis lors être au bénéfice d'une assurance. Le vaccin contre l'hépatite est payant. Il est officiellement impossible de se faire tester anonymement au sujet du VIH. Des tests gratuits et anonymes peuvent être toutefois réalisés auprès de différentes ONG.

Ukraine, Russie	L'accès à des soins gratuits n'est possible qu'au lieu de domicile (prouvé par un permis de résidence – « propiska »).
Grande-Bretagne	Les prestations dans le domaine des IST sont fournies par des cliniques spécialisées ( <i>GUM-clinics</i> ) et par des médecins généralistes. Tests HIV et traitements des MST sont gratuits et anonymes dans les cliniques GUM ( <i>Genito-Urinary Medicine</i> ). Le caractère confidentiel relève du <i>Veneareal Diseases Act</i> de 1916. Tests et traitements sont aussi possibles auprès des médecins privés mais ils supposent que le patient soit en règle du point de vue de l'immigration ; ils sont payants. La prise en charge des urgences et accidents est gratuite dans les centres d'urgences (grands hôpitaux). L'admission en hôpital après l'intervention du service des urgences nécessite d'être en règle du point de vue de l'immigration. Les traitements dans les cliniques GUM sont accessibles quel que soit la situation du patient (en règle du point de vue de l'immigration ou en situation irrégulière) / idem pour urgences et accidents.
Irlande	Des cliniques spécialisées offrent gratuitement certaines prestations (tests, vaccins) ; elles jouissent d'une protection légale particulière ; les traitements contre le VIH/ sida y sont gratuits. C'est aussi le cas pour les demandeurs d'asile et les clandestins. L'examen est confidentiel mais les patients sont encouragés à fournir leur identité.

## 4 ASPECTS DE LA PROSTITUTION

### 4.1 PROFIL DES PERSONNES

Aucun chiffre un tant soit peu précis ne peut être avancé au sujet de l'effectif des personnes qui se prostituent. Une enquête réalisée auprès des membres du sous-groupe Europe centrale du projet Europap/Tempep permet d'évaluer entre 1 et 2% la proportion des prostituées au sein de la population. La densité est plus élevée dans les villes importantes et moyennes. Le Tableau 1 contient quelques données chiffrées émanant des coordinateurs nationaux de ces programmes. Nowak<sup>8</sup> estime pour sa part à près de 17 000 l'effectif des prostituées actives en Pologne. Lowndes et al<sup>9</sup> situent l'effectif des prostituées moscovites entre 30 000 et 150 000 tandis que Scambler et al<sup>45</sup> écrivent que l'effectif des prostituées londoniennes varie de 200 à 2 000 selon les estimations. Dans les pays ou régions connaissant le système de l'enregistrement obligatoire, les prostituées officiellement annoncées ne représentent qu'une petite partie de l'effectif total. L'imprécision des informations renvoie à plusieurs causes dont la segmentation du marché du sexe, la relative discrétion de certaines de ses composantes, le fait que les intervenants sociaux et sanitaires possèdent un champ d'action et d'observation limité (périmètre et horaire d'intervention, modalités d'exercice de la prostitution, type de prestations offertes). Scambler et al<sup>45</sup> observent que les statistiques tenues par la police ne servent pas à grand chose, même pour ne dénombrer que les prostituées actives dans les quartiers chauds (*red light districts*). Elles sont encore moins utiles pour déterminer le nombre des prostituées exerçant leur activité dans des espaces clos.

Lowndes et al<sup>9</sup> observent que « l'hétérogénéité (de la population des prostituées) tend à être sous-estimée, tout particulièrement en ce qui concerne les trajectoires personnelles des femmes concernées, la façon dont elles sont venues à la prostitution, les types et les styles de pratique, les services offerts et le genre de rapport qu'elles entretiennent avec leur activité.

Le principal problème en relation avec l'âge renvoie à la question de la prostitution des mineures que toutes les législations nationales répriment avec sévérité. Là encore, les informations sont à la fois peu nombreuses et peu précises. A cet égard, Ennew et al<sup>46</sup> émettent des critiques à l'égard des enquêtes internationales car elles négligent souvent de définir avec précision ce qu'elles considèrent comme « prostitution de mineurs » et qu'elles fondent leurs conclusions sur des bases confuses et non démontrées. Evoquant la situation norvégienne, Pedersen et al<sup>47</sup> concluent que, sur 10 812 mineurs de quatorze à dix-sept ans interrogés, 1,4% avaient déjà échangé des faveurs sexuelles contre de l'argent. Les garçons étaient plus nombreux dans cette situation : 2,1% (116) contre 0,6% (32) pour les jeunes filles. Se référant à une enquête réalisée en 2002 à propos de prostitution enfantine sur Internet par une association danoise, ces auteurs rappellent par ailleurs que, sur les 2 753 personnes de moins de dix-huit ans interrogées, 25% avaient reçu des propositions camouflées, 23% s'étaient vu proposer un « chat » à caractère sexuel sur Internet et 5% avaient déjà rencontré des personnes qui leur avaient adressé des propositions à travers Internet. Enquêtant sur les caractéristiques socio-démographiques d'un groupe de prostituées ayant fréquenté un centre de consultation socio-sanitaire ouvert à Vilnius (Lituanie), Chaplinskis et al<sup>12</sup> constatent que la plupart d'entre elles avaient commencé à se prostituer entre seize et vingt ans. Evoquant la situation prévalant en Estonie, Kalikov<sup>10</sup> relève qu'il fut un temps – guère éloigné – ou plus de la moitié des prostituées actives dans le pays



étaient âgées de moins de dix-huit ans. Cette proportion était tombée à 26-27% au moment de la publication de l'article (2002). Kalikov rappelle que les cas de prostituées de quinze à seize ans n'étaient pas rares et que la plus jeune prostituée ayant utilisé les ressources du projet *Seastar* était âgée de quatorze ans.

Il existe un sous-prolétariat de la prostitution tout comme il existe probablement une « élite » dont les tarifs permettent une certaine aisance. (cf. par exemple Chaplinskas et al<sup>12</sup> en ce qui concerne le sous-prolétariat de la prostitution à Vilnius et Tchoudomirova et al<sup>17</sup> en ce qui concerne la prostitution à Plovdiv/Bulgarie).

## 4.2 TRAVAILLEURS DU SEXE (MSW)

Les données concernant la prostitution masculine sont encore moins précises que celles concernant la prostitution féminine. La manière de prendre en compte les prostitués transsexuels et les travestis complique encore la situation. Les observateurs estiment que 85 à 90% des personnes qui se prostituent sont de sexe féminin. Toutefois, cette proportion peut se réduire dans les grandes villes où la part des hommes qui se prostituent (en tant qu'hommes ou en tant que transsexuels ou travestis) peut atteindre 30 à 40%.

Réseau rassemblant des spécialistes en matière de prostitution masculine provenant de dix-huit pays européens, l'*European network for male prostitution* (ENMP) relève, dans son rapport 2002<sup>48</sup>, que la prostitution masculine est une 'non-question' dans la majorité des pays et qu'elle est simplement ignorée des politiques, des financeurs et des fournisseurs de prestations d'aide. Il s'ensuit que l'univers de la prostitution masculine est très mal connu et qu'il ne fait l'objet d'attentions spécifiques que depuis relativement peu de temps.

A l'occasion d'un colloque, tenu en 1997 à Amsterdam, l'ENMP a établi une liste d'attributs plutôt fréquents dans l'univers de la prostitution masculine mais ne définissant évidemment pas nécessairement la situation de chaque travailleur du sexe pris individuellement (plusieurs prédicats se retrouvent sous différentes rubriques) :

- Caractéristiques sociales : socialement désavantagé, sans domicile, en fugue, ignoré de la société, vivant dans l'illégalité, dépourvu d'amis véritables, invisible, en relation avec de vieux protecteurs, dépendant de services sociaux ou de clients.
- Caractéristiques personnelles : problèmes d'identité sexuelle, faible niveau de formation, difficulté à trouver du travail, peu de perspectives professionnelles, mauvaise image de soi, toxicomanie (parfois).
- Problèmes sexuels : double tabou (homosexualité et prostitution), prévalence élevée d'IST, problèmes psycho-sexuels, victime d'abus sexuels durant l'enfance, séparation précoce d'avec les parents, manque de professionnalisme dans le travail.
- Problèmes médicaux : problèmes en relation avec la vie sur la rue, problèmes psychosomatiques, prévalence élevée d'IST, exposition au VIH.
- Autres problèmes : statut légal, mobilité à travers l'Europe, migration, différences entre les différentes régions d'Europe.

- Cadre de la prostitution : rue (gare, véhicule, hôtel, wc publics, trottoir, salle de cinéma « X », zone de drague homosexuelle), bar spécialisé, club ou établissement de prostitution, service d'escorte (contact téléphonique, domicile du client, appartement du MSW, hôtel), scène homosexuelle (club, bar, sauna, piscine, « dark room »).

L'ENMP a par ailleurs établi une liste des principaux Etats de provenance des personnes se prostituant dans plusieurs pays d'Europe sans distinguer l'importance relative de chacune de ces provenances par rapport au total des travailleurs du sexe :

- Allemagne : Allemagne, Pologne, Tchéquie, Thaïlande, Roumanie, Pays-Bas.
- Autriche : Autriche, Turquie, ex-Yougoslavie, Slovaquie, Roumanie.
- Roumanie : Roumanie.
- Belgique : Roumanie, ex-Yougoslavie, Maroc, Tunisie, Algérie, France.
- Angleterre : Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande, Thaïlande, Amérique du Sud, ex-Yougoslavie, Afrique du Nord, Italie, Espagne.
- Pays-Bas : Pays-Bas, Roumanie, Pologne, Tchéquie, Maroc, Allemagne, Tunisie, Italie, Algérie.

Responsable du projet suisse MSW<sup>a</sup>, Akeret estime qu'entre 1 000 et 2 500 hommes se prostituent à d'autres hommes sur le territoire suisse<sup>3</sup>. Il constate qu'il n'existe pas de profil type. Passablement de jeunes hommes se prostituent sans conséquences psychosociales. D'autres en revanche connaissent des difficultés – parfois graves – dans le domaine de la santé somatique et psychologique. Akeret met plus particulièrement en évidence leur marginalisation sociale, leurs problèmes d'identité sexuelle, leur grande vulnérabilité au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles, la consommation fréquente de stupéfiants, le fait qu'il s'agisse souvent de migrants mal préparés à leur nouveau contexte de vie ainsi que leur proximité avec le milieu criminel.

Les hommes qui se prostituent à d'autres hommes rencontrent globalement des difficultés analogues à celles que connaissent les travailleuses du sexe. Ils s'en distinguent essentiellement par les problèmes d'identité sexuelle, par le double tabou qui caractérise leur activité, par leur situation en porte-à-faux dans l'univers gay où il n'est pas de règle et par le fait que la nature de leur relations sexuelles les rend plus vulnérables que la majorité des femmes.

### 4.3 LES LIEUX

Bien que la prostitution de rue constitue la dimension la plus visible du phénomène, elle ne représente qu'une face du phénomène. L'exercice de la prostitution peut avoir pour cadre de nombreux espaces clos tels qu'appartements, salons de massage, hôtels, clubs, établissements de prostitution, boîtes de nuit, cabarets, dancings, vitrines, bars, clubs, cinémas, véhicules, saunas, toilettes publiques, etc. On peut également assimiler à de la prostitution les lignes téléphoniques érotiques et le cinéma pornographique.

La prise de contact avec les clients intervient de différentes manières. Sur la rue, c'est le racolage plus ou moins actif qui est de mise. Il en va généralement de même dans les établissements

---

<sup>a</sup> Projet « Male Sex Work » mandaté par l'Office fédéral de la santé publique et confié pour son exécution à l'Aide suisse contre le sida (ASS)<sup>163</sup>.

publics (clubs, boîtes de nuit, cabarets, saunas, bars, etc.). La prostitution en appartement ou dans les salons de massage recourt surtout à des annonces publiées dans la presse plus ou moins spécialisée ou, comme en Angleterre, à des affichettes déposées dans les cabines téléphoniques. La prostitution par téléphone (« téléphone rose », « téléphone érotique ») se fait également connaître par des annonces dans la presse. La prise de contact au moyen d'Internet est en plein développement, elle peut donner lieu à des contacts virtuels (« chat ») ou déboucher sur de véritables rencontres.

De même qu'il existe une grande variété dans les lieux d'exercice de la prostitution ou dans la manière d'établir un contact entre travailleurs du sexe et client, il existe une grande variété de pratiques.

#### 4.4 LES PROBLÈMES

Les conditions dans lesquelles la prostitution se pratique ainsi que plusieurs caractéristiques socio-démographiques ou culturelles des personnes concernées – prostituées et clients – peuvent exercer une influence sur l'efficacité des mesures prises pour limiter la diffusion du VIH (recours systématique au préservatif, *safer sex*, utilisation de matériel d'injection stérile). Elles renvoient à plusieurs des dimensions évoquées dans les sections qui précèdent. Elles sont successivement reprises en mettant en évidence leurs effets potentiels sur la santé au sens large (définition OMS) et sur les mesures de prévention.

##### **Dimension économique**

La nécessité impérieuse de se procurer des ressources, l'incertitude qui prévaut quant aux gains futurs ou les exigences financières de ceux qui les exploitent peuvent parfois représenter une pression suffisante pour obliger les prostituées à avoir des comportements à risques. Plusieurs observateurs relèvent que les amendes pour racolage ou troubles à l'ordre public et aux bonnes mœurs frappant les prostituées participent de cette pression financière.

Outre l'abandon de la protection, le besoin impérieux d'argent peut aussi contraindre à exercer son activité dans des conditions représentant un danger accru pour la santé, par exemple en ayant des relations avec des clients violents ou sous l'emprise de l'alcool ou en racolant dans des endroits isolés, mal famés et dangereux.

L'impossibilité d'accéder à l'aide sociale publique ou à d'autres formes de revenus de substitution (allocations de chômage par exemple) que connaissent plus particulièrement les personnes sans autorisation de séjour ou de travail figure parmi les facteurs qui, en raison du besoin de trouver à tout prix des ressources, peuvent conduire à réduire les mesures de précaution.

##### **Toxico-dépendance**

Être dépendant de stupéfiants, c'est devoir non seulement obtenir les ressources nécessaires aux besoins courants (se loger, se nourrir, etc...) mais aussi se procurer l'argent nécessaire à l'acquisition des produits dont on dépend. Il s'agit d'une pression financière supplémentaire et impérieuse pouvant être à l'origine de l'acceptation de relations non protégées.

La consommation de stupéfiants représente en elle-même un risque de transmission du VIH en cas d'utilisation de matériel d'injection non stérile. Un certain nombre de constats prouvent que le partage du matériel d'injection demeure encore une réalité. Elle concerne doublement les prostituées : en tant qu'injectrices de stupéfiants d'une part et en tant que partenaires d'injecteurs de stupéfiants d'autre part.

La consommation de stupéfiants peut provoquer une modification du niveau de conscience entraînant un risque accru de renoncer à se protéger. Dans le même ordre d'idées, la consommation de stupéfiants peut représenter une sorte d'anesthésie volontaire qui réduit l'état de conscience et permet d'accepter l'abjection de la prostitution voire des relations non protégées.

### **Facteurs cognitifs, psychologiques, psychosociaux, sociologiques et culturels**

Les connaissances et les croyances personnelles, l'inscription de l'individu dans une dimension culturelle particulière et la définition des rapports entre genres déterminent le comportement individuel. Ces facteurs peuvent interagir et déterminer une connaissance insuffisante du risque de contracter une IST ainsi que des précautions à prendre pour le prévenir. Ils peuvent exercer un effet sur le comportement du client et la nature de ses exigences (rapport sans préservatif principalement). Ils peuvent aussi influencer sur les comportements de la personne qui se prostitue et la conduire à accepter des relations non protégées ou des pratiques susceptibles de mettre sa santé en danger. En ce qui concerne plus particulièrement les relations non protégées, certains facteurs entrant dans la construction des rapports interpersonnels conduisent parfois les prostituées à distinguer entre clients connus et inconnus et à réduire le champ de la protection aux seuls clients inconnus.

### **Phénomène migratoire**

Dans le domaine de la prostitution, les migrations sont généralement associées à une grande mobilité. Les personnes restent rarement longtemps au même endroit. Beaucoup se déplacent de pays en pays, changeant fréquemment d'environnement linguistique, social, sanitaire, juridique, etc. Le temps fait généralement défaut pour acquérir les connaissances et compétences nécessaires à un minimum d'intégration. Ne pas connaître la langue parlée dans le pays de séjour constitue un handicap majeur. Négocier avec les clients devient extrêmement difficile tout comme devient problématique la recherche d'informations à propos des ressources offertes (en particulier en matière sanitaire et sociale). La mobilité des prostituées représente aussi un obstacle à l'installation dans un logement autre que précaire. Elle signifie en outre perte de contact avec le réseau social mobilisable en cas de difficultés.

La grande précarité dans laquelle vivent de nombreuses prostituées représente une menace pour leur santé (perçue dans la perspective définie par l'OMS). Elle augmente leur probabilité de ne pas pouvoir accéder aux prestations offertes dans le domaine de la prévention sanitaire (conseils, préservatifs, acquisition de compétences) et, par voie de conséquence, celui de s'engager dans des relations non protégées.

### **Trafic**

Quelle que soit la forme prise (déshumanisée et à la limite de l'esclavage ou, au contraire, proche d'une relation de couple), le trafic – i.e. le fait de pousser une personne à se prostituer pour tirer profit de l'argent gagné – représente une forme d'aliénation pouvant aller jusqu'à devoir accepter de mettre sa santé en danger. Être aux mains de « trafiquants », peut aussi signifier se voir

interdire tout contact avec l'environnement et en particulier avec les structures offrant des prestations sanitaires ou sociales.

### **Violence**

Les prostituées sont fréquemment exposées à la violence. Celle-ci est aussi bien le fait de leurs clients que de ceux qui les exploitent voire des forces de police<sup>49-56</sup>). La violence à laquelle les prostituées sont toujours potentiellement exposées ou dont elles sont directement victimes représente une atteinte à leur santé qui peut prendre diverses formes (problèmes sanitaires associés au stress, blessures plus ou moins graves, IST, etc.).

### **Réglementation de la prostitution**

Les dispositions juridiques applicables à la prostitution constituent autant d'obstacles à la pratique de cette activité. Qu'il s'agisse d'enregistrement administratif, de contrôles sanitaires obligatoires, de l'interdiction de pratiquer imposée aux prostituées souffrant d'IST, de la répression du racolage ou des limites géographiques assignées à l'exercice de la prostitution, ces dispositions aboutissent toujours à l'émergence de deux groupes : celui des prostituées en mesure de remplir les exigences et celui des prostituées qui, dans l'impossibilité de le faire, sont réduites à exercer leur activité en commettant des infractions. Pour ces dernières, la prostitution est souvent pratiquée dans des conditions encore plus défavorables à la santé.

Le rejet de l'enregistrement administratif de la part de celles qui pourraient s'y soumettre en toute légalité s'explique d'une part par la peur de l'« officiel » lorsqu'on est irrégulière et d'autre part aussi par le refus du stigmate attaché à la personne de la prostituée. La crainte de perdre sa réputation est souvent telle que beaucoup en viennent même à cacher leur activité à leur médecin<sup>57</sup>. Elles rendent ainsi moins probable l'évocation de certaines questions spécifiques dans le cadre de la consultation et prennent le risque de laisser se développer des affections qu'il aurait été préférable de traiter à un stade précoce.

Se soustraire aux contrôles médicaux obligatoires (Grèce, Autriche, certains länder allemands) et aux interdictions de pratiquer pour cause d'IST peut s'accompagner du choix de ne pas se soigner. Le risque sanitaire concerne alors autant la prostituée que le client (si aucune protection n'est utilisée).

Les mesures prises au nom de l'ordre et de la morale publics (interdiction du racolage, confinement à certaines aires géographiques) ont pour principal effet de limiter le temps disponible pour négocier les conditions de la relation avec le client et de déplacer la prostitution vers des zones éloignées où la sécurité ne peut plus être assurée et où les prostituées sont potentiellement plus sujettes à la violence des clients. L'impact de ces mesures administratives peut être notablement aggravé si les forces de la police se montrent particulièrement sévères dans la répression des contraventions.

Destinée en premier lieu à protéger les prostituées de toute exploitation, la répression du « délit de souteneur », c'est-à-dire de la situation où un tiers bénéficie de l'argent gagné par la prostituée, peut avoir pour effet indésirable d'interdire à cette dernière de partager la vie d'une autre personne. Il s'agit d'une limitation importante des contacts sociaux qui peut avoir des répercussions sur le bien-être général de la personne.

Le fédéralisme helvétique débouche sur de grandes variations entre cantons et Confédération. Les mesures de police (ordre et morale publics) relevant de compétences municipales, des différences apparaissent aussi entre les villes. Enfin, des contingences locales peuvent modifier la situation d'une rue à l'autre ou au gré des priorités des forces de police.

### **Réglementation de l'immigration**

Tout comme les dispositions juridiques spécifiquement consacrées à l'exercice de la prostitution, les lois concernant l'immigration – et l'accès au marché du travail – créent deux groupes : celui formé des personnes dûment autorisées à résider et à travailler sur le territoire national et celui formé des personnes en situation irrégulière sur l'un et l'autre plan (autorisation de s'établir et autorisation de travailler vont généralement de pair).

Les limites imposées à l'immigration favorisent le recours à des solutions telles que passage clandestin de la frontière ou immigration sous le couvert de fallacieuses promesses de mariage. Dans de nombreux cas, ces méthodes sont payantes et bien des prostituées s'endettent pour faire face à ces dépenses. Le remboursement des prêts ainsi contractés fait partie des pressions financières évoquées plus haut. Il offre aux créanciers le pouvoir de formuler toute sorte d'exigences à l'encontre de leurs débitrices.

Dans le pays d'immigration, la clandestinité représente un facteur de fragilisation considérable. Elle place les personnes en situation irrégulière sous la dépendance des personnes qui connaissent leur situation et peuvent les menacer de les dénoncer pour obtenir des avantages de toute nature. La clandestinité contraint en outre à éviter tout contact avec les autorités et, pour cette raison, à se prostituer dans des conditions compromettant sérieusement la capacité de choisir ses clients et de négocier les modalités de la prestation attendue.

En Suisse, la situation varie d'un canton à l'autre, voire d'une ville à l'autre. Les dispositions juridiques relatives à l'immigration sont des normes de droit fédéral. Elles permettent d'accorder des permis de travail de courte durée (permis L) aux « artistes de cabaret » ... lesquelles doivent souvent accepter de se prostituer pour se procurer les ressources nécessaires ou pour éviter d'être licenciées par leur employeur (ces situations sont parfaitement connues de ceux qui émettent les permis). Séjourner sans autorisation débouche sur un mode d'existence extrêmement précaire, généralement associé à une vie clandestine et à l'évitement de tout contrôle administratif ou policier.

### **Législation et organisation sociales**

Dans la plupart des pays de l'aire géographique concernée par l'étude, la législation en matière de sécurité sociale restreint l'accès des prestations aux seuls « affiliés », qualité qui s'acquiert principalement par le versement de cotisations prélevées sur les revenus du travail (dépendant ou indépendant) et par le domicile sur le territoire national. A de rares exceptions près (Pays-Bas et Allemagne), la prostitution n'est pas reconnue comme une activité permettant l'affiliation au dispositif de sécurité sociale. Se trouver en situation irrégulière sur le territoire national représente un obstacle supplémentaire.

L'octroi d'allocations d'aide sociale<sup>a</sup> est soumis à conditions. C'est notamment le cas de la France où le versement de secours financiers n'est possible que si la prostituée abandonne son

---

<sup>a</sup> On distingue ici la sécurité sociale (allocations de chômage, rentes versées en cas d'invalidité ou de vieillesse,

activité et envisage une réinsertion sociale et professionnelle. Au Danemark, où la détermination du montant de l'aide prend en compte la totalité des ressources de l'allocataire, se prostituer – et réaliser de ce fait des gains supplémentaires – peut entraîner des sanctions (remboursement de l'aide perçue sans droit et poursuites pénales si les sommes obtenues frauduleusement sont d'une certaine importance). D'un accès difficile pour les personnes en situation régulière, l'aide sociale publique n'est en principe pas accessible aux personnes vivant clandestinement sur le territoire national. Dans un tel contexte, les prostituées en situation irrégulière sont doublement exclues. Ne pouvant recevoir aucune aide, elles sont maintenues dans un état où elles n'ont pas d'autres ressources que d'accepter les exigences des clients ou du milieu qui les exploite pour assurer leur survie. La situation prévalant en Italie constitue à cet égard une exception. Les prostituées en situation irrégulière victimes de trafic peuvent demander la protection de l'État et une autorisation de résidence à condition de dénoncer ceux qui les exploitent. Elles sont alors prises en charge par un dispositif d'aide qui leur propose des mesures d'insertion sociale et professionnelle. Plusieurs pays accordent également des autorisations d'établissement aux personnes séropositives qui ne pourraient accéder à un traitement si elles étaient renvoyées dans leur pays d'origine.

En Suisse, les principaux régimes de sécurité sociale allouant des prestations financières relèvent du droit national et sont organisés selon les principes de l'assurance : paiement de cotisations puis paiement des prestations lorsque le risque – invalidité, chômage, etc. – se réalise. La prostitution n'est pas une activité autorisant le prélèvement de cotisations d'assurances sociales. « Dernière maille du filet social » l'aide sociale alloue des secours financiers aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Elle est de droit cantonal. Son application et son fonctionnement sont souvent de la responsabilité des communes. Pour recevoir des secours d'aide sociale, une personne doit pouvoir démontrer que ses revenus n'atteignent pas un certain niveau. Cette démonstration n'est pratiquement pas possible pour les travailleurs du sexe. L'aide sociale n'est payée qu'aux personnes en situation régulière. En application de la constitution fédérale, les clandestins peuvent au mieux prétendre à des secours d'urgence leur permettant de (sur)vivre en attendant de quitter le territoire suisse.

### **Législation et organisation sanitaires**

Tout comme les dispositions juridiques relatives à la prostitution et de la législation sociale, la législation sanitaire produit aussi de l'exclusion mais, à leur différence, elle permet aux personnes exclues d'avoir accès au dispositif sanitaire à condition de s'acquitter elles-mêmes des prestations fournies. Il s'agit toutefois souvent de prestations coûteuses qui demeurent financièrement inaccessibles aux personnes ne disposant pas de ressources importantes.

Les stigmates sociaux associés à la prostitution représentent un obstacle supplémentaire dans l'accès à des soins adaptés à la situation des personnes qui se livrent à cette activité. Comme évoqué plus haut, le souci de préserver sa réputation peut conduire à ne pas faire état de ce type d'activité. Le médecin voit ainsi son attention détournée d'une situation qui mérite une attention particulière. Le risque de retarder des interventions pourtant nécessaires en est accru.

---

prestations en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation) de l'aide sociale. Contrairement aux régimes de sécurité sociale qui sont actionnés lorsqu'un risque se réalise (chômage, vieillesse, etc.) l'aide sociale est accordée sous condition de ressources, i.e. il faut que le bénéficiaire n'atteigne pas un certain niveau de ressources pour recevoir une allocation qui représentera la différence entre ce dont il dispose déjà et une limite fixée arbitrairement.

De manière générale, les systèmes de soins existants ne sont pas spécialement préparés à faire face aux besoins particuliers des prostituées<sup>57</sup>. Même dans les consultations spécialisées dans le domaine des maladies du système urogénital, les prostituées ne trouvent pas toujours du personnel formé à la prise en charge de leurs problèmes spécifiques. Le manque de compréhension du personnel de santé peut décourager ce type de patientes à faire état de leur situation particulière.

La situation qui prévaut en Suisse ne diffère pas de ce qui est rappelé ci-dessus. Les personnes sans assurance maladie peuvent accéder à toute la gamme des soins à condition de payer l'intégralité des prestations. Celles-ci sont coûteuses et sont généralement hors de portée pour les travailleurs du sexe. Hormis les interventions d'urgence – délivrées sans garantie de remboursement – les prostitué(e)s en situation irrégulière peuvent quelquefois accéder à des prestations sanitaires dont elles s'acquittent sur la base d'arrangements financiers<sup>16</sup>. Quelques prestations sont fournies gratuitement. Comme les compétences en la matière relèvent des cantons, la Suisse connaît de nombreux systèmes.

Les multiples combinaisons possibles des différents facteurs évoqués ci-dessus rendent compte de l'immense diversité des situations que l'on peut observer à l'échelon individuel. Un très petit nombre de tendances lourdes se dégagent néanmoins en ce qui concerne la situation des personnes qui se prostituent : a) nombre d'entre elles sont confrontées à des conditions d'existence préjudiciables à leur santé physique et psychique et b) il n'existe pratiquement aucune réponse satisfaisante dans les structures sociales et sanitaires mises en place pour répondre aux besoins de la population générale. Ce contexte pourrait être favorable à des pratiques à risques et à la dissémination du VIH aussi à partir de la relation travailleurs du sexe/clients.



## 5 EXPOSITION AU RISQUE VIH, COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES

On abordera dans cette section les thèmes de la prévalence du VIH, de l'exposition au risque et des comportements de protection ainsi que les connaissances en matière de VIH/sida et d'IST. Ces différents thèmes seront examinés sous l'angle des personnes qui se prostituent et sous celui des clients.

### 5.1 PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEURS DU SEXE

Les personnes pratiquant la prostitution forment un groupe très hétérogène en termes d'environnement de travail, de dépendance à des produits stupéfiants, de situation culturelle, légale ou socio-économique, d'état de santé, de connaissances et d'accès aux soins. Les différents sous-groupes varient aussi en fonction de leur accessibilité. La prostitution de rue est assez facilement atteignable tandis que celle qui se déroule dans des espaces clos l'est beaucoup plus difficilement. Comme le montrent Estebanez et al<sup>58</sup> dans leur revue de littérature s'arrêtant à 1990, la plupart des études utilisent des 'échantillons de commodité' recrutés dans des structures/programmes de proximité, dans des cliniques IST ou sur la rue. Il est pratiquement impossible dans ces conditions d'obtenir un échantillon représentatif de la population qui se prostitue à un certain endroit et à un moment donné. Les études prises en considération permettent cependant d'établir une fourchette des taux de séroprévalence pour certains pays et pour certains groupes.

#### 5.1.1 Prévalence du VIH chez les femmes prostituées

Le Tableau 6 recense les études réalisées à partir de 1990 auprès de femmes prostituées. Elles montrent que la fourchette de prévalence du VIH est extrêmement large puisqu'elle s'étale de 0% à 60%.

Les études varient notamment en fonction de la technique choisie pour établir la prévalence. Dans certaines, elle est mesurée au moyen d'échantillons de salive ou de sang (récoltés de manière anonyme ou non, avec le consentement de l'intéressé et en lui proposant ou non de l'informer du résultat). Dans d'autres, elle est simplement auto-reportée ce qui permet souvent de constater la persistance d'une proportion non négligeable de personnes n'ayant jamais été testées<sup>59-64</sup>. Dans une étude portant sur 102 prostituées, Verster et al<sup>65</sup> ont établi le pourcentage d'infections VIH auto-reporté puis l'ont comparé à la prévalence effective établie au moyen du test. La prévalence auto-reportée se monte à 2.9% (38.3% de femmes se déclarant séronégatives et 58.8% n'ayant jamais testées). Après administration du test à tout l'échantillon, la prévalence atteint 5.6%. Les auteurs observent par ailleurs que les femmes n'ont pas seulement été peu testées pour le VIH mais encore qu'elles sont peu nombreuses à s'être soumises à un contrôle médical ou à un dépistage d'IST : 38% avaient eu un tel examen de dépistage durant l'année précédant l'étude.

Plusieurs études montrent l'influence de la présence d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) sur la séroprévalence VIH. Au début des années '90, McKeganey et al<sup>64</sup> ne relèvent aucun cas de VIH auprès de prostituées non-UDI alors que la séroprévalence auprès de prostituées UDI est de 2%. A la même époque, Spina et al<sup>66</sup> observent un taux de 2% chez les prostituées non-UDI patientes d'une clinique IST italienne mais de 37% chez les prostituées UDI. Des résultats analogues sont rapportés dans une étude réalisée en Espagne et dans une étude multicentrique concernant neuf pays européens : la prévalence est de 1.5% chez les prostituées non-UDI alors qu'elle atteint 31.8% chez les prostituées UDI. Les taux varient toutefois beaucoup d'un pays à l'autre parmi les consommatrices de drogues.

Ballesteros et al<sup>67</sup> montrent que si la prévalence du VIH parmi les prostituées UDI ayant consulté une clinique IST espagnole entre 1986 et 1997 est nettement plus élevée que celle observée parmi les non-UDI, ces deux prévalences diminuent toutefois au cours des années. Entre 1986-1988 et 1995-1997, elle passe de 59.5% à 45.5% parmi les prostituées UDI et de 2.4% à 0.8% parmi les prostituées non-UDI.

Les récents changements économiques, sociaux et politiques intervenus dans la Fédération russe ont entraîné une augmentation massive du nombre des prostituées. Elles seraient entre 30 000 et 150 000 pour la seule ville de Moscou<sup>6</sup>. Parmi elles, la proportion des UDI se situe entre 25% et 80%<sup>9</sup>. Les pays de l'ancien bloc soviétique connaissent depuis quelques années une épidémie très importante de VIH parmi les UDI<sup>68</sup>. Comme le montre l'étude de Lowndes<sup>69</sup> réalisée en 2001, la prévalence du VIH parmi les prostituées UDI est élevée. Se référant à la situation prévalant avant 1998 dans la Fédération russe, Dehne et al<sup>70</sup> (hors tableau), relèvent que la prévalence du VIH parmi les personnes qui se prostituent était inférieure à 1% dans la plupart des villes étudiées. Des exceptions existaient toutefois : établie sur la base d'échantillons de 200 à 300 travailleurs du sexe, la prévalence du VIH atteignait 2.5% à Odessa, 7.5% à Erevan et 67% à Kaliningrad<sup>a</sup>.

Si la séroprévalence dans les groupes de prostituées non-UDI est très basse<sup>71,72</sup>, certaines études montrent une évolution vers une hausse, probablement causée par les flux récents de prostituées migrantes. Spina et al<sup>73</sup> ont partagé en deux groupes les 802 femmes prostituées de leur étude : un premier groupe constitué de femmes ayant consulté entre 1988-90 (avant l'arrivée de prostituées migrantes) - 403 prostituées italiennes - et un second groupe formé de femmes ayant consulté entre 1991-95 - 399 femmes italiennes et migrantes. Des prostituées UDI figuraient dans chaque groupe. Si la - haute - prévalence du VIH chez les femmes UDI n'a pas significativement changé entre les deux périodes (37% vs 40%), la prévalence du VIH parmi les prostituées non-UDI a significativement augmenté, passant de 2% pour la première période à 11% pour la seconde. Puisque la prévalence VIH chez les prostituées italiennes non-UDI est restée constante durant les deux périodes (2% vs 1%, les auteurs imputent cette augmentation à l'arrivée de femmes migrantes (11% de prostituées séropositives). Ils concluent que si les prostituées UDI continueront probablement d'être un vecteur de l'épidémie, le nombre croissant de prostituées africaines pourrait aussi contribuer à faire augmenter le taux des personnes infectées dans la population générale italienne. La proportion de cas de sida chez les hommes italiens ayant déclaré un rapport avec une prostituée comme unique 'facteur de risque' est passée de 0.7% en 1986 à 2.5% en 1994. Toutefois, les données D'Antuono<sup>74</sup> portant sur des prostituées migrantes, montrent une prévalence inférieure à 2%. Estebanez et al<sup>75,76</sup> posent un constat analogue à celui de Spina et al en se fondant sur les données concernant un collectif de prostituées non-UDI dont 80% avaient été testées : la prévalence - auto-reportée - atteint 1.4% chez les femmes latino amé-

---

<sup>a</sup> Aucune précision quant à la proportion de UDI présents dans chaque étude.

ricaines, 3.4% chez les ressortissantes des pays de l'Est européen et 4.7% pour les femmes provenant d'Afrique. Les auteurs constatent de plus que ce dernier groupe est plus vulnérable au VIH en raison de sa jeunesse, de sa mauvaise intégration dans le pays hôte et de sa difficulté à accéder aux services de soins, y compris pour le test VIH.

Plusieurs études relèvent par ailleurs des prévalences élevées pour d'autres IST. Ce constat est important puisqu'il est établi<sup>70,77</sup> que la présence simultanée d'IST augmente la transmissibilité du VIH. Fennema et al<sup>78</sup> relèvent que des IST ont été diagnostiquées auprès de 83% des 212 prostituées toxicomanes participant à leur cohorte (pour un total de 677 IST). Chaplinskas et al<sup>12</sup> identifient un taux d'IST très élevé auprès d'un collectif de 73 prostituées actives à Vilnius. À l'exception d'une seule femme, toutes souffrent de telles infections. Treize pour cent d'entre elles sont diagnostiquées comme atteintes de syphilis et 16% en présentent des traces sérologiques. Tchoudomirova et al<sup>17</sup> observent que 43% des 200 prostituées bulgares de leur étude ont cité des symptômes suggérant une infection génitale au moment de l'interview. Enfin, lors de l'entrée dans une cohorte, Ward et al<sup>61</sup> ont mesuré un taux de 16.8% d'herpès génital, 8.2% de chlamydia, 6.7% d'hépatite C, 6.6% d'hépatite B, 3% de gonorrhée et 2.3% de syphilis auprès de 402 prostituées. Par rapport à la Fédération russe, l'augmentation de l'incidence de la syphilis dans la population générale<sup>79</sup> et plus spécifiquement chez les personnes qui se prostituent a été enregistrée. Lowndes et al<sup>9</sup> citent des auteurs donnant des taux de 34% dans des populations de personnes qui se prostituent.

Même dans les études où l'infection à VIH est quasi inexistante, on trouve des taux d'IST plutôt élevés. Alary et al<sup>80</sup> observent que la prévalence rapportée d'au moins une IST durant les douze derniers mois atteint 19% alors qu'aucune des 206 femmes dépistées pour le VIH n'est positive<sup>a</sup>. De manière similaire, Clavo et al<sup>71</sup> diagnostiquent 2% d'IST ulcéraires, 16.6% d'IST non ulcéraires et 27.5% d'infections vaginales dans un collectif de 579 prostituées latino américaines parmi lesquelles la prévalence du VIH est de 0.2%. Enfin, parmi les 280 femmes interviewées dans l'étude de Ward et al<sup>81</sup>, 44% déclarent avoir souffert d'une gonorrhée dans le passé. De plus, 14% des femmes contrôlées à la clinique (193/280) souffrent d'une ou de plusieurs infections aiguës.

---

<sup>a</sup> Ces auteurs relèvent aussi que les prostituées travaillant sur la rue, indépendamment de leur toxicomanie, avaient plus de clients et étaient plus atteintes de MST.

Tableau 6 Prévalence du VIH chez les femmes prostituées

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	Personnes testées	% de VIH+
van Ameijden et al 1994 <sup>82</sup>	Pays-Bas (Amsterdam) ; cohorte de 281 femmes prostituées toxicomanes (dont 82% UDI) recrutées dans une clinique pour IST.	1986-90	281	24.5%
Spina et al 1997 <sup>66</sup>	Italie (14 villes) ; 403 prostituées italiennes ayant consulté une clinique IST ou un centre de test VIH entre 1988 et 1990 ; non-UDI et UDI.	1988-90	403	37% chez UDI 2% chez non-UDI
Ward et al 1993 <sup>81</sup>	Angleterre (Londres) ; 280 femmes prostituées recrutées à plusieurs endroits (clinique IST, rue, agences, appartements, etc.) ; 81% Angleterre ; échantillons de salive/sang avec aussi la possibilité d'avoir le test de manière anonyme ; 228/280 ont accepté le test.	1989-91	228/280	0.9%
Estebanez et al 1998 <sup>83</sup>	Espagne ; 1633 prostituées recrutées entre 1989 et 1991 dans 22 centres ; 87.8% ont accepté de donner un échantillon de sang.	1989-91	1433/1633	12.6% (54.7 chez UDI, 3.7 chez non-UDI)
McKeganey et al 1992 <sup>64</sup>	Ecosse (Glasgow) ; 197 femmes prostituées contactées sur la rue ; 71% UDI ; 159 ont accepté de donner un échantillon de salive.	1991	159/197	2.5% (3.5 chez UDI, 0 chez non-UDI)
European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes 1993 <sup>64</sup>	Etude multicentrique réalisée dans 9 pays européens ; 945 prostituées travaillant dans différents contextes et se présentant dans différents settings ; 25% UDI ; 34% migrantes.	1990-91	866/945	5.3% (31.8 chez UDI, 1.5 chez non-UDI)
Alary et al 1994 <sup>80</sup>	Danemark (Copenhague) ; 237 prostituées (intérieur ou rue) ; 17.5% UDI ; 206 ont accepté le test.	1990-91	206/237	0%
van Haastrech et al 1993 <sup>72</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 201 prostituées non toxicomanes recrutées dans des cliniques IST et sur les lieux de prostitution.	1991	201	1.5% <sup>a</sup>
Carr et al 1992 <sup>65</sup>	Ecosse (Glasgow) ; 165 femmes prostituées de rue fréquentant une unité médico-sociale ; 77% UDI.	1989-92	165	3.6%
Fennema et al. 1995 <sup>78</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; cohorte de 212 femmes prostituées toxicomanes (84% UDI, la plupart recevant de la méthadone) consultant une clinique IST - pour toxicomanes prostituées - entre 1986 et 1992 ; 1300 visites cohorte au total. Pendant la période de follow-up, 13 (toutes UDI) des 153 femmes séronégatives ont connu une séroconversion.	1986-92	212	28%
Spina & Tirelli 1999 <sup>59</sup>	Italie (9 villes du nord et du centre) ; 102 prostituées contactées directement sur la rue ; 9% UDI.	1988-92	75/102	5% auto-reporté ; toutes UDI

<sup>a</sup> Les auteurs observent que les prostituées séropositives étaient arrivées récemment aux Pays Bas - provenant de pays à haute prévalence - et avaient été recrutées pour l'étude à l'extérieur de cliniques MST.

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	Personnes testées	% de VIH+
Kjaer et al 2000 <sup>60</sup>	Danemark (Copenhague) ; 188 prostituées, recrutées par voie d'annonce ou dans leur lieu de rencontre local ; 11% avaient consommé des drogues ; la moitié avaient plus de 50 clients/semaine.	1992-93	144/188	1.4% auto-reporté
Aral & Fransen 1995 <sup>66</sup>	Turquie ; 100 femmes prostituées - de l'ancien bloc soviétique - arrêtées en Turquie.	1993	100	20%
Ward et al 1999 <sup>61</sup>	Angleterre (Londres) ; 402 prostituées - agences, appartements, rue, etc. - recrutées entre 1985-91 ; parmi elles, une cohorte de 320 femmes a été suivie jusqu'en 1994 (675 personnes-année) ; 8% UDI ; 77% Anglaises ; prostitution depuis 24 mois (médiane).	1985-94	312/402	1.3% (incidence : 0.23 personnes-années)
Fennema et al 1997 <sup>67</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; cohorte de 229 femmes toxicomanes prostituées (84% UDI, la plupart recevant de la méthadone) consultant une clinique IST spécialisée toxicomanie entre 1986-94.	1986-94	229	de 37% entre 1986-88 à 29% entre 1992-94
Spina et al 1998 <sup>73</sup>	Italie (14 villes) ; 399 prostituées ayant consulté une clinique IST ou un centre de test VIH entre 1991-95 ; non-UDI et UDI ; 78% Italiennes et 22% Sud-Africaines essentiellement).	1991-95	399	37% chez UDI 11% chez non-UDI
Spina et al 1997 <sup>66</sup> Spina et al 1998 <sup>73</sup> Tirelli & Spina 1998 <sup>88</sup>	Italie (14 villes) ; 802 prostituées ayant consulté une clinique IST ou un centre de test VIH entre 1988 et 1995 ; 30% UDI ; 78% Italiennes (le reste est constitué essentiellement de femmes sud-africaines).	1988-95	802	16% (39% chez UDI, 6% chez non-UDI)
Church et al 1996 <sup>62</sup>	Grande Bretagne (Leeds) ; 45 prostituées (différents environnements) fréquentant un programme de prévention VIH ; 3/45 UDI (dans le passé) ; 20 ont accepté un test VIH.	1995 (estimation)	20/45	0%
Estebanez et al 2000 <sup>89</sup>	5 centres européens : Paris, Madrid, Londres, Rome et Berlin ; 245 femmes testées (échantillon de salive, sang ou résultat écrit du test réalisé par un médecin) - qui pratiquaient la prostitution au moment de l'étude - des 1198 femmes UDI interviewées dans des centres pour toxicomanes ou sur la rue.	1995	245	40%
Vioque et al 1998 <sup>90</sup>	Espagne (Alicante) ; cohorte de 657 femmes prostituées (7.6% UDI) fréquentant un centre d'inf. /prév. sida (sérologiques à l'arrivée) ; prostitution surtout dans clubs et appartements ; nombre médian tests : 3 ; années observation : 1.9 ; mois dans prostitution : 18 ; clients/semaine : 24 ; 65% Espagnoles, reste Amérique centrale/latine et Afrique.	1986-96	657 (au total 1815 personnes- année d'observation)	8.8 cas/1000 femmes-année
Anonymous 1999 <sup>91</sup>	Espagne ; population se rendant à un des 81 centres IST et planning familiaux, dont 2144 prostituées (non-UDI).	1995-96	2144	1.2%

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	Personnes testées	% de VIH+
Gras et al 1997 <sup>92</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 32 prostituées de rue ; 1/32 passé de UDI ; échantillon de salive pour le test VIH.	1996	32	0%
Ballesteros et al 1999 <sup>67</sup>	Espagne (Madrid) ; 1974 prostituées consultant pour la 1 <sup>ère</sup> fois une clinique pour IST et à qui un test a été offert ; 4/5 travaillent dans des bars ou des clubs et 1/5 sur la rue ; 9.7% UDI.	1986-97	1974	6.3% 1.5% chez non-UDI et 50.8% chez UDI
Ballesteros et al 1999 <sup>67</sup>	Espagne (Madrid) ; prostituées consultant une clinique pour IST ; 981 prostituées non-UDI ; 33 prostituées UDI.	1995-97	981 33	0.8% 45.5%
Pickton & Campbell 1998 <sup>63</sup>	Grande Bretagne (Londres) ; 69/230 femmes prostituées – pratiquant dans une zone sans prostitution de rue et ne souhaitant pas être identifiées comme telles – ont répondu à un questionnaire sur leurs besoins en matière de santé sexuelle.	1997 (estimation)	48/69	0% auto-reporté
D'Antuomo et al 1999 <sup>74</sup>	Italie (Bologne) ; 331 prostituées se présentant dans une clinique IST entre 1995 et 1998 (76% Europe de l'Est, 19% Afrique.	1995-98	331	1.8%
Verster et al 2001 <sup>85</sup>	Italie (Rome) ; 102 prostituées de rue contactées à travers un programme de proximité (questionnaire + échantillon de salive) ; 7.8% UDI ; 38% ont >40 clients/sem. plus de la moitié proviennent d'un pays de l'Est, parmi les non Italiennes la quasi totalité a débuté à se prostituer en Italie.	1997-98	102	5.6%
Clavo et al 2002 <sup>71</sup>	Espagne (Madrid) ; 579 femmes prostituées consultant une clinique IST ; 96% latino américaines (inité prostitution en Espagne) ; 0 UDI ; moitié dans des clubs ; 51.4% n'avaient jamais eu de test VIH auparavant.	1999-2000	579	0.2%
Morales Morales et al 2002 <sup>83</sup>	Espagne (Tenerife) ; 94 femmes prostituées (night clubs surtout, très intégrées socialement et cachant leur activité) qui ont fréquenté un programme de prévention IST/VIH entre 1999 et 2001 ; 8.5% consommaient des drogues ; moitié environ étaient Espagnoles et moitié Latino américaines ; pendant cette période, elles ont eu 303 tests VIH.	1999-2001	94 (303 tests)	0%
Estebanez Estebanez et al 2002 <sup>75</sup> Rodríguez-Arenas et al 2002 <sup>76</sup>	Espagne ; étude multicentrique (cliniques IST et unités mobiles) ; 1057 femmes prostituées (43% prostitution de rue) ; 70% migrantes (surtout Amérique latine et Afrique sub-saharienne) ; 10% UDI (Espagnoles).	2000-2001	environ 80% testées	6.4% auto-reporté (14,1% Espagne, 4.7% Afrique, 3.4% Est Europe, 1.4% Amer. lat.)
Lowndes et al 2002 <sup>89</sup>	Russie (Togliatti City) ; 155 femmes toxicomanes dont 77 pratiquent la prostitution.	2001	77	60%

### 5.1.2 Prévalence du VIH chez les prostitués masculins (MSW)

En raison probablement de l'émergence plus récente du phénomène, les études consacrées aux prostitués masculins sont nettement moins nombreuses. Elles portent sur de plus petits effectifs (Tableau 7). Bien que de manière moins importante, la prévalence varie aussi d'une étude à l'autre. Comme le montre l'étude de Belza et al<sup>94</sup>, la toxicomanie i.v. l'influence aussi : parmi les prostitués non-UDI le taux de VIH était de 17% alors qu'il atteignait 60% parmi les prostitués UDI. Toutefois, les taux de prévalence parmi les MSW non-UDI sont nettement plus élevés que chez les femmes non-consommatrices. Une prévalence plus élevée chez leurs clients, une fréquence plus élevée de relations anales et une plus grande stigmatisation/marginalisation pourraient en être l'explication.

Deux études montrent que d'autres IST sont également fréquentes dans les populations de prostitués. L'étude de Wright<sup>1</sup> réalisée en 2000 auprès de prostitués exerçant sur la rue indique une prévalence de IST de 27% et un taux estimé d'hépatites de 9%. Pour leur part, Tomlinson et al<sup>95</sup> observent que 47% de la population étudiée (prostitués de rue et '*escort boys*') souffrent de IST : 25% des hommes pratiquant la prostitution de rue présentent une évidence sérologique d'hépatite B (37% chez les '*escort boys*'), 6% une sérologie positive de syphilis (aucun parmi les '*escort boys*'), 18% une gonorrhée urétrale et 13% une gonorrhée anale (5% et 8% chez les '*escort boys*').

Tableau 7 Prévalence du VIH chez les prostitués masculins

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	Personnes testées	% de VIH+
Tomlinson et al 1991 <sup>95</sup>	Angleterre (Londres) ; 57 prostitués ayant consulté un département de médecine uro-génitale ou une clinique sise à l'écart 38 prostitution de rue 19 'escort boys'.	1990-91	38/38 19/19	27% 25%
del Romero et al 1998 <sup>96</sup>	Espagne (Madrid) ; 50 à 60 homo/bisex. prostitués non-UDI, qui se sont présentés pour un 1 <sup>er</sup> test VIH à une clinique de IST entre 1986 et 1995.	1986-95	50 à 60	25.9%
Anonymous 1999 <sup>91</sup>	Espagne ; population se rendant à un des 81 centres IST et planning familiaux dont 57 hommes prostitués.	1995-96	57	3.5%
Belza et al 2001 <sup>94</sup>	Espagne (Madrid) ; 84 prostitués de rue <sup>a</sup> (atteints par une unité mobile d'un programme) ; 16% UDI ; 35% migrants ; 67% ont été testés ; 11% relations privées exclusivement hétérosex., 36% bisex.	1998	56/84	25% auto-reporté (60% chez UDI et 17% chez non-UDI)
Wright 2002 <sup>1</sup>	Allemagne (régions Rhein-Ruhr, 11 millions d'habitants) ; étude multisite de 3 mois combinant plusieurs méthodes (interviews, méthodes quantitatives, capture-recapture) pour estimer le nombre d'hommes prostitués non professionnels sur la rue.	2000	516 <sup>b</sup> (estimation)	15% (estimation)

<sup>a</sup> Les hommes, dont le niveau linguistique était insuffisant, ont été exclus de l'étude.

<sup>b</sup> Estimés entre 1000 et 1350 au cours d'une année.



### 5.1.3 Prévalence du VIH chez les personnes travesties et transsexuelles

Plusieurs études récentes ont porté sur des populations de travestis ou de transsexuels exerçant la prostitution, essentiellement de rue (Tableau 8). Elles montrent qu'il s'agit essentiellement de personnes originaires d'Amérique latine.

Comme pour les prostitués masculins, l'image qui émerge de ces travaux est celle d'une population caractérisée par un taux d'infection à VIH assez élevé, même parmi les personnes qui ne s'injectent pas des drogues. Belza et al<sup>97</sup> relèvent que parmi les travestis et transsexuels testés (deux tiers d'entre eux), le taux auto-reporté était de 16% chez les non-UDI et de 58% chez les UDI.

Une étude<sup>65</sup> réalisée parmi les usagers d'un programme de proximité fréquenté par des femmes prostituées ainsi que par des travestis et transsexuels (comprenant la même proportion de personnes avec une histoire de toxicomanie) relève un taux de séropositivité – systématiquement établi au moyen du test – plus élevé chez les travestis et transsexuels que chez les prostituées (20% vs 5.6%).

Comme pour les MSW, la prévalence élevée retrouvée dans ces études traduit probablement la convergence de plusieurs facteurs<sup>98</sup> parmi lesquels exclusion sociale et marginalisation, une prévalence élevée chez leurs clients, une fréquence plus élevée de relations anales et un nombre moyen de clients assez important, comme le montrent les études de Spizzichino et al<sup>99,100</sup> et de Gattari et al<sup>101</sup>.

Dans une étude sur 353 transsexuels, Spizzichino et al<sup>100</sup>, calculent une prévalence de 38.2% et relèvent deux facteurs associés au risque de séroconversion : l'origine brésilienne et le nombre – élevé – de partenaires sexuels. Le seul facteur associé à la séroconversion chez ceux qui sont retournés pour un follow-up est l'utilisation irrégulière du préservatif.

Un certain nombre de travestis et de transsexuels n'ont jamais été testés. Une étude de Serre<sup>102</sup> (hors tableau) réalisée en France auprès de transsexuels usagers d'un programme de santé communautaire montre que l'accès aux soins (par manque de couverture sociale) est très difficile pour une proportion importante d'entre eux. Dans l'étude de Gras<sup>92</sup> aucun des six travestis ou transsexuels testés positifs n'était au courant de sa sérologie. Verster et al<sup>65</sup>, comparent les pourcentages d'infection VIH auto-reportés et la prévalence VIH effective établie au moyen du test dans un collectif de quarante travestis et transsexuels contactés dans le cadre d'un programme de proximité : 7.5% ont déclaré être séropositifs, 80% séronégatifs et 12.5% n'avaient jamais été testés. Après le test, la prévalence atteint 20% (toutes les personnes qui n'avaient jamais eu de test étaient séropositives). Cinq seulement des huit personnes séropositives connaissaient leur sérologie.

Plusieurs études établissent également la prévalence d'autres IST. Spizzichino et al<sup>100</sup> mesurent une prévalence de 44.0% de syphilis, de 59.2% d'hépatite B et de 17.1% d'hépatite C. Cinq des quarante travestis et transsexuels étudiés par Wiessing et al<sup>103</sup> déclarent avoir souffert de syphilis durant la dernière année. Dans l'étude de Rodrigo et al<sup>104</sup>, 18.7% de la population souffrent d'une IST. Ces derniers auteurs observent que la probabilité de souffrir d'une IST est plus élevée chez les transsexuels ayant un bas niveau d'éducation.

---

<sup>a</sup> Dans une analyse multivariée.

Tableau 8 Prévalence du VIH chez les personnes travesties et transsexuelles

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	No de personnes testées	% de VIH+
Gattari et al 1994 <sup>101</sup>	Italie (Rome) ; 67 prostituées travesties consultant un centre VIH ; Brésiliens et Colombiens ; 67% ont eu >1500 partenaires sexuels au cours de la dernière année.	1991-92	67	65.7%
Wiessing et al 1999 <sup>103</sup>	Pays Bas (Rotterdam) ; 40 travestis et transsexuels de rue ont été interviewés et testés de manière anonyme avec consentement sans retour du résultat ; 0 UDI ; 25/40 Equateur.	1994-95	38/40	8%
Gras et al 1997 <sup>92</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 25 travestis/transsexuels (prostitution de rue) ; 0 UDI ; échantillon de salive pour le test VIH.	1996	25	24%
Spizzichino et al 2002 <sup>99</sup>	Italie (Rome) ; 120 transsexuels colombiens pratiquant la prostitution et consultant une clinique VIH ; 5% UDI ; 150 partenaires en moyenne par mois.	1992-97	120	22.5% <sup>a</sup>
Verster et al 2001 <sup>85</sup>	Italie (Rome) ; 40 transsexuels contactés à travers un programme de proximité ; 2.5% UDI ; 65% Amérique latine ; 25% ont >40 clients/sem ; échantillon de salive.	1997-98	40	20%
Belza et al 2000 <sup>87</sup>	Espagne (Madrid) ; 132 transsexuels et travestis masculins (essentiellement prostitution de rue) 11% UDI ; 56% Espagnols ; 67% avaient été testés.	1998	97/132	22% auto-reporté (16% chez non-UDI et 58% chez UDI)
Spizzichino et al 2001 <sup>100</sup>	Italie (Rome) ; 353 transsexuels, brésiliens et colombiens essentiellement, fréquentant un centre de test VIH ; 10.5% UDI ; la plupart ont entre 5 et 10 clients par jour. 119 sont retournés pour un follow-up.	1993 à 1999	353	38.2% à l'entrée (65.6% chez Brés. et 21.6% Col.)  taux de séroconversion : 4.1 pour 100 personnes-année
Rodrigo Alvaro et al 2002 <sup>104</sup>	Espagne ; 135 transsexuels pratiquant la prostitution de rue et participant à un programme de prévention VIH ; 90% latino-américains ; 11% UDI.	2000-01	135	3.5%

<sup>a</sup> Six séroconversions ont eu lieu par la suite lors d'une visite de follow-up.

#### 5.1.4 Prévalence du VIH chez les clients de prostitué(e)s

A l'autre pôle de la relation monnayée, il y a le client. Par ses relations sexuelles achetées il peut être potentiellement à risque d'infection VIH, mais il peut aussi exposer les travailleurs du sexe à ce risque. Peu de choses sont toutefois connues à propos des clients (Tableau 9) et aucune étude récente ne fournit d'indications quant à la prévalence du VIH dans cette population. Etudiant, en 1990, un collectif de patients clients de prostituées fréquentant une clinique urogénitale, Day et al<sup>105</sup> relèvent une prévalence du VIH de 5%, mais signalent qu'un tiers seulement des patients a été testé. Une prévalence proche du zéro est toutefois donnée par deux autres études (dont une réalisée partiellement aussi dans une clinique IST)<sup>106,107</sup>.

Deux études (Day et al<sup>105</sup>, Worm et al<sup>107</sup>) apportent des informations aussi sur les autres IST. 13% des clients de prostituées de l'étude de Day et al déclarent avoir souffert d'une gonorrhée. Worm et al<sup>107</sup> ont fait analyser 332 préservatifs récoltés après usage par les prostituées de dix salons de massage : tous les fluides séminaux étaient négatifs pour le VIH ; 9.8% des échantillons analysés étaient positifs pour les marqueurs de l'hépatite B ainsi que 4.9% pour la chlamydia. Les auteurs concluent que la prévalence de chlamydia est plus élevée qu'attendu et que la prévalence de 9.8% des marqueurs HBV indique que les clients ont un risque augmenté d'hépatite B : le client pourrait être à l'origine de la transmission d'une IST lors de relations sexuelles monnayées.

Tableau 9 Prévalence chez les clients de prostituées

Auteurs	Population étudiée	Année de l'étude	Personnes testées	% de VIH+
Day et al 1993 <sup>105</sup>	Angleterre (Londres) ; 112 patients d'une clinique uro-génitale clients de prostituées ; 40 ont été testés dans le passé ou lors de la consultation.	1990-91	40/112	5%
van Haastrech et al 1993 <sup>72</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 213 clients de prostituées recrutés dans des cliniques IST et sur les lieux de prostitution.	1991	213	0.5%
Worm et al 1997 <sup>107</sup>	Danemark (Copenhague) ; 332 préservatifs utilisés récoltés par les prostituées de 10 salons de massage.	1991 / 1992 / 1994	332	0%

## 5.2 COMPORTEMENTS DE PROTECTION ET EXPOSITION AU RISQUE

Les études sur les comportements de protection et l'exposition au risque dans le cadre de la prostitution analysent souvent ces comportements sous l'angle de la vie professionnelle mais aussi sous l'angle de la vie privée (avec les partenaires non payants). Elles s'intéressent parfois aussi aux comportements selon les diverses pratiques sexuelles.

Dans cette section, on abordera en premier lieu les études portant sur la prostitution féminine, puis celles portant sur la prostitution masculine, sur la prostitution parmi les transsexuels et travestis et enfin celles concernant le client.

### 5.2.1 Protection et exposition au risque parmi les prostituées

De nombreuses études ont porté sur ce thème (Tableau 10). Les comportements de protection ou d'exposition au risque dans le cadre des relations professionnelles varient passablement selon les populations étudiées, selon les pratiques mais aussi au cours du temps.

Plusieurs études de cohortes montrent une progression dans les comportements de protection. Fennema et al<sup>78</sup> ont suivi une cohorte de toxicomanes prostituées séropositives et séronégatives entre 1986 et 1992. Ils observent que la proportion des femmes séropositives ayant systématiquement des relations protégées passe de 25% à la première consultation à 63% puis à 65% aux consultations suivantes alors que ces taux atteignent respectivement 42%, 60% et 50% pour les prostituées séronégatives. Toujours à propos de cette cohorte, les auteurs<sup>87</sup> observent que le taux de femmes ayant des relations professionnelles systématiquement protégées passe de 44% avant 1988 à 72% en 1994. Garcia et al<sup>108</sup> relèvent une augmentation de 69.2% à 83.9% de femmes ayant des relations systématiquement protégées auprès d'une cohorte de 811 prostituées (clubs et salons de massages) fréquentant un centre de prévention VIH entre 1986-96.

La protection varie souvent en fonction des pratiques sexuelles. Izdebski et al<sup>109</sup> observent que les relations vaginales sont moins systématiquement protégées que les relations anales dans un groupe de prostituées pratiquant dans des salons de massage ou comme '*escort girls*' (65% pour les relations vaginales et 77% pour les relations anales). Dans une autre étude, relations vaginales et anales sont pratiquement toujours protégées alors que les relations oro-génitales le sont moins<sup>71</sup>. A l'inverse, Alary et al<sup>80</sup> ainsi que Church et al<sup>62</sup> ne relèvent aucune différence entre les pratiques : toutes (ou presque toutes) ont lieu avec protection lorsqu'elles se déroulent dans un contexte professionnel (une différence de protection existe par rapport aux pratiques à caractère privé).

Une étude<sup>84</sup> réalisée dans neuf pays européens auprès de 945 femmes travaillant dans des contextes différents montre que 80% d'entre elles avaient systématiquement eu des relations protégées. Les prostituées toxicomanes sont toutefois un peu moins nombreuses à agir de la sorte (72.9% vs 82.1%). Cet écart est sensiblement plus marqué dans une étude italienne<sup>73</sup> réalisée entre 1988 et 1995 auprès de 805 femmes prostituées. Toutes les prostituées italiennes avaient des relations sans risque. En revanche, que 10% des prostituées toxicomanes étaient dans cette situation.

Ces résultats sont confirmés par une autre étude<sup>110</sup> consacrée à la relation entre drogue et alcool d'une part, prise de risque lors de relations professionnelles d'autre part. La seule association mise en évidence est celle existant entre la fréquence à laquelle on est sous l'influence de drogues

(douces ou dures) pendant le travail et la fréquence d'utilisation du préservatif. L'augmentation de la prise de risque est associée à l'augmentation de la fréquence à laquelle on est sous l'influence de drogues.

Récemment, un certain nombre d'études<sup>12,17,69,109,111,112</sup>, ont été réalisées dans les pays de l'Est. L'image qui s'en dégage est celle d'une protection appliquée moins systématiquement. Elle va de 33%<sup>12</sup> à 87%<sup>112</sup> de femmes ayant déclaré utiliser régulièrement le préservatif dans leurs relations professionnelles. Ces dernières avaient participé à un programme sur l'utilisation du préservatif durant l'année précédant l'étude ; des entretiens plus en profondeur avaient toutefois montré que la plupart des prostituées n'encourageaient que les nouveaux clients à utiliser le préservatif, mais qu'elles ne l'utilisaient pas avec les clients déjà connus.

Les recherches réalisées en Roumanie par Raita<sup>111</sup> montrent la précarité dans laquelle un certain nombre de femmes pratiquent la prostitution : 40% déclarent ne pas pouvoir s'acheter des préservatifs et 80% ne pas pouvoir payer un test VIH ou un traitement médical bien que 40% d'entre elles aient souffert d'une IST.

Parce qu'il ne donne souvent pas accès aux programmes de prévention ou aux centres de consultation, le statut de clandestine désavantage aussi les femmes au niveau de la protection : 33.3% des prostituées clandestines en Turquie n'utilisent jamais de préservatif ; cette proportion tombe à 15.5% seulement parmi celles qui sont officiellement enregistrées<sup>35</sup>. Des relations sexuelles fréquemment exposées sont aussi le lot de quelque 30 000 femmes albanaises forcées à se prostituer en Italie et n'ayant aucun accès aux soins<sup>113</sup>.

Malgré les niveaux assez élevés de protection, la rencontre entre prostituée et client peut être exposée au risque d'infection VIH lorsque des accidents surviennent dans l'utilisation du préservatif. Des études mettent en évidence qu'entre un tiers et deux tiers des prostituées ont connu un problème de cette nature au cours du mois précédant l'étude<sup>61,65,71</sup>.

Les **relations avec les partenaires non payants** sont nettement moins bien protégées que celles avec les clients. La proportion de femmes déclarant utiliser régulièrement des préservatifs avec les partenaires dans leur vie privée (stables ou occasionnels) varie entre 3% et 34%. La raison de cette différence de comportement est bien documentée. Elle relève de l'envie d'établir une démarcation entre travail et vie privée. Le préservatif représente ce qui permet d'opérer cette différenciation. Estebanez et al<sup>58,98</sup>. Un taux important d'avortements volontaires vient aussi confirmer ce constat : 1/3 des 102 femmes interviewées dans l'étude de Verster et al<sup>65</sup> ont connu un avortement volontaire au cours de l'année précédant l'étude, toutes ont vécu cette situation au moins une fois dans leur vie dans l'étude de Babyyaan auprès de 568 femmes en Arménie<sup>112</sup>.

La très grande majorité des prostituées déclare avoir des partenaires non payants. Spina et al<sup>73</sup> ont observé que, sur un collectif de 102 prostituées (dont neuf toxicomanes), quatorze avaient un partenaire non payant toxicomane et six un partenaire bisexuel. Huit de ces partenaires étaient séropositifs. Les pratiques sexuelles à risque variaient aussi : 15% avaient des relations anales avec leurs clients mais 31% avec leurs partenaires non payants.

La relation entre nombre de partenaires non payants – et la protection adoptée avec eux – et le fait de souffrir d'une IST est établie<sup>80,81</sup>. Par ailleurs, Estebanez et al<sup>75</sup> constatent, dans une étude réalisée entre 2000 et 2001 auprès de 1057 femmes prostituées, que le facteur de risque le plus élevé pour une séroconversion réside dans le fait d'avoir un partenaire non payant séropositif.

Dans un domaine voisin, deux études montrent que les prostituées peuvent établir une différence entre nouveau client et client connu et modifier en conséquence leurs exigences en matière de protection. A l'occasion d'une première étude réalisée en 1996 auprès de prostituées arméniennes, Babyyaan<sup>112</sup> relève que la moitié du collectif observé n'ont jamais utilisé de préservatif avec leurs clients : 42% parce que le client ne le voulait pas, 20% car elles avaient de la peine à l'imposer et 12% car le client avait l'air sain. Dans une deuxième étude et après un programme sur l'utilisation du préservatif, son utilisation connaît une forte progression (87%). Des entretiens en profondeur montrent toutefois que la plupart des prostituées n'encouragent que les nouveaux clients à utiliser le préservatif. Elles ne l'utilisent en revanche ni avec les clients connus ni avec leurs partenaires non-payants.

Tableau 10 Comportement de protection chez les femmes prostituées

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés/non payants
van Ameijden et al 1994 <sup>82</sup>	Pays-Bas (Amsterdam) ; cohorte de 281 femmes prostituées toxicomanes recrutées dans une clinique pour IST.	1986-90	21% à 58% <sup>a</sup> entre 1986 et 1990	
Ward et al 1993 <sup>81</sup>	Angleterre (Londres) ; 280 femmes prostituées recrutées à plusieurs endroits (clinique IST, rue, agences, appartements, etc.) ; 81% Angleterre ; 75% ont eu un ou plusieurs partenaires non-payant au cours du dernier mois.	1989-91	98% relations vaginales dernière semaine 50% <sup>b</sup> relations anales dernière semaine 83% relations oro-génitales dernière semaine	12% relations vaginales dernier mois 25% relations anales dernier mois 6% relations oro-génitales dernier mois
Fennema et al 1995 <sup>78</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; cohorte de 212 femmes toxicomanes (84% UDI, la plupart recevant de la méthadone) prostituées consultant une clinique IST pour toxicomanes prostituées entre 1986 et 1992 ; 1300 visites cohorte au total.	1986-92	de 25% à la 1 <sup>ère</sup> consultation à 63% et 65% aux consult. suivantes ; relations vaginales, prostituées VIH+	-
European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes 1993 <sup>84</sup>	Etude multicentrique réalisée dans 9 pays européens ; 945 prostituées travaillant dans différents contextes ; 25% UDI ; 34% migrantes.	1990-91	80.3% dans les 6 derniers mois <sup>c</sup> (72.9% chez UDI et 82.1% chez non-UDI)	18.2% dans les 6 derniers mois
de Graaf et al 1993 <sup>114</sup> de Graaf et al, 1995 <sup>110</sup>	Pays Bas (plusieurs endroits) ; 127 prostituées, pratiquant dans divers milieux, ont été interviewées ; 72% étaient Néerlandaises ;	1990-91	81% relations anales ou vaginales	-

<sup>a</sup> On retrouve la même proportion de prostituées qui utilisent régulièrement le préservatif lors de contacts monnayés (environ 60%) dans le groupe des femmes VIH+ et dans celui des femmes VIH-.

<sup>b</sup> Faute d'impression ? ce pourcentage pourrait plutôt correspondre aux relations oro-génitales, d'autant plus si on compare ces % avec ceux relatifs aux relations privées.

<sup>c</sup> Les auteurs relèvent toutefois que 10% des femmes utilisent des lubrifiants à base d'huile.



Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés/non payants
Alary et al 1994 <sup>60</sup>	Danemark (Copenhague) ; 237 prostituées (17.5% UDI) pratiquant à l'intérieur ou sur la rue <sup>a</sup> .	1990-91	94.5% rel. vaginales 6 derniers mois 96.0% rel. oro-génitales 6 derniers mois	25.4% / 9.2% rel. vaginales 6 derniers mois part. occas./part. stables 24.6 / 10.7% rel. oro-génitales 6 derniers mois part. occas./part. stables
van Haastrecht et al 1993 <sup>72</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 201 prostituées non toxicomanes recrutées dans des cliniques IST et sur les lieux de prostitution.	1991	66% <sup>b</sup> relations vaginales 6 derniers mois	-
Spina & Tirelli 1999 <sup>59</sup> ; Spina et al 1998 <sup>73</sup>	Italie (9 villes du nord et du centre) ; 102 prostituées (rue) ; 9% UDI ; nombre mensuel médian de clients : 100 ; nombre mensuel partenaires non-payants : 2.	1988-92	95%	6%
Kjaer et al 2000 <sup>60</sup>	Danemark (Copenhague) ; 188 prostituées, recrutées par voie d'annonce ou dans leur lieu de rencontre local ; 11% avaient consommé des drogues ; la moitié avaient plus de 50 clients/sem.	1992-93	100%	23%
Agacifidan et al 1997 <sup>35</sup>	Turquie (Istanbul) ; 248 prostituées ; 158 prostituées enregistrées et 90 arrêtées car non-enregistrées (clandestines).	1993	66.7% <sup>c</sup> (utilisation irrégulière y.c.) prostituées clandestines 84.5% (utilisation irrégulière y.c.) prostituées enregistrées	-

<sup>a</sup> Les femmes toxicomanes pratiquent essentiellement sur la rue ; les prostituées pratiquant sur la rue ont un niveau d'éducation moins élevé et ont un nombre plus élevé de clients (même après avoir contrôlé la toxicomanie).

<sup>b</sup> Les prostituées les plus exposées au risque étaient sous-représentées dans les cliniques MST (elles avaient été recrutées plutôt sur les lieux de la prostitution).

<sup>c</sup> L'article donne le % qui n'utilise jamais le préservatif ; le complément donné dans le tableau inclut donc aussi celles qui ne l'utilisent qu'irrégulièrement.

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés/non payants
Ward et al 1999 <sup>61</sup>	Angleterre (Londres) ; 402 prostituées – agences, rue, etc. – recrutées entre 1985-91 ; parmi elles, une cohorte de 320 femmes a été suivie jusqu'en 1994 (675 personnes-années) ; 8% UDI ; 77% Anglaises ; prostitution depuis 24 mois (médiane) ; 71% partenaire non-payant.	1985-94	de 67% en 1986 à 90% en 1993 <sup>a</sup>	de 9% en 1986 à 16% en 1993
Fennema et al 1997 <sup>67</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; cohorte de 229 femmes toxicomanes (84% UDI, la plupart recevant de la méthadone) prostituées consultant une clinique IST pour toxicomanes prostituées entre 1986 et 1994.	1986-94	de 44% avant 1988 à 72% en 1994	-
Spina et al 1998 <sup>73</sup>	Italie (14 villes) ; 802 prostituées ayant consulté une clinique IST ou un centre de test VIH entre 1988 et 1995 ; 30% UDI ; 78% Italiennes, le reste est constitué essentiellement de femmes sud-africaines.	1988-95	100% ('régulièrement') prostituées italiennes non-UDI 10% prostituées UDI 7% (2/29) prostituées migrantes séropositives	-
Estebanez et al 2000 <sup>89</sup>	Paris, Madrid, Londres, Rome et Berlin ; 245 femmes UDI prostituées, des 1198 femmes UDI interviewées dans des centres pour tox. ou sur la rue.	1995	78% relations vaginales	-
Church et al 1996 <sup>62</sup>	Angleterre (Leeds) ; 45 prostituées (différents environnements) fréquentant un programme de prévention VIH ; 3/45 UDI (dans le passé), plusieurs utilisent des drogues de synthèse ; 41/45 ont des partenaires privés ; lors du dernier jour de travail 78% ont eu des relations vaginales, 69% des relations oro-génitales et 2% des relations anales.	1995 (estimation)	100% relations vaginales, jour précédent 100% relations oro-génitales, jour précédent 100% relations anales, jour précédent	15% relations vaginales 24% relations oro-génitales

<sup>a</sup> Nombre de visites où l'emploi systématique du préservatif a été déclaré.

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec	
			clients	partenaires privés/non payants
Vioque et al 1998 <sup>90</sup>	Espagne (Alicante) ; cohorte de 657 femmes prostituées (7.6% UDI) ayant fréquenté un centre d'inform./prév. sida ; prostitution surtout dans clubs et appartements ; nb médian de mois dans prostitution : 18 ; clients/semaine : 24 ; âge arrêt scolarité : 15 ans ; 53% célibataires, 2/3 enfants ; 65% Espagnoles, reste Amérique centr./lat. et Afrique.	1986-96	68%	-
Garcia et al 2001 <sup>108</sup>	Espagne (Alicante) ; cohorte de 811 prostituées (surtout clubs et salons de massages) fréquentant un centre de prévention VIH entre 1986-96 ; 11% UDI.	1986-96	augmentation de 69.2% à 83.9%	-
Izdebski & Boron-Kaczmaraska <sup>109</sup> 2002	Pologne ; 60 prostituées pratiquant dans des salons de massage ou dans des agences d'escorts sur la zone frontalière avec l'Allemagne.	1996	65% <sup>a</sup> relations vaginales 77% relations anales	-
Tchoudomirova et al 1997 <sup>17</sup>	Bulgarie (Plovdiv) ; 200 prostituées recrutées dans des cliniques IST et sur des lieux de prostitution (hôtels et rue) ; 4% <15 ans ; 91% ont un partenaire privé ; 17% ont aussi des relations anales et 57% des relations oro-génitales avec leurs clients.	1997 <sup>b</sup>	74%	3% (91% jamais)
Pickton & Campbell 1998 <sup>63</sup>	Angleterre (Londres) ; 69/230 prostituées – pratiquant dans une zone sans prostitution de rue et ne souhaitant pas être identifiées comme telles – ont répondu à un questionnaire sur leurs besoins en matière de santé sexuelle.	1997 (estimation)	97%	45%

<sup>a</sup> Mais plusieurs d'entre elles lubrifiaient le préservatif avec des huiles ou crèmes qui dissolvent le latex.

<sup>b</sup> Date de publication car aucune date indiquée dans l'article.

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec	
			clients	partenaires privés/non payants
Verster et al 2001 <sup>65</sup>	Italie (Rome) ; 102 prostituées de rue contactées à travers un programme de proximité ; 7.8% UDI ; plus de la moitié proviennent d'un pays de l'Est, parmi les non Ital. la quasi totalité a débuté à se prostituer en Italie ; 38% ont >40 clients/sem ; la moitié a un partenaire stable ; 33% avortement volontaire l'année précédant l'étude.	1997-98	95.1% dernière semaine	34.0% dernière semaine
Chaplinskaskas & Mardh 2001 <sup>12</sup>	Lituanie (Vilnius) ; 73 prostituées (prostitution de rue) ; 25% UDI ; abus d'alcool ; âge 14-52 ans.	1998	33%	11%
Clavo et al 2002 <sup>71</sup>	Espagne (Madrid) ; 579 femmes prostituées consultant une clinique IST/VIH ; 96% latino américaines ; aucune avec histoire de toxic. ; la moitié travaillent dans des clubs.	1999-2000	98.5% relations vaginales et anales dernier mois 84.2% relations oro-génitales dernier mois	30% relations vaginales dernier mois 25% relations anales dernier mois
Babyyan 2002 <sup>112</sup>	Arménie ; 568 <sup>a</sup> femmes prostituées fréquentant un centre IST ; 80% proviennent de familles à faible revenu ; ¼ sont âgées entre 15-19 ans ; presque toutes sont célibataires ; toutes ont déjà connu au moins un avortement ; un programme sur l'utilisation du préservatif avait eu lieu l'année précédente.	2000	87% <sup>b</sup>	voir note b
Dubois-Arber 2003 <sup>115</sup>	Suisse ; 45 femmes prostituées toxicomanes fréquentant une structure à bas seuil d'accès.	2000	83%	-
Morales Morales et al 2002 <sup>63</sup>	Espagne (Tenerife) ; 94 femmes prostituées (night-clubs surtout, intégrées socialement et cachant leur activité) ayant fréquenté un programme de prévention IST/VIH entre 1999 et 2001 ; 8.5% consommaient des drogues ; moitié Espagnoles / moitié Latino américaines.	1999-2001	76.6%	

<sup>a</sup> L'auteur ne précise pas si 568 est le n de l'étude réalisée en 2000 ou le total des personnes ayant fait partie de l'étude réalisée en 1996 et en 2000.

<sup>b</sup> Toutefois, des entretiens plus en profondeur ont montré que la plupart des prostituées n'encouragent que les nouveaux clients à utiliser le préservatif, mais elles ne l'utilisent pas avec les clients connus ainsi qu'avec les partenaires non-payants.

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés/non payants
Lowndes et al 2000 <sup>89</sup>	Russie (Togliatti City) ; 77 femmes prostituées toxicomanes.	2001	86%	-
Raita 2002 <sup>111</sup>	Roumanie (Constanta) ; 80 femmes prostituées entre 16 et 22 ans.	2001 (estimation)	60% (utilisation irrégulière y.c.) <sup>a</sup>	

<sup>a</sup> 60% : c'est une déduction du fait que 40% ne peuvent pas acheter des préservatifs et qui sont d'accord d'entretenir une relation non protégée, si le client le demande.

## 5.2.2 Protection et exposition au risque chez les prostitués masculins

Les comportements de protection et d'exposition au risque d'infection VIH dans le cadre de la prostitution masculine sont peu connus (Tableau 11). Les études existantes apportent essentiellement un éclairage sur la prostitution de rue alors que, selon une publication du projet ENMP<sup>116</sup> un nombre probablement important de jeunes prostitués travaillent en appartement dans les différents pays d'Europe. Une seule étude<sup>94</sup> a été réalisée en l'Europe méridionale<sup>a</sup>.

Par rapport à la prostitution féminine et malgré une fréquence plus élevée de pratiques à risque, un nombre moins important de prostitués adoptent des comportements protégés dans le cadre de leurs relations avec les clients. Trois études récentes – deux en Russie et une en Espagne – montrent une différence de comportement entre les deux régions. Dans les deux premières études, l'exposition au risque est extrêmement élevée. Parmi un groupe de MSW pratiquant dans des boîtes de nuit à St Petersburg, à peine plus de la moitié a eu des relations professionnelles protégées au cours des trois mois précédant l'étude. L'autre étude, réalisée auprès d'un groupe de 76 adolescents se prostituant en Russie (les plus jeunes n'ont que 11 ans) indique qu'aucune protection n'était utilisée et que 50 d'entre eux souffraient déjà d'une IST. Dans l'étude espagnole, portant sur un collectif de 84 prostitués masculins comprenant un tiers de migrants, les relations payantes sont assez bien protégées. Les migrants apparaissent toutefois plus vulnérables en termes de protection ; ces derniers ont des comportements plus à risque que les prostitués autochtones, et cela dans le cadre de relations payantes ou privées (par exemple, 74% ont des relations anales payantes protégées versus 96%)<sup>94</sup>. Les prostitués migrants déclarent aussi un taux plus élevé d'accidents de préservatifs.

Ces études laissent apparaître un chevauchement entre le monde de la prostitution masculine et la vie privée des MSW, souvent hétérosexuelle. Ainsi, la moitié d'un collectif de MSW en Russie avaient eu au moins une partenaire féminine au cours des trois mois précédant l'enquête<sup>117</sup>. Une proportion semblable de MSW ayant des relations non payantes féminines est observée dans l'étude de Belza et al<sup>94</sup> : parmi les 84 MSW, 11% entretenaient des relations exclusivement féminines et 36% bisexuelles. En outre, moins de la moitié des prostitués se protégeaient lors de leurs relations non payantes. Ce constat suggère que cette population pourrait constituer un pont pour la transmission du VIH dans la population générale hétérosexuelle.

---

<sup>a</sup> Le Manuel<sup>116</sup> donne ainsi le profil des prostitués pratiquant au sud de l'Europe : la plupart sont jeunes, migrants, issus d'un milieu socio-économique défavorisé, s'identifiant comme hétérosexuels, travaillant sur la rue sans un souteneur et, parfois, étant d'accord de négocier l'abandon du préservatif.

Tableau 11 Comportements de protection et exposition au risque chez les prostitués masculins

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés
van den Hoek et al 1991 <sup>118</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 43 UDI pratiquant la prostitution et consultant un centre pour toxicomanes ou une clinique IST ; 23 pratiquaient des relations anales 'réceptives', 20 des relations oro-gén.	1990 ?	56% relations anales 'réceptives' 45% relations oro-génitales	-
de Graaf et al 1995 <sup>110</sup>	Pays Bas (différents endroits) ; 27 prostitués pratiquant dans différents milieux (mais clubs et maisons de prostitution sous-représentés) recrutés sur les lieux de prostitution pour une interview ; 60% Néerlandais.	1990-91	71% relations anales	-
Scherbakov 1998 <sup>119</sup>	Russie (St Petersburg) ; 76 adolescents prostitués (11-17 ans), la plupart sans famille ni logement ; 2 UDI ; 50 contrôlés dans une clinique souffraient d'une IST.	1996-97	0%	-
Belza et al 2001 <sup>94</sup>	Espagne (Madrid) ; 84 prostitués de rue, atteints par une unité mobile d'un programme) ; 16% UDI ; 35% migrants ; 84% ont eu des rel. avec partenaires non payants dans 12 derniers mois ; 11% ont des relations privées exclusivement hétérosexuelles, 36% bisex.	1998	91% <sup>a</sup> rel. anales actives dernier mois 89% rel. anales passives dernier mois 54% rel. oro-génitales actives dernier mois 86% rel. oro-génitales passives dernier mois	41% 47% chez Espagnols, 29% chez migrants

<sup>a</sup> 37% ont connu un accident de préservatif au cours du mois précédant l'étude mais seulement 11% utilisent des préservatifs adaptés.

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont des rapports toujours protégés avec clients	% qui ont des rapports toujours protégés avec partenaires privés
Kelly et al 2001 <sup>17</sup>	Russie (St Petersburg) : des 422 hommes ayant des relations avec d'autres hommes interrogés dans des bars et des clubs gay, 96 ont déclaré avoir des relations monnayées ; comparés aux autres, ils sont moins scolarisés, plus jeunes et ont eu un nombre plus élevé de partenaires féminines dans les 3 mois précédant l'étude (47% vs 35%).	2000	relations anales les 3 derniers mois 55% 67% dernière relation anale	-



### 5.2.3 Protection et exposition au risque parmi les personnes travesties et transsexuelles

Les études réalisées auprès de cette population (Tableau 12) montrent que leurs relations professionnelles sont assez bien ou bien protégées. Il existe toutefois un tiers des personnes qui déclarent un accident de préservatif au cours du mois précédant l'étude<sup>65,97</sup>.

On observe une différence sensible au niveau de la protection dans le contexte des relations payantes et dans celui des relations non payantes. Ces dernières sont nettement moins bien protégées : c'est au maximum la moitié des personnes transsexuelles qui déclare utiliser régulièrement des préservatifs.

Tableau 12 Comportements de protection et exposition au risque parmi les personnes transsexuelles et travesties

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont eu des rapports toujours protégés avec clients	partenaires privés
Wiessing et al 1999 <sup>103</sup>	Pays Bas (Rotterdam) ; 40 travestis et transsexuels (prostitution de rue) ; hommes au départ, plus de la moitié ont modifié leur corps ; 0 UDI ; 25/40 Equateur ; partenaire stable (20/21) et clients (39/40) sont quasi exclusivement de sexe masculin.	1994-95	91% (30/33) relations anales 91% (31/34) relations oro-génitales	16% (3/19) relations anales
Spizzichino et al 2002 <sup>98</sup>	Italie (Rome) ; 120 transsexuels colombiens prostitués, consultant une clinique VIH ; 5% UDI ; 150 partenaires en moyenne par mois.	1992-97	70%	-
Verster et al 2001 <sup>85</sup>	Italie (Rome) ; 40 transsexuels contactés à travers un progr. de proximité ; 2.5% UDI ; 65% Amérique latine ; moitié a un partenaire stable ; 25% ont >40 clients/sem.	1997-98	95.0% dernière semaine	52.7% dernière semaine
Belza et al 2002 <sup>87</sup>	Espagne (Madrid) 132 travestis et transsexuels pratiquant surtout une prostitution de rue ; 11% UDI ; 56% Espagnols.	1998	100% rel. anales actives dernier mois 98% rel. anales passives dernier mois 72% rel. oro-génitales actives dernier mois 93.2% rel. oro-génitales passives dernier mois	49.5% dernière année
Spizzichino et al 2001 <sup>100</sup>	Italie (Rome) ; 353 transsexuels prostitués, brésiliens et colombiens essentiellement, fréquentant un centre de test VIH ; 10.5% UDI ; la plupart 5-10 clients/j.	1993-99	70.5% 6 derniers mois	-
Rodrigo et al 2002 <sup>104</sup>	Espagne ; 135 transsexuels pratiquant la prostitution de rue et participant à un programme de prévention VIH ; 90% latino-amér. ; 11% ont une histoire de tox.	2000-01	98.5%	37.1%

#### 5.2.4 Protection et exposition au risque parmi les clients

S'il est difficile de se faire une idée de l'effectif des travailleurs du sexe, celui des clients est aussi malaisé à estimer. Quelques enquêtes de population<sup>120,121</sup> apportent un éclairage à cet égard. Peu cependant explorent leurs comportements. L'enquête nationale anglaise Natsal réalisée auprès des 16-44 ans relève que 4.3% des hommes ont eu recours à des services sexuels payants au cours des cinq dernières années (2.1% en 1990). L'enquête nationale suisse observe que 15% de la population âgée de 17 à 45 ans a entretenu de telles relations au moins une fois dans la vie, 4.2% dans les 12 derniers mois et 2.2% dans les 6 derniers mois.

On considère souvent que les clients de travailleurs du sexe sont exposés, de ce fait, au VIH. On connaît en revanche peu de choses à propos d'autres comportements à risque. A titre d'exemple, une étude anglaise<sup>105</sup> indique qu'un tiers des clients de prostituées entretiennent également des relations sexuelles avec des hommes.

A l'exception de l'étude réalisée en Russie, les études répertoriées (Tableau 13) identifient des niveaux assez élevés d'utilisation régulière du préservatif. Quelques groupes de clients sont indiqués comme plus vulnérables : les clients migrants<sup>72</sup>, ceux avec un niveau d'éducation plutôt bas<sup>122</sup>, les clients de la prostitution de rue<sup>2,123</sup> et ceux fréquentant des prostituées exerçant leur activité dans des appartements ou en qualité d'*escort girl*<sup>123</sup>. Dans ces deux dernières catégories, les relations sont d'autant moins protégées que le client connaît déjà la prostituée. Une plus forte exposition au risque VIH associée au fait d'avoir des contacts monnayés plus fréquents et plutôt avec des prostituées connues est aussi relevé par Barnard et al<sup>2</sup>.

Quelques indications sur les comportements des clients sont fournies par l'évaluation du projet suisse Don Juan<sup>124</sup> (hors tableau). Parmi les hommes ayant accepté un entretien, 18% ont été définis comme 'clients à risque' par les intervenants du projet. Leurs relations ne sont pas systématiquement à risque. Elles varient en particulier selon le type de pratiques (les relations bucco-génitales sont moins protégées). Elles sont aussi souvent fonction de la plus ou moins grande proximité par rapport à la prostituée (moins de protection avec une prostituée déjà connue). Les résultats obtenus par questionnaire donnent une proportion semblable de clients n'ayant pas systématiquement utilisé de préservatifs à l'occasion de leurs relations sexuelles monnayées (15%).

Une seule étude mentionne le taux d'accidents de préservatif : 14% lors du dernier rapport payant<sup>2</sup>.

Les relations que les clients entretiennent en dehors de la prostitution ne bénéficient pas de la même protection. Elle peut aussi varier selon le type de partenaire. Elle est moins élevée dans le cadre de relations avec la partenaire stable qu'avec des partenaires occasionnelles<sup>105</sup>. Dans leur étude, Graaf et al<sup>123</sup> observent que la formation d'un relais entre la prostitution et la population générale est rendu possible par les 10% de clients qui ont à la fois des contacts monnayés et privés non protégés.

Tableau 13 Comportements de protection et exposition au risque parmi les clients de prostitué(e)s

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont eu des rapports toujours protégés avec prostitué(e)	partenaires privé(e)s
de Graaf et al 1993 <sup>105</sup>	Pays Bas (plusieurs endroits) ; 91 clients de prostituées recrutés par voie d'annonce dans la presse ont été interviewés ; tous étaient Néerlandais ; en moyenne, 27 contacts les 12 derniers mois ; 76% déclarent des relations vaginales, 13% anales.	1990-91	75% relations anales ou vaginales	-
Day et al 1993 <sup>105</sup>	Angleterre (Londres) ; 112 clients, recrutés dans clinique uro-génitale.	1990-91	82% relations vaginales dernière année	43% avec partenaires occasionnels 22% avec partenaires stables
de Graaf et al 1995 <sup>110</sup>	Pays Bas (différents endroits) ; 24 clients néerlandais de prostitués masculins recrutés par voie d'annonce dans la presse.	1990-91	67% relations anales	-
van Haastrecht et al 1993 <sup>72</sup>	Pays Bas (Amsterdam) ; 213 clients de prostituées recrutés dans des cliniques IST et sur les lieux de prostitution.	1991	56% relations vaginales 6 derniers mois	-
Barnard et al 1993 <sup>2</sup>	Ecosse (Glasgow) ; 143 clients de prostituées (68 recrutés dans deux cliniques pour IST et 75 sur la scène ou par voie d'annonce) ; 50% sont mariés ou vivent avec une partenaire et 85% ont des relations sexuelles non payantes avec une ou plusieurs partenaires.	1992	83.5% préservatif dernière rel. vaginale 65.2% préservatif dernière rel. oro-gén. 100% préservatif dernière rel. anale	24% lors de rel. vaginales 5% lors de rel. oro-génitales 33% lors de relations anales
de Graaf et al 1997 <sup>122</sup>	Pays Bas ; 559 clients de prostituées recrutés par annonces dans la presse nationale ; immigrants sous-représentés (2%) ; 22 contacts monnayés en moyenne les 12 derniers mois ; 91% ont eu des relations vaginales, 17% anales ; 53% mariés.	1993	86% lors de relations vaginales dernière année 86% lors de relations anales dernière année	-
Scherbakov 1998 <sup>119</sup>	Russie (St-Petersbourg) ; 19 hommes clients d'adolescents prostitués.	1996-97	0%	-

Auteurs	Population étudiée	Date étude	% qui ont eu des rapports toujours protégés avec	
			prostitué(e)	partenaires privé(e)s
Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) 2000 <sup>121</sup>	Suisse : 15% (222) des 1400 hommes de 17 à 45 ans ayant répondu à une enquête téléphonique ont fréquenté une prostituée dans leur vie, 4.2% et 2.2% dans les 12 et 6 derniers mois respectivement.	2000	92% préservatif au dernier rapport	-

### 5.3 CONNAISSANCES AUTOUR DU VIH/SIDA

Un certain nombre d'études récentes ont exploré les connaissances sur le VIH et les IST ainsi que les croyances. En 2000, Kelly et al<sup>117</sup> ont évalué les connaissances d'un collectif d'hommes exerçant la prostitution à Saint-Pétersbourg : 56% pensaient que « se laver soigneusement après une relations sexuelle aide à se protéger du VIH », 53% ignoraient l'effet néfaste des lubrifiants à base d'huile ou de vaseline, 50% pensaient qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser un préservatif si le partenaire dit être séronégatif, 38% affirmaient qu'on peut voir si une personne est séropositive et, enfin, 19% ignoraient qu'une relation anale non protégée représente un risque élevé d'infection par le VIH. A Madrid, un tiers des prostituées pensent aussi qu'on reconnaît à son apparence une personne malade de sida<sup>125</sup>. Par ailleurs, en 1996<sup>a</sup>, la transmission sexuelle du VIH ainsi que les IST les plus classiques (syphilis et gonorrhée) étaient connues de 91.5% de prostituées bulgares. En revanche, la chlamydia et le virus de l'hépatite ne l'étaient que par une très petite proportion d'entre elles<sup>17</sup>. En 1996 toujours, 78% d'un groupe de prostituées arméniennes avaient entendu parler de IST et de VIH/sida. Cette proportion avait augmenté à 88% en 2000, mais l'auteur relève que leurs connaissances sur les symptômes et la prévention étaient minimales<sup>112</sup>.

Quelques études se sont intéressées aux connaissances sur la prévention du VIH. Une étude réalisée à Manchester, sur les lieux de prostitution et auprès de partenaires privés et des souteneurs (âge moyen 30 ans)<sup>126</sup>, indique que la moitié seulement d'entre eux (52.5%) connaissaient le rôle du préservatif dans la prévention du VIH. L'emploi de cet accessoire était très bas avec toutes les partenaires (un tiers entretenaient des relations sexuelles avec plusieurs prostituées de l'établissement de prostitution dans lequel – ou autour duquel – ils vivaient et un autre tiers avec des partenaires hors du milieu de la prostitution, partenaire 'légale' exclue).

Des mauvaises connaissances autour de la prévention du VIH ont aussi été observées par Bernardo et al<sup>127</sup> au sein de la communauté portugaise de transsexuels (57% pratiquant la prostitution ; prévalence atteignant 30% chez les 62% ayant été testés) ; un quart des personnes ayant déjà été testées n'avaient reçu aucun counselling. Enfin, plusieurs auteurs ont relevé la méconnaissance de l'effet néfaste de lubrifiants à base d'huile et de vaseline sur la perméabilité du préservatif.

Dans une étude entreprise à Londres, entre 1998 et 2000, auprès de femmes majoritairement migrantes travaillant dans des appartements et des saunas, Cooper et al<sup>128</sup> relèvent de nombreux problèmes de santé et une importante exposition au VIH. Ils notent aussi une méconnaissance en matière d'accès aux services de soins et des connaissances limitées en matière de santé sexuelle. Toujours à Londres, Pickton et al<sup>63</sup> ont observé que le tiers d'un collectif de 69 prostituées (ne divulguant pas leur activité et pratiquant dans un quartier de Londres dépourvu de prostitution de rue) ne connaissent pas les services (information, soutien, etc.) destinés aux prostituées. Voulant garder leur activité secrète, elles ne recevaient pas les soins nécessaires lorsqu'elles consultaient les services non spécialisés (très peu avaient reçu une vaccination contre l'hépatite par exemple).

En Suisse, les renseignements sur les connaissances sont de nature qualitative. Les travailleuses du sexe migrantes présentent des lacunes importantes. Si elles parlent du sida comme d'une maladie « mortelle », leurs connaissances ne vont guère au-delà. Elles connaissent généralement

---

<sup>a</sup> Date approximative car l'article n'en fait pas mention ; l'article a été publié en 1997.

mal l'utilisation correcte du préservatif et les règles du sexe à moindre risque. Ces dernières lacunes et la peur latente du VIH/sida les amènent à adopter des mesures d'hygiène intime inappropriées. Les informations leur font aussi défaut en ce qui concerne le comportement à adopter lorsqu'un préservatif se déchire. Enfin, la méconnaissance du système sanitaire – souvent associée avec un accès difficile aux prestations – empêche les femmes de recevoir soins et conseils et les pousse à l'automédication<sup>129</sup>. Des lacunes – définies d'« étonnantes » par les auteurs de l'évaluation – ont été relevées chez les clients en matière de rapports bucco-génitaux et de IST<sup>130</sup>.

## 6 INTERVENTIONS (PROJETS)

Le monde de la prostitution a longtemps été tenu pour responsable de la diffusion de maladies. Des dispositions juridiques ont été édictées pour contrôler cet univers. Elles possédaient un objectif déclaré de santé publique : s'assurer, à l'occasion de contrôles sanitaires réguliers, que les prostituées ne souffraient pas de maladies transmissibles susceptibles d'infecter leurs clients – et, à travers ces derniers, la population générale. Ces mesures de contrôle ont été très généralement supprimées. Pour des raisons tenant notamment à l'évolution des mentalités et aux caractéristiques des personnes concernées, le VIH/sida n'a pas entraîné de retour systématique aux positions régleментарistes. La prévention a mis l'accent sur l'information de tous et cherché à provoquer l'abandon des comportements à risque. Elle a également voué une attention particulière à certains groupes, adaptant le contenu des messages à leur réalité propre, complétant la diffusion de recommandations par des prestations telles que remise de matériel d'injection stérile et distribution de préservatifs et veillant à ce qu'ils acquièrent des compétences en matière de sexe sans risque (capacité d'imposer des rapports protégés en particulier).

Le projet Europap (acronyme de European intervention projects AIDS prevention for prostitutes) a son origine dans le colloque European workshop on social and cultural issues in HIV prevention through health prevention. En collaboration avec la Commission européenne, plusieurs participants mettent sur pied un dispositif international de collaboration qui débute ses activités en 1994 et poursuit quatre objectifs :

- soutenir, développer et étendre les actions de prévention du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles destinées aux prostituées ;
- évaluer ces actions en recourant à une méthodologie commune qu'il s'agit préalablement de développer ;
- élaborer un protocole fixant les standards de ce genre d'interventions en vue de faciliter leur diffusion à travers l'Union européenne ;
- formuler des propositions en vue de créer un réseau de participants au sein de la Communauté européenne.

Depuis 1996, *Europap* est étroitement associé au projet *Tampep* (*Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe*). Egaleme nt soutenu par l'Union européenne, *Tampep* a principalement pour buts de développer et de diffuser de nouvelles stratégies et méthodes pour prévenir la diffusion du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles parmi les migrantes qui se prostituent en Europe. *Tampep* met l'accent sur les femmes – ainsi que les travestis et transsexuels – en provenance d'Europe centrale et orientale, d'Asie du Sud-Est, d'Afrique et d'Amérique latine. La Suisse n'est pas associée au projet *Europap/Tampep*. Les pays suivants font partie du réseau européen : Autriche, Belgique, Bulgarie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Suède et Royaume Uni.

Entre autres activités, *Europap/Tampep* a publié un manuel de bonnes pratiques et de recommandations destiné aux promoteurs de nouveaux projets de prévention : *Hustling for health*<sup>131</sup>. L'ouvrage a paru en 1999 dans sa version anglaise ; il a été traduit dans plusieurs langues.



Le projet *ENMP* (*European network male prostitution*) est l'équivalent d'*Europap/Tampep* en ce qui concerne la prostitution masculine. Il est lui aussi soutenu financièrement par l'Union européenne. La Suisse fait partie de ce projet<sup>a</sup>. Elle assure la responsabilité de l'un des trois groupes régionaux formés au sein de ce réseau de collaboration. *ENMP* poursuit principalement cinq objectifs :

- offrir soutien, conseils et assistance aux responsables politiques, aux organes financeurs et aux fournisseurs de prestations ;
- offrir des prestations aux prostitués masculins et les orienter vers les organismes qui peuvent leur être utiles ;
- projeter et réaliser des activités spécifiques dans le domaine de la prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles ;
- soutenir les réseaux de collaboration à l'échelon national et régional de manière à améliorer les prestations offertes aux prostitués masculins ;
- formuler des prises de position politiques et accomplir un travail de lobbying pour prévenir la marginalisation et la criminalisation des prostitués masculins en Europe.

A l'instar d'*Europap/Tampep*, *ENMP* vient de publier un manuel<sup>116</sup>.

De nombreux projets de prévention ont vu le jour à travers l'Europe. La consultation des rapports d'activités des programmes européens *Europap*, *Tampep* et *ENMP* a permis d'en repérer plus de 200.

Les prestations offertes sont adaptées aux spécificités locales (contexte social, législatif, médical, etc.) aux caractéristiques du public cible et aux ressources disponibles. Dans la majeure partie des cas, les réponses proposées ne sont pas circonscrites à l'épidémie de VIH/sida. Elles se situent dans une vision élargie de la santé (définition OMS) et dans une perspective socio-politique. On peut schématiquement grouper ces prestations de la manière suivante :

- diffusion de messages préventifs ;
- mesures de réduction des risques ;
- prestations sanitaires ;
- prestations sociales et psychosociales ;
- formation ;
- observation, documentation, recherche et évaluation ;
- lobbying.

Les projets de prévention se distinguent encore par la composition de leurs équipes, les méthodes de prise de contact avec la population-cible ainsi que par l'importance et la provenance de leurs ressources. On peut dès lors les analyser en se référant à la grille illustrée par le Tableau 14.

---

<sup>a</sup> Par l'intermédiaire de l'Aide suisse contre le sida. Les autres participants sont : Autriche, Belgique, Roumanie, Pologne, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Danemark, Finlande, Suède et Royaume Uni

Tableau 14 Grille d'analyse des projets d'intervention dans le domaine de la prostitution

	Quoi ?						
	diffusion de messages préventifs	réduction des risques	prestations sanitaires	prestations sociales	formation	observation, documentation	lobbying
<b>Pour qui ?</b> (différentes populations cibles)							
<b>Comment ?</b> ⇒ collaborateurs ⇒ cadre d'activité ⇒ ressources financières							

Les projets d'intervention auprès de travailleurs du sexe circonscrivent leurs actions à l'échelon local. Pour des motifs renvoyant très probablement à la modicité de leurs ressources, ils ne diffusent pas leurs rapports d'activité au-delà d'un cercle relativement restreint. Ce matériel n'est pas accessible au moyen des méthodes utilisées dans le contexte de l'étude. Pour ce qui concerne les pays collaborant aux projets européens Europap/Tampep et ENMP, les résultats locaux sont 'consolidés' et servent à rédiger les rapports nationaux, régionaux ou européens publiés à intervalle pluriannuel et accessibles par Internet. De manière non systématique, des données sont fournies sur certains aspects saillants de telle ou telle approche.

Cette manière de procéder s'explique sans doute par le fait que les rapports locaux sont relativement disparates au niveau de leur contenu, rendant malaisée la présentation d'un corpus d'informations très solides. A cet égard, il convient de rappeler que le milieu de la prostitution est très segmenté, que certains de ses aspects sont difficiles d'accès et que les informations récoltées sur le terrain ne sont jamais exhaustives.

Les différents projets (vraisemblablement plusieurs centaines dans l'aire géographique considérée) présentent de nombreuses analogies : le travail de proximité, le recours à des médiateurs (médiateurs culturels et éducateurs pairs), l'importance accordée à la prévention du VIH/sida et d'autres IST représentent une constante. Les projets se distinguent surtout par leur position et leur rôle dans les constellations locales de fournisseurs de prestations. Les projets s'inscrivent généralement dans une perspective de complémentarité et leur offre constitue la plupart du temps une réponse aux lacunes des dispositifs locaux de prise en charge (sanitaire et sociale).

Dans les sections qui suivent (6.1 à 6.7) on a cherché à présenter un tableau général de l'offre, des publics cible des différentes prestations et des modalités de mise en œuvre de l'offre de prestations. Quelques exemples – la plupart « suggérés » par les rapports accessibles sur les sites Internet Europap/Tampep et ENMP – illustrent des approches plus originales. Rien n'indique que ces exemples aient un caractère unique. Cette manière de procéder livre une image à la fois fine (elle renseigne sur les différentes facettes que peuvent prendre les actions de prévention) et grossière (elle ne fournit aucune indication sur l'architecture et le fonctionnement de chaque projet pris isolément).

## 6.1 DIFFUSION DE MESSAGES DE PRÉVENTION

### Contenus et supports

D'une manière ou d'une autre, tous les projets repérés lors de la préparation du présent rapport diffusent des messages de prévention. Le contenu des messages varie. Ils peuvent concerner les mécanismes de transmission du VIH et les mesures de protection applicables par les prostituées, par leurs clients et par les personnes qui s'injectent des stupéfiants. Ils peuvent aussi porter sur la prévention d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée, chlamydia, hépatite, etc.). Les messages peuvent concerner la prévention des maladies de l'appareil urogénital, les questions liées à la contraception ou s'orienter, de manière plus générale, vers la promotion de la santé.

Les messages s'inscrivent dans une perspective de « sexe sans risque ». Les messages diffusés dans le contexte de la prostitution ne se limitent cependant pas à rappeler l'utilité du préservatif (ou du matériel d'injection stérile). Les comportements sexuels sont influencés par les connaissances, les attitudes, la situation personnelle (conditions de vie et de travail) et les compétences individuelles. Les promoteurs des campagnes estiment que la stratégie de prévention ne peut se cantonner à diffuser des informations sur le VIH/sida ou les infections sexuellement transmissibles. Elle doit contribuer à augmenter les compétences individuelles, par exemple la capacité de négocier et de stimuler les partenaires sexuels à utiliser des préservatifs<sup>48</sup>. La promotion du « sexe sans risque » peut conduire à aborder la question de la mise en danger de la santé inhérente à certaines pratiques imposées par les clients ou par le comportement des clients eux-mêmes (ivres ou frustrés de se voir refuser une relation non protégée par exemple). Enfin, de manière tout à fait générale, certains projets situent clairement leur action préventive dans une perspective de promotion de la santé au sens très large et y adaptent le contenu de leurs messages.

Les messages préventifs concernant les infections sexuellement transmissibles représentent une offre de base de tous les projets. En revanche, la prise en compte du potentiel de violence inhérent à la prostitution et la promotion de la santé semblent moins souvent proposées.

**Reden** (Copenhague, Danemark) : « (...) Le premier objectif consiste à aider les prostituées à mieux se protéger elles-mêmes contre le VIH et les IST et à replacer cette protection dans une approche élargie de l'interaction entre la prostituée et le client. Les prostituées de rue sont exposées à la violence inhérente à leurs conditions de travail et au fait qu'elles ne sont pas toujours pleinement conscientes (i.e. sous l'effet de l'alcool ou de stupéfiants) lorsqu'elles fournissent leurs prestations aux clients. Cela étant, la notion de sexe sans risque représente un élément d'une catégorie plus étendue, celle du contact sans risque avec le client. »<sup>132</sup>.

**Women's Health Project et Ruhama Project** (Dublin, Irlande) : Organisation d'un programme d'été (six journées à thèmes) consacrant notamment une de ses journées à la question générale de la santé des femmes et une autre à l'aromathérapie<sup>133</sup>.

Plusieurs supports sont utilisés pour transmettre les messages de prévention. Les brochures et les tracts représentent la solution la plus fréquente. Affiches, encarts ou annonces dans la presse plus ou moins spécialisée et périodiques publiés par les projet eux-mêmes sont également courants. Il en va de même de certains supports à caractère plus ludique (gadgets) tels que dessous-de-verre, pochettes d'allumettes ou briquets qui rappellent la nécessité de se protéger en reproduisant les logos de campagnes de prévention ou de brefs slogans. En revanche, l'utilisation du téléphone, les enregistrements vidéo ou les spectacles de rue sont moins courants.

**Women's Health Project** (Irlande) : Un répertoire téléphonique des agences d'escorte, salons de massage et des femmes travaillant seules en utilisant un téléphone cellulaire a été établi pour toute l'Irlande. Il est régulièrement mis à jour. Les intervenants du projet appellent chaque mois les différents

numéros de téléphone enregistrés et fournissent des mises à jour concernant le VIH/sida, les autres infections sexuellement transmissibles et les endroits où il est possible de se faire tester<sup>133</sup>.

**Daphne** (Aarhus, Danemark) : Les animateurs du projet ont réalisé une bande vidéo abordant plusieurs aspects du thème « sexe sans risque et prostitution ». Cette vidéo est offerte à chaque prostituée contactée dans le cadre du programme<sup>132</sup>.

**Service de santé municipal** (Amsterdam, Pays-Bas) : Un groupe théâtral se produit dans un spectacle humoristique à l'occasion duquel un pénis géant dépourvu de protection est promené dans les rues de la ville, poursuivi par sept acteurs armés d'un énorme préservatif. A une autre occasion, une pantomime illustrant la négociation de rapports protégés est interprétée dans le quartier chaud de la ville à destination des migrants clients de prostituées<sup>134</sup>.

Les projets créent souvent eux-mêmes le matériel diffusé. Reprendre les documents réalisés ailleurs en les adaptant si nécessaire à la réalité locale représente une autre solution. A cet égard, les démarches entreprises par les projets Europap/Tampep ou ENMP pour mettre en commun les observations et les pratiques d'intervenants actifs dans plusieurs pays européens a créé une dynamique favorable au rapprochement du contenu des messages. La publication et la très large diffusion de « *Hustling for Health* »<sup>131</sup> (par Europap/Tampep) et des « *Tips, tricks and models of good practices for service providers considering, planning or implementing services for male sex workers* »<sup>116</sup> (par ENMP) y a notoirement contribué.

La présence généralisée de nombreuses prostituées provenant de l'étranger nécessite un effort de traduction du matériel préventif. Des traductions existent pratiquement partout. Elles ne sont toutefois disponibles qu'en un nombre relativement restreint de langues étrangères. La présence de prostituées venant du Sud-Est asiatique ou des pays de l'ancien bloc soviétique soulève des problèmes ardues. Faire traduire et imprimer le matériel est relativement coûteux. Le rapport entre ces dépenses et le nombre de personnes potentiellement concernées par de telles opérations peut parfois apparaître disproportionné.

Le niveau de littéracie<sup>a</sup> des personnes qui se prostituent représente un autre obstacle limitant l'accès aux documents écrits. Devant répondre à certaines exigences en matière de contenu, les textes ne sont pas toujours compréhensibles pour des personnes possédant un bagage scolaire réduit. La communication orale ou le recours à l'image fixe ou mobile (vidéo par exemple) représentent de bonnes alternatives au message écrit.

### Public cible

Qu'ils se limitent à la prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles ou qu'ils s'intègrent dans une vision plus étendue de la santé, les messages préventifs sont destinés à l'ensemble des personnes concernées par la prostitution : prostitué(e)s, clients mais aussi managers des lieux de prostitution. Les deux premiers groupes sont toutefois plus particulièrement visés par les actions de prévention. Les managers des lieux de prostitution ne sont en effet qu'indirectement concernés et l'objectif des interventions de prévention réside avant tout dans la nécessité de leur faire comprendre le rôle qu'ils peuvent et doivent jouer pour protéger la santé de leur personnel.

Les travailleurs du sexe ne constituent pas un public homogène. Les lieux où s'exerce la prostitution sont multiples et représentent un premier facteur de différenciation. On distingue plus particulièrement la prostitution de plein air et la prostitution en espaces clos. Cette dernière se subdivise à son tour en espaces « privés » (appartements, salons de massage, chambres d'hôtel, etc.) et en

---

<sup>a</sup> Par 'littéracie', on entend non seulement la capacité de lire un texte écrit mais aussi celle de comprendre des messages d'un certain niveau de difficulté.

espaces « publics » (bars, saunas, clubs, etc.). Le statut légal constitue un deuxième facteur de différenciation, les personnes dépourvues de permis de séjour et de permis de travail (« clandestines ») formant un groupe distinct. Dans certains pays (Grèce et Autriche par exemple), on trouve cependant aussi des personnes en situation irrégulière parmi les travailleurs du sexe disposant de l'un et l'autre permis. Il s'agit de ceux qui ont choisi de ne pas déclarer leur activité dans le domaine de la prostitution alors qu'une telle déclaration est obligatoire et qu'elle n'aurait eu aucun effet administratif particulier sur la personne concernée. Une troisième distinction importante tient au fait de s'injecter des stupéfiants et d'augmenter ainsi son exposition au VIH et au virus de l'hépatite. Le genre représente un quatrième facteur important de distinction. Les travailleuses du sexe, les prostitués de sexe masculin et les transsexuels rencontrent chacun des problèmes particuliers qui nécessitent des conseils préventifs spécifiques. D'autres distinctions sont encore possibles parmi la population des travailleurs du sexe : en fonction de leur situation familiale (partenaire, enfants), sociale (logement, réseau de solidarité, accès à la sécurité sociale), selon leur état de santé ou selon leur âge. Elles ont à première vue moins d'importance dans la perspective d'adaptation des messages de prévention VIH et IST.

Les messages préventifs sont adaptés en fonction de certaines caractéristiques du public cible. Les travailleurs du sexe allophones ne sont pas seulement handicapés par leur connaissance insuffisante de la langue. Nombre d'entre eux proviennent de pays dont la culture véhicule d'autres valeurs (notamment en ce qui concerne les rôles respectivement attribués aux hommes et aux femmes). La traduction représente une partie du chemin à parcourir pour rendre les recommandations intelligibles. L'autre partie relève du travail de médiation interculturelle. Les messages de prévention destinés aux travailleurs du sexe injecteurs de drogue tiennent compte du double risque d'infection par le VIH auquel ils s'exposent. Ils prennent aussi en considération la probabilité accrue d'accepter des relations non protégées en raison de la moindre vigilance associée à la prise de stupéfiants et du besoin de se procurer coûte que coûte de l'argent pour financer sa consommation. Les personnes vivant une relation de couple doivent être rendues attentives au risque – fréquemment – couru en raison de l'abandon de toute protection avec leur partenaire non payant. Enfin, les problèmes d'identité sexuelle ainsi que certains risques concernant plus particulièrement les personnes multipliant les relations anales sont tout spécialement pris en compte dans la formulation des messages préventifs destinés aux prostitués de sexe masculin et aux transsexuels.

Les clients de prostituées représentent un groupe cible important pour la diffusion des messages de prévention. Face à des travailleurs du sexe qui souhaitent très généralement se protéger, le client, par ses demandes plus ou moins insistantes et grâce à des pressions pouvant aller d'incitations financières à la violence physique, peut obtenir des relations non protégées ou des prestations mettant en péril la santé de la personne qui les fournit. Dans cette vision égotique articulée autour de la satisfaction immédiate de ses pulsions, le client perd de vue qu'il s'expose lui-même à un risque d'infection qui pourrait, s'il se réalise, faire de lui une menace pour la santé de ses partenaires. Informer les clients des risques auxquels ils s'exposent représente un enjeu de santé publique et contribue à faciliter les négociations autour de la protection qui se déroulent avec les travailleurs du sexe qu'ils sollicitent.

Le groupe des managers de lieux de prostitution représente lui aussi un public cible intéressant pour la diffusion de messages de prévention. Ils sont souvent en contact direct et continu avec les travailleurs du sexe qu'ils emploient ou qui travaillent dans les locaux dont ils assument la responsabilité. Ils ont un intérêt commercial direct à ce que leur « personnel » et leurs « clients » ne prennent aucun risque pour leur santé.

En dépit des efforts consentis, les observateurs constatent que plusieurs groupes de travailleurs du sexe sont d'un accès difficile. C'est plus particulièrement le cas des personnes qui n'exercent pas en plein air et, parmi celles-ci, de celles qui ne se font pas connaître au moyen d'annonces publiées dans la presse ou placardées dans les cabines téléphoniques (en Grande-Bretagne) : escort girls ou personnes se prostituant dans des appartements et dans les établissements publics (bar).

### **Modalités de diffusion**

Exception faite des messages de prévention publiés dans la presse ou par voie d'affiches, les brochures et autres supports sont principalement diffusés de deux manières : a) ils sont mis à disposition « en libre service » ou b) ils sont remis par des intervenants. Le second mode de diffusion revêt une importance particulière : il autorise un contact interpersonnel et permet d'adapter le message de prévention à son destinataire. Il représente le moyen le plus efficace de faire de la prévention dans le milieu de la prostitution.

Le contenu du message, sa traduction dans une langue connue du récepteur et le choix d'un support représentent un premier effort d'adaptation. Le message demeure inefficace s'il n'y a pas rencontre avec son destinataire. C'est le rôle des intervenants, qu'ils soient actifs dans un espace clos et fixe (clinique, centre d'assistance sociale, etc.) ou qu'ils se déplacent (à pied ou au moyen d'un véhicule) sur les lieux où s'exerce la prostitution.

Compte tenu des spécificités du monde de la prostitution, le profil des intervenants joue un rôle important. En dehors de leurs compétences strictement professionnelles (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, juristes, etc.), les intervenants doivent être familiarisés avec les caractéristiques des personnes qui font appel à eux. Cet impératif a contribué à l'émergence de deux profils professionnels exerçant une fonction de relais. Le médiateur culturel intervient pour faciliter l'échange entre des personnes ne possédant pas les mêmes valeurs culturelles et ne pouvant pas nécessairement communiquer dans une langue commune. Il peut être appelé à participer à la conception du matériel de prévention destiné aux personnes appartenant à un univers culturel particulier, à la formation des intervenants ayant affaire à ces personnes ou à intervenir directement dans la relation entre deux personnes issues de cultures différentes. Autre personne relais, l'intervenant pair devrait idéalement partager – ou avoir partagé – la même activité que les destinataires des messages de prévention et – s'agissant de prostituées de langue étrangère – être en mesure de s'exprimer dans leur langue. Son rôle est celui de multiplicateur de connaissances.

D'une utilité largement reconnue, le recours aux médiateurs culturels et aux intervenants pairs peine à se concrétiser. La difficulté de recruter ce type de collaborateurs s'explique de différentes manières. Compte tenu de la diversité des profils linguistiques et culturels rencontrés dans le cadre de la prostitution – même à l'échelon purement local –, il n'est pratiquement pas possible de trouver autant de personnes qu'il conviendrait pour couvrir l'entier des besoins. De plus, les ressources souvent réduites des projets ne permettent pas de rétribuer un personnel nombreux.

La nécessité d'atteindre les travailleurs du sexe sur les lieux où ils exercent leur activité explique en outre le recours fréquent à une modalité d'intervention – le « travail de proximité » (*outreach work*) – et à un profil particulier d'intervenant – le « travailleur de proximité » (*outreach worker*) – dont la vocation est d'entrer en contact avec des populations difficiles à atteindre au moyen des procédures habituelles. Le travail de proximité prend diverses formes selon qu'il s'agit de prendre contact avec des personnes travaillant dans des espaces clos (publics ou privés) ou en plein air. S'agissant des personnes qui se prostituent dans des espaces clos, deux modalités ont été repérées : la visite à domicile et le contact téléphonique, l'une et l'autre pouvant d'ailleurs se

compléter. Le contact téléphonique peut se dérouler dans le contexte d'une permanence (*hot line*) et répondre aux demandes d'informations de personnes ayant été préalablement contactées ou non sur leur lieu de travail. Il peut aussi être déclenché par les intervenants et avoir pour objectif de fournir des informations de nature préventive (cf. *Women's Health Project*).

L'approche des clients et celle des managers de lieux de prostitution se déroule de manière analogue à celle des travailleurs du sexe. Ce sont les intervenants actifs auprès des travailleurs du sexe qui établissent ces contacts et qui doivent recourir à des compétences analogues à celles nécessaires pour aborder les personnes qui se prostituent (importance du médiateur culturel pour les clients migrants). Les prises de contact avec les clients se déroulent généralement sur la rue et donnent souvent lieu à des mises en scène. On a déjà mentionné plus haut les actions théâtrales organisées à Amsterdam. En Suisse, la prise de contact s'est déroulée sur plusieurs sites en mettant en œuvre des moyens identiques.

**Don Juan** : il s'agit d'un projet multicentrique lancé par l'ASS. Il se déroule dans plusieurs villes suisses qui reçoivent tour à tour l'opération pour quelques jours. Il consiste à proposer un entretien en face-à-face à des clients de prostituées contactés sur les « quartiers chaud ». Les entretiens se déroulent généralement sous une tente à la fois très visible et garantissant une bonne discrétion. Les intervenants (hommes et femmes) sont spécialement formés en vue de leur travail. Le projet se déroule en étroite coordination avec les intervenants des projets destinés aux prostituées. 27 entretiens ont pu être menés chaque soir.

Les actions entreprises pour entrer en contact avec les clients sur les lieux de prostitution sont efficaces (Don Juan)<sup>135</sup>. Elles sont toutefois coûteuses, elles n'atteignent qu'un effectif relativement limité de personnes, se concentrent sur celles qui fréquentent un certain segment de la prostitution et ne touchent en définitive qu'un public au profil socio-éducatif modeste. Une fondation néerlandaise a cherché avec succès à élargir le cercle des clients atteints par des messages de prévention en recourant à Internet.

**Fondation soa-bestrijding** (Utrecht, Pays-Bas) : Un site Internet met notamment à disposition des « actualités », des informations sur le sexe sans risque, un test interactif (auto-administré) et un forum de discussion. Accessible depuis 1999, le site a vu passer le nombre de ses visites de 80 000 à 200 000 en 2001<sup>136</sup>.

D'une manière générale, les observations réalisées dans les différents projets confirment que nouer des relations de confiance nécessite beaucoup de temps. En outre, la rotation relativement rapide des personnes qui se prostituent – surtout celles de nationalité étrangère – implique une présence fréquente sur les lieux de prostitution, rien n'étant définitivement acquis.

## 6.2 RÉDUCTION DES RISQUES

### Contenu

Plusieurs facteurs exercent une influence négative sur la santé des travailleurs du sexe et de leurs clients. Certains agissent de manière directe, d'autres de manière plus détournée. Le risque d'être infecté (VIH ou autre infection sexuellement transmissible) à l'occasion d'un rapport sexuel non protégé menace directement les prostituées et leurs clients. Celui de s'infecter (VIH, hépatite) en s'injectant de la drogue concerne directement les toxicomanes et, indirectement, les partenaires (payants ou non) des travailleurs du sexe injecteurs de stupéfiants. Sans que l'on puisse parler d'une atteinte à la santé, le risque de grossesse non désirée est une réalité pour de nombreuses

prostituées. Constituent également des risques du point de vue sanitaire : la violence – croissante – des clients, le fait de ne pas avoir de logement et celui de manquer de nourriture.

La distribution gratuite de préservatifs est couramment pratiquée par la plupart des projets. En France, trois projets au moins vendent également des préservatifs au prix coûtant (*Prostitution VIH & santé publique* à Marseille, *l'Endroit* à Bordeaux et *Désirs* à Nîmes)<sup>137</sup>. Au Danemark, un projet s'est attaché à dépasser la seule distribution de préservatifs et s'est préoccupé de documenter la manière dont ce matériel était utilisé puis d'améliorer les compétences des prostituées en la matière. Une activité analogue est signalée par des projets belge, anglais, néerlandais et suisse.

**Reden** (Copenhague, Danemark) : Dans un premier temps, les intervenants constatent que les prostituées ne choisissent pas parmi les dix à quinze types de préservatifs qui leur sont offerts (« pas d'importance, n'importe lesquels, donnez m'en simplement cinq ! ». Un bref questionnaire sur l'utilisation des préservatifs est rédigé. Les données récoltées font notamment apparaître des pratiques inappropriées lorsque des problèmes surviennent. L'équipe en conclut qu'il lui appartient de discuter ces problèmes avec les prostituées, de préparer un « mode d'emploi », d'aborder tout spécialement la question avec les prostituées qui ne font que passer se servir de préservatifs sans s'arrêter et de mettre à disposition des lubrifiants (ce qui n'était pas le cas auparavant) ainsi que des suppositoires spermicides (à n'utiliser que dans des cas d'urgence). Ces questions sont en outre abordées, avec les prostituées, dans le cadre d'un séminaire organisé durant un week-end<sup>132</sup>.

**Adzon** (Bruxelles, Belgique) : En raison de sa situation proche d'un lieu de rencontre homosexuel, le personnel du centre d'assistance de cette association reçoit avant tout des mineurs de sexe masculin auxquels il remet des préservatifs et en explique le mode d'emploi<sup>138</sup>.

**Intermediary Project** (Amsterdam, Pays-Bas) : Un travailleur de proximité se rend périodiquement auprès des femmes qui se prostituent dans le quartier chaud de la ville (vitrines) et dans d'autres espaces clos de prostitution (établissements de prostitution, clubs, bars, etc.). Il diffuse des messages de prévention (VIH et autres maladies sexuellement transmissibles, contrôle des naissances, tuberculose) et remet des préservatifs et des lubrifiants dont il explique l'emploi correct au moyen d'un godemiché. La méconnaissance de la langue standard a rendu nécessaire la traduction du matériel en huit langues. L'analphabétisme de certaines prostituées impose le recours à du matériel adapté à leur situation, tel que magazines, bandes dessinées ou enregistrements vidéo<sup>134</sup>.

**Healthy Women Project** (Birkenhead, Grande-Bretagne) : Un séminaire d'une après-midi a été consacré aux thèmes « injection sans risque » et « sexe sans risque »<sup>139</sup>.

La remise de matériel d'injection est moins systématique. Cela s'explique en particulier par le fait que ce matériel est souvent fourni par des structures spécifiquement destinées aux consommateurs de stupéfiants.

Plusieurs projets ont mis sur pied des réponses à la violence des clients. Au Danemark, *Reden* inscrit clairement son action dans la perspective du « contact sans risque avec le client ». En Angleterre et aux Pays-Bas, les actes de violence commis par les clients ont décidé des intervenants à mettre sur pied des cours de self défense. Aux Pays-Bas, les prostituées sont encouragées à dénoncer à la police les violences dont elles sont victimes. En Allemagne, l'initiative est venue d'un groupe de prostituées lassées d'être victimes des violences de certains clients.

**Healthy Women Project** (Birkenhead, Grande-Bretagne) : Un séminaire d'une après-midi a été consacré au thème « comment se défendre »<sup>139</sup>.

**De Rode Draad** (Amsterdam, Pays-Bas) : Cette association de et pour des prostituées organise notamment des cours de self-défense.

**Intermediary Project** (Amsterdam, Pays-Bas) : Lors de leurs visites aux prostituées du quartier chaud (vitrines) et à celles travaillant dans d'autres espaces clos de prostitution (établissements de prostitution, clubs, bars, etc.), le travailleur de proximité fournit des informations sur l'organisation et l'action de la police et encourage ses interlocutrices à notifier aux autorités toute situation d'abus (violence, exploitation) dont elles seraient victimes<sup>134</sup>.

**Hot-Line** (Francfort, Allemagne) : Les femmes qui se prostituent sur une allée de Francfort ont mis au point, avec l'aide de la police, un formulaire servant à la déclaration des situations de violence ou des situations préoccupantes qu'elles ont personnellement vécues. Les formulaires peuvent être retirés en



de multiples endroits fréquentés par les prostituées. Les déclarations servent à la confection d'une brochure facile à transporter contenant des informations sur les individus menaçant l'intégrité corporelle des prostituées (signalement, numéro d'immatriculation du véhicule, etc.). Cette démarche a permis l'arrestation de plusieurs agresseurs<sup>140</sup>.

La mise à disposition de toilettes, de douches, de nourriture et de boissons, de machines à laver le linge ou d'un dortoir représente une autre manière de répondre à des problèmes quotidiens susceptibles de porter sérieusement atteinte à la santé.

**Basis** (Hambourg, Allemagne) : Destiné à des hommes qui se prostituent et qui se caractérisent en particulier par leur absence de logement et de ressources, leur consommation de drogue, leur clandestinité ainsi que leurs problèmes sanitaires et relationnels, le projet offre notamment des vêtements, des machines à laver le linge, un asile de nuit et des installations sanitaires (toilettes, salle de bains) en plus de ses prestations orientées vers la réduction des risques inhérents à la prostitution et à la consommation de drogue<sup>116</sup>.

**AMOC** (Amsterdam, Pays-Bas) : En plus d'actions orientées vers la réduction des risques inhérents à la prostitution et à la consommation de drogue, AMOC offre en particulier nourriture, boissons et douches à des hommes de nationalité étrangère qui sont venus se prostituer à Amsterdam<sup>116</sup>.

**Prévention action-santé pour les personnes travesties-tanssexuelles/PASST** (Paris, France) : Les promoteurs du projet soulignent que l'existence de problèmes quotidiens majeurs tels que le logement ou le risque d'expulsion du territoire national font passer au second plan la peur d'une éventuelle contamination par le VIH.

### Public cible

Les actions de réduction des risques concernent essentiellement deux types de public : les personnes qui se prostituent – et, parmi elles, celles qui s'injectent des stupéfiants et celles qui vivent dans une grande précarité – et les clients. A un autre niveau, les managers de lieux de prostitution doivent aussi être concernés par la distribution de préservatifs.

### Modalités

La mise à disposition de préservatifs mobilise le même type de profils professionnels que la diffusion de messages préventifs. Les deux vont du reste généralement de pair bien que les messages de prévention ne soient pas systématiquement répétés aux travailleurs du sexe qui viennent se fournir en préservatifs. On a vu plus haut que plusieurs équipes d'intervenants avaient complété la mise à disposition de préservatifs par une information sur leur utilisation.

## 6.3 PRESTATIONS SANITAIRES

### Nature

Alors que les actions de prévention et de réduction des risques sont relativement homogènes dans l'aire géographique considérée, les prestations sanitaires présentent une grande variabilité. La cause principale des différences observées réside dans l'organisation du dispositif sanitaire à l'échelon national et dans les règles d'accès aux prestations.

A l'exception des pays de l'ancien bloc soviétique où l'organisation des services de santé a été fortement perturbée par le passage d'un régime d'économie dirigée à un libéralisme parfois caricatural et où la diffusion de la toxicomanie et celle du VIH – d'abord tuées ou ignorées – n'ont pas donné lieu aux adaptations nécessaires, les pays pris en considération dans le cadre de l'étude disposent de systèmes de santé développés construits autour de pôles hospitaliers et ambulatoires. Le rapport entre secteur public et secteur privé y est variable mais il n'exerce en principe

aucune influence sur la capacité de fournir les prestations nécessaires. A l'exception de la Suède qui dispose d'un système de santé très ouvert, l'accès universel aux prestations est en principe réservé aux patients qui se sont acquittés d'un « droit d'usage » consistant en cotisations de sécurité sociale (prélevées sur le revenu du travail par exemple), en cotisations versées à des compagnies d'assurance privées ou en une combinaison des deux solutions. Les personnes qui ne se sont pas acquittées de ce « ticket d'entrée » sont en principe exclues du dispositif. Elles peuvent cependant recourir aux services de santé (publics ou privés) en payant le prix intégral des prestations reçues. Des exceptions existent. Dans la plupart des pays, les soins d'urgence sont administrés sans égard à la qualité de cotisant et sont aussi dispensés aux personnes en situation irrégulière. Un accès limité aux soins dans quelques pays est par ailleurs garanti à certains groupes de population

**Espagne** : Une assistance médicale gratuite est garantie aux migrants – indépendamment de leur statut administratif – lorsqu'il s'agit de mineurs de moins de dix-huit ans et de femmes enceintes (soins pré-, péri- et post-natals). Aucun enregistrement ou identification ne sont requis en dehors du strict nécessaire<sup>141</sup>.

**Portugal** : L'accès aux soins est possible et gratuit pour les personnes – même en situation irrégulière – originaires d'Afrique<sup>26</sup>.

**Italie** : Les soins d'urgence, la protection de la maternité et la prévention des maladies infectieuses sont garantis à tous les étrangers, y compris à ceux qui résident irrégulièrement en Italie. Les étrangers en situation irrégulière peuvent accéder aux services publics de santé s'ils sont en possession de la carte « Straniero Temporaneamente Presente ».

Comme le reste de la population, les travailleurs du sexe ont accès aux prestations sanitaires standards notamment dans les domaines de la gynécologie et des maladies de l'appareil urogénital. Les services médicaux spécifiquement dédiés à la prise en charge des travailleurs du sexe sont rares. La majeure partie de ceux qui existent représentent la contrepartie de l'obligation d'enregistrement faite aux prostituées, i.e. la dimension « contrôle sanitaire » (Grèce et Autriche). En Grèce, la clinique spécialisée chargée de ces contrôles déploie une activité qui va au-delà d'actes à caractère diagnostic.

**Clinique IST** (Athènes, Grèce) : Délivre ses prestations à 400 prostituées enregistrées<sup>a</sup> et à une cinquantaine de prostituées qui ne le sont pas (notamment des personnes en situation irrégulière). Elles se livrent à des activités diagnostiques (prélèvements et analyses) et à des examens dermatologiques. Son personnel est en mesure d'offrir toute sorte de soins. Elle est également active en matière sociale (prise de rendez-vous, accompagnement dans le dispositif, dépannages financiers, soutien aux personnes ayant charge d'enfants – recherche de solutions de garde) et offre un soutien psychologique<sup>142</sup>.

Dans le domaine du VIH/sida, les conditions d'administration du test des anticorps varient d'un pays à l'autre. Ils peuvent être gratuits ou payants, être anonymes ou nécessiter que la personne testée déclare son identité (immédiatement ou, dans certains cas, seulement si le résultat du test est positif).

Aux caractéristiques – très variables – de l'organisation locale des services de santé s'ajoutent certaines particularités fréquemment rencontrées parmi les travailleurs du sexe. Il s'agit d'une population dont l'organisation du temps est rarement compatible avec les heures d'ouverture des dispositifs de soins. Les personnes qui se livrent à la prostitution sont par ailleurs nombreuses à craindre le stigmate social attaché à leur activité. Elles n'ont pas envie d'en faire état dans le contexte d'une consultation non spécialisée (« grand public ») impliquant des soignants ignorant souvent tout ou presque de la prostitution. En raison de leur grande mobilité, une partie des

---

<sup>a</sup> Alors qu'on estime leur nombre à 15 000 (dont 10 500 environ en situation irrégulière).

personnes qui se prostituent n'ont en outre pas la possibilité matérielle d'attendre qu'on leur fixe un rendez-vous et les allophones sont de plus confrontées à la difficulté de se faire comprendre. Enfin, les prises en charge peuvent être trop coûteuses pour les personnes ne bénéficiant pas des systèmes de couverture des dépenses de santé.

Le manque de connaissances sur l'organisation du dispositif de santé local, les dispositions administratives relatives au financement des soins et certaines particularités de la population des travailleurs du sexe se combinent pour barrer plus ou moins strictement l'accès des prostituées aux prestations médicales qui leur sont nécessaires. Les projets fournissant des prestations sanitaires aux personnes qui se prostituent sont mis sur pied pour combler les lacunes de l'offre officielle en s'adaptant au profil spécifique des différents groupes de travailleurs du sexe. Lorsque des dispositifs standards peuvent être sollicités, l'action des projets consiste à sensibiliser leurs intervenants à la problématique de la prostitution, à les amener à adapter leur offre de prise en charge aux besoins des travailleurs du sexe, à mettre ces derniers en relation avec les structures existantes ou à les y accompagner.

**Grande-Bretagne** : Des prestations dans le domaine de la santé sexuelle sont dispensées à trois niveaux (médecins généralistes, consultations de planning familial – ouvertes et gratuites – et départements de médecine urogénitale – ouverts et gratuits). Une partie des prostituées utilisent ces ressources mais toutes celles qui le font ne mentionnent pas leur état. Quelques cliniques de médecine urogénitale ont créé des services spécialisés pour les travailleurs du sexe et font en sorte de s'adapter aux besoins de leur public. (En 1994), 35 services spécialisés étaient en activité ; 17 envoyaient des collaborateurs à la rencontre des prostituées (*outreach workers*), 11 géraient des centres d'assistance et 8 organisaient des séances spéciales pour les prostituées<sup>139</sup>.

**Hollande** : Un réseau de cliniques spécialisées dans les IST (GG&GD et GGD) opère dans chaque ville, sous la responsabilité de la municipalité<sup>143</sup>.

**Living room project** : Plusieurs municipalités tolèrent la prostitution dans certains secteurs urbains. La police y est présente pour assurer la sécurité des personnes présentes et non pour réprimer la prostitution. Des structures de prévention (« living room ») ont été organisées dans sept villes appliquant ce type de politique. Installées à proximité des lieux de prostitution, elles offrent différentes prestations (distribution de préservatifs, remise de matériel d'injection, distribution de boissons et de nourriture). Des médecins sont également présents au « living room ». Ils ne limitent pas leur action au traitement des IST et du VIH mais prennent aussi en charge d'autres problèmes médicaux<sup>134</sup>.

**Municipal Health Departement** (Amsterdam, Pays-Bas) : Dispose d'un service médical pour les toxicomanes étrangers et pour les travailleurs du sexe de passage dans la ville<sup>134</sup>.

**Clinique IST Aarhus** (Danemark) : La clinique pour maladies sexuellement transmissibles d'Aarhus a des heures d'ouverture spéciales pour les prostituées. Le travail de proximité (*outreach work*) accompli dans le milieu de la prostitution a augmenté le nombre des patientes qui consultent. Quinze prostituées se sont mises d'accord avec l'équipe pour être convoquées tous les trois mois<sup>132</sup>.

Lorsque le recours au système de santé officiel n'est pas envisageable, certains projets entreprennent de fournir des prestations sanitaires aux travailleurs du sexe qui en sont tenus à l'écart pour différents motifs (statut administratif, ressources financières). Ces prestations sont de différents ordres. Certaines ont une finalité diagnostique : tests (VIH, hépatite, syphilis, etc.) ou examens médicaux. D'autres ont une fonction préventive (vaccination). D'autres encore consistent en traitements de différentes affections.

**Pasop** (Gand, Belgique) : vaccination contre l'hépatite B, contrôles gynécologiques, tests gratuits (syphilis, VIH)<sup>34</sup>.

**Medicos del Mundo** (dix lieux d'intervention, Espagne). Contrôles gynécologiques, analyses, diagnostics, traitement et monitoring de pathologies gynécologiques<sup>25</sup>.

**Pro Tukipiste** (Helsinki, Finlande) : Tests (VIH, hépatite, syphilis, gonorrhée, chlamydia), traitement des infections sexuellement transmissibles<sup>20</sup>.

**Groupe prévention prostitution masculine** (Paris, France) : Vaccination contre l'hépatite B<sup>137</sup>.

**Aphrodite** (Grèce) : Test VIH anonyme et gratuit<sup>31</sup>.

**Merchant's Quay Women's Health Project** (Dublin, Irlande) : Offre une consultation médicale qui réalise en particulier des tests VIH et hépatite B. Remet de la méthadone aux prostituées toxicomanes<sup>30</sup>.

**Drop-in Centre** (Luxembourg) : Dispose d'un cabinet de consultation, ouvert vingt heures par semaine (animé par un médecin – 2 heures par semaine – et une infirmière). Effectue des tests (VIH, hépatites B et C), procède à la vaccination contre l'hépatite B, remet gratuitement des médicaments aux travailleurs du sexe impécunieux<sup>14</sup>.

**Centro de aconselhamento - Drop in Clinique** (Lisbonne - Portugal) : Avant tout destiné aux prostituées qui ne consultent pas une clinique officielle. Le projet fournit des tests VIH gratuits. Procède à des campagnes de vaccination contre l'hépatite B. Administre aussi gratuitement des traitements<sup>26</sup>.

**Sesam mottagningen** (Göteborg, Suède) : Espace réservé aux travailleurs du sexe dans une clinique spécialisée dans les IST. Dispense des traitements gratuits<sup>24</sup>.

**Herrmann** (Zurich) : A Zurich, ce projet offre régulièrement un *Dokortag* pour dispenser contrôles (test VIH et autres diagnostics), vaccinations et soins aux prostituées n'ayant pas accès au dispositif sanitaire standard<sup>144</sup>.

## Public cible

Le public cible des prestations sanitaires offertes dans le cadre exclusif des projets d'intervention en faveur des travailleurs du sexe est essentiellement formé de personnes n'ayant aucun accès (ou un accès extrêmement difficile) au dispositif de santé officiel. Il s'agit la plupart du temps de personnes en situation irrégulière. Le public cible des prestations sanitaires est toutefois sensiblement plus large si l'on tient compte de tout ce à quoi les travailleurs du sexe peuvent accéder grâce à l'intervention des collaborateurs du personnel des projets. Les actions ayant contribué à améliorer la prise en charge dans les structures officielles (sensibilisation du personnel, adaptation des horaires d'ouverture, etc.) et l'accompagnement des patients permettent à des personnes ignorantes de l'offre existante d'accéder à des soins dont elles auraient dû se priver sans ces interventions. Il n'existe a priori aucun sous-ensemble de la population des travailleurs du sexe plus concerné que d'autres.

## Modalités

Qu'il s'agisse de fournir des prestations sanitaires, d'encourager des personnes à rechercher de telles prestations (en les informant ou en les accompagnant), les problèmes posés aux intervenants sont analogues à ceux évoqués dans le contexte de la fourniture d'autres prestations : il faut pouvoir entrer en contact avec les travailleurs du sexe et établir une relation de confiance. Ces impératifs appellent la présence de personnel qualifié dans les domaines de la santé mais aussi de médiateurs, i.e. de collaborateurs facilitant la compréhension entre les travailleurs du sexe et ceux qui leur fournissent des prestations médicales : médiateurs culturels, pairs (personnes avec une expérience personnelle de la prostitution), travailleurs de proximité (*outreach workers*).

## 6.4 PRESTATIONS SOCIALES ET PSYCHOSOCIALES

### Contenu

S'il est toujours possible, moyennant finance, d'obtenir des prestations médicales, l'accès au dispositif de sécurité sociale est en revanche beaucoup plus difficile (cf. 3.6.3). Les nouvelles législations en vigueur aux Pays-Bas et en Allemagne ont modifié la situation dans le sens de la recon-

naissance de la prostitution comme activité pouvant donner lieu à prélèvements de cotisations de sécurité sociale. Cette reconnaissance va toutefois de pair avec un enregistrement administratif qui constitue un obstacle important pour les travailleurs du sexe qui ne souhaitent pas faire état de leur activité en raison notamment du stigmate qui lui reste attaché en dépit des modifications légales. Au surplus, en application des dispositions européennes relatives à la libre circulation des personnes, la possibilité d'exercer ouvertement la prostitution est réservée aux seuls ressortissants des pays de l'Union européenne.

Pour combler les lacunes des dispositifs officiels, un grand nombre de projets destinés aux prostituées offrent des prestations de nature sociale. Il ne s'agit la plupart du temps pas d'aides financières mais de réponses – ou d'embryons de réponses – à des problèmes quotidiens. Certaines de ces solutions ont déjà été évoquées à la section consacrée aux mesures de réduction des risques.

Les prestations offertes n'affectent pas directement les mesures de prévention contre le VIH/sida ou les autres maladies sexuellement transmissibles. En contribuant à améliorer globalement les conditions d'existence des personnes qui se prostituent, elles leur permettent toutefois d'accéder à un meilleur niveau de bien-être, à une meilleure image d'elles-mêmes et à une volonté plus affirmée de faire respecter leur intégrité physique et psychique.

- Information sur le réseau et accompagnement dans le réseau : Les institutions publiques et privées offrant des prestations potentiellement utiles sont souvent très nombreuses. Les travailleurs du sexe ne connaissent pas tout ce qui peut leur être offert. Cette méconnaissance du dispositif est particulièrement mise en évidence chez les migrants qui n'ont souvent aucune idée de l'organisation de la société dans laquelle ils exercent leur activité et qui n'ont ni le temps ni les ressources nécessaires (connaissances linguistiques en particulier) pour se documenter. Divers obstacles peuvent en outre détourner de l'envie de prendre contact avec un fournisseur de prestations (crainte de révéler sa situation, crainte d'être expulsé, crainte d'être mal reçu, etc.). Tous les projets sont à disposition pour fournir des renseignements, pour mettre en contact avec les instances qui fournissent des prestations ou pour accompagner les personnes qui n'osent pas entreprendre certaines démarches. Cette activité implique, « en amont », un important travail de reconnaissance et d'établissement de contacts en vue d'établir les modalités de collaboration entre les organismes fournisseurs de prestations. La plupart des projets agissent à l'échelon local. Une action d'information étendue au territoire national a été réalisée en Angleterre.

**Services for Sex Workers Handbook** : Ce manuel contient des informations sur tous les organismes du Royaume Uni fournissant des services dans le domaine de la prévention du VIH et de la santé sexuelle. Il est destiné aux travailleurs du sexe qui se déplacent à travers le pays. Il leur fournit des informations sur les contacts dans les villes qu'ils ne connaissent pas. Il contient une section présentant des connaissances actualisées au sujet de l'utilisation du préservatif et de la protection de sa propre santé. Il a en particulier été distribué aux travailleurs des secteurs social et sanitaire et à la police afin qu'ils soient en mesure de donner les adresses des agences spécialisées<sup>23</sup>.

- Recherche de logement, hébergement d'urgence : L'offre d'hébergement d'urgence a déjà été évoquée plus haut (cf. section consacrée à la réduction des risques : projets Basis – Hambourg – et AMOC – Amsterdam). Une aide en matière de recherche de logement est offerte par l'équipe de la Clinique IST d'Athènes<sup>145</sup>.
- Conseil juridique : Ce type de prestations comprend d'une part le travail de sensibilisation des travailleurs du sexe à leurs droits et devoirs et, d'autre part, des interventions visant à résoudre des situations individuelles. Le spectre des problèmes rencontrés par les travailleurs du sexe est extrêmement vaste.

- Soutien psychosocial et travail sur l'estime de soi : Les travailleurs du sexe sont confrontés à des situations extrêmement perturbantes qui peuvent entraîner des conséquences dommageables sur leur équilibre psychologique. Nombreux sont ceux pour qui la prostitution représente la poursuite d'une histoire personnelle traumatisante. Enfin, le discrédit social (stigmate) qui affecte généralement les personnes qui se prostituent représente un fardeau difficile à supporter, par exemple au regard de sa famille (enfants) et de ses proches. L'écoute offerte aux personnes qui souffrent de leur situation et l'offre de soutien de la part de psychologues constitue une réponse à l'échelon individuel. Plusieurs projets offrent en outre aux prostituées la possibilité de se soutenir mutuellement et de renforcer leur estime de soi dans le cadre de séances de groupe. Ce type de prestations peut conduire à l'émergence d'une « conscience professionnelle » et déboucher sur des activités de type corporatiste (cf. à titre d'exemple les réflexions produites par l'association Cabiria, en France<sup>15</sup> et le travail réalisé au sein de l'association Aspasia, en Suisse<sup>146</sup>).

Dans le même ordre d'idées plusieurs projets destinent leurs prestations aux travailleurs du sexe partageant la même nationalité. Cette approche est largement pratiquée en Allemagne<sup>145</sup>

- Cours de langue : Ce type de prestations paraît peu courant. Il n'a été relevé que dans le cadre d'un projet autrichien.

**LEFÖ** : Des cours de langue allemande sont organisés à l'intention de femmes originaires d'Amérique du Sud. Ils comprennent trois niveaux et durent six mois<sup>44</sup>.

- Aide au retour : Ce type de prestations sociales est également peu fréquent. Il a été relevé dans le cadre de projets néerlandais.

**Prostitutie en Passanten Polikliniek – PPP (Clinique pour prostituées et pour étrangers** : La situation des personnes venues aux Pays-Bas pour tirer parti de la politique libérale de ce pays dans le domaine des stupéfiants est souvent très dégradée du point de vue sanitaire et psychosocial ; la prostitution est fréquente au sein de ce groupe. Bien que des prestations médicales leur soient délivrées, des efforts sont également consentis pour favoriser leur rapatriement sur une base volontaire. Les ressortissants allemands sont plus spécialement concernés<sup>134</sup>.

- Aide à la réinsertion : La plupart des projets sont en mesure d'accompagner les personnes qui souhaitent abandonner l'exercice de la prostitution. Leur action consiste à les soutenir, à les motiver, à les aider à se procurer de nouvelles sources de revenu (notamment au terme d'une formation professionnelle) et à trouver un logement. La situation est particulière en Italie et en Suède.

**Italie** : la législation en vigueur permet aux travailleuses du sexe en situation irrégulière qui renoncent à se prostituer et qui acceptent de dénoncer ceux qui les exploitent d'obtenir un permis de séjour ainsi qu'une aide en vue de leur insertion sociale et professionnelle. Tous les projets d'aide aux prostituées sont attentifs à cette opportunité. Ils exercent une action motivationnelle plus ou moins énergique et mettent les prostituées souhaitant quitter le travail du sexe en relation avec les institutions en mesure d'assurer leur logement et leur insertion<sup>147</sup>.

**Suède** : la nouvelle législation considère les prostituées comme des victimes des violences faites aux femmes et les clients comme les auteurs de ces violences. L'entrée en vigueur de ces dispositions juridiques a eu un double effet : il a criminalisé les clients (plusieurs ont déjà été déférés devant des tribunaux). Les projets suédois ont réorienté leurs activités. S'agissant des femmes, plusieurs d'entre eux ont mis l'accent sur l'abandon de la prostitution et des activités propres à faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des personnes concernées (cf. par exemple Bus Project et Klara project à Göteborg)<sup>24</sup>.

- Prise en charge de clients : Mentionnées au point précédent en raison de leur effet sur les prostituées, les modifications légales survenues en Suède produisent également des conséquences sur les clients. Risquant désormais une condamnation (plusieurs jugements ont déjà été prononcés depuis l'entrée en vigueur de la loi), les clients domiciliés à Göteborg peuvent recourir aux prestations du projet KAST/BOSS (Buyers of sexual services).

**Kast/Boss** (Göteborg, Suède) : Le projet est antérieur au changement légal (1997). Il emploie deux collaborateurs (sociologue et thérapeute familiale) travaillant en couple et offrant conseils, soutien et counselling aux clients de prostituées. Les usagers potentiels sont notamment informés de l'existence du projet par des articles parus dans la presse ainsi que dans des locaux de pari mutuel (courses de chevaux et autres types de jeux de hasard). Quatre cents hommes ont contacté le projet depuis sa création. Le conseil se déroule par téléphone ou en situation de face-à-face. Plusieurs clients ont consulté en couple, accompagnés de leur partenaire (femme). Le fonctionnement du projet n'a pas été affecté par l'entrée en vigueur de la nouvelle loi<sup>24</sup>.

Un projet de « rééducation » de clients de prostituées a par ailleurs eu pour cadre la ville de Leeds (Angleterre). Imaginé par le *Research Centre on Violence Abuse and Gender Relations* (*Leeds Metropolitan University*) et soutenu par le police du West-Yorkshire, il avait pour objectif de remédier à l'éducation sociale des clients de prostituées actives sur la rue. Il a provoqué des réactions d'incompréhension de la part des responsables de programmes dédiés au monde de la prostitution. Prétendant bénéficier du soutien des autorités sanitaires du West-Yorkshire, ses promoteurs n'avaient pas consulté les animateurs de projets actifs depuis plusieurs années dans ce domaine. Il a finalement été abandonné.

**Kerb-Crawler Rehabilitation Programme** (Leeds, Angleterre) : Le programme proposait aux clients dénoncés par la police d'éviter le tribunal en participant à une journée d'éducation sur l'enfer de la prostitution. La journée était payante (100£). Son contenu avait été défini en collaboration avec un projet pour homosexuels (Mesmac). Il cherchait à provoquer des sentiments de peur en présentant de photographies de sexes masculins porteurs de maladies sexuellement transmissibles. La pression de la police s'était accrue durant le déroulement du programme, contraignant les prostituées à pratiquer dans de moins bonnes conditions et à se déplacer dans un secteur les exposant à des dangers accrus<sup>148</sup>.

## Public cible

Les prestations de nature sociale offertes concernant avant tout les prostituées, en particulier celles confrontées à la plus grande précarité (i.e. celles en situation irrégulière). Néanmoins, le très large éventail de prestations composant l'offre dans le domaine social suggère que toute personne exerçant la prostitution pourrait être amenée à recourir, pour une raison ou pour une autre, à des organismes spécialisés.

Les clients représentent un autre groupe cible important. La compréhension de leurs besoins dans le domaine social et psychosocial est encore très fragmentaire. Cette lacune réduit considérablement le champ des prestations offertes et le circonscrit généralement à des actions orientées vers l'adoption de comportements les exposant moins au risque de contracter une infection sexuellement transmissible. L'expérience accumulée le projet KAST/BOSS suggère cependant que le champ des actions possibles est très large.

## Modalités

Les modalités choisies pour délivrer les prestations sociales évoquées plus haut sont diverses. Le rôle des intervenants est toutefois central. C'est dans le contexte de la relation interindividuelle que l'on peut mettre en évidence les problèmes du travailleur du sexe. Si la qualité de cette relation peut ne pas jouer un grand rôle lorsqu'il s'agit d'intervenir dans l'urgence, elle est en revanche primordiale dès que la personne qui a besoin d'aide aborde des questions personnelles ou intimes. Elle sera d'autant meilleure que la personne qui se prostitue sent que son interlocuteur est compétent, qu'il comprend en quoi consiste l'univers de la prostitution et qu'il est en mesure de communiquer avec facilité. Le rôle des intervenants exerçant une fonction de médiation (médiateurs culturels, paires) est particulièrement important dans ce contexte.

La présence d'intervenants est aussi requise lorsqu'il s'agit d'accompagnement dans les services dispensant des prestations sociales ou sanitaires, de cours de langue, de soutien psychologique ou d'interventions juridiques. En ce qui concerne l'assistance juridique et l'information sur les res-

sources existant dans le dispositif, des répertoires sont toutefois souvent mis à disposition (brochures, listes d'adresses).

Enfin, des espaces sont accessibles sous forme de bureaux, de salles de réunion ou de lieux de consultation mobiles (véhicules) pour des activités telles qu'entretiens, groupes de travail, consultations, cours, etc.

Les projets ne mettent en principe pas à disposition tout l'éventail des ressources (personnel, locaux, etc.) nécessaires à la fourniture des prestations destinées aux travailleurs du sexe. Dans la plupart des cas, les projets tirent parti des moyens humains et matériels d'autres organismes qu'ils mettent en réseau. Dans cette perspective, le rôle des intervenants spécialisés dans le domaine de la prostitution consiste en particulier à sensibiliser le personnel de ces organismes aux problèmes spécifiques des travailleurs du sexe et à faire en sorte que leurs besoins soient pris en compte (horaires d'ouverture, attitude de non-jugement, etc.)

Les quelques projets orientés vers les besoins sociaux des clients nécessitent la disponibilité de collaborateurs particulièrement qualifiés (thérapeutes familiaux) en mesure de comprendre des situations difficiles et d'aider efficacement les personnes qui consultent. A cet égard, les approches simplificatrices cherchant à provoquer des sentiments de crainte apparaissent peu efficaces. La mobilisation des clients requiert en outre des dispositifs particuliers. Un projet suédois (KAST/BOSS<sup>24</sup>) a proposé ses services en utilisant plusieurs supports (presse, lieux de rencontre masculins).

## 6.5 FORMATION

### **Contenus**

Un certain nombre de projets de prévention se sont engagés dans des actions de formation. A un premier échelon, ces démarches sont orientées vers l'amélioration des capacités de leur propre personnel. Il s'agit de constituer un corpus d'informations concernant le monde de la prostitution, son expression locale, ses besoins et le cadre (juridique, social, sanitaire, etc.) dans lequel il fonctionne puis de le transmettre aux intervenants. Dans le même ordre d'idées, ceux-ci doivent se familiariser avec les caractéristiques culturelles et linguistiques des personnes qui se prostituent de manière à calibrer leurs interventions sur leur besoins. La formation porte également sur les problèmes de santé courants dans le domaine de la prostitution.

### **Public cible**

La connaissance des problèmes spécifiques à l'univers de la prostitution s'acquiert en grande partie « sur le tas ». Tous les membres de l'équipe sont concernés par les activités de formation. Si les intervenants des domaines social et sanitaire ont des connaissances à transmettre dans ces matières, les intervenants pairs passent du statut d'enseignés à celui d'enseignants quand il est question de prostitution. Pour leur part, les médiateurs culturels ont également autant à apprendre (dans les domaines d'intervention qui ne leur sont pas spécifiques) qu'à apporter lorsqu'il convient de transmettre des connaissances au sujet des caractéristiques d'autres cultures.

La formation peut s'étendre au delà du cercle des personnes directement concernées par les projets d'intervention. Elle peut par exemple s'adresser aux travailleurs du sexe. Il n'est pas toujours aisé de faire la distinction entre ce type d'activités et les prestations à caractère social ou psycho-



social évoquées à la section 6.4, on rangera dans la catégorie « formation » les séminaires et colloques destinées aux prostituées abordant des thèmes d'intérêt général ou spécifique.

La formation s'adresse aussi aux intervenants d'organismes plus marginalement concernés par les problèmes en relation avec la prostitution tels qu'unités de « police des mœurs », cliniques médicales ou services sociaux « généralistes ».

Le grand public, les décideurs politiques et administratifs constituent aussi des cibles des actions de formation. En ce qui les concerne, les objectifs poursuivis consistent plutôt à communiquer des informations propres à attirer l'attention sur un phénomène généralement mal connu et à les sensibiliser aux conséquences néfastes de certaines décisions (ou de l'absence de décisions). Ces actions sont constitutives du lobbying. Elles sont traitées plus bas.

## 6.6 OBSERVATION, DOCUMENTATION, RECHERCHE ET ÉVALUATION

Le monde de la prostitution est relativement mal connu. Les efforts pour améliorer l'état des connaissances se heurtent à son opacité et à sa constante mutation. Le phénomène migratoire, le développement d'Internet, l'émergence de nouvelles formes de travail sexuel (cf. par exemple Welzer-Lang et al<sup>149</sup>), l'évolution de la législation, la modification des données sanitaires relatives aux travailleurs du sexe ou l'effet des actions de prévention modifient son visage et les enjeux qui le concernent. Obtenir un maximum d'informations sur l'état de la situation et sur son évolution probable représente une condition impérative pour adapter le dispositif de prise en charge. Collecter des données, établir des rapports et les diffuser représente une des activités de plusieurs projets.

La nécessité d'évaluer l'activité de chaque projet a été d'emblée soulignée dans le cadre d'Europap. La difficulté de définir précisément les limites des évaluations et les problèmes techniques soulevés par de telles opérations ont retenu l'attention des promoteurs du projet européen dès 1994 : « [...] le terme « évaluation » suscite bien des malentendus. D'une part on se trouve face à une approche purement scientifique qui souligne fortement les aspects méthodologiques. Dans ce cas, certains veulent une évaluation antérieure et une évaluation postérieure à l'intervention, ainsi qu'un groupe de contrôle destiné à évaluer l'impact d'un projet de prévention en termes de résultat spécifique relatif à la santé. Cette approche est difficile. » (Europap : Recommandations et conclusions générales, 1994<sup>57</sup>) De plus on ne peut s'attendre à observer une réduction de l'incidence du VIH que dans les zones à haute prévalence. Ce n'est pas le cas en Europe<sup>150</sup>.

Parmi ses premières réalisations, Europap fournit à ses correspondants nationaux une grille d'indicateurs (de processus et de résultats) utilisables pour décrire le fonctionnement des projets et leurs résultats<sup>151</sup>). La question de l'évaluation est reprise dans l'ouvrage *Hustling for health*<sup>131</sup>. Une liste des thèmes à prendre en considération y est proposée par les auteurs :

- Contacts avec le groupe cible
- Besoins des travailleurs du sexe
- Besoins des usagers
- Modifications des comportements en matière de santé
- Prestations fournies

La plupart des démarches d'observation et de documentation se déroulent à l'échelon local – celui où s'inscrit l'action de la plupart des projets d'intervention. Certains résultats sont publiés dans la littérature scientifique (cf. Tableau 10 Comportement de protection chez les femmes prostituées). Il s'agit généralement de données récoltées à l'occasion d'études orientées vers les problèmes de santé les plus courants dans l'univers de la prostitution. Ces publications fournissent des informations sur certains effets quantifiables des programmes de prévention (en termes de comportements de protection ou d'incidence de problèmes de santé). La plupart ne contiennent que de rares indications sur le fonctionnement des projets.

En se fondant sur les pratiques habituelles des organismes non-gouvernementaux, on peut écrire que la majeure partie de l'information récoltée par les projets est contenue dans des rapports d'activité dont la diffusion ne va généralement pas au delà des cercles directement concernés par le projet qui les publie (financeurs en particulier). Ces rapports étant d'un accès malaisé (cf. section 1), il n'en a pas été tenu compte dans le cadre de la présente étude. On s'est contenté des données publiées par Europap/Tampep dont les correspondants nationaux se chargent de consolider l'information pays par pays<sup>a</sup>.

Outre Europap/Tampep et ENMP, d'autres programmes à vocation internationale potentialisent les efforts de documentation consentis à l'échelon local en rassemblant leurs résultats sur des bases nationales et internationales :

**Eurocaso** : EuroCASO : branche européenne d'ICASO (Conseil international des ONG de lutte contre le VIH/sida) rassemble environ 300 partenaires, dont un tiers en Europe de l'Est.

**AKSD** (Arbeitskreis der deutschsprachigen Strichenprojekte) : a notamment publié des standards pour la fourniture de prestations aux MSWs (cf. Wright MT. Practice standards for the provision of health promotion services to male sex workers. Poster. XIV International AIDS Conference, 2002)

**Nordic prostitution conference** : Dispositif mis en place en Scandinavie à partir de 1984 (conférences annuelles) pour aborder les problèmes de la prostitution dans la perspective commune aux pays du nord de l'Europe (prostitution comme problème social, prostituées victimes d'un ordre social patriarcal, nécessité de promouvoir la réhabilitation des prostituées plutôt qu'une politique de réduction des risques)<sup>18</sup>.

## 6.7 LOBBYING

### Contenu

Les constats opérés sur le terrain montrent combien certaines dispositions relevant de compétences étatiques (tous les échelons de l'organisation politique) exercent une influence sur l'exercice de la prostitution et, par voie de conséquence peuvent avoir un impact sur la santé des personnes qui pratiquent cette activité. En règle générale, toutes les dispositions ayant pour effet de limiter l'accès aux prestations sociales ou sanitaires, de marginaliser socialement les personnes qui se prostituent et de les reléguer dans des lieux caractérisés par un niveau élevé d'insécurité contribuent à péjorer l'état de santé des personnes qui se livrent à la prostitution. La mansuétude dont les sociétés et les organes chargés d'appliquer le droit font souvent preuve à l'endroit de ceux qui mettent en danger la vie des travailleurs du sexe représente une autre cause potentielle de péjoration pour la santé des personnes qui se prostituent.

---

<sup>a</sup> Ces informations tendent à devenir de plus en plus succinctes au fil du temps et des rapports.

Directement confrontés aux effets négatifs des décisions politiques ou administratives, la plupart des animateurs de projets de prévention s'engagent dans des activités de lobbying. Ils s'efforcent de communiquer leurs constats aux décideurs et d'attirer leur attention sur les conséquences possibles des modifications envisagées, les meilleures intentions politiques comportant souvent des « effets collatéraux » négatifs.

En **Suède**, la coordination nationale Europap/Tampep est intervenue dans les débats concernant le projet de loi sanctionnant l'achat de services sexuels par des amendes ou des peines de prison. Elle a attiré l'attention du monde politique sur les effets pervers d'une telle politique. En prévision de l'entrée en vigueur de la loi, le parlement suédois a alloué des ressources supplémentaires à la police pour lui permettre de développer son action répressive auprès des clients. En revanche, aucune ressource n'a été allouée aux projets de terrain pour faire face aux conséquences sociales et sanitaires de la nouvelle loi (réinsertion sociale et professionnelle des prostituées privées de travail par exemple). La coordination nationale Europap/Tampep est intervenue pour signaler cet oubli<sup>a,152,24</sup>.

Aux **Pays-Bas**, l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales reconnaissant la prostitution comme une activité professionnelle « normale » (i.e. ouvrant le droit à un certain nombre d'avantages sociaux et d'obligations) aboutit à ségréguer les travailleurs du sexe qui ne sont ni Néerlandais ni ressortissants de l'Union européenne. Beaucoup se retrouvent dans une situation plus inconfortable qu'auparavant car la tolérance dont ils bénéficiaient sous l'empire de l'ancien régime légal n'étant plus de mise avec les nouvelles dispositions<sup>39</sup>.

Dans le **canton de Vaud**, l'association « Fleur de pavé » a participé au groupe de travail chargé de rédiger le projet de loi sur la prostitution. Les dispositions retenues étant susceptibles de fragiliser encore plus la position d'un certain nombre de prostituées (en particulier celles en situation irrégulière), l'association est intervenue par voie de presse pour exposer son point de vue. Elle se livre par ailleurs à un lobbying actif auprès de membres du parlement cantonal.

Une partie importante des acteurs de la prévention dans le milieu de la prostitution ont le statut d'organismes non gouvernementaux. Leur fonctionnement dépend de manière prépondérante des ressources mises à leur disposition par les collectivités publiques. De manière systématique, les organismes non gouvernementaux regrettent la modicité des ressources mises à leur disposition et les problèmes qui en résultent notamment en ce qui concerne la rétribution d'une partie de leur personnel<sup>b</sup>. L'un des objectifs du lobbying consiste à attirer l'attention des organes de subventionnement sur la nature, l'étendue et l'acuité des problèmes rencontrés afin de les stimuler à maintenir – ou à augmenter – leur appui financier.

### Public cible

Décideurs politiques et responsables administratifs chargés de l'application des dispositions légales constituent les cibles principales des actions de lobbying. Celles-ci ne doivent cependant pas négliger la population générale (« opinion publique ») car les décideurs politiques sont très attentifs à ses préoccupations.

Les médias jouent un rôle important dans la diffusion de l'information. Ils sont par conséquent l'un des publics cibles des actions de lobbying des organismes cherchant à promouvoir leurs idées.

### Modalités

La collecte d'informations pertinentes (recherche) et leur mise à disposition du public représente une étape indispensable dans le travail de lobbying. Il en a été question à la section précédente.

---

<sup>a</sup> Sans résultat tangible au moment de la rédaction du présent rapport, les autorités politiques nationales estiment que c'est à l'échelon municipal que ces questions doivent trouver réponses.

<sup>b</sup> Ce sont souvent les éducateurs pairs qui font les frais de la rareté des ressources. Il en résulte passablement de découragement et de grandes difficultés en matière de recrutement.

La diffusion de ces informations constitue cependant le point le plus délicat des actions de lobbying. Elle nécessite l'établissement de contacts personnalisés avec des parlementaires, des membres de gouvernements (de l'échelon local à l'échelon national voire international), l'envoi de rapports et d'argumentaires, la participation à des procédures de consultation ainsi que des compétences pour mobiliser l'attention des médias. Organiser des séminaires, y associer les milieux académiques et politiques et s'assurer de la présence de journalistes est une manière de procéder largement diffusée dans les pays d'Europe occidentale. Ce type d'activité est plutôt l'affaire des coordinations nationales ou supranationales.

Internet permet de mettre rapidement à disposition de la documentation (même abondante). Il s'agit toutefois d'une solution de lobbying indirecte et moins efficace car elle suppose un effort relativement important de la part de celui auquel l'information est destinée.

## 6.8 PROGRAMMES : POINTS FORTS, POINTS FAIBLES

Les informations concernant le fonctionnement et les résultats des nombreux projets actifs dans l'aire géographique considérée ne sont pas directement accessibles. Les plus saillants d'entre eux sont repris – de manière résumée – dans les rapports de synthèse d'Europap/Tampep ou de l'ENMP. C'est principalement à partir de ces derniers et des recommandations formulées dans *Hustling for Health* et dans *Tips, tricks and models of good practice for service providers considering, planning or implementing services for male sex workers* que l'on a établi les Tableau 15 et Tableau 16 ci-dessous. Certains points (forts ou faibles) mentionnent des exemples. La plupart des points ne le font pas car il s'agit d'impératifs très largement perçus et mis en œuvre de manière pratiquement universelle.

Tableau 15 Points forts

<p><b>Proximité des lieux de prostitution / Capacité d'accéder à des groupes difficiles à atteindre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <u>Locaux</u> d'accueil situés à proximité des espaces de prostitution. Des espaces d'accueil fixes sont facilement repérables. Ils permettent d'élargir l'éventail des prestations fournies simultanément (par exemple : remise de préservatifs + consultation médicale + soutien psychosocial). L'action « living room » implantée dans plusieurs villes néerlandaises est un exemple de ce modèle d'organisation.</li> <li>→ <u>Véhicule</u> : L'utilisation d'un véhicule permet de s'approcher de très près des lieux de prostitution. Il offre la possibilité de suivre la "scène" si celle-ci se déplace ou de se rendre successivement sur plusieurs espaces de prostitution. Cette solution est très fréquemment utilisée.</li> <li>→ <u>Intervenant de proximité</u> (<i>outreachworker</i>) : Il entre en contact avec les travailleurs du sexe sur les lieux où ils exercent leur activité. Il utilise parfois un véhicule (cf. rubrique précédente) mais il se rend aussi dans les espaces clos de prostitution (appartements, salons de massage, bars, clubs, etc.). Mentionné dans <i>Hustling for Health</i>, une équipe composée d'un éducateur pair et d'un médecin rend visite aux femmes qui se prostituent à domicile pour leur fournir des soins médicaux et pour les informer et les familiariser sur le réseau "de ville" à leur disposition. Le travail de proximité est une condition de la réussite des projets d'intervention dans l'univers de la prostitution.</li> <li>→ <u>Téléphone / Internet</u> : Certains segments de la prostitution sont particulièrement difficiles à contacter car ils n'exercent pas dans des lieux accessibles au public. Téléphone et Internet sont parfois utilisés pour établir les contacts que les intervenants de proximité n'ont pas pu réaliser en personne. En Irlande, le <i>Women's health project</i> tient à jour un répertoire téléphonique des agences d'escorte, salons de massage et des femmes travaillant seules en utilisant un téléphone cellulaire. Ses intervenants appellent chaque mois pour fournir des informations utiles. Aux Pays-Bas, le site Internet de la fondation <i>Soa-bestrijding</i> permet d'établir avec succès des contacts et de diffuser des messages de prévention aux clients de prostituées qu'il est impossible d'atteindre à l'occasion d'actions menées sur les lieux de prostitution (espaces publics). Il s'agit d'un site "passif" auquel les internautes s'adressent volontairement. Les résultats obtenus au moyen d'Internet sont moins positifs lorsque les intervenants cherchent à prendre contact avec les personnes qui offrent ou recherchent des prestations sexuelles (cf. ENMP, groupe Europe centrale ou Europap Suède<sup>24</sup>).</li> </ul>
<p><b>Collaboration avec le public cible</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Associer des travailleurs du sexe à la définition des objectifs, à l'organisation du dispositif et à la fourniture des prestations représente non seulement un gage de réussite (adéquation de l'offre par rapport à la demande) mais aussi un puissant outil d'<i>empowerment</i> pour une population souvent dépossédée de ses capacités d'auto-détermination. Aspasie (Genève) représente une des associations au sein desquelles le rôle fondateur des prostituées a été particulièrement important et dont l'évolution récente est révélatrice des problèmes posés par la professionnalisation accompagnée d'une certaine perte d'influence des travailleurs du sexe.</li> <li>→ Le projet Hot-Line (Francfort, Allemagne) s'est construit à l'initiative des prostituées qui se sentaient menacées dans l'exercice de leur activité et qui ont décidé de mettre au point un outil de signalement des clients potentiellement dangereux avec l'aide de la police locale<sup>140</sup>.</li> </ul>
<p><b>Recours à du personnel qualifié</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les problèmes rencontrés par les travailleurs du sexe sont souvent d'une extrême gravité et d'une grande complexité. Leur prise en charge doit être confiée à du personnel qualifié et parfaitement informé des spécificités de l'univers de la prostitution<sup>153</sup>.</li> <li>→ Des ressources financières suffisantes et assurées dans la durée permettent d'engager du personnel qualifié et de le retenir.</li> <li>→ La formation permanente des intervenants constitue un gage pour la qualité des prestations offertes.</li> </ul>

<b>Recours à des médiateurs culturels</b>	→ Les migrants sont nombreux parmi les travailleurs du sexe. Certains appartiennent à des cultures où les valeurs, les représentations sociales, les tabous, la nature des rapports entre genres, les pratiques sexuelles, etc. diffèrent de ceux de la “société d’accueil”. Le médiateur culturel facilite la compréhension entre intervenants et membres du groupe cible et permet à chacun de relativiser sa propre position. Il fournit aux collaborateurs des projets des “clés” pour adapter le contenu de leurs interventions aux références culturelles du public cible.
<b>Recours à des éducateurs pairs</b>	→ En raison des spécificités de leur situation personnelle et de leur activité, les personnes qui se prostituent ne sont pas naturellement enclines à accepter les prestations des intervenants sociaux et sanitaires. Elles accordent plus facilement leur confiance à des personnes avec lesquelles elles partagent (ou ont partagé) une communauté de destin. Ayant exercé ou exerçant encore la prostitution, les éducateurs pairs représentent l’avant-garde des équipes de prévention. Ils établissent des contacts et servent de multiplicateurs de l’information (protection contre les infections, prestations offertes par le réseau de prise en charge). Les éducateurs pairs sont des travailleurs de proximité ( <i>outreachworkers</i> ). Ils peuvent aussi avoir une fonction de médiateurs culturels. <sup>a</sup>
<b>Tenir compte des besoins exprimés par le public cible</b>	→ La plupart des observateurs relèvent que la protection contre le VIH et contre les infections sexuellement transmissibles ne constitue souvent ni la seule ni la première préoccupation des travailleurs du sexe. Les projets les plus efficaces en matière de protection contre le VIH et les IST se construisent autour des besoins exprimés par les travailleurs du sexe auquel ils cherchent également à apporter des réponses satisfaisantes.
<b>Combiner les cibles des actions de prévention</b>	→ Les travailleurs du sexe représentent une des parties concernées par le marché de la prostitution. Concentrer les actions de prévention sur les travailleurs du sexe aboutit à leur faire porter toute la responsabilité de la protection. A l’inverse, agir simultanément sur toutes les parties et donc aussi sur les clients et sur ceux qui organisent le marché de la prostitution (managers des espaces de prostitution) accroît la légitimité de l’exigence de protection formulée par les personnes qui se prostituent.
<b>Attitude de non-jugement</b>	→ Plusieurs observateurs relèvent que les personnes qui se prostituent taisent souvent ce fait lorsqu’elles consultent des structures de soins ou d’autres fournisseurs de prestations (par exemple les services sociaux). La crainte d’avoir à supporter les conséquences du stigmate attaché à la prostitution et, en particulier, d’être méprisées par ceux auxquels elles s’adressent explique en partie ce silence. Seule une attitude de non-jugement permet d’établir une relation d’aide efficace et satisfaisante <sup>154</sup> .
<b>Bas seuil d’accès</b>	→ Permettre d’accéder aux prestations indispensables rapidement, à moindres frais (si possible gratuitement) et sans démarches administratives imposant de révéler sa situation (de travailleur du sexe ou/et de personne en situation irrégulière) représente le seul moyen d’amener les travailleurs du sexe les plus marginalisés à faire état de leurs difficultés et à d’améliorer leurs conditions d’existence et leur santé au sens large.
<b>Horaires et structures adaptés</b>	→ Les spécificités de l’univers de la prostitution rendent difficile voire impossible l’utilisation des services sanitaires et sociaux durant leurs heures habituelles d’ouverture. Les travailleurs du sexe peuvent en outre se sentir mal à l’aise dans un cadre conçu pour le public “tout venant”. L’aménagement de plages horaires spécialement consacrées aux travailleurs du sexe ou la création de structures spécialisées encouragent ceux-ci à recourir aux prestations susceptibles d’améliorer leurs conditions d’existence et leur santé au sens large

<sup>a</sup> L’évaluation d’un projet d’éducation par les pairs, réalisée en Angleterre<sup>164</sup> dans le milieu des *escort boys* en utilisant une méthodologie « quasi expérimentale », introduit un bémol en ce qui concerne l’efficacité de ce type d’intervenants. L’étude souffre toutefois de problèmes méthodologiques importants qui pourraient expliquer ce constat<sup>165</sup>.

	<p>A Zurich, le projet Herrmann offre régulièrement un <i>Dokortag</i> pour dispenser contrôles (test VIH et autres diagnostics), vaccinations et soins aux prostituées n'ayant pas accès au dispositif sanitaire standard.</p> <p>A Aarhus, la clinique pour maladies sexuellement transmissibles a des heures d'ouverture spéciales pour les prostituées.</p>
<p><b>Densité du réseau</b></p>	<p>→ Aucun projet n'est en mesure de répondre seul à la grande variété des problèmes rencontrés par les travailleurs du sexe. L'efficacité de la prise en charge passe par la capacité des projets travaillant en étroit contact avec l'univers de la prostitution de mobiliser le plus large éventail possible d'acteurs "non spécifiques". Les fournisseurs de prestations médicales font plus particulièrement partie de ces derniers car il serait particulièrement coûteux de créer une filière uniquement dédiée aux prostituées. Le réseau ne se limite pas aux fournisseurs de prestations sanitaires et sociales. Il devrait aussi intégrer les corps de police (dont les méthodes peuvent être déterminantes sur les conditions de travail de certains segments de la prostitution).</p>
<p><b>Capacité de mobiliser les décideurs en vue d'adapter les conditions cadres de la prostitution</b></p>	<p>→ Des décisions politiques ou administratives peuvent avoir un impact négatif sur le cadre d'exercice de la prostitution et compromettre les conditions d'existence, le bien-être et la santé des personnes qui se prostituent. Il convient d'informer les décideurs et de faire en sorte de les amener à prendre des décisions tenant compte des besoins particuliers des travailleurs du sexe. La capacité des structures dédiées à la résolution des problèmes rencontrés par ces derniers de se profiler comme des interlocuteurs crédibles est déterminante pour le succès de leurs démarches.</p>
<p><b>Nécessité de travailler dans le long terme et garantie de financement</b></p>	<p>→ Les difficultés rencontrées pour établir des contacts avec l'univers de la prostitution et le renouvellement continu des travailleurs du sexe actifs à un endroit donné appellent une action qui se renouvelle en permanence et qui s'inscrit dans la durée<sup>155</sup>. Offrir des prestations de qualité dans le long terme requiert des ressources suffisantes et garanties. La plupart des projets se trouvent à cet égard dans une position délicate. Les moyens mis à leur disposition ne sont pas suffisants pour faire face aux besoins et rétribuer convenablement leur personnel. D'autre part, les ressources sont souvent allouées sur la base de contrats limités dans le temps.</p>
<p><b>Penser globalement et agir localement</b></p>	<p>→ L'importance de la proportion des migrants dans la population des travailleurs du sexe met en évidence la nécessité d'une vision élargie de l'univers de la prostitution afin de pouvoir prendre des dispositions efficaces à l'échelon local. Les coordinations et l'échange d'informations qui se sont notamment organisés à l'échelon européen offrent une image plus claire des problèmes et des enjeux. Des projets transfrontaliers peuvent en outre se révéler pertinents pour résoudre certains problèmes perçus à l'échelon local.</p> <p>Europap/Tampep et ENMP représentent les principaux organes de coordination dans le domaine de la prévention du VIH/sida, des infections sexuellement transmissibles et, d'une manière plus générale, de la promotion de la santé des travailleurs du sexe.</p> <p><i>Umbrella</i> est une action européenne<sup>156</sup> qui pilote des interventions transfrontalières telles que <i>Merithätit-Seastar</i> (entre l'Estonie et la Finlande)<sup>10,157</sup> ou le projet qui se déroule dans le Rheintal et associe des acteurs du land autrichien du Vorarlberg et du canton de Saint-Gall<sup>158,158,159</sup>.</p>

Tableau 16 Points faibles

<p><b>Prestations liées à une obligation</b></p>	<p>→ Plusieurs pays (ou fractions de pays) connaissent l'obligation d'enregistrement et / ou l'obligation de se soumettre à des contrôles médicaux réguliers. Conçue dans une double perspective sanitaire (lutte contre la transmission des IST) et administrative (contrôle d'une population souvent associée avec le milieu criminel, contrôle des conditions de travail, contrôle de la régularité du séjour, etc.), cette obligation est très mal respectée. On peut considérer qu'elle exerce une influence négative sur les travailleurs du sexe en marginalisant encore plus ceux qui se trouvent en situation irrégulière (ils commettent une infraction supplémentaire) et ceux qui craignent avant tout les conséquences sociales de la révélation de leur état de personne exerçant la prostitution.</p>
<p><b>Conflits d'intérêts entre mesures préventives et dispositif répressif</b></p>	<p>→ Les efforts consentis pour établir des contacts confiants et constructifs avec des groupes aussi difficiles à atteindre que les travailleurs du sexe peuvent être réduits à néant si, par son harcèlement et ses méthodes, la police repousse les travailleurs du sexe dans une clandestinité où ils doivent travailler dans des zones dangereuses et renoncer aux mesures de précaution que constituent la négociation de leurs prestations et l'évaluation de la dangerosité potentielle du client. Les programmes constatent que, dans un tel climat, la fréquentation diminue sensiblement.</p>



## 7 DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

### **Les conditions sont réunies pour que le phénomène de la prostitution prenne de l'ampleur, en particulier en raison de l'attrait exercé par les pays riches**

Les informations concernant l'importance du marché du sexe sont lacunaires. Elles permettent toutefois d'évaluer à plusieurs centaines de milliers l'effectif des personnes qui se prostituent en Europe. Même s'il ne faut pas négliger le rôle du trafic d'êtres humains non consentants dans l'approvisionnement du marché du sexe ce sont les difficultés économiques qui sont principalement à l'origine de la prostitution. Cette dernière peut représenter une solution pour les personnes sans accès à un emploi traditionnel et confrontées pour différents motifs à des charges financières excédentaires. La pauvreté est bien présente en Europe. Elle est particulièrement visible dans les pays de l'ancien bloc soviétique. La transition de régimes à économie dirigée vers un libéralisme radical y a entraîné un chômage important. L'écroulement des systèmes de protection sociale ne permet pas d'y offrir des revenus de substitution. Il a contraint un nombre considérable de personnes à accepter n'importe quel type d'activité pour assurer leur survie. Moins manifeste, la pauvreté est également répandue dans les pays d'Europe occidentale. Le coût de la vie y est souvent élevé et les revenus ne permettent pas toujours de faire face aux besoins d'une personne ou d'un ménage. L'insuffisance de ressources est particulièrement sensible chez les personnes toxico-dépendantes. A l'exception de la Suède qui a interdit l'achat de relations sexuelles, la demande pour de telles prestations est licite et importante. La situation schématiquement décrite ici ne devrait pas se modifier dans les années à venir. La prostitution demeurera un fait de société avec lequel devoir compter.

De tout temps, des gens se sont déplacés d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre voire d'un continent à l'autre en espérant améliorer leurs conditions d'existence. En Europe, la présence simultanée d'économies nationales fortement contrastées dans un espace géographique relativement restreint et dépourvu de barrières naturelles exerce une forte pression sur l'envie de se rendre là où l'on croit savoir que la vie est plus facile. La construction progressive de l'Union européenne et le démantèlement de l'ancien bloc soviétique accusent cette tendance. Même l'éloignement géographique ne constitue plus un problème en raison de l'amélioration des moyens de transport. L'Europe occidentale exerce un attrait sur les habitants d'autres continents. Les gouvernements utilisent des instruments juridiques pour tenter de contrôler l'immigration. Ceux-ci ne sont toutefois que des obstacles virtuels incapables de s'opposer aux déplacements des personnes. En revanche, ces instruments juridiques 'fonctionnent' parfaitement une fois le migrant parvenu à destination. Ils le repoussent dans les marges de la société, lui interdisent d'accéder à un emploi normal et le contraignent la plupart du temps à vivre dans des conditions particulièrement désavantageuses. Ils font le lit du travail clandestin et de l'exploitation qui lui est associée. Le recours à la prostitution de la part d'un certain nombre de migrants relève en partie de cette logique.

Les informations rassemblées pour l'établissement de ce rapport montrent sans ambiguïté que le potentiel de développement de la prostitution est élevé. L'augmentation de l'effectif des travailleurs du sexe entraînera une concurrence accrue. Elle se manifestera par une réduction du prix des prestations et par l'augmentation du nombre des relations sexuelles non protégées (pour lesquelles la demande demeure forte). La réduction des coûts fragilisera encore plus la position des travailleurs du sexe qui devront multiplier le nombre de leurs prestations pour obtenir un revenu équivalent et qui augmenteront en proportion la probabilité de nuire à leur santé.

## **De nombreuses dispositions juridiques contribuent à clandestiniser les travailleurs du sexe et accroissent les risques auxquels ils sont exposés**

La prostitution est une activité dangereuse. Les personnes qui l'exercent sont exposées à toute sorte de risques. Ceux-ci renvoient en particulier au milieu dans lequel elles évoluent (violence, sujétion), aux clients (violence, mépris, état de santé) ou à l'activité elle-même (pratiques sexuelles à risque). Ces risques se combinent avec des conditions d'existence souvent défavorables (difficultés économiques) et, dans de nombreux cas, avec une toxicodépendance à l'origine de besoins financiers poussant à la prostitution.

Sans interdire à proprement parler la prostitution, plusieurs dispositions juridiques ou administratives en limitent strictement l'exercice. Elles confinent cette activité à certains espaces et à certains moments de la journée. Elles répriment des comportements qui lui sont pourtant inhérents (racolage) au motif qu'ils pourraient troubler l'ordre public ou attenter aux bonnes mœurs. Plusieurs pays ou fractions de pays en subordonnent l'exercice à un enregistrement administratif et parfois à des contrôles médicaux périodiques. Les dispositions limitant l'usage pouvant être fait des gains de la prostitution empêchent certaines personnes qui se prostituent de partager l'existence d'un partenaire. Socialement réprouvé, l'exercice de la prostitution peut conduire les administrations à séparer les travailleurs du sexe de leurs enfants mineurs. Ces mesures ont pour principal effet de « clandestiniser » la prostitution. Elles réduisent de manière considérable la marge de manœuvre dont les travailleurs du sexe ont besoin pour évaluer les risques qu'ils courent avec leurs clients. Généralement pécuniaires, les peines appliquées en cas d'infraction contraignent les travailleurs du sexe à poursuivre leur activité pour se procurer les ressources nécessaires pour payer les amendes qui les frappent.

La situation est encore aggravée lorsque les travailleurs du sexe sont des migrants en situation irrégulière. Leurs conditions d'existence sont la plupart du temps extrêmement précaires (logement, hygiène). Ils doivent souvent de l'argent à ceux qui les ont aidés à immigrer. Ils sont victimes de chantages de la part de ceux qui connaissent leur situation. Ils ne peuvent souvent accéder aux services de santé qu'en s'acquittant du prix intégral des prestations reçues. Ils n'ont pas la possibilité de s'adresser aux services sociaux et n'osent pas demander l'intervention de la police lorsqu'ils sont victimes de violences. Ils vivent isolés en raison de leur manque de connaissance de la langue locale.

Le renforcement des dispositions légales relatives à l'immigration et les pressions exercées pour éloigner la prostitution des espaces publics contribuent à péjorer la position des travailleurs du sexe. Réduits à une clandestinité de plus en plus absolue et dans une dépendance croissante par rapport à toute sorte d'intermédiaires, ils sont contraints d'exercer leurs activités dans des conditions comportant un potentiel élevé de nuisances pour leur santé somatique et psychique.

**La prévalence du VIH parmi les prostituées est relativement basse, celle parmi les MSW et les personnes travesties/transsexuelles est préoccupante ; la situation des clients est inconnue**

Les connaissances sur la prévalence de l'infection par le VIH chez les travailleurs du sexe sont lacunaires. Les collectifs observés sont la plupart du temps des « échantillons de commodité » formés de personnes consultant des centres de contrôle et de soins ou utilisant les prestations de projets de

prévention. Ils ne reflètent qu'imparfaitement la situation prévalant dans des aires géographiques circonscrites et pour certaines modalités de prostitution (plutôt la prostitution de rue).

Les travailleurs du sexe forment une population hétérogène sous l'angle de leur état de santé et, singulièrement, de la prévalence du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles. On relève en premier lieu qu'une proportion parfois relativement élevée d'entre eux ignorent tout de leur situation sanitaire faute d'avoir eu accès – ou de s'être soumis – à des examens diagnostics (test VIH notamment); cette méconnaissance pourrait induire une sous-évaluation des problèmes de santé.

Trois groupes se dégagent : les autochtones non-UDI, les migrants et les injecteurs de stupéfiants. La prévalence des maladies sexuellement transmissibles est relativement faible dans le premier groupe. Elle est un peu plus élevée dans le deuxième groupe et généralement élevée dans le troisième. Le groupe des injecteurs de stupéfiants est plutôt homogène. Quelle que soit la provenance géographique des personnes qui le composent (autochtones ou migrants), il est caractérisé par une prévalence VIH élevée. Le groupe des migrants est plus hétérogène. Il comprend notamment un sous-groupe (variable selon les pays) formé des personnes provenant de zones à haute prévalence VIH (Afrique subsaharienne tout particulièrement) et un sous-groupe provenant de régions moins touchées. Connaissant une prévalence VIH plus élevée que la moyenne, les prostitué(e)s originaires des pays les plus touchés par le VIH/sida sont par ailleurs plus vulnérables en raison de leur isolement et de leur difficulté à accéder à des soins. La situation des travailleurs du sexe provenant des anciens pays du bloc soviétique est médiocre. La prévalence du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles est en train d'augmenter dans ces Etats, de même que la population des injecteurs de drogue<sup>160</sup>. Compte tenu de la grande mobilité des travailleurs du sexe d'Europe centrale et orientale, les taux relativement élevés de maladies sexuellement transmissibles déjà enregistrés pourraient connaître une augmentation sensible ces prochaines années.

La situation des prostitués masculins est encore moins bien documentée que celle des travailleuses du sexe. L'influence de la toxicomanie par injection sur les taux de prévalence au sein de ce groupe est aussi apparente. Son effet différenciateur y est toutefois moins fort que parmi les femmes car la prévalence chez les MSW non-UDI est généralement nettement plus élevée que celle observée dans l'univers de la prostitution hétérosexuelle. Cela suggère que la multiplication des relations sexuelles anales – et cela avec des partenaires payants parmi lesquels l'infection VIH est plus fréquente – ainsi que l'exclusion sociale et la marginalisation exposent les prostitués masculins à un risque plus important d'infection. Personnes travesties et transsexuelles forment aussi un groupe aussi particulièrement vulnérable.

Les clients sont une véritable *terra incognita* en matière de prévalence des IST. Les études qui leur ont été consacrées sont extrêmement rares et n'autorisent pas de conclusions définitives. Elles suggèrent toutefois que cette population pourrait présenter une prévalence supérieure à la moyenne en ce qui concerne l'hépatite B et la chlamydia.

Il existe actuellement un potentiel de péjoration relativement important de la situation sanitaire des travailleurs du sexe. La forte mobilité de la prostitution provenant de zones à forte prévalence du VIH et d'autres IST ainsi que la pression qu'elle exercera sur les effectifs pourraient entraîner des conséquences négatives au niveau de la protection des rapports sexuels et des conditions d'existence des prostitué(e)s. En outre, s'agissant pour la plupart de personnes en

situation irrégulière, les migrants accèdent très difficilement aux soins et, partant, courent un risque élevé de voir leur état de santé se dégrader.

### **Le taux de protection à l'occasion de rapports sexuels est sujet à d'importantes variations : il apparaît particulièrement bas lors des relations « privées »**

La protection dans le contexte de l'activité professionnelle des travailleurs du sexe est sujette à d'importantes variations. Auto-reportée, elle pourrait par ailleurs donner lieu à une certaine surévaluation compte tenu de l'effet de désirabilité sociale induit par les efforts consentis pour promouvoir l'utilisation du préservatif dans le cadre de relations sexuelles – monnayées ou non<sup>98</sup>.

Au cours de la dernière décennie, on a généralement observé une augmentation de la proportion des prostituées qui déclarent avoir systématiquement des relations sexuelles protégées. Des entretiens en profondeur nuancent toutefois cet énoncé. On constate ainsi que, nécessité faisant loi, renoncer à toute protection en contrepartie d'un prix plus élevé n'est pas chose rare. Le rapport au client peut aussi modifier le comportement de protection, le préservatif étant moins systématiquement exigé lorsqu'il s'agit d'un habitué. Dans les pays de l'Est, le taux des relations sexuelles payantes protégées semble un peu moins élevé.

Plusieurs segments de la population des prostituées présentent une vulnérabilité accrue en raison de leur taux plus élevé de relations sexuelles non protégées. Il s'agit des prostituées UDI, des prostituées exerçant sur la rue, des migrantes et des *escort girls*.

La situation des prostitués de sexe masculin est apparemment plus contrastée que celle des femmes. Les études conduites en Europe de l'Est montrent une exposition au risque extrêmement élevée. A l'inverse, les relations tarifées bénéficient d'une protection assez élevée en Europe occidentale. Les migrants représentent le segment le plus vulnérable de la population des prostitués de sexe masculin. Il faut par ailleurs relever qu'une part importante de ces travailleurs du sexe ne se considèrent pas comme des homosexuels. Ils entretiennent aussi des relations hétérosexuelles et pourraient de ce fait constituer un relais entre monde de l'homosexualité et population générale. Enfin, il faut souligner que les prostitués de sexe masculin et les transsexuels sont parfois vulnérables à tout point de vue et que leur santé n'est pas seulement menacée par leurs pratiques sexuelles mais aussi par la grande misère dans laquelle ils vivent<sup>1,102</sup>.

Tous genres confondus, c'est dans le domaine de leurs relations privées (relations sexuelles avec des partenaires non payants) que les travailleurs du sexe renoncent le plus souvent à toute protection. Il s'agit d'un constat universel qui s'explique en particulier par le besoin de distinguer vie privée et activité sexuelle rétribuée. Cette situation est problématique : leurs partenaires non payants multiplient souvent les relations sexuelles avec d'autres personnes<sup>126</sup>, peuvent être concernés par des relations homosexuelles et sont nombreux à s'injecter des drogues<sup>161</sup>.

Les comportements des clients sont sensiblement plus mal connus que ceux des travailleurs du sexe. Le fait que tant de relations payantes se déroulent sans préservatifs suggère qu'il existe une forte demande pour des relations non protégées. Les quelques études consacrées à ce thème font apparaître une situation symétrique à celle observée à partir du point de vue des travailleurs du sexe : on abandonne plus facilement la protection lorsqu'on a l'habitude de fréquenter une même personne<sup>162</sup>.

En raison des relations sexuelles qu'ils entretiennent avec d'autres partenaires, une proportion relativement importante de clients sont susceptibles de jouer un rôle de relais dans la diffusion du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. Il n'est pas rare que des clients de prostituées entretiennent également des relations avec des homosexuels<sup>105</sup>. En outre, on sait que les clients de prostituées ne se protègent en principe pas dans le cadre de leurs relations privées<sup>2,154</sup>.

La méconnaissance des risques auxquels on s'expose en renonçant à toute protection paraît constituer une explication importante des constats posés au sujet de l'utilisation plus ou moins systématique du préservatif. Ces lacunes sont généralisées et concernent aussi bien les travailleurs du sexe, leurs souteneurs que les clients. Des connaissances insuffisantes en ce qui concerne l'utilisation des moyens de protection (préservatif et lubrifiants en particulier) complètent le tableau. On constate par exemple que les intéressés ignorent souvent comment il faut réagir en cas de rupture de préservatif.

Plusieurs groupes vulnérables se dégagent des études réalisées. Il subsiste néanmoins des populations sur lesquelles les connaissances sont très lacunaires voire inexistantes. On sait ainsi peu de choses sur la prostitution qui se déroule dans des espaces privés (appartements), sur la situation des travailleurs du sexe exerçant leur activité dans le cadre de services d'escorte ainsi que sur les clients des travailleurs de sexe. On ignore en outre à peu près tout des travailleurs du sexe séropositifs. L'ignorance est également de mise en ce qui concerne les travailleurs du sexe mineurs.

**De nombreux projets spécifiques tendent à combler les lacunes apparaissant dans la couverture des besoins sanitaires et sociaux des travailleurs du sexe. Efficaces et appréciés, ils sont souvent menacés par le caractère insuffisant et incertain de leurs ressources**

De nombreux projets d'intervention spécifiquement dédiés aux problèmes rencontrés par les travailleurs du sexe ont vu le jour. Ils proposent des prestations dont l'éventail varie de l'un à l'autre. En règle générale, tous les projets comportent une forte dimension préventive. La diffusion de conseils en matière de lutte contre le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles et la remise de matériel de protection (préservatifs, lubrifiants) représentent un point commun à la plupart d'entre eux. Beaucoup offrent en outre des prestations sanitaires (tests, examens, vaccinations, soins) et des prestations de nature sociale principalement orientées vers les besoins des travailleurs du sexe les plus marginalisés par leur situation administrative (migrants en situation irrégulière).

Les projets s'inscrivent dans une perspective de complémentarité avec les dispositifs sanitaires et sociaux existants. En principe, ils proposent des prestations n'existant pas dans le réseau ou inaccessibles pour des raisons administratives (pas délivrées aux non-ayants droit), organisationnelle (horaires, éloignement des zones où se déroule l'activité des prostituées) ou psychosociales (n'offrant pas la qualité d'accueil – non jugement – souhaitée par les travailleurs du sexe). Plutôt que créer de nouvelles structures, les projets cherchent à tirer le meilleur parti de l'existant. Le travail de mise en réseau et d'adaptation de ce qui est potentiellement disponible est important. Il porte en particulier sur la transformation des représentations sociales négatives qui stigmatisent les travailleurs du sexe et peuvent entraîner des attitudes de rejet ou de mépris de la part des intervenants devant s'occuper d'eux. Il comporte aussi une dimension importante d'accompagnement des travailleurs du sexe lors de leurs démarches auprès d'organismes (spécialement publics) dont ils redoutent les réactions.

Le travail accompli dans les structures spécifiquement dédiées aux travailleurs du sexe fait en particulier appel à l'intervention des « pairs ». Il s'agit de personnes familiarisées avec le milieu de la prostitution pour y avoir elles-mêmes travaillé et qui, comprenant les enjeux et les modalités de ce type d'activité, sont mieux accueillies et considérées a priori comme plus crédibles que d'autres intervenants. Dans un contexte marqué par l'importance des flux migratoires, le rôle des médiateurs culturels apparaît aussi de première importance. Ces intervenants jouent un rôle de relais entre des personnes provenant d'univers différents et dont les représentations et comportements doivent être perçus dans une perspective interculturelle. A ces intervenants s'ajoutent, selon les spécificités du projet, des intervenants possédant différents profils professionnels (personnel médical et infirmier, travailleurs sociaux, juristes, etc.).

La plupart des projets recueillent des informations sur l'univers de la prostitution et l'effet des différentes politiques publiques. Plusieurs se livrent à une activité de lobbying orientée vers l'amélioration des conditions cadres de l'exercice de la prostitution. C'est surtout à l'échelon national et international que s'effectue ce type de démarches.

De nombreux projets ont été mis sur pied par les organismes non gouvernementaux sans but lucratif. Leur fonctionnement est assuré au moyen de subventions allouées par les collectivités publiques ainsi que par des soutiens offerts par des œuvres privées (fondations). Les ressources allouées sont souvent inadaptées à la nature, à la variété et à l'acuité des problèmes rencontrés sur le terrain. Elles ne sont par ailleurs souvent garanties que pour une période réduite. Manque de ressources et incertitudes quant à l'avenir constituent un souci partagé par les animateurs de très nombreux projets. Ils ont un impact négatif sur la politique du personnel (salaires non assurés, perte de motivation, difficulté à fidéliser les collaborateurs et plus spécialement les pairs – généralement les moins bien considérés en terme de reconnaissance salariale).

A de très rares exceptions près, les projets constatent que leurs prestations trouvent un public et que celui-ci fait état d'un niveau de satisfaction élevé. Elles mettent cependant en évidence les difficultés qu'elles rencontrent à toucher certains secteurs de la prostitution (services d'escorte, personnes offrent leurs services sur Internet, mineurs, etc.) et les problèmes que leur pose une immigration clandestine rendue encore plus discrète en raison des mesures légales ou de police prises à son égard et que leurs ressources limitées ne permettent pas d'atteindre.

L'efficacité des projets tient à leur capacité de nouer des contacts avec la population cible en développant leurs actions sur les lieux de prostitution et en agissant à travers des collaborateurs considérés comme « crédibles » par les travailleurs du sexe (i.e. en mesure d'échanger dans une langue commune, au fait des problèmes rencontrés par les prostitué(e)s et compétents en matière sanitaire, sociale, juridique, etc.). La facilité d'accès (« bas seuil », gratuité, horaires adaptés), l'attitude de non-jugement des intervenants, la capacité de délivrer aussi les prestations dont les travailleurs du sexe estiment avoir le plus besoin (pas nécessairement des conseils ou du matériel de prévention des infections sexuellement transmissibles) constituent également d'important facteurs de réussite. A l'inverse, l'incertitude et l'insuffisance des ressources et certaines mesures – par exemple de maintien de l'ordre – contribuant à rendre plus difficile l'accès des intervenants aux travailleurs du sexe affaiblissent l'efficacité des projets.

## 8 RECOMMANDATIONS

Constats	Recommandations
<p>La prostitution est un phénomène :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ dont certaines dimensions sont mal connues ;</li><li>→ avec une très importante composante migratoire ;</li><li>→ en mutation constante.</li></ul>	<p>Améliorer la connaissance du phénomène :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ à l'échelon local (en systématisant et en coordonnant le dispositif de collecte de l'information) ;</li><li>→ à l'échelon national (en « consolidant » les données recueillies à l'échelon local) ;</li><li>→ à l'échelon européen en participant activement aux dispositifs existants (Europap/Tampep) ;</li><li>→ un effort de documentation particulier doit être consenti à propos des clients en tant que groupe-relais.</li></ul>
<p>Des décisions politiques ou administratives peuvent avoir un impact négatif sur les conditions cadre du travail sexuel et compromettre les conditions d'existence, le bien-être et la santé des personnes qui se prostituent.</p>	<p>Les décideurs politiques et administratifs sont sensibilisés (lobbying) aux questions en relation avec la prostitution et aux conséquences négatives de certaines dispositions juridiques et administratives sur la santé des travailleurs du sexe, sur leur vulnérabilité aux IST et sur leur exposition à des épisodes de violence.</p>
<p>Sur les lieux de prostitution, la présence ostensible de la police ou des interventions confinant au harcèlement (des travailleurs du sexe ou des clients) repoussent la prostitution vers des zones éloignées et peu sûres, rendant les contacts avec les intervenants malaisés et rares. Les travailleurs du sexe n'ont plus le temps de prendre les précautions élémentaires (négocier des pratiques sexuelles sûres, s'assurer que le client n'est pas dangereux).</p>	<p>Politiciens et intervenants sanitaires et sociaux doivent construire une collaboration confiante, respectueuse des prérogatives de chaque partie et soucieuse de limiter au maximum les risques auxquels sont exposés les travailleurs du sexe.</p> <p>L'OFSP pourrait prendre l'initiative de réunir des plates-formes interdisciplinaires – ouvertes aux intervenants sanitaires et sociaux, aux forces de police voire au monde politique et judiciaire – à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la toxicomanie.</p>

---

Les travailleurs du sexe renoncent souvent à faire appel aux services de santé :

- car les spécificités de leur activité ne s'accordent pas avec les modalités de fonctionnement de ces services (horaires) ;
- car ils se sentent stigmatisés en raison de leur activité professionnelle ;
- car ils ne connaissent pas les ressources à disposition en raison de leur constante mobilité ;
- car ils ne peuvent bénéficier de soins financièrement abordables en raison de leur situation irrégulière (clandestins non assurés).

Les autorités sanitaires fédérales attirent l'attention des autorités sanitaires cantonales sur la nécessité :

- d'adapter les modalités de fonctionnement des services de santé aux caractéristiques d'une population au sein de laquelle les besoins sanitaires sont particulièrement importants (horaires, formation et attitude du personnel de soins) ;
- le cas échéant, de créer ou de financer des structures spécialisées adaptées aux besoins, aux moyens et aux spécificités des segments les plus vulnérables de la population des personnes qui se prostituent, ces structures complétant le dispositif sanitaire « standard » et lui permettant d'améliorer sa capacité de réponse.

---

Les travailleurs du sexe sont confrontés à toute sorte de problèmes. La prévention du VIH/sida et d'autres IST ne leur apparaît pas nécessairement prioritaire. Ils sont toutefois accessibles à des actions de prévention à condition de pouvoir aussi résoudre leurs difficultés les plus aiguës (souvent des besoins primaires).

Les organes de subventionnement ne sauraient limiter leur soutien financier aux seules actions de prévention du VIH/sida et des IST. Ils doivent aussi financer les autres prestations délivrées par les institutions afin que celles-ci demeurent attrayantes aux yeux des travailleurs du sexe.

---

D'une manière générale, les travailleurs du sexe (femmes, hommes, travestis et transsexuels) ont des relations sexuelles payantes plutôt bien protégées. Les lacunes relevées au niveau de la protection contre les IST sont principalement à mettre en relation avec les pressions – généralement financières mais parfois aussi assorties de menaces ou de violences corporelles – exercées par les clients.

Les relations avec les partenaires non payants (et dans certains cas avec des clients connus) sont significativement moins protégées et peuvent comprendre des pratiques exposant à un risque accru de transmission du VIH.

Les efforts destinés à améliorer les connaissances des travailleurs du sexe en matière de risques et de protection doivent être renforcés. On veillera en particulier à toucher les catégories moins accessibles de prostitué(e)s.



---

Les projets de prévention destinés aux acteurs du monde de la prostitution doivent s'inscrire dans la durée car leur public change souvent et que les actions de prévention doivent se répéter pour produire des effets durables.

Des ressources suffisantes pour développer des actions dans la durée doivent être garanties aux institutions de prévention actives dans l'univers de la prostitution.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Wright MT. Male sex workers: determining prevention needs and estimating total numbers using a combination of methods. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 2 Barnard MA, McKeganey NP, Leyland AH. Risk behaviours among male clients of female prostitutes. *Br Med J* 1993;307(6900):361-2.
- 3 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 4 UNAIDS. Sex work and HIV/AIDS : UNAIDS technical update. Geneva: UNAIDS; 2002. (UNAIDS best practice collection).
- 5 Loncle F. L'Europe de l'Ouest, proxénète des femmes de l'Est. *Le Monde diplomatique*. 8.
- 6 Aral SO, St Lawrence JS, Tikhonova L, Safarova E, Parker KA, Shakarishvili A, Ryan CA. The social organization of commercial sex work in Moscow, Russia. *Sex Transm Dis* 2003;39-45.
- 7 Aral SO, St.Lawrence JS. The ecology of sex work and drug use in Saratov Oblast, Russia. *Sex Transm Dis* 2002;29(12):799-85.
- 8 Nowak A. Political transformation in Poland: The rise in sex work. *Research for Sex Work* 1999;2:9-11. Available at: URL: <http://www.med.vu.nl/hcc>.
- 9 Lowndes CM, Alary M, Platt L. Injection drug use, commercial sex work, and the HIV/STI epidemic in the Russian Federation. *Sex Transm Dis* 2003;30(1):46-8. Available at: URL: PM:12514442.
- 10 Kalikov, Jüri. Situation with prostitution and trafficking of women and girls in Estonia. Estonian AIDS Information and Support Center. Available from: URL:<http://www.aids.ee/english/prostitution/prostitution.html>. Accessed Dec 5,2002.
- 11 Eramova I. Vulnerability of sex workers in the CIS Countries. *Entre Nous: The European magazine for sexual and reproductive health* 2002;7-8.
- 12 Chaplinskas S, Mardh PA. Characteristics of Vilnius street prostitutes. *Int J STD AIDS* 2001;12(3):176-80. Available at: URL: PM:11231871.
- 13 Mathieu L. On ne se prostitue pas par plaisir. *Le Monde diplomatique*. p. 6
- 14 Kinnell H, Praats CI. A regional survey of sex work characteristics and policy change in Belgium, France, Ireland, Luxembourg, the Netherlands, and the UK : a report from the Central Region. European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution, Ed. 2002. Available at: URL:[http://www.europap.net/regional/central\\_regional.htm](http://www.europap.net/regional/central_regional.htm).
- 15 Cabiria. Action de santé communautaire avec les personnes prostituées, editor. Rapport de synthèse. Lyon: Le Dragon Lune, Cabiria Editions; 2003.
- 16 Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Ville de Lausanne; 2003.
- 17 Tchoudomirova K, Domeika M, Mardh PA. Demographic data on prostitutes from Bulgaria: A recruitment country for international (migratory) prostitutes. *Int J STD AIDS* 1997;8(3):187-91. Available at: URL: PM:9089030.
- 18 Randers-Perhson A, Jessen L. The impact of policy and migration on the sex industry in the Scandinavian countries: a report from the Northern Region. European Network for HIV/STD

- Prevention in Prostitution, Ed. 2002. Available at:  
URL:[http://www.europap.net/regional/northern\\_regional.htm](http://www.europap.net/regional/northern_regional.htm).
- 19 Boidi, Maria Cristina. Austria: Tampep activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
URL:<http://www.europap.net/activities/austria2000.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 20 Kaivola, Taru. Finland: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/finland.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 21 Brussa L. Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and rights. Research for Sex Work 2002;5:12-4. Available at: URL: <http://www.med.vu.nl/hcc>.
  - 22 Policies on sex work and health. European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution, Ed. 2002. Available at: URL:[http://www.europap.net/final/policies\\_sexwork.htm](http://www.europap.net/final/policies_sexwork.htm).
  - 23 Kinnell, Hilary. Europap UK final report 1998-1999. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/uk.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 24 Pettersson, Elisabeth. Sweden: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/sweden.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 25 Rodríguez Arenas, Ángeles. Spain: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
URL:<http://www.europap.net/national/spain.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 26 Azevedo, Jacinta, Santo, Irene, and Cardoso, Jorge. Portugal: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
URL:<http://www.europap.net/national/portugal.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 27 Norway: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/norway.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 28 Tampep The Netherlands: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/nether.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 29 Italy: Tampep activity report 1998-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/italy.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 30 O'Neill, Mary. Ireland: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/ireland.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 31 Roumeliotou, Anastasia and Kornarou, Helen. Greece: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
URL:<http://www.europap.net/national/greece.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 32 Schutz Samson, M. and Guillemaut F. France: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
URL:<http://www.europap.net/national/france.htm>. Accessed March 4, 2003.
  - 33 Arsova, Tzvetina. Prostitution in Bulgaria: Analysis of the situation and the risk with regards to HIV/AIDS/STDs. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/bulgaria.htm>. Accessed March 4, 2003.

- 34 Praats, Christ'l. Belgium: Activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/belgium.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 35 Agacfidan A, Chow JM, Pashazade H, Ozarmagan G, Badur S. Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Dis* 1997;24(10):573-5. Available at: URL: PM:9383845.
- 36 Agacfidan A, Moncada J, Aydin D, Onel M, Alp T, Isik N, Badur S, Ang O. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Turkey among men With urethritis. *Sex Transm Dis* 2001;28(11):630-2. Available at: URL: PM:11677384.
- 37 Sardi M, Froidevaux D, avec la collaboration de Leitenberg L. *Le Monde de la nuit, milieu de la prostitution, affaires et 'crime organisé': étude du milieu genevois de la prostitution basée sur l'analyse de données policières, judiciaires et administratives (PNR40 'Violence et criminalité organisée' FNS No 4040-054324)*. Genève: Institut Erasm; 2001.
- 38 Kilvington J, Day S, Ward H. European prostitution policy : a time of change? European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution, Ed. 2001. Available at: URL:[http://www.europap.net/final/eu\\_policy.htm](http://www.europap.net/final/eu_policy.htm).
- 39 Ward, Helen and Day, Sophie. Organisers' report. Proceeding of the Conference Sex work and health in a changing Europe; 2002 Jan 18-20; Milton Keynes, UK Available from: URL:<http://www.europap.net>. Accessed March 05, 2003.
- 40 Covre P, Paradiso R. Issues of migration and health promotion in southern Europe: a report from the Southern Region. European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution, Ed. 2002. Available at: URL:[http://www.europap.net/regional/southern\\_regional.htm](http://www.europap.net/regional/southern_regional.htm).
- 41 Europap activities in Bulgaria in 2000-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/bulgaria.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 42 Saubaber D. Prostitution: paroles d'anciennes. *L'Express*. 6.
- 43 van der Helm T. Migration and mobility of sex workers in the Netherlands. *Research for Sex Work* 2002;5:6-7. Available at: URL: <http://www.med.vu.nl/hcc>.
- 44 Boidi, Maria Cristina. Austria: Europap activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/activities/austria2000.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 45 Scambler G, Scambler A. Social change and health promotion among women sex workers in London. *Health Promotion International* 1995;10(1):17-24.
- 46 ENMP Newsletter October 2002. European network male prostitution (ENMP). Available from: URL:<http://www.enmp.org/>. Accessed March 25, 2003.
- 47 Pedersen W, Hegna K. Children and adolescents who sell sex: a community study. *Soc Sci Med* 2003;56(1):135-47. Available at: URL: PM:12435557.
- 48 Schiffer K, editor. European network male prostitution: Final report. Amsterdam: European network male prostitution (ENMP); 2002. Available at URL:<http://www.enmp.org/download/FinalReport.pdf>.
- 49 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. Available at: URL: PM:11230067.
- 50 Kinnell H. Murderous clients and indifferent justice: Violence against sex workers in the UK. *Research for Sex Work* 2001;4:22-4. Available at: URL: <http://www.med.vu.nl/hcc>.
- 51 Kinnell, Hilary. Violence against sex workers [Letter April 9, 2001] Available from: URL:<http://bmj.com/cgi/eletters>. Accessed March 6, 2003.

- 52 Day S, Ward H. Violence towards female prostitutes: Violence in sex work extends to more than risks from clients. *BMJ* 2001;323(7306):230. Available at: URL: PM:11496875.
- 53 Opaneye, A. A. Morbidity and mortality associated with sex industry [Letter March 14, 2001] Available from: URL:<http://bmj.com/cgi/eletters>. Accessed March 6, 2003.
- 54 Boynton, Petra M. Listening to working women [Letter March 14, 2001] Available from: URL:<http://bmj.com/cgi/eletters>. Accessed March 6, 2003.
- 55 Jeal, Nikki. The prostitutes need to consider the violence unacceptable [Letter March 26, 2001] Available from: URL:<http://bmj.com/cgi/eletters>. Accessed March 6, 2003.
- 56 Gregori D. Rapport annuel 2001: prévention du sida dans le commerce du sexe (APiS). Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 2001.
- 57 Mak RP. Final report EUROPAP: General conclusions and recommendations. 1994. Available at URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/summary.html>.
- 58 Estebanez P, Fitch K, Najera R. HIV and female sex workers. *Bull World Health Organ* 1993;71(3-4):397-412. Available at: URL: PM:8324860.
- 59 Spina M, Tirelli U. Condom use in female sex workers in Italy. *Am J Public Health* 1999;89(1):108. Available at: URL: PM:9987479.
- 60 Kjaer SK, Svare EI, Worm AM, Walboomers JM, Meijer CJ, van den Brule AJ. Human papillomavirus infection in Danish female sex workers. Decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. *Sex Transm Dis* 2000;27(8):438-45. Available at: URL: PM:10987448.
- 61 Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sex Transm Infect* 1999;75(5):340-3.
- 62 Church S, Grogan K, Watts S, et al. HIV risk exposure and sexual health of female sex workers in contact with outreach services. [Abstract] 11th World AIDS Conference, Vancouver 1996; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 63 Pickton L, Campbell T. An HIV and sexual health needs assessment of female commercial sex workers (CSWs) in a suburban London low HIV prevalence area; a pilot study. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 64 McKeganey N, Barnard M, Leyland A, Coote I, Follet E. Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow. *Br Med J* 1992;305(6857):801-4. Available at: URL: PM:1422360.
- 65 Verster A, Davoli M, Camposeragna A, Valeri C, Perucci CA. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998. *AIDS Care* 2001;13(3):367-72. Available at: URL: PM:11397338.
- 66 Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, Di Fabrizio N, de Lalla F, Tirelli U. Increase of HIV seroprevalence among professional prostitutes in Italy. *AIDS* 1997;11(4):545-6. Available at: URL: PM:9084809.
- 67 Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, Rodriguez C, Belza MJ, Jerez N, Sanz S, del Romero J. Low seroincidence and decrease in seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid. *AIDS* 1999;13(9):1143-4. Available at: URL: PM:10397548.
- 68 UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2002.
- 69 Lowndes CM, Rhodes T, Judd A, et al. Female injection drug users who practise sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.

- 70 Dehne KL, Pokrovskiy V, Kobyshcha Y, Schwartlander B. Update on the epidemics of HIV and other sexually transmitted infections in the newly independent states of the former Soviet Union. *AIDS* 2000;14 Suppl 3:S75-S84. Available at: URL: PM:11086851.
- 71 Clavo P, Belza MJ, Sanchez F, et al. Prevalence of STD, HIV and hepatitis markers, and risk behaviour in immigrant female sex workers in Madrid. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 72 van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, van der Helm TC, Kint JA, van den Hoek JA. HIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrants at increased risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1993;69(4):251-6. Available at: URL: PM:7721282.
- 73 Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, Di Fabrizio N, de Lalla F, Tirelli U. Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis* 1998;25(9):451-4. Available at: URL: PM:9800254.
- 74 D'Antuono A, Cocci C, Carla E, de Tommaso S. Prevalence of STDs and HIV infection among immigrant sex workers attending an STD centre in Bologna, Italy. *Sex Transm Infect* 1999;75(4):273-4. Available at: URL: PM:10615320.
- 75 Estebanez Estebanez P, Rodriguez Arenas MA, Ramon P, et al. New HIV vulnerability characteristics within women sex workers in Spain. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 76 Rodríguez-Arenas MA, Ramón P, Rodrigo Alvaro J, et al. The importance of migration on prostitution and HIV/AIDS in Spain in the last year. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: [http://www.ias.se](http://www.ias.se/).
- 77 Laga M, Manoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, Nzila N, Goeman J, Behets F, Batter V, Alary M. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study [see comments]. *AIDS* 1993;7(1):95-102.
- 78 Fennema JS, van Ameijden EJ, Coutinho RA, van den Hoek AA. HIV, sexually transmitted diseases and gynaecologic disorders in women: increased risk for genital herpes and warts among HIV-infected prostitutes in Amsterdam. *AIDS* 1995;9(9):1071-8. Available at: URL: PM:8527081.
- 79 Tichonova L, Borisenko K, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Renton A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet* 1997;350(9072):210-3. Available at: URL: PM:9250199.
- 80 Alary M, Worm AM, Kvinesdal B. Risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. *Int J STD AIDS* 1994;5(5):365-7. Available at: URL: PM:7819358.
- 81 Ward H, Day S, Mezzone J, Dunlop L, Donegan C, Farrar S, Whitaker L, Harris JR, Miller DL. Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London (see comments). *Br Med J* 1993;307(6900):356-8.
- 82 van Ameijden EJ, van den Hoek AJ, van Haastrecht HJ, Coutinho RA. Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and HIV among drug-using prostitutes, Amsterdam 1986-1992. *AIDS* 1994;8(2):213-21. Available at: URL: PM:8043226.
- 83 Estebanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Coloma C, Rua-Figueroa M, Fitch K, Grant J, Sarasqueta C, Najera R. A demographic and health survey of Spanish female sex workers: HIV prevalence and associated risk factors. *J Biosoc Sci* 1998;30(3):365-79. Available at: URL: PM:9746835.
- 84 European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes. HIV infection in European female sex workers: epidemiological link with use of petroleum-based lubricants. *AIDS* 1993;7(3):401-8.

- 85 Carr SV, Green ST, Goldberg DJ, Cameron S, Gruer L, Frischer M, Mackie T, Follett E. HIV prevalence among female street prostitutes attending a health-care drop-in centre in Glasgow. *AIDS* 1992;6(12):1553-4. Available at: URL: PM:1492945.
- 86 Aral SO, Fransen L. STD/HIV prevention in Turkey: planning a sequence of interventions. *AIDS Educ Prev* 1995;7(6):544-53. Available at: URL: PM:8924351.
- 87 Fennema JS, van Ameijden EJ, Coutinho RA, Van Den HA. Clinical sexually transmitted diseases among human immunodeficiency virus-infected and noninfected drug-using prostitutes. Associated factors and interpretation of trends, 1986 to 1994. *Sex Transm Dis* 1997;24(6):363-71. Available at: URL: PM:9243745.
- 88 Tirelli U, Spina M. HIV-1 infection and prostitutes. *Lancet* 1998;351(9110):1214. Available at: URL: PM:9643731.
- 89 Estebanez PE, Russell NK, Aguilar MD, Beland F, Zunzunegui MV. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *Int J Epidemiol* 2000;29(4):734-43. Available at: URL: PM:10922353.
- 90 Vioque J, Hernandez-Aguado I, Fernandez GE, Garcia DLH, Alvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Infect* 1998;74(4):284-8. Available at: URL: PM:9924471.
- 91 Anonymous. [HIV seroprevalence in patients seen at sexually-transmitted disease and family planning centers in Spain, 1995-1996]. *Rev Esp Salud Publica* 1999;73(1):25-34. Available at: URL: PM:10224878.
- 92 Gras MJ, van der HT, Schenk R, van Doornum GJ, Coutinho RA, van den Hoek JA. Inverted question mark HIV infection and risk behaviour among prostitutes in the Amsterdam streetwalkers' district; indications of raised prevalence of HIV among transvestites / transsexuals]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141(25):1238-41. Available at: URL: PM:9232986.
- 93 Morales Morales R, de Armas CR-FJ, Gutierrez A, et al. Profile of sex workers who use a waiting program for prevention of STD and AIDS. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 94 Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la FL. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001;13(5):677-82. Available at: URL: PM:11571014.
- 95 Tomlinson DR, Hillman RJ, Harris JR, Taylor-Robinson D. Screening for sexually transmitted disease in London-based male prostitutes. *Genitourin Med* 1991;67(2):103-6. Available at: URL: PM:2032701.
- 96 del Romero J, Castilla J, Garcia S, Rodriguez C, Ayerbe C, Carrio D, et al. [Trends in human immunodeficiency virus infection prevalence in homosexual/bisexual men in Madrid (1986-1995)]. *Med Clin (Barc)* 1998;110(6):209-12. Available at: URL: PM:9547732.
- 97 Belza MJ, Llacer A, Mora R, de la FL, Castilla J, Noguer I, Canellas S. [Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution]. *Gac Sanit* 2000;14(5):330-7. Available at: URL: PM:11187450.
- 98 McKeganey NP. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future. *AIDS* 1994;8:1215-26.
- 99 Spizzichino L, Zaccarelli M, Venezia S, et al. HIV infection and related behaviour among Columbian female, male, and transsexual sex workers in Rome. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 100 Spizzichino L, Zaccarelli M, Rezza G, Ippolito G, Antinori A, Gattari P. HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sex Transm Dis* 2001;28(7):405-11. Available at: URL: PM:11460025.

- 101 Gattari P, Speziale D, Grillo R, Cattani P, Zaccarelli M, Spizzichino L, Valenzi C. Syphilis serology among transvestite prostitutes attending an HIV unit in Rome, Italy. *Eur J Epidemiol* 1994;10(6):683-6.
- 102 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 Sante Publique* 1996;44(6):407-16.
- 103 Wiessing LG, van Roosmalen MS, Koedijk P, Bieleman B, Houweling H. Silicones, hormones and HIV in transgender street prostitutes. *AIDS* 1999;13(16):2315-6. Available at: URL: PM:10563725.
- 104 Rodrigo Alvaro J, Rodríguez-Arenas MA, Ramon P, et al. Risk factors for the HIV transmission in transgender sex workers. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 105 Day S, Ward H, Perrotta L. Prostitution and risk of HIV: male partners of female prostitutes. *Br Med J* 1993;307(6900):359-61.
- 106 van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, van der Helm TC, Kint JA, van den Hoek JA. HIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrants at increased risk for HIV infection. *Genitourinary Medicine* 1993;69(4):251-6.
- 107 Worm AM, Lauritzen E, Jensen IP, Jensen JS, Christiansen CB. Markers of sexually transmitted diseases in seminal fluid of male clients of female sex workers. *Genitourin Med* 1997;73(4):284-7. Available at: URL: PM:9389951.
- 108 Garcia DLH, Fernandez GE, Hernandez-Aguado I, Vioque J. [Changes in condom use among a cohort of prostitutes]. *Gac Sanit* 2001;15(3):209-16. Available at: URL: PM:11423024.
- 109 Izdebski Z, Boron-Kaczmarek A. New prostitution phenomena in Poland. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 110 de Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS Care* 1995;7(1):35-47. Available at: URL: PM:7748909.
- 111 Raita CS. HIV/sexual transmitted Infections prevention among women who sell sex. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 112 Babyyan K. Armenia: Reducing sexually transmitted infections among CSWS. *Entre Nous: The European magazine for sexual and reproductive health* 2002;53:14.
- 113 Hazizaj AH. Education versus HIV/AIDS and gender-based violence in post communist Albania. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 114 de Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. The effectiveness of condom use in heterosexual prostitution in The Netherlands. *AIDS* 1993;7:265-9.
- 115 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. VIH/sida : recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devrait l'emporter. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2003;8:128-32.
- 116 Schiffer K, editor. Manual: Tips, tricks and models of good practice for service providers considering, planning or implementing services for male sex workers. Amsterdam: European network male prostitution (ENMP); 2002. Available at URL:<http://www.enmp.org/download/MANUAL11.pdf>.
- 117 Kelly JA, Amirkhanyan YA, McAuliffe TL, Dyatlov RV, Granskaya J, Borodkina OI, Kukharsky AA, Kozlov AP. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men. *AIDS Educ Prev* 2001;13(2):175-88. Available at: URL: PM:11398961.



- 118 van den Hoek JA, van Haastrecht HJ, Coutinho RA. Homosexual prostitution among male drug users and its risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1991;67(4):303-6. Available at: URL: PM:1916792.
- 119 Scherbakov S. Study of dangerous behavioral patterns in teenage boy sex workers and their clients in St. Petersburg. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: www.ias.se.
- 120 Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358(9296):1835-42. Available at: URL: PM:11741621.
- 121 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 122 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Condom use by Dutch men with commercial heterosexual contacts: determinants and considerations. *AIDS Educ Prev* 1997;9(5):411-23. Available at: URL: PM:9391657.
- 123 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Segmentation of heterosexual prostitution into various forms: a barrier to the potential transmission of HIV. *AIDS Care* 1996;8(4):417-31. Available at: URL: PM:8863913.
- 124 Kern D. Don Juan : éducation en face-à-face des clients de prostituées : un projet de prévention du VIH/sida pour les consommateurs de sexe : rapport d'évaluation. Strasbourg; [s.n.]; 1999.
- 125 Rodriguez A and Agneles M. Estudio sobre las condiciones de vida y trabajo de las mujeres hispanohablantes que ejercen la prostitución en las calles de Madrid. *European Network Newsletter*. 1999;(July 1999).
- 126 Bloem M, Uddin M, Mandal D, et al. HIV/AIDS risk factors in a brothel setting: what about the "lovers" of the sex workers? *Int Conf AIDS*.1998;12:456 (). [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: www.ias.se.
- 127 Bernardo J, Campos M, Machado G, et al. The Portuguese transgender community: an unknown reality. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: www.ias.se.
- 128 Cooper K, Day S, Green A, et al. Migration, sex work, health and HIV risk in London. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: http://www.ias.se.
- 129 Giuliani P. Prévention du sida dans le commerce du sexe en Suisse : femmes au pieds nus : 1999. Zurich: Aide suisse contre le sida; 2000.
- 130 Kohler F. Education en face-à-face des clients de prostituées 1999 : Don Juan : un projet de prévention du VIH/sida s'adressant aux consommateurs de sexe payant: rapport final. [S.l.]: [s.n.]; 2000.
- 131 European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution, editor. *Hustling for health : developing services for sex workers in Europe*. London: Europap/Tampep; 1999. Available at URL:http://www.med.ic.ac.uk/divisions/60/europapnew/hustling/index.htm.
- 132 Høgsborg, Marianne and Worm, Anne Marie. Final report Europap 1994: Country report of Denmark. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html. Accessed March 3, 2003.
- 133 Foran, Deirdre and O'Neill, Mary. Final report Europap 1994: Country report of Ireland. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html. Accessed March 3, 2003.
- 134 van der Helm, Thérèse, Biersteker, Susan, Van Mens, Lucie, and Van Den Hoek, Anneke. Final report Europap 1994: Country report of The Netherlands. European intervention projects AIDS

- prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 135 Godderidge K. Don Juan face-to-face Freierbildung Aktionen 2001: ein Projekt der HIV/Aids-Prävention für Sexkonsumenten Zusammenfassender Bericht. Aide suisse contre le sida (ASS), Ed. Zurich: 2002.
- 136 ten Horn FGM, van Mens LPM. Web site aiming clients of female sex workers. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 137 Serre, Anne, de Vincenzi, Isabelle, and Brunet, Jean-Baptiste. Final report Europap 1994: Country report of France. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 138 Praats, Christl. Final report Europap 1994: Country report of Belgium. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 139 Casey, Margaret, Day, Sophie, Ward, Helen, and Iersch, Anna. Final report Europap 1994: Country report of Great-Britain. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 140 Czajka, Maja. Final report Europap 1994: Country report of Germany. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 141 Barahona, Maria José and Estebanez, Pilar. Final report Europap 1994: Country report of Spain. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 142 RoumeliotouAnastasia and Kornarou, Helen. Final report Europap 1994: Country report of Greece. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/rapbel.html>. Accessed March 3, 2003.
- 143 The Netherlands: Europap activity Report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/nether.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 144 Ammann, H. Praktische Präventionsarbeit in der Szene: Erfahrungsbericht eines Streetworkers Available from: URL:[www.malesexwork.ch](http://www.malesexwork.ch).
- 145 Czajka, Maja and Baaken, Markus. Germany: Europap activity report 1998-2000. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from:  
 URL:<http://www.europap.net/national/germany.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 146 Ritter C, Matias R. Rapport d'évaluation Aspasie Prévention Migrants. Genève: Direction générale de la santé; 2001. ((Planification sanitaire qualitative)).
- 147 Italy: Europap activities 1998-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/italy.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 148 United Kingdom: Activities 2000-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/uk.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 149 Welzer-Lang D, Chaker S. Association de recherches sociologiques et ethnologiques, editor. Quand le sexe travaille: rapport européen inachevé sur les violences faites aux femmes dans les activités et métiers liés à la sexualité masculine. Toulouse: Université de Toulouse le Mirail; 2002. Available at URL:<http://www.multisexualites-et-sida.org>.

- 150 Mak R. Projects for sex workers in Europe. *Genitourin Med* 1997;73(3):155-6. Available at: URL: PM:9306891.
- 151 Mak RP. Final report EUROPAP: General conclusions and recommendations. 1994. Available at URL:<http://allserv.rug.ac.be/~rmak/europap/summary.html>.
- 152 Sweden: Activities 2000-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/sweden.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 153 Sumartojo E. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implications for research. *AIDS* 2000;14 Suppl 1:S3-10. Available at: URL: PM:10981469.
- 154 Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med* 1997;73(3):161-8. Available at: URL: PM:9306894.
- 155 Ward H. Short term interventions are not enough. *Sex Transm Infect* 2002;78(2):80-1. Available at: URL: PM:12081187.
- 156 Steffan E, Kraus M. The Umbrella Network. In: Rosenbrock R, Wright MT, editors. *Partnership and Pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care*. London & New York: Routledge; 1998. p. 182-192.
- 157 Europap Activities in Finland 2000-2002. European intervention projects AIDS prevention for prostitutes. Available from: URL:<http://www.europap.net/national/finland.htm>. Accessed March 4, 2003.
- 158 Projektleitung Cornelia Thurnher. Europe against AIDS: EU-Projekt HIV/AIDS- und STD-Prävention im Bereich nationaler Grenzen. "Umbrella-Programm" in der Grenzregion: Österreich (A), Land Vorarlberg, Schweiz (CH), Kanton St.Gallen. Projektbericht 1998-2000, zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit 2000.
- 159 Europe against AIDS, EU-Projekt HIV/AIDS- und STD-Prävention im Bereich nationaler Grenzen: "Umbrella-Programm" in der Grenzregion Österreich (A), Land Vorarlberg, Schweiz (CH), Kanton St.Gallen. Bregenz: Institut für Sozialdienste; 1999. Available at URL:<http://www.intervention.ch/umbrella/>.
- 160 Piot P, Bartos M, Ghys PD, Walker N, Schwartlander B. The global impact of HIV/AIDS. *Nature* 2001;410(6831):968-73. Available at: URL: PM:11309626.
- 161 Bird K. Nonoxynol-9 and the reduction of HIV transmission in women [reply]. *AIDS* 1992;6(6):-601.
- 162 de Graaf R. Prostitutes and their clients: Sexual networks and determinants of condom use [Thesis]. Wageningen: Ponsen & Looijen; 1995.
- 163 Spreyermann C. *Projet Male Sex Work de l'Aide suisse contre le sida : une évaluation de la durabilité des projets dans les villes de Bâle, Berne, Genève et Zurich : résumé de l'évaluation du projet*. Berne: sfinx; 2000. Available at URL:<http://www.bag.admin.ch/aids/forschung/f/index.htm>.
- 164 Ziersch A, Gaffney J, Tomlinson DR. STI prevention and the male sex industry in London: evaluating a pilot peer education programme. *Sex Transm Infect* 2000;76(6):447-53. Available at: URL: PM:11221127.
- 165 Mindel A, Estcourt C. Sexual health education for male sex workers. *Lancet* 2001;357(9263):1148. Available at: URL: PM:11323040.