

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par:

Justine ALLOUCHE

Le 10 juin 2021

TITRE

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES
PRATIQUES VIS-À-VIS DU DÉPISTAGE DU CANCER DU
COL DE L'UTÉRUS, CHEZ LES FEMMES EN SITUATION
DE PROSTITUTION/TDS, DANS LES DÉPARTEMENTS
DU GARD ET DE L'HÉRAULT.

Directeurs de THÈSE: Docteur Emmanuelle Dupont et
Docteur Cyril Jaume

JURY

Président : Professeur Philippe Lambert

Assesseurs :

Professeur Céline Bourgier

Docteur Pascale Fabbro-Peray

Docteur Emmanuelle Dupont

Docteur Cyril Jaume

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par:

Justine ALLOUCHE

Le 10 juin 2021

TITRE

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES
PRATIQUES VIS-À-VIS DU DÉPISTAGE DU CANCER DU
COL DE L'UTÉRUS, CHEZ LES FEMMES EN SITUATION
DE PROSTITUTION/TDS, DANS LES DÉPARTEMENTS
DU GARD ET DE L'HÉRAULT.

Directeurs de THÈSE: Docteur Emmanuelle Dupont et
Docteur Cyril Jaume

JURY

Président : Professeur Philippe Lambert

Assesseurs :

Professeur Céline Bourgier

Docteur Pascale Fabbro-Peray

Docteur Emmanuelle Dupont

Docteur Cyril Jaume

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre rapidité de réponse. Veuillez trouver ici, l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Madame la Professeur Céline Bourcier,

Merci d'avoir accepté sans hésiter de juger mon travail au sujet atypique. Veuillez accepter l'expression de mes plus vifs remerciements et de ma sincère considération.

A Madame la Docteure Pascale Fabbro-Peray,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse, je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Madame la Docteure Emmanuelle Dupont,

Ma tutrice de l'internat, je te remercie de m'avoir guidé depuis mes premiers pas d'interne. Merci Emma, pour ton apprentissage sur le terrain lors de mon passage en stage à tes côtés. Grâce à toi, j'ai découvert la médecine sociale, lors de tes enseignements et à l'occasion des permanences à Médecin du Monde. Merci pour ton soutien et ton enthousiasme dans tous mes projets. Tu as accepté de diriger mon travail malgré ton départ, et je t'en suis profondément reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Cyril Jaume,

Merci d'avoir accepté de co-diriger mon travail, sans hésitation et avec enthousiasme. Je te remercie pour tes conseils très avisés et tes encouragements à chacun de nos contacts.

Aux associations,

A l'association Médecins du monde,

Merci à Anne-Marie et à Mady pour votre soutien et vos encouragements. Merci de m'avoir aidé à monter ce projet dans ce domaine qui vous tient tellement à cœur. Bravo pour vos magnifiques engagements respectifs dans le monde associatif et humanitaire. Vous êtes pour moi le synonyme de l'investissement humain pour l'humain.

Merci à Raphaëlle et aux bénévoles de l'association, qui m'ont aidé et soutenu dans ce long projet.

A l'association Arap Rubis,

Merci à Jimmy et aux membres de l'association pour votre attention, votre écoute et

votre aide. Merci de m'avoir fait confiance en acceptant sans hésitation de travailler avec moi.

A l'association l'Amicale du Nid.

Merci à Philippe et aux membres de l'association pour votre aide, votre soutien et vos retours sur mon travail. Merci également de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir fait preuve de souplesse pour m'aider à poser le questionnaire.

A l'association Agnès McLaren.

J'adresse mes profonds remerciements au Professeur Pierre Boulot, au Docteur Vincent Faucherre et aux autres membres du jury pour m'avoir récompensé du prix de thèse Agnès McLaren 2020. C'est avec honneur que je porterai le projet que nous bâtissons ensemble.

Merci à Caroline pour votre soutien et vos attentions lors de nos échanges, toujours très bienveillants. J'aurai beaucoup de plaisir à poursuivre ce travail avec vous afin de construire ce beau projet, aux côtés de l'association.

A mes proches,

A ma famille.

Mes parents, merci pour votre soutien incommensurable aux premiers pas de mon parcours (et mes premiers pas tout court, d'ailleurs). Merci pour votre amour qui me porte tous les jours. Merci pour l'exemple que vous me donnez d'être des personnes incroyables.

A ma Maman, merci pour tout ce que tu m'apportes chaque jour, chaque heure et chaque minute. Un jour, tu m'as envoyé l'horoscope de Rob Brezsny et je devais penser aux personnes qui me font du bien au jour le jour. Tu as été bien évidemment la première personne à venir dans mon esprit. Tu es mon modèle dans tout ce que tu fais et tu es la personne que je souhaiterais être, généreuse, aimante, attentionnée, souriante et tellement marrante. Merci d'être la plus formidable des mamans. Merci pour les pancartes de soutien, les petits plats et surtout les taboulés-quiches! Je t'aime maman.

A mon Papa, merci de m'apporter tout ce dont j'ai besoin depuis toujours et d'être toujours là. Merci d'avoir effacé mes doutes, séché mes larmes, comblé mes envies, et de m'aimer comme le meilleur des papas. Merci pour cette enfance radieuse, tout ce que tu fais, tout le travail accompli pour nous, pour ta famille, afin de nous savoir toujours à l'abri du besoin. Je t'aime mon papa.

Mes parents, ces quelques mots ne suffiront pas à vous dire toute ma reconnaissance et combien je vous aime. Votre amour et votre bienveillance m'englobent, depuis que je suis née, dans un cocon de bonheur.

A ma grande sœur, mon modèle de générosité, de don de soi, et de gentillesse. Tu

m'apprends que l'important dans la vie c'est ce que nous sommes, les gens qui nous entourent et non pas ce que l'on possède. J'admire ta combativité, ta faculté à te dépasser et à t'engager à chaque nouveau défi. Merci pour ton amour protecteur de grande soeur (et pour les corrections ;)). Je t'aime ma sœur.

A mon grand frère, qui me protégera contre tout et n'hésitera pas à taper du poing à celui qui me fera souffrir! A nos bagarres d'enfant, nos cabanes dans les arbres, mes premiers lacets et nos apparts cambriolés! Merci pour ton soutien, tes attentions, et tout ton amour. Merci pour ta générosité, comme celle de toute notre famille décidément. Je t'aime mon frère.

A Marion, ma belle soeur, et soeur assurément! Merci d'être là, d'être entré dans notre famille, le 6ème doigt de la main gauche ("Marion, à gauche"). Pour nos fêtes endiablées à Biscarrosse, nos confidences, ton enthousiasme en toute situation. Et bravo pour ton courage de super maman!

A mon neveu, Nathanaël, la 7ème merveille du monde (ou simplement de la famille?)! Mon petit bichon d'amour, qui m'a fait tata pour la première fois! Le meilleur rôle de ma vie à cet instant!

A mes tatas, Anne-Marie et Aline, merci pour votre amour tatanesque, que j'ai toujours ressenti, à l'image de celui de ma maman. Merci pour tous les moments de fêtes, les vacances et les instants de bonheur, qui font de nous une si belle famille. Merci pour vos relectures, corrections et remarques avisées sur ce travail de longue haleine.

A ma mamie Jacqueline, merci d'avoir fait notre belle famille, merci pour tes tricots déchaînés et tes sourires rassurants. Merci d'être une vraie mamie et merci pour ton amour si tendre.

A ma mamie Denise, ma douce mamie. Tu nous aurais fait un beau couscous, mais on aurait déjà plus faim à l'entrée. Merci d'avoir été une merveilleuse mamie, et de continuer à veiller sur nous.

A papi François, Merci de m'avoir transmis le goût pour la nature et de permettre encore aujourd'hui mon ouverture d'esprit sur les médecines douces.

Merci à mes tatas et tontons, France, Erika, Christophe, Krim, mes cousins et cousines, Thomas, Delphine, Pilou, Charline, Johanne, Bastien, Jérémie, et tous les autres membres de cette famille d'être là et de former une famille incroyable!

Aux poulets, merci à notre famille jumelle, d'être présente, toujours au rdv pour trouver les champignons!

A ma meilleure amie, ma sœur, Camille. Merci d'être mon soleil, de me redonner

le sourire, d'écouter mes peines, de répondre à mes questionnements, et d'éloigner mes doutes. Merci de nourrir notre amitié depuis notre enfance et de continuer à nous rapprocher chaque jour. Merci pour tes lettres (que tu ne m'as toujours pas rendu), pour tes mots doux, et ta tendresse depuis nos premiers pas. Toujours connectées, on est ensemble, on se ressemble, on se connaît et on s'aime pour la vie et pour la mort.

A mes amis,

A cette belle bande de fofous bordelais, pour nos plus belles fourchettes et en l'honneur des plus grands mystères irrésolus de nos soirées.

A mon Bobby, mon meilleur ami. Non Bob, ne t'arrêtes pas! Parce qu'en vrai on aime trop ça! Ne t'arrêtes pas d'être mon ami et de me faire rire aux éclats, Uncle! A nos jeux très natures (et pas que) à Pey-De-Loup, à nos premiers voyages et nos premières expériences de vie. Merci de toujours m'encourager et de me pousser vers le meilleur.

A mon Tutur, notre papa, heureusement que tu es là pour contrôler cette bande de loustics. Au strap qui sauve toujours une bonne vieille paire de chaussure et à nos rocks endiablés qui les usent toutes!

A Anto, merci pour ces soirées où on ne dira plus ce qu'il s'est passé. A ces lassis du BlueSkyCoffee, à cette crème de jour au Wasabi et ces Unos déchaînés! Merci d'enlever les oignons de nos plats et de mettre du piment dans nos vies!

A Victor, d'abord merci pour les tourbillons de poils! A ces Pharaons, à cette aventure en Croatie et à ce moment où il n'y avait que toi et moi dans le bar! Merci pour cette belle amitié!

A Tom, merci pour ces bras qui dépassent l'entendement (et mes pieds)! Merci pour les debriefs téléphoniques dans le métro et merci pour les blagues de qualité (enfin!). A ma jadouille, féministe comme on les aime et tellement talentueuse! Merci de te révéler "pépité", un peu plus chaque jour!

A ma voisine Camille, notre petite intelligence du groupe. A ces pintes d'eau balancées à la fenêtre, à ce mur de parpaing et à ces révisions acharnées aux frères Bonny! Merci pour ton incroyable capacité à mener nos réflexions dans ces longues discussions!

A Pinto, à nos câlins-massages, à nos points noirs et à tes blagues graveleuses!

A mes coupines de fac, merci pour nos week-end de meufs arrosés!

A ma petite Maria, merci pour nos années inséparables, nos fous rires, nos chagrins d'amour, ton plus bel accent, et pour les nœuds que tu adores!

A ma petite Marie, pour nos plus beaux WEI et soirées croix jaunes, à ces fêtes de la Madeleine, à ce déguisement HelloKitty et à cette valise oubliée!

A Mimi, pour tes chants de Dalida, les soirées à 7 du, et notre cuite à Bali!

A Mapy, on ne verra plus jamais les radars comme avant!

A Soso, à notre année de P2 main dans la main, et à nos escapades chez Harry Potter!

A mes plus belles rencontres de l'externat,

A ma Blandine, à nos révisions jusqu'à n'en plus pouvoir, à ce soutien mutuel et ces clopes qu'on a trop fumées ! Merci de me donner l'exemple d'une personne tellement généreuse et d'être mon modèle pour être une meilleure personne.

A ma Nana, mon amie et ma sœur! Merci pour nos appels interminables, nos confidences et nos réassurances, à l'autre bout de France ou au l'autre bout du monde! Merci les débats attablés qui nous déchaîne, pour ces soirées vin à papoter jusqu'au bout de la nuit. Pour toutes nos aventures et les prochaines!

A ma Soso, merci pour ce sourire, ta douceur et les sushis express qu'on aime tant.

A ma Carcateam, mes carcasoieurs, mon carcinternat de rêve! Merci pour ces belles années d'entrée dans la vraie vie!

A mes sœurs, pour nos débriefs de lit ou de canapé, les tisanes qui vont avec et merci de me rappeler de me brosser les dents tous les soirs.

A ma Titine d'amour, mais Lisa quand c'est sérieux! Merci pour ces débats féministes, le chat qu'on aura un jour, cette aventure Sénégalaise (j'espère que vous êtes contents). Pour nos morts évitées, et les prochaines à Mayotte, le Karma bébé! Merci de rendre mon quotidien plus beau depuis 4 ans.

Ma Fannot d'amour, merci pour tes attentions, tes petits cadeaux et tes mots d'amour sans raison, juste pour l'amour! Pour nos envies de déco, pour les brocantes, le ponçage, et le Mas qu'on partagera un jour! Merci de pétiller et de me faire autant rire autant, chaque jour qui passe!

Ma Ptite Chlo, merci pour ta douceur, l'amour que tu me portes et tes vanes! Du premier jour de l'internat, à nos colocs, aux voyages, ta présence est tellement rassurante. Au Bissap, au thé à la menthe, au Spritz, qu'on partagera encore!

Ma Grande Chlo, à ton sourire, à tes cœurs qui nous envahissent! Continue de propager tout ton amour!

A ma Soso, à nos aventures de colocs, nos moments de confidences, qui font qu'on se sent un peu plus proches.

A ma Laulau, à ce week-end Barcelonais, où notre amitié s'est scellée autour de tapas et de Vénézuéliens!

Aux rencontres pépites de l'internat,

A ma Cassou, mon petit bijou. Merci pour ton rire, ta folie et ta motivation à toute épreuve! Merci pour tes histoires incroyables et tes gafs, qui font que je t'aime de plus en plus. Merci de m'ouvrir l'esprit, d'agrandir mon regard et de me pousser à voir toujours plus grand et plus loin.

A ma Cand'amour, merci pour nos conquêtes de la Corse, à Barcelone jusqu'en Martinique! Merci pour tes mots rassurants, ton écoute, ta bienveillance, comme une petite sœur "Je vais t'aimer"!

A Rosi, pour ces footing et baignades en duo à la plage! Merci pour le pain, la vie ensemble, les confidences et les réassurances.

A Caca, aux plus belles fesses de l'internat, de France et de Navarre!

A Floriane pour ce couloir perpignanais de folie et cette acqua frizzante!

A mon Valou pour ce semestre de Babyperpi et la chèvre sacrifiée!

A choupinet qui n'a plus de rosé, merci.

A mes rencontres de la vie, des études, de l'internat, les carcasses, les perpignanais, les nimurges, Berta, MTess, Agathe, Leilou, Marie, Raphou, Loulou, Flo, Sara, Chrissou, Hélène, Minh, Gatty, Thomas, Ugo, Pene et tous ceux rencontrés en chemin, merci!

A toutes mes colocations, caracolocs et perpicolocs, et tous ses habitants,

A mon frère, à ma Dodi, à la Coloc'Enchantée, à Assas House, la Carcoloc, à La Famille Recomposée, parce qu'une fois qu'on a vécu ensemble, qu'on a vu nos têtes avant le café, qu'on s'est vu dans les pyjamas pilou-pilou, qu'on a essuyé nos plus grands larmes et qu'on a célébré les plus belles victoires, on devient alors de la même famille!

Remerciements	3
Listes des sigles et des acronymes	12
Choix du vocabulaire utilisé	13
1. Contexte de l'étude	15
1.1. Le cancer du col de l'utérus	15
1.1.1. Epidémiologie	15
1.1.2. Physiopathologie	15
1.1.2.1. Généralités	15
1.1.2.2. Facteurs de risque	15
L'infection à Human Papillomavirus	15
Les autres facteurs de risques	16
1.1.3. Prise en charge thérapeutique	17
1.1.4. Prévention du cancer du col de l'utérus	17
1.1.4.1. Stratégie mondiale	17
1.1.4.2. Stratégie française	18
La vaccination en France	19
Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) en France	19
Anciennes recommandations de la HAS Juillet 2010	19
Nouvelles recommandations de la HAS Juillet 2019	20
1.1.3. Recommandations du suivi gynécologique et de la palpation mammaire	21
1.2. Prostitution et santé	22
1.2.1. Le paysage de la prostitution en France	22
1.2.1.1. Des chiffres et des définitions controversées	22
1.2.1.2. Évolution des lieux et des formes de prostitution	22
1.2.1.3. Cadre légal régissant la prostitution en France	24
1.2.1.4. Les missions locales du Gard et de l'Hérault	25
Médecins du Monde	25
L'amicale du Nid	26
Arap Rubis	26
1.2.2. Etat de santé globale: les données actuelles de l'état sanitaire et social des personnes en situation de prostitution/tds	27
1.2.2.1. Les facteurs de vulnérabilité liés à l'environnement et aux conditions de vie	27
1.2.2.2. Les risques sanitaires liés au travail prostitutionnel	28
1.2.3. État de santé sexuelle et dépistages cancéreux	29
2. Matériels et méthode	31
2.1 Schéma d'étude	31
2.1.1 Choix du type d'étude réalisée	31
2.1.2. Objectifs de l'étude	31

2.1.3 Critère de jugement	31
2.1.4 Lieux d'étude	31
2.2 Échantillon et modalités de recrutement	32
2.2.1 Population cible	32
2.2.2 Nombre de sujet nécessaire	32
2.3. Mode de recueil des données	32
2.3.1. Élaboration du questionnaire (voir annexe)	32
2.3.2. La fiche informative (voir annexe)	33
2.3.3. Déroulement de l'étude	33
2.4. Mode d'analyse des données	34
2.4.1. Données recueillies	34
2.4.2. Analyse des résultats/ Variables étudiées	35
2.4.3. Aspects éthiques	36
3. Résultats	37
3.1 Nombre de questionnaires	37
3.2 Caractéristiques sociodémographiques	37
3.2.1. L'âge	37
3.2.2. La nationalité	38
3.3 Accès aux soins et à l'information	39
3.3.1. Accès aux soins	39
3.3.1.1. Couverture maladie	39
3.3.1.2. Médecin traitant	40
3.3.2. Accès à l'information	41
3.3.3. Perception de l'état des connaissances et support d'information souhaité	42
3.3.4. Evaluation des freins à l'accès aux soins	43
3.4 Le suivi gynécologique	44
3.4.1. La consultation gynécologique	44
3.4.2. La palpation mammaire (PM)	46
3.4.3 Le frottis cervico-utérin (FCU)	47
3.5. Connaissances	49
3.5.1. Connaissances précises	49
3.5.1.1. La palpation mammaire et le frottis cervico-utérin	50
3.5.1.2. Le Papillomavirus responsable du cancer du col de l'utérus	51
3.5.1.3. Les connaissances de la vaccination	52
3.5.1.4. Les structures de soins	53
3.5.3. Connaissance globale	53
4. Discussion	58
4.1. Forces et limites de l'étude	58
4.8.1. Forces	58
4.8.2. Limites	58

4.2. Un suivi gynécologique et des dépistages insuffisants dans une population à risque	59
4.3. Des connaissances encore mal assimilées	61
4.4. Le lien entre dépistage et connaissance	62
4.5. Freins persistants dans l'accès aux soins	63
4.6. Le rôle essentiel du médecin traitant	65
4.7. Le rôle essentiel des associations de terrain	66
4.8. Des messages ciblés destinés aux plus fragiles	66
4.9. Perspectives d'amélioration des connaissances et des pratiques grâce aux récentes évolutions	68
Conclusion	70
Bibliographie	71
Annexes	74
Serment d'Hippocrate	76
Résumé	77

Listes des sigles et des acronymes

ACS= Aide à la couverture sociale

AGUS= Cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée

AME= Aide médicale d'état

APV= Autoprélèvement vaginal

ASCUS= Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée

CASO= Centre d'accueil, de soin et d'orientation

CCU= Cancer du col de l'utérus

CHRS= Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CMU= Couverture maladie universelle

CMUc= Couverture maladie universelle complémentaire

CNGE= Collège national des généralistes enseignants

CPP= Comité de protection des personnes

DMG= Département de médecine générale

DES= Diethylstilbestrol

DOCCU= Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

FCU= Frottis cervico-utérin

FSW= Femal sex worker

HAS= Haute autorité de santé

HPV= Human Papillomavirus

HSIL= Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

IST= Infection sexuellement transmissible

MDM= Médecins du monde

MST= Maladie sexuellement transmissibles

LSIL= Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade

OCRTH= Office centrale pour la répression de la traite des êtres humains

OMS= Organisme mondial de la santé

ONG= Organisation non gouvernementale

PM= Palpation mammaire

RGPD= Règlement général de la protection des données

STRASS= Syndicat du travail sexuel

TDS= Travailleurs/travailleuses du sexe

Choix du vocabulaire utilisé

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

1. Contexte de l'étude

1.1. Le cancer du col de l'utérus

1.1.1. Epidémiologie

Selon l'OMS, le cancer du col de l'utérus (CCU) est le quatrième cancer le plus courant chez la femme dans le monde, et l'on estimait à 570 000 le nombre de nouveaux cas en 2018. Près de 90 % des 311 000 décès mondiaux, en 2018, ont eu lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (1).

En France, le cancer du col de l'utérus atteint, chaque année, 3 000 nouvelles personnes. Il est le 12^{ème} cancer féminin le plus fréquent. Ce cancer concerne surtout les femmes jeunes, puisqu'il représente $\frac{3}{4}$ des cancers de la femme âgée de moins de 65 ans. Le pic d'incidence est à 40 ans. En 2018, il est responsable de 1 117 décès (2).

Chaque année en France, 35 000 lésions cancéreuses ou précancéreuses sont découvertes, nécessitant parfois une intervention chirurgicale.

1.1.2. Physiopathologie

1.1.2.1. Généralités

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie qui atteint la partie basse et étroite de l'utérus. Il est différencié du cancer du corps de l'utérus, qui atteint la partie supérieure.

Le cancer se développe au niveau du tissu qui recouvre cette partie, autrement dit, la muqueuse, et plus précisément au niveau de la première couche de la muqueuse, c'est-à-dire l'épithélium.

1.1.2.2. Facteurs de risque

- L'infection à Human Papillomavirus

Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection à Human Papillomavirus, ou encore connu sous le nom de Papillomavirus Humain (HPV). Il s'agit de l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde. La plupart des femmes et des hommes sexuellement actifs (~80 %) seront infectés par ce virus au cours de leur vie (3).

Le virus HPV se transmet par contact entre la peau et les muqueuses, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif, s'il permet de limiter le contact, ne peut toutefois pas assurer une protection totale, en raison de sa dissémination autour des organes génitaux.

Il existe plus d'une centaine de types de HPV, dont au moins 14 sont cancérogènes (également désignés comme "virus à haut risque").

Les infections à HPV n'occasionnent pas de manifestations inflammatoires (leucorrhées, douleurs, inflammation) (4). Le pouvoir pathogène du virus est surtout lié à sa capacité à modifier le cycle cellulaire des épithéliums. Les sérotypes 6 et 11 peuvent provoquer des condylomes acuminés (ou encore appelés "verrues génitales") et une papillomatose respiratoire (maladie au cours de laquelle des tumeurs se développent dans les voies respiratoires, dans le nez et la bouche et jusqu'aux poumons). Les sérotypes responsables du développement de lésions précancéreuses sont, dans 70% des cas, les sérotypes 16 et 18 (les sérotypes -31, -33, -35, -45, -52, -58, et -59 sont également oncogènes, mais sont moins fréquemment retrouvés).

Après transmission, le virus est généralement éliminé en quelques semaines ou quelques mois. Mais il peut persister et résider au niveau des organes génitaux féminins et masculins. Sa persistance (10 à 15 ans, environ) au niveau du col de l'utérus entraîne le développement de lésions potentiellement cancéreuses. Cet agent pathogène peut également être responsable de cancer du vagin, de la vulve, du pénis, de l'anus, de la cavité orale, de l'oropharynx, et du larynx (5).

- Les autres facteurs de risques

Les autres facteurs de risque connus sont l'utilisation du diethylstilbestrol in utero par la mère, le tabagisme, une expérience sexuelle précoce, la multiplicité des partenaires, la contraception oestroprogestative, un jeune âge à la première grossesse, le nombre élevé de grossesses, l'immunodépression (infection au VIH, transplantation d'organe), les co-infections sexuellement transmissibles (comme l'infection à Chlamydiae Trachomatis, à Neisseria Gonorrhoeae ou au virus de l'Herpès) et être originaire d'un pays à faible revenu.

En effet, les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus susceptibles d'avoir un cancer du col de l'utérus que les femmes non atteintes par le VIH et on estime que 5 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus sont attribuables au VIH.

Concernant les contraceptifs hormonaux pris sous forme de pilule, d'implant, de patch ou de stérilet hormonal, ils ont également un impact lors de leur utilisation prolongée. Le

risque d'apparition du cancer du col de l'utérus augmente avec la durée d'administration du traitement par contraceptifs oraux et ce risque diminue à l'arrêt de la pilule contraceptive pour devenir quasiment nul 10 ans après l'arrêt du traitement.

Le diethylstilbestrol (DES) est un puissant œstrogène de synthèse, prescrit dans les années 1950 à 1970 pour réduire le risque de fausse couche. Néanmoins, ce médicament s'est révélé être toxique et cancérigène. Une association positive a été observée entre l'exposition in utero au DES avec l'adénocarcinome à cellules claires du col de l'utérus chez les "Filles-DES".

De la même façon, être originaire d'un pays à faible revenu est un facteur de risque en raison d'un accès limité au dépistage ainsi qu'aux traitements.

1.1.3. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique peut faire appel, selon le stade de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, seules ou en association.

1.1.4. Prévention du cancer du col de l'utérus

Selon l'HAS, sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

1.1.4.1. Stratégie mondiale

L'OMS propose une stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

En effet, il s'agit du quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, derrière le cancer du sein, du poumon et le cancer colo-rectal. À défaut de nouvelles mesures, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus devrait passer de 570 000 à 700 000 entre 2018 et 2030, et le nombre annuel de décès augmenter de 311 000 à 400 000 (6).

Selon un communiqué de novembre 2020, ces interventions doivent être pluridisciplinaires, et englober des éléments d'éducation communautaire, de mobilisation sociale, ainsi que la vaccination, le dépistage, le traitement et les soins palliatifs.

L'OMS a défini 3 types de prévention.

- La prévention primaire qui comprend: la vaccination HPV, chez les filles de 9 à 14 ans; informations sur la santé et mises en garde contre la consommation de tabac; éducation sexuelle adaptée à l'âge et à la culture; promotion de l'utilisation des préservatifs et distribution de préservatifs aux jeunes ayant une activité sexuelle; circoncision masculine.
- La prévention secondaire concerne les femmes de plus de 30 ans et consiste en un dépistage avec un test de haute performance de qualité équivalente ou supérieure au test HPV et un suivi d'un traitement d'éventuelles lésions précancéreuses.
- Enfin, la prévention tertiaire concerne toutes les femmes et propose un traitement du cancer invasif à tout âge: Chirurgie; Radiothérapie; Chimiothérapie; Soins palliatifs.

Par ailleurs, il existe 3 types différents de tests de dépistage qui sont actuellement recommandés par l'OMS :

- tests de détection de l'ADN des types de HPV à haut risque ;
- inspection visuelle à l'aide d'acide acétique ;
- frottis conventionnel (test de Papanicolaou) et cytologie en milieu liquide.

1.1.4.2. Stratégie française

En France, selon l'arrêté du 4 mai 2018 (7), relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, par le ministère de la santé : « Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé. »

Celui ci préconise de la part des professionnels de santé: « la mise en place d'actions spécifiques ou de stratégies complémentaires (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles, etc.) en direction de populations vulnérables et/ou très éloignées du système de santé ; »

La prévention du cancer du col de l'utérus comprend plusieurs aspects: **la vaccination**, qui vise à éviter l'infection par le virus HPV et **le dépistage**, qui permet de détecter précocement l'infection au HPV et les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes (2).

- La vaccination en France

La vaccination préventive contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans, afin de leur assurer une protection avant le début de leur vie sexuelle. En effet, la vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore eu de rapports sexuels ayant pu les exposer au virus (8).

Une recommandation de vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a été ajoutée dans le calendrier vaccinal 2017. Elle repose sur la volonté de faire baisser la circulation des virus HPV impliqués dans les lésions anales précancéreuses et cancéreuses. Elle doit également permettre de prévenir les verrues génitales. Dans ce cas, la vaccination est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans révolus.

A partir du 1er janvier 2021, le calendrier vaccinal recommande désormais la vaccination contre les HPV pour tous les garçons de 11 à 14 ans. Il prévoit aussi un rattrapage possible pour tous les adolescents de 15 à 19 ans. En effet, une vaccination contre les HPV de tous les hommes serait un bénéfice pour leur santé en les protégeant directement et de surcroît, améliorerait aussi la protection des jeunes filles et femmes non vaccinées.

En France, il n'existe plus qu'un seul vaccin recommandé. Il est indiqué dans la prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus à certains papillomavirus humains: son nom commercial est GARDASIL 9[®] (9).

Cependant la vaccination n'élimine pas totalement le risque de développer un cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi, même pour les femmes vaccinées, le dépistage du cancer du col de l'utérus à intervalles réguliers à partir de 25 ans reste important. Ces deux moyens d'agir sont donc complémentaires.

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) en France

Anciennes recommandations de la HAS Juillet 2010

Afin de planifier au mieux la prévention du CCU, un dépistage organisé du a été mis en place depuis 2007. Il concerne les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. Le dépistage était fondé sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) (conventionnel ou en milieu liquide) à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) (10).

Le frottis peut être réalisé par un gynécologue, par un médecin généraliste ou par une sage-femme. Il peut être également effectué dans certains laboratoires d'analyse de biologie médicale sur prescription médicale ou dans les centres d'examen de santé lors d'un bilan de santé. Le frottis cervical est pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale et remboursé, en général, à 70 % sur la base du tarif conventionnel.

En cas de frottis anormal, des investigations diagnostiques complémentaires sont nécessaires. La HAS a publié en 2002 des préconisations sur les conduites à tenir devant une patiente présentant un FCU anormal.

Nouvelles recommandations de la HAS Juillet 2019

En 2010, la HAS déclarait que “La mise en œuvre du test pour la détection des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire, en population générale, est actuellement prématurée. Elle n’est susceptible d’intervenir que lorsque les conditions organisationnelles et d’assurance qualité du dépistage nécessaires seront définies et remplies” (11).

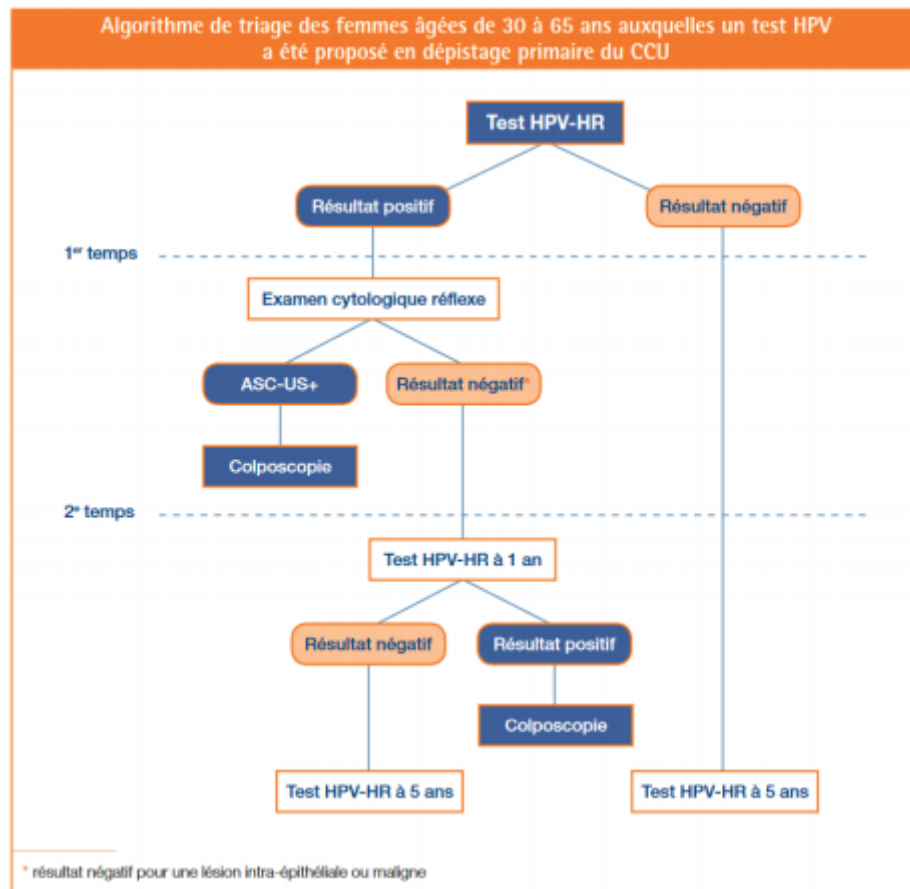
Il semble que la situation organisationnelle ait évolué puisqu’en juillet 2019, les recommandations concernant les femmes de 30 ans et plus, ont changé.

En effet, un nouveau moyen de dépistage est proposé pour les femmes de plus de 30 ans. Il s’agit dorénavant d’un test de détection du Papillomavirus au niveau des voies génitales. Le test HPV est recommandé tous les 5 ans, de 30 à 65 ans.

Selon la stratégie de dépistage, si celui-ci s’avère être positif, un FCU est alors réalisé. Avant 30 ans, le frottis reste l’examen de référence (12).

Stratégie de dépistage: Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans

Figure A



1.1.3. Recommandations du suivi gynécologique et de la palpation mammaire

En dehors du FCU, la consultation gynécologique systématique est recommandée tous les ans à partir de début de l'activité sexuelle, ou avant en cas de problème ou d'interrogation.

Selon les recommandations de la HAS, l'examen systématique des seins, quant à lui, doit commencer à l'âge de 25 ans (13).

Le rythme de ces examens annuels doit être poursuivi tout au long de la vie.

En plus de ces examens systématiques, la patiente devra consulter en cas de problèmes intercurrents.

1.2. Prostitution et santé

1.2.1. Le paysage de la prostitution en France

1.2.1.1 Des chiffres et des définitions controversées

Selon l'OCRTH (Office Centrale pour la Répression de la Traite des êtres Humains), la population en situation de prostitution/travailleurs du sexe (TDS/tds) en France représente environ 37 000 personnes. Le STRASS (Le syndicat du travail sexuel) parle lui de 400 000 personnes qui se prostituent.

Il s'agit en majorité de personnes de sexe féminin. En effet, selon une étude de la commission européenne réalisée en 2015, il y a environ 85 % de femmes, 10 % d'hommes et 5 % de transgenres (14).

Selon le Larousse, la prostitution se définit comme "Un acte par lequel une personne consent habituellement à pratiquer des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'autres personnes moyennant rémunération."

Selon le Robert, la prostitution est le fait de "livrer son corps à des plaisirs sexuels d'autrui pour de l'argent" et d'en faire métier.

En réalité, il n'y a pas "une" mais "des" prostitutions: de rue/ sur internet/ des salons de massages, individuel/en réseau, de la population française/ de la population étrangère. Le terme de prostitution recouvre des réalités diverses en constantes évolution et le fossé est grand entre "l'escort" travaillant en appartement, pour son compte, à partir d'un site internet et l'étrangère sans papier qui se prostitue dans la rue, pour le compte d'un réseau.

1.2.1.2. Évolution des lieux et des formes de prostitution

Nous avons tenté de retracer les différents modes d'exercice de la prostitution sans pour autant être exhaustif.

- **La prostitution de rue** est une prostitution qui consiste à racoler les clients en marchant sur la voie publique ou assise. La prostitution de rue est considérée comme la forme la plus dangereuse.

Lorsqu'en 2003 le racolage passif est pénalisé, la loi place les personnes se prostituant en zone de non-droit: la prostitution reste autorisée, mais le racolage sur la voie publique devient un délit lourdement sanctionné par des amendes élevées et des peines de prison.

Elle engendre un déplacement des lieux de prostitution à l'extérieur des villes ou vers des villes de moindre importance. On observe de plus en plus de camionnettes arrêtées au bord des routes. Des petites villes deviennent des lieux où se regroupent les personnes qui se prostituent, notamment celles d'origine étrangère.

- **L'escorte ou la call-girl** est une personne qui se prostitue sur simple appel téléphonique ou par l'intermédiaire d'annonce ou d'application mobile. La personne qui se prostitue/tds peut recevoir, à domicile ou à l'hôtel, ou se déplacer. La prostituée/tds peut être indépendante ou exercer par le biais d'une agence.

De nombreuses annonces sont des propositions de prostitution à peine dissimulées. Les réseaux de proxénètes sont bien présents pour favoriser et organiser ce type de contacts, même si certaines personnes le font pour leur propre compte. Les relations ont alors lieu soit à domicile, soit dans des hôtels, des résidences hôtelières, des appartements loués pour de courtes périodes. Ces réseaux se développent très rapidement et sont très difficiles à repérer. Dans des villes frontalières, on observe que des personnes, le plus souvent d'origine étrangère, se rassemblent dans certains quartiers et se prostituent à domicile (prostitution dite indoor). Le développement des contacts par Internet ou par des petites annonces dans les journaux contribue à déplacer la prostitution ou à la rendre quasi invisible.

Parallèlement, se développe une prostitution difficilement localisable, occasionnelle. Elle concerne des jeunes et des adultes en situation de précarité, pour qui la prostitution est une réponse ponctuelle à des besoins financiers, ces personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ou sans aucunes ressources.

- **La prostitution de vitrine** est une forme de prostitution typique des pays froids mais limitée à certains quartiers. La personne s'expose en tenue légère dans une vitrine. C'est une forme de prostitution particulièrement répandue aux Pays-Bas et en Belgique.
- **Les maisons closes**, interdit a proprement dit en France, mais il existe de nombreux établissements où la prostitution s'exerce de façon cachée: bars, discothèques, boîtes de strip-tease, hôtels ou encore des salons de massage,

salons d'esthétique, hammams, saunas... Pour certains d'entre eux, il s'agit d'activités prétextes qui cachent en réalité des pratiques de prostitution (15) (16).

1.2.1.3. Cadre légal régissant la prostitution en France

Il est important de souligner qu'il existe différentes modalités de pénalisation de l'activité prostitutionnelle en Europe. La pénalisation peut concerner la personne qui se prostitue elle-même (par exemple, interdiction du racolage) ou elle peut viser uniquement les clients (comme cela a été mis en place en France depuis 2016, cf infra). Les différentes modalités de pénalisation sont susceptibles d'avoir des effets distincts sur la santé des personnes qui se prostituent.

En Europe, l'encadrement de la prostitution varie. Les pays d'Europe de l'Est et les États slaves du sud punissent les personnes en situation de prostitution/travailleuses du sexe et non les clients. Dans de nombreux États, y compris au Royaume-Uni (à l'exclusion de l'Irlande du Nord), en Espagne et en Italie, le travail du sexe est légal mais n'est pas réglementé et les maisons closes sont illégales. Le travail du sexe est légal et réglementé en Autriche, en Allemagne, en Grèce, en Hongrie, en Lettonie, aux Pays-Bas, en Suisse et en Turquie. Dans ces derniers pays, les travailleurs du sexe peuvent s'inscrire officiellement comme employés ou travailleurs indépendants exerçant dans la prostitution, et les maisons closes sont dirigées comme n'importe quelle autre entreprise.

Depuis avril 2016, la France a modifié sa loi concernant les actes de "Prostitution, proxénétisme, tourisme sexuel", qui dorénavant sanctionne les "clients" et abolit la pénalisation du racolage.

Ainsi, le Ministère chargé de la justice écrit:

"La loi française interdit le recours aux services d'une personne qui se prostitue. Le fait d'inciter une personne à se prostituer ou de tirer profit de la prostitution d'un tiers est également interdit. Ces faits sont sanctionnés pénalement et peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires en France, même s'ils ont été commis à l'étranger (cas de tourisme sexuel). Les sanctions sont plus sévères lorsque la personne qui se prostitue est mineure."

Sous cette nouvelle loi s'inscrit également le souhait de "favoriser la cohérence et le développement des politiques de protection et d'assistance en faveur des victimes de la prostitution, du proxénétisme et de la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle". Pour cela, le gouvernement a mis en place des commissions départementales et

permet ainsi de proposer des parcours de sortie de la prostitution, d'insertion sociale et professionnelle.

1.2.1.4. Les missions locales du Gard et de l'Hérault

Concernant les départements de l'Hérault et du Gard, les problématiques de santé envers les personnes en situation de prostitution/tds sont soulevées et prise en charge par le département et plusieurs organisation non gouvernementale (ONG).

Dans les deux départements concernés, les commissions départementales de lutte contre la prostitution constituent un levier de coordination entre les différents acteurs concernés. Ils ont pour mission de mettre en place une politique concertée d'actions en matière de prévention et de lutte contre la prostitution et d'accompagnement des victimes.

Pour cette étude, nous avons travaillé avec trois associations locales , qui oeuvrent pour les personnes en situation de prostitution/tds. Nous vous les présentons ici:

- Médecins du Monde

Dans l'Hérault, nous avons eu la chance de travailler avec Médecins Du Monde. Depuis 1994, l'association déploie chaque semaine des maraudes, afin de promouvoir la santé des plus fragiles. La philosophie de leurs modes d'action doit permettre d'accompagner, soigner, témoigner et faire du plaidoyer en faveur d'un accès inconditionnel et universel aux soins et au droit à la santé pour toutes et tous. Les interventions impliquent les personnes concernées, les bénévoles et les salariés à la nécessité de co-construire des solutions adaptées à des besoins non couverts par les dispositifs des droits communs. L'association joue un rôle d'accueil, d'information et d'orientation, notamment vers les structures d'aide (alimentation, hygiène, vêtements, juridique, scolarité...). Concernant l'aide aux personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe, il s'agit en priorité d'une action mobile qui permet une prise en charge médicale, sociale et juridique. Durant les maraudes, du matériel de réduction des risques est distribué et les équipes s'astreignent à faire passer des messages de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage, notamment vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles, par exemple. Le CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) de Montpellier met également à disposition un accueil de jour des personnes une fois par semaine. Le personnel a créé un numéro spécial afin de permettre aux usagers de joindre directement l'association en cas de besoin.

L'objectif de cette mission est également de leur apporter un soutien et une écoute lors de situations de violences physiques ou morales. Enfin, dans le but de soutenir leur plaidoyer, Médecin du Monde s'attache à recueillir et analyser les données collectées (17).

- L'amicale du Nid

L'Amicale du Nid est une association créée en 1946, laïque et indépendante, elle s'inscrit dans la tradition abolitionniste de la France depuis 1960. Ses 200 salarié.es sont réparties dans 12 départements pour réaliser les missions d'aller-vers sur les lieux de prostitution et par internet, d'accueil et d'accompagnement des personnes mineures et majeures en situation ou en danger de prostitution : insertion professionnelle, consultations médicales et psychologiques, culture, loisirs, démarches juridiques. A ce titre, elle est agréée pour faire des parcours de sortie prévus par la loi du 13 avril 2016 pour les personnes qui le désirent. Ses CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) proposent différents types d'hébergement. Elle organise des formations pour faire connaître les divers éléments du système prostitutionnel aux professionnels concernés, des animations de prévention en milieu scolaire ainsi que de la recherche (18).

- Arap Rubis

Arap Rubis est une association de bienfaisance, régie par la loi 1901. Cette structure mène une action de santé communautaire en milieu prostitutionnel, dans le département du Gard. L'association a pour objet : la prévention IST - VIH - Toxicomanie, la réduction des risques. Elle est également impliquée dans l'accès aux soins et l'accès aux droits fondamentaux. Elle permet l'accès à des formations, à des hébergements et apporte un soutien, en direction des travailleurs du sexe. Ainsi, elle contribue au soutien et à la protection des victimes de trafic des êtres humains. Elle est également un soutien à la parentalité, permet l'accueil en direction des enfants et des parents. Enfin, les membres de l'association apporte l'information et la formation des professionnels, des futurs professionnels et des jeunes dans le domaine médico-social et la prostitution (19).

1.2.2. Etat de santé globale: les données actuelles de l'état sanitaire et social des personnes en situation de prostitution/tds

En 2012, l'inspection générale des affaires sociales a remis un rapport portant sur les enjeux sanitaires de la prostitution. Tout d'abord, les auteurs ont mis en lumière le manque criant de connaissances de la population prostituée/tds (20). De la même manière, en octobre 2013, la commission des affaires sociales souligne qu'il existe peu d'études statistiques sur la santé de ces personnes (21).

Nous avons également pu constater, lors de notre revue de la littérature nationale, qu'il existe peu d'études portant sur l'état sanitaire et social de la population prostituée/tds.

En revanche, en 2016, l'HAS a produit un recueil d'études internationales qui évalue l'état de santé des personnes en situation de prostitution/tds et identifie les facteurs de vulnérabilité sanitaire (22).

1.2.2.1. Les facteurs de vulnérabilité liés à l'environnement et aux conditions de vie

Dans le rapport de l'HAS, les auteurs relatent une hétérogénéité de la population prostituée/tds, tant au niveau du mode d'exercice, de leur sexe, du caractère autonome ou non, que sur l'origine ethnique des personnes. Ces différences induisent des problématiques et des besoins variables en termes de santé. La précarité est dépendante de la forme de prostitution qu'exerce la personne, avec un surrisque pour certains sous-groupes. Mais d'une manière générale, les études dénoncent une situation de précarité à multiples aspects.

Les connaissances actuelles permettent l'identification de difficultés économiques notamment. Il nous a paru important de souligner les conséquences des difficultés financières. Comme le dit l'HAS "La capacité des personnes à imposer l'utilisation de préservatifs dépend de la situation économique dans laquelle elles se trouvent." Une situation de pauvreté peut amener les personnes se prostituant à ne pas pouvoir négocier un rapport protégé avec un client.

La précarité peut être aussi liée au logement. Le fait de ne pas pouvoir obtenir de fiches de paie engendre une difficulté à devenir locataire et à devoir résider dans un logement insalubre, ce qui peut exposer à de nouvelles problématiques sanitaires.

D'après l'OCRTH, la population étrangère représente aujourd'hui 80-90% des personnes se prostituant. Nous savons qu'il y a de plus en plus d'étrangers qui se prostituent sur le territoire français et la barrière de la langue constitue un frein dans l'accès aux soins de santé. Il existe également des difficultés dans l'accès à la couverture d'assurance maladie. Celles-ci sont liées à la complexité des démarches administratives et au manque d'information des populations sur leurs droits.

Nous avons tout intérêt à porter attention à ces populations en situation de précarité, comme le préconise l'étude de santé publique faite (23), afin d'étudier l'intérêt du dépistage par HPV tous les 5 ans. Celui-ci rapporte que le faible dépistage du CCU est associé au fait d'être bénéficiaire de la CMUc et d'habiter une zone défavorisée.

Il existe une forme de prostitution dans la population migrante qui se retrouve chez un certain nombre de femme. L'exode migratoire entraînant la plupart du temps une situation de précarité, oblige certaines femmes à recourir à une activité prostitutionnelle par manque de ressources. Il s'agit d'une prostitution parfois sans rémunération pécunier mais contre un logement, par exemple.

1.2.2.2. Les risques sanitaires liés au travail prostitutionnel

L'étude Prosanté, réalisée en 2011, conclut que les personnes en situation de prostitution/tds, à âge égal, sont 3 fois plus nombreuses que dans la population générale à déclarer "un état de santé moyen", "mauvais" ou "très mauvais" (24).

Selon les auteurs du rapport de la HAS, 35% des personnes enquêtées déclarent une maladie chronique, parmi lesquelles le VIH/sida, une maladie respiratoire, un diabète, des problèmes psychologiques, une hépatite.

Cependant, les données disponibles permettent d'établir que le sur-risque d'infection par le VIH au sein de la population prostituée/tds est très modéré par rapport au risque en population générale. En revanche, il apparaît que les personnes en situation de

prostitution/tds sont davantage exposées aux risques d'IST (deux fois plus de risque de chlamydie, trois fois plus de risque de gonococcies, et de certains troubles gynécologiques) que la population générale.

Concernant la consommation tabagique, elle est supérieure à la consommation de tabac en population générale. Il existe des données contradictoires concernant la consommation de cannabis, de cocaïne et d'héroïne. Mais les femmes exerçant leur activité dans la rue, consommeraient plus de psychotropes que celles exerçant dans un établissement.

Selon les données disponibles, les personnes en situation de prostitution/tds sont surexposées à un risque de violence physique et verbale (menaces, injures), en particulier les personnes qui exercent leur activité dans la rue.

Si l'on s'intéresse à l'état psychique des populations prostituées/tds, des études indiquent que des pensées suicidaires ont été déclarées 7 fois plus souvent que dans la population générale. Par ailleurs, il a été prouvé que cette même population consomme 4,5 fois plus de médicaments tels que les antidépresseurs et les anxiolytiques.

L'engagement dans une activité prostitutionnelle expose les personnes à un risque réel de subir des discriminations de la part des professionnels de santé et des représentants administratifs ou policiers. Ce risque les conduit à dissimuler leur activité, voire à renoncer à recourir aux structures administratives ou de soins.

1.2.3. État de santé sexuelle et dépistages cancéreux

En 2014, l'étude de Mc Grath-Lone et al., en Angleterre, rapporte que les femmes en situation de prostitution/tds sont davantage exposées (que la population générale) aux troubles gynécologiques. Elles sont deux fois plus exposées au risque de vaginose, de candidose et d'infections urinaires, quatre fois plus exposées au risque d'inflammation pelvienne et huit fois plus exposées au risque d'anomalies cytologiques (24).

Concernant la prévalence du papillomavirus humain, dans l'étude de Touze et al. 2001, en Espagne, celle ci était de 15,8 % chez les femmes en situation de prostitution/tds, c'est-à-dire dix fois supérieure à la population générale (25).

En Belgique, en 2004, une étude comparait les frottis des personnes en situation de prostitution/tds et les frottis de personnes issu de la population générale (appareillé sur l'âge) (27).

Il apparait que "Parmi les travailleurs du sexe, 77,4% étaient positifs pour un ou plusieurs types de HPV (55,9% pour le HPV à haut risque), en comparaison avec 27,6% du groupe de contrôle (14,3% pour le HPV à haut risque) ($p < 0,001$)."

Et en comparant, les anomalies cytologiques, ils retrouvent les résultats suivants: "Dans le groupe des prostituées, 2,6 % ont reçu un diagnostic de cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée (AGUS)/cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASCUS), 15,6 % une lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL) et 2,9 % une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL). Dans le groupe témoin, les résultats étaient respectivement de 1,4 %, 2,9 % ($p < 0,001$) et 0,6 % ($p < 0,001$)."

En France, entre 2016 et 2019, Médecins du monde réalise une étude randomisée afin d'étudier l'intérêt de l'auto prélèvement par HPV/Frottis cervico-utérin, concernant un public en situation de précarité (28). Les résultats de ces frottis ont révélé des anomalies cytologiques chez 9,1% des personnes. Alors qu'elles étaient retrouvées chez 4,1% des femmes en population générale.

Selon ces résultats, il apparait primordial d'évaluer les pratiques et les connaissances des femmes en situation de prostitution/tds vis-à-vis du cancer du col de l'utérus.

2. Matériels et méthode

2.1 Schéma d'étude

2.1.1 Choix du type d'étude réalisée

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, chez les femmes en situation de prostitution/tds, dans les départements du Gard et de l'Hérault, entre juillet 2020 et janvier 2021, évaluant les connaissances et les pratiques vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire quantitatif.

2.1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques vis-à-vis de la prévention du cancer du col de l'utérus, chez les femmes en situation de prostitution/tds, dans les départements du Gard et de l'Hérault.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs influençant le niveau de connaissance et les facteurs influençant la pratique du dépistage des cancers gynécologiques.

2.1.3 Critère de jugement

Le critère de jugement principal était le niveau de connaissance.

2.1.4 Lieux d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique.

Cette enquête d'observation descriptive a été faite en partenariat avec trois associations locales engagées dans la promotion de la santé des femmes et des hommes en situation de prostitution/tds, oeuvrant dans le Gard et l'Hérault.

2.2 Échantillon et modalités de recrutement

2.2.1 Population cible

La population source est constituée par les femmes âgées de 18 à 65 ans en situation de prostitution suivi par les associations (MDM, Arap Rubis ou Amicale du nid), exerçant dans les départements de l'Hérault ou du Gard. Cette étude concerne la prostitution de rue. Elle n'inclue pas la prostitution indoor ni la prostitution sur internet.

Concernant la notion de genre, seules les personnes ayant un sexe biologique féminin de naissance pouvaient faire partie de l'étude. Être un homme ou une personne transgenre étaient des critères de non inclusion à l'étude.

L'addition des files actives des associations dénombre 650 personnes suivies.

Ce chiffre est probablement surestimé puisque deux associations travaillent dans un périmètre commun. L'association Arap Rubis à Nîmes suit environ 350 personnes prostituées/tds dans le département du Gard. L'association L'Amicale Du Nid, suit environ 180 personnes, dans l'Hérault. Dans ce même département, Médecin du monde nous a confié avoir une file active de 120 personnes. Ce qui nous donne une population de 650 personnes. Après exclusion des mineurs, des hommes et personnes transgenres, la population source était de 550 personnes environ.

2.2.2 Nombre de sujet nécessaire

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé. Nous nous sommes donné pour objectif d'interroger 100 personnes.

2.3. Mode de recueil des données

2.3.1. Élaboration du questionnaire (voir annexe)

Le questionnaire a été réalisé en suivant les conseils et recommandations du personnel associatif, qui est au plus proche de la population cible. Nous nous sommes inspirés de la bibliographie réalisée en amont.

Une fois les modifications apportées et la traduction en anglais corrigée par des bénévoles anglophones, le questionnaire a été soumis à une phase de pré-test.

Cette phase de pré-test permettait de constater la bonne interprétation du sens des questions, de noter les difficultés de compréhension, les sujets à aborder avec précaution, d'évaluer la durée de réalisation du questionnaire...

Des changements ont été apportés après le pré-test pour mieux s'adapter aux spécificités du terrain.

Celui-ci était volontairement très court afin de faciliter la participation des patientes. La durée moyenne de passage était comprise entre 5 et 10 minutes. A la demande des associations, le questionnaire a été traduit en cinq langues (français, anglais, espagnol, portugais, roumain).

2.3.2. La fiche informative (voir annexe)

La fiche informative était, comme le questionnaire, traduite en cinq langues. La fiche informative permettait à l'interrogateur d'éclairer la candidate sur quelques notions en rapport avec le questionnaire, en cours d'entretien. Puis celle-ci était donnée à la participante en fin d'entretien. La fiche informative est un moyen de sensibiliser la population à la consultation gynécologique et aux dépistages cancéreux.

Au moment de la création de la fiche, les recommandations concernant le dépistage par autoprélèvement du Papillomavirus n'étaient pas encore validées. Nous n'avons donc pas pu les inclure dans le document.

2.3.3. Déroulement de l'étude

Le recrutement des personnes s'est fait de juillet 2020 à janvier 2021. Le questionnaire était proposé aux femmes fréquentant l'association, avec une méthode différente selon l'association.

Pour des questions de temps et de faisabilité, il ne pouvait être proposé de façon systématique à toutes les personnes rencontrées lors des tournées. Il était ainsi proposé chaque semaine à un nombre limité de personnes, de façon aléatoire ou choisies pour des raisons pratiques (moment propice à la passation, demande de la personne elle-même...)

Concernant Médecin du monde, le recrutement s'est fait lors de trois maraudes avec le personnel bénévole. Si les critères d'inclusions étaient réunis et que le contexte était considéré comme favorable, nous récupérons le consentement oral et le questionnaire était proposé à la personne rencontrée. Un contexte favorable est défini par plusieurs éléments: la connaissance antérieure de la personne (=il ne s'agissait pas d'une première rencontre avec l'association) et l'intimité nécessaire pour poser le questionnaire.

Après information sur les objectifs de l'enquête et le contenu du questionnaire, le questionnaire papier était posé par le médecin ou les équipes de prévention des associations (personnel formé en santé). L'enquête s'est déroulée dans un espace clos réservé à cet effet. Les personnes en charge de la passation des questionnaires ont reçu préalablement au démarrage de l'enquête une information sur les questions abordées dans le questionnaire. En fin d'entretien, la fiche informative était distribuée à chaque participante dans la langue de son choix.

Nous avons dû arrêter le recrutement en raison de la complexité des règles sanitaires et de la surcharge de travail des associations.

Les questionnaires en version papier ont été transformés en version numérique, par l'intermédiaire de Google Forms, afin d'obtenir des données sur une feuille de calcul.

2.4. Mode d'analyse des données

2.4.1. Données recueillies

Le questionnaire était anonyme.

56 questionnaires ont été récupérés. 1 questionnaire était incomplet pour la sous-question "4" (la notion de temps n'était pas précisée).

Le questionnaire était composé de 18 items avec 5 domaines différents explorés:

- 2 questions permettait d'évaluer la situation sociodémographique (questions 1 et 2)
- 2 questions ont évalué l'accès aux soins (questions 3 et 4)
- 1 question évaluait l'accès à l'information (question 6)
- 1 question nous donnait une indication sur les freins à l'accès aux soins (question 7)
- 3 questions permettait de connaître les pratiques en matière de suivi gynécologique (questions 5, 8 et 11)
- 7 questions nous ont informé sur l'état des connaissances (questions 9, 10, 12, 13, 14, 15 et 16)
- 2 questions ont évalué la perception de l'état des connaissances sur les cancers gynécologiques et le support d'information désiré (questions 17 et 18).

On considérait sur une échelle de 0 à 7 le niveau de connaissance. Cela nous a permis de classer en sous groupe le niveau de connaissance.

- Pour un score de 0-1: le niveau de connaissance était considérée comme "mauvais"

- Pour un score de 2-3: le niveau de connaissance était considérée comme “moyen”
- Pour un score de 4-5: le niveau de connaissance était considérée comme “bon”
- Pour un score de 6-7: le niveau de connaissance était considérée comme “très bon”

Afin de pouvoir comparer, les notes de nos participantes à une étude faite sur la population générale, nous avons reporté ces notes sur 20.

Pour la question 9, “Savez-vous à quoi sert-elle (la palpation mammaire)?”, nous avons considéré comme juste, si la réponse contenait un des mots clés suivants: “cancer”, “tumeur”, “ganglion”, “kyste”.

Pour la question 12, “Savez-vous à quoi sert-il (“le frottis cervico-utérin?”), nous avons considéré comme juste, si la réponse contenait un des mots clés suivants: “cancer”, “tumeur”, “papillomavirus”.

Pour la question 16, “Savez-vous où réaliser un frottis cervico-utérin?”, nous avons considéré comme juste, si la réponse contenait un des mots clés suivants: “gynécologue”, “médecin traitant/généraliste”, “sage-femme”, “hôpital”, “laboratoire”, “planning familial”.

2.4.2. Analyse des résultats/ Variables étudiées

Une analyse descriptive simple était réalisée sur l'ensemble de la population d'étude, puis par sous-groupe. Cette description portait sur les données sociodémographiques, l'accès aux soins, les pratiques et le suivi gynécologique, et les connaissances du dépistage et de la vaccination.

Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne (m) et l'écart type (E.T), et les variables qualitatives, par l'effectif (n) et le pourcentage (%). Le seuil de significativité était fixé à 0,05 et tous les tests étaient bilatéraux.

La comparaison des variables qualitatives et leur analyse en tableaux croisés dynamiques ont été réalisées par le test de Fisher.

Nous avons utilisé le test de Student, pour comparer les variables quantitatives en plusieurs groupes. L'effectif était suffisant pour considérer que mes données sont normales.

Les tests de contingence étaient réalisés grâce au site de BiostaTGV.

2.4.3. Aspects éthiques

Selon le Code de la Santé Publique, toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

Les patientes ont été informées de l'étude, des bénéfices, des contraintes, des risques possibles, dans un langage clair.

Le consentement oral des participantes a été renseigné.

Nous avons interrogé le Dr Philippe Serayet, médecin généraliste, référent comité d'éthique CNGE pour le DMG Montpellier-Nîmes et membre CPP Nîmes, afin de connaître les démarches à accomplir en regard du règlement général de la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés. Le Dr Philippe Serayet nous a précisé que "Votre étude est hors champ de la loi Jardé." et qu'il n'est pas nécessaire dans votre cas de demander l'avis d'un comité d'éthique."

3. Résultats

3.1 Nombre de questionnaires

Nous nous sommes donné l'objectif de récupérer 100 questionnaires soit 20% de la file active 2020, des femmes suivies par les associations avec lesquelles nous avons travaillé.

L'objectif n'a pas été atteint avec 56 questionnaires remplis.

- 5 questionnaires récupérés par L'Amical du Nid
- 42 questionnaires récupérés par Arap Rubis
- 9 questionnaires récupérés par Médecins du Monde

Aucune personne à qui nous avons proposé le questionnaire, n'a refusé de répondre. Certaines personnes n'ont pas pu être interrogées faute d'échange ou d'un contact antérieur pour aborder certains sujets de l'étude.

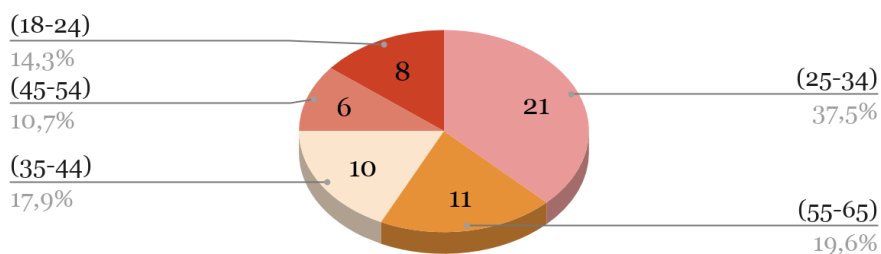
3.2 Caractéristiques sociodémographiques

3.2.1. L'âge

L'**âge moyen** de notre population d'étude est de **37,4 ans**. La médiane est de 32,5 ans, se situant entre un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 65 ans.

Répartition en âge de la population

Figure 1



3.2.2. La nationalité

La population est constituée de personnes émanant de 11 pays différents.

Répartition de la population en fonction de la nationalité

Tableau 1

<i>Nationalité</i>	Nombre	Pourcentage
Albanaise	3	5,4 %
Algérienne	3	5,4 %
Bulgare	3	5,4 %
Camerounaise	2	3,4 %
Espagnole	1	1,8 %
Française	16	28,6 %
Gabonaise	1	1,8 %
Guinéenne	5	8,9 %
Marocaine	3	5,4 %
Nigériane	16	28,6 %
Roumaine	3	5,4 %
Total général	56	100,00%

71,4 % de notre population d'étude est d'origine étrangère.

Les nationalités les plus représentées sont:

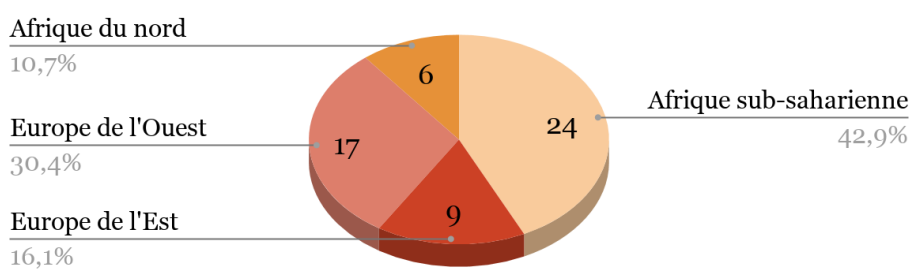
- de nationalité française (28,6%; 16 femmes)
- et de nationalité nigériane (28,6%; 16 femmes)

Les autres nationalités rencontrées sont pour: 5,4% albanaises (3 femmes), 5,4% algériennes (3 femmes), 5,4% bulgares (3 femmes), 3,6% camerounaises (2 femmes), 1,8% espagnole (1 femme), 1,8% gabonaise (1 femme), 8,9% guinéennes (5 femmes), 5,4% marocaines (3 femmes) et 5,4% roumaines (3 femmes).

La répartition, en fonction du continent d'origine, démontre qu'une majorité de personnes sont en provenance du continent africain (53,6%; 30 femmes).

Répartition de la population par continent d'origine

Figure 2



3.3 Accès aux soins et à l'information

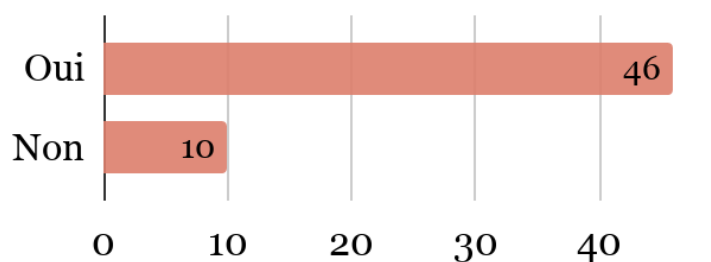
3.3.1. Accès aux soins

3.3.1.1. Couverture maladie

D'après nos résultats, 46 personnes (soit 82,1%) possèdent une couverture maladie. Nous n'avons pas différencié le type de couverture maladie. Une réponse positive pouvait aussi bien concerner les détenteurs d'une carte vitale, que les patients sous CMU, ACS et AME.

Couverture maladie

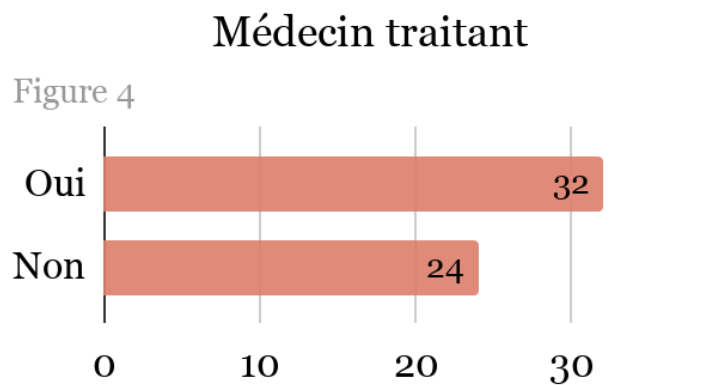
Figure 3



Il n'y a pas de différence significative ($p=0,33$) entre l'origine géographique et le fait d'avoir une couverture maladie. La moyenne d'âge n'est pas significativement différente ($p=0,95$) en fonction de la détention ou non d'une couverture maladie.

3.3.1.2. Médecin traitant

32 personnes, soit 67,1% ont un médecin traitant.



Il existe une différence significative de moyenne d'âge des femmes ($p=0,04$) avec un intervalle de confiance de à 95% de [0.2294 ; 14.8539]. La moyenne d'âge est de 40,6 ans pour le groupe ayant un médecin traitant et de 33,1 ans pour le groupe n'ayant pas de médecin généraliste.

Il existe une relation significative ($p<0,01$) entre le suivi par un médecin traitant et l'origine géographique.

Les résultats montrent que les femmes originaires d'Europe de l'ouest sont plus nombreuses à être suivies par un médecin généraliste que les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne.

Lien entre le fait d'avoir un médecin traitant et l'origine géographique des femmes

Tableau 2

Origine géographique	Médecin traitant						p -value
	Oui		Non		Total général		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Afrique du nord	3	5,3 %	3	5,3 %	6	10,6 %	
Afrique sub-saharienne	7	12,5 %	17	30,4 %	24	42,9 %	<0,01
Europe de l'Est	7	12,5 %	2	3,6 %	9	16,1 %	
Europe de l'Ouest	15	26,8 %	2	3,6 %	17	30,4 %	
Total général	32	57,1 %	24	42,9 %	56	100,00%	

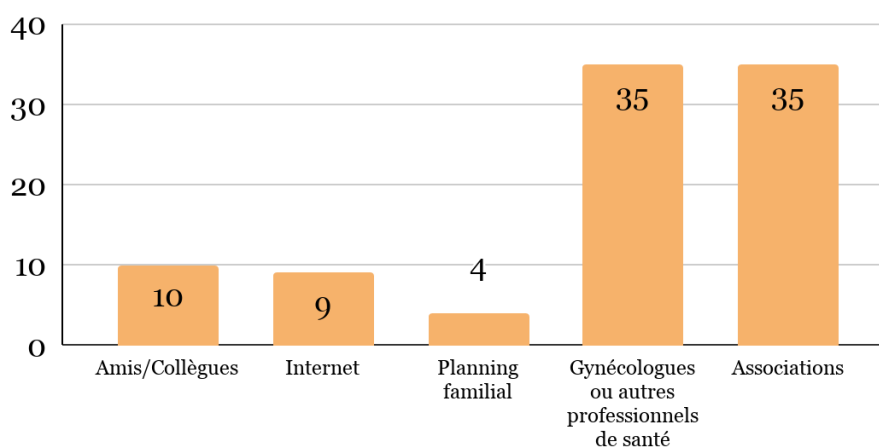
3.3.2. Accès à l'information

Concernant l'accès à l'information, on constate que 9 personnes (16.1%) ont répondu qu'elles consultent internet lorsqu'elles ont des questions sur la gynécologie.

Les réponses les plus souvent citées sont **auprès d'un gynécologue ou autres professionnels de santé** (35 réponses; 62.5%) et **auprès des associations** (35 réponses; 62.5%). 10 personnes posent leurs questions à leurs amis ou collègues (17.9%) et 4 personnes au planning familial (7.1%).

Interlocuteurs concernant les questions sur la gynécologie

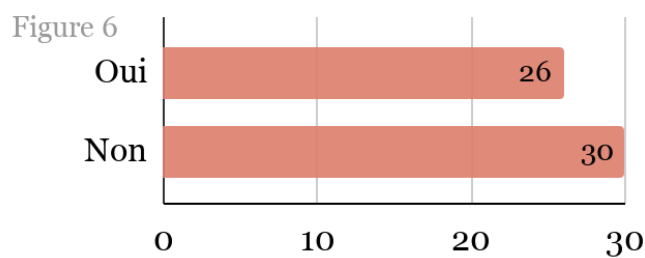
Figure 5



3.3.3. Perception de l'état des connaissances et support d'information souhaité

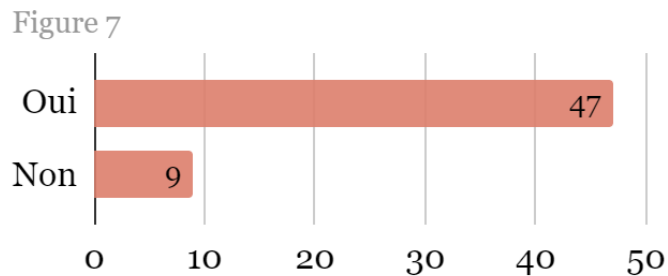
Lorsque nous avons posé la question aux femmes de notre étude, pour savoir si elles estiment avoir assez d'informations sur les cancers gynécologiques en termes de risque, de prévention ou de dépistage, 53,6%, soit 30 femmes, ont répondu négativement.

Pensez vous avoir assez d'informations sur les cancers gynécologiques ?



Alors que **83.9% des femmes interrogées souhaitent avoir plus d'informations sur ces cancers.**

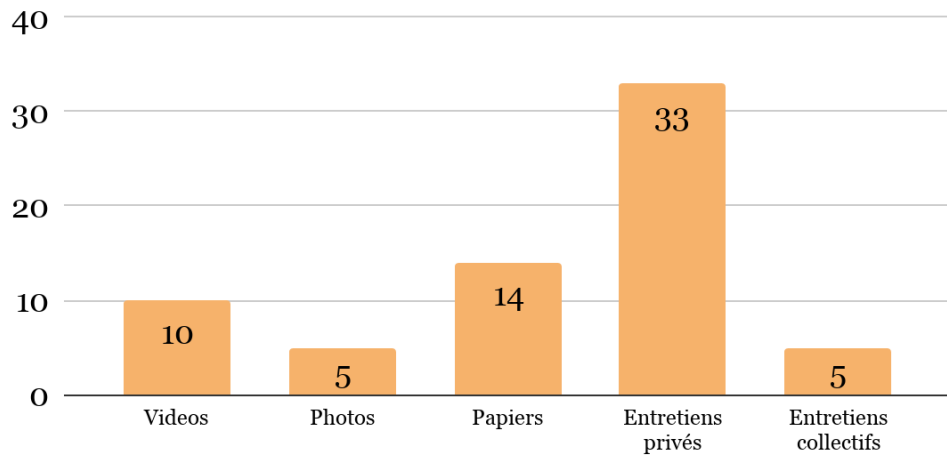
Aimeriez vous avoir plus d'informations sur les cancers gynécologiques?



33 personnes souhaitent avoir des entretiens privés. 14 femmes préféreraient recevoir l'information sur papier, 10 par vidéos et 5 par photos. Et 5 personnes évoquent des entretiens collectifs.

Les différentes méthodes d'informations

Figure 8

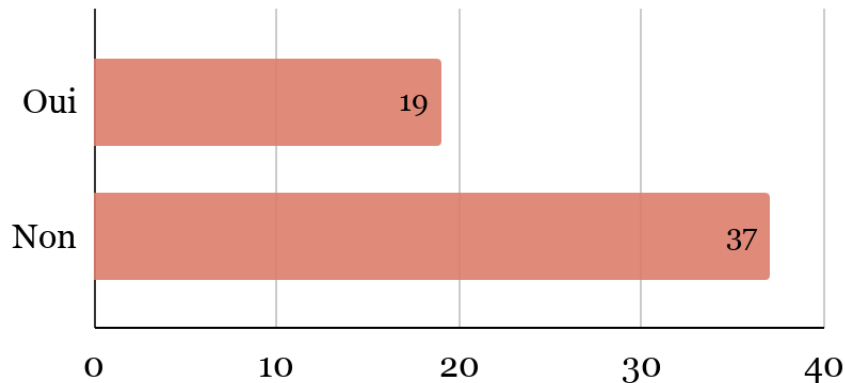


3.3.4. Evaluation des freins à l'accès aux soins

33.9% des femmes interrogées (19 personnes) reconnaissent **avoir déjà renoncé à une consultation gynécologique.**

Avez vous déjà renoncé à aller chez un médecin pour un problème gynécologique?

Figure 9



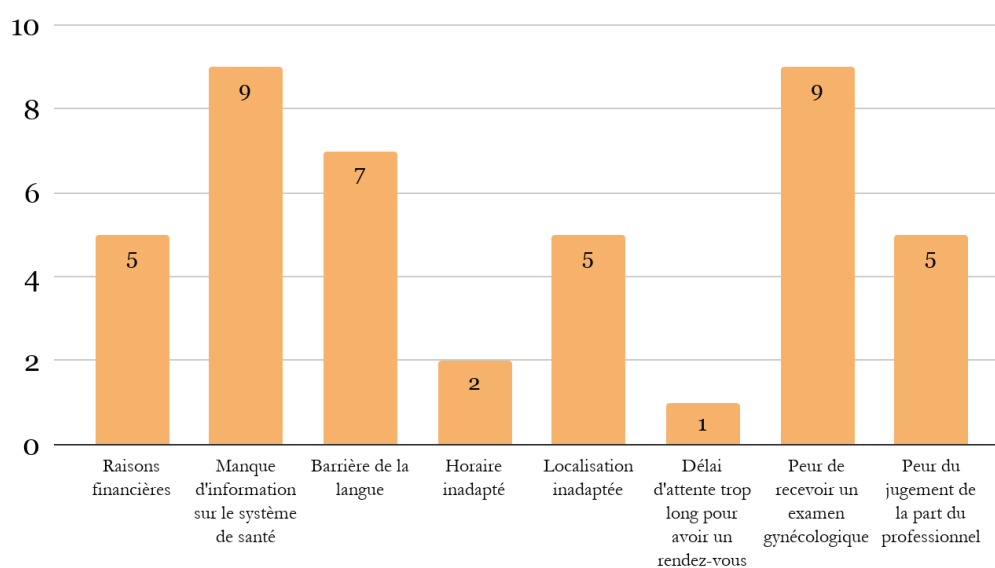
Il n'y a pas de différence significative ($p=0,40$) en fonction de la moyenne d'âge ou en fonction de l'origine géographique ($p=0,09$) entre les deux groupes de femmes.

Un manque d'information sur le système de santé (9 réponses) et **la crainte de subir un examen gynécologique** (9 réponses) sont les raisons les

plus souvent exprimées. **La barrière de la langue** est une raison 7 fois invoquée. 5 personnes expliquent craindre un jugement de la part d'un professionnel et 5 personnes expliquent que la cause pouvait être une localisation inadaptée. 2 femmes pensent que l'horaire pouvait être parfois inadapté et une seule femme évoque un délai d'attente trop long.

Freins à l'accès aux soins

Figure 10



3.4 Le suivi gynécologique

3.4.1. La consultation gynécologique

51 femmes (soit 91.1% de notre population) déclarent avoir déjà eu une consultation gynécologique au cours de leur vie.

Consultation gynécologique: Répartition de la population

Tableau 3

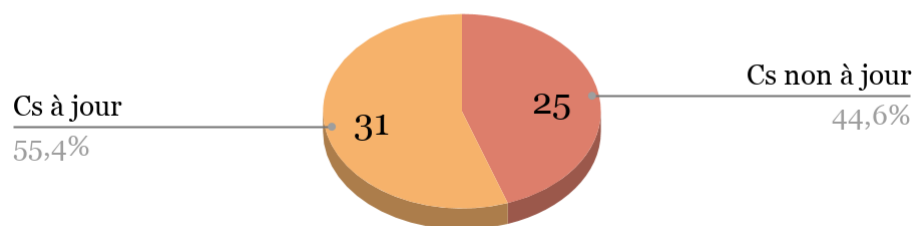
<i>Consultation gynécologique</i>	Nombre	Pourcentage
Oui	51	91,1 %
Non	5	8,9 %
<i>Dernière consultation</i>	Nombre	Pourcentage
< 1 an	31	55,4 %
Entre 1 et 3 ans	12	21,5 %
> 3 ans	8	14,2 %
Jamais	5	8,9 %
<i>Suivi de consultation</i>	Nombre	Pourcentage
Cs à jour	31	55,4 %
Cs non à jour	25	24,6 %
Total général	56	100,00%

On considère que les femmes sont “à jour” si la consultation date de moins d’un an et que les femmes sont “non à jour” si la consultation gynécologique date de plus d’un an ou n’ont jamais eu de consultation.

Dans ce cas, **55,4% de notre population d’étude a un bon suivi de consultation gynécologique.**¹

Suivi gynécologique

Figure 11



¹ Pour rappel: les recommandations françaises préconisent une consultation gynécologique par an.

Il n'y a pas de différence significative de moyenne d'âge ($p=0,68$) ou par tranche d'âge ($p=0,89$) entre les femmes à jour et les femmes non à jour de leur suivi de consultation. De la même façon, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en fonction du continent d'origine ($p=0,62$), en fonction de la possession d'une couverture maladie ($p=0,74$) et en fonction du suivi par un médecin traitant ($p=0,59$).

3.4.2. La palpation mammaire (PM)

Parmi les femmes âgées de 25 ans et plus (effectif= 48), 46,4% ont déjà eu une palpation mammaire au cours de leur vie.

Palpation mammaire: Répartition de la population
Tableau 4

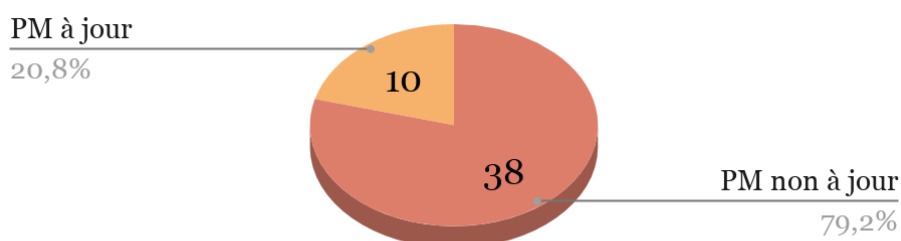
<i>Palpation mammaire</i>	Nombre	Pourcentage
Oui	23	47,9 %
Non	25	52,1 %
<i>Dernière palpation mammaire</i>	Nombre	Pourcentage
< 1 an	10	20,8 %
Entre 1 et 3 ans	9	18,7 %
> 3 ans	4	8,3 %
Jamais	25	52,2 %
<i>Dépistage Palpation mammaire</i>	Nombre	Pourcentage
PM à jour	10	20,8 %
PM non à jour	38	79,2 %
Total général	48	100,00%

De la même manière, on considère que les femmes sont “à jour” si la palpation mammaire date de moins d’un an et que les femmes sont “non à jour” si la palpation mammaire date de plus d’un an ou n’ont jamais eu de palpation.

Dans le cadre de ce dépistage, seulement **20,8% des femmes de notre étude sont à jour de leur dépistage par palpation mammaire.**²

Dépistage par palpation mammaire

Figure 12



Les résultats en fonction de l’âge (moyenne ou par tranche de 10 ans) n’expriment pas de différence significative (respectivement $p=0,22$ et $p=0,53$). De la même manière, il n’y a pas de différence significative en fonction du continent d’origine ($p=0,88$), en fonction de la possession d’une couverture maladie ($p=0,17$) ou du suivi par un médecin traitant ($p=0,47$).

3.4.3 Le frottis cervico-utérin (FCU)

Parmi les femmes âgées de 25 ans et plus (effectif= 48) , 75% ont déjà réalisé un frottis au cours de leur vie et seulement 64,6% ont un frottis cervico-utérin à jour, (*i.e.* datant de moins de 3 ans).

² Pour rappel: les recommandations françaises préconisent une palpation mammaire annuelle à partir de 25 ans.

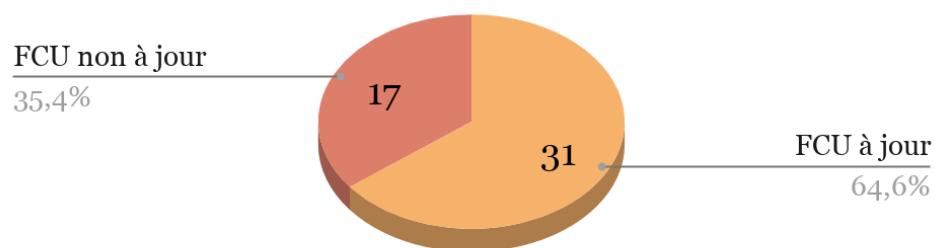
Frottis cervico-utérin Répartition de la population

Tableau 5

<i>Frottis cervico-utérin</i>	Nombre	Pourcentage
Oui	36	75,0 %
Non	12	25,0 %
<i>Dernier FCU</i>	Nombre	Pourcentage
< 1 an	14	29,2 %
Entre 1 et 3 ans	17	35,4 %
> 3 ans	5	10,4 %
Jamais	12	25,0 %
<i>Dépistage FCU</i>	Nombre	Pourcentage
FCU à jour	31	64,6 %
FCU non à jour	17	35,4 %
Total général	48	100,00%

Dépistage par frottis cervico-utérin

Figure 13



64,6% des femmes interrogées sont à jour de leur suivi par frottis cervico-utérin.

Dans notre population, selon les résultats, **les femmes les plus âgées sont mieux dépistées pour le cancer du col de l'utérus que les jeunes femmes.**

En effet, il existe une différence significative ($p=0,01$) de moyenne d'âge entre les femmes qui sont à jour de leur frottis et celles qui ne le sont pas: les femmes à jour ont un âge moyen de 47,7 ans et les femmes non à jour de leur dépistage par frottis ont un âge moyen de 33,8 ans.

Nos résultats ont permis d'établir une relation entre le fait d'avoir un médecin traitant et le fait d'être à jour du frottis cervico-utérin ($p<0.01$).

Lien entre le fait d'avoir un médecin traitant et d'être à jour du FCU

Tableau 6

<i>Dépistage par frottis</i>							
<i>Médecin traitant</i>	FCU à jour		FCU non à jour		Total général		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Oui	22	45,8 %	5	10,4 %	27	56,2 %	
Non	9	18,8 %	12	25,0 %	21	43,8 %	<0.01
Total général	31	64,6 %	17	35,4 %	48	100,00%	

Il n'y a pas de relation entre le caractère à jour/non à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus et le fait de posséder une couverture maladie ($p=0.25$) ou en fonction de l'origine géographique ($p=0.74$). Nous n'avons pas trouvé de différence significative avec le fait d'être à jour de la consultation gynécologique ($p=0,14$).

3.5. Connaissances

3.5.1. Connaissances précises

Nous avons voulu savoir quel était l'état des connaissances des femmes que nous avons interrogées concernant les différents dépistages cancéreux gynécologiques.

Connaissances précises: Répartition de la population
Tableau 7

	Nombre	Pourcentage
Savez-vous à quoi sert la palpation mammaire?		
Réponse correcte	23	41,1 %
Réponse incorrecte	33	58,9 %
Avez-vous déjà entendu parler du frottis cervico-utérin?		
Oui	45	80,4 %
Non	11	19,6 %
Savez-vous à quoi sert le frottis cervico-utérin?		
Réponse correcte	10	17,9 %
Réponse incorrecte	46	82,1 %
Avez-vous déjà entendu parler du Papillomavirus (HPV)?		
Oui	26	46,4 %
Non	30	53,6 %
Savez vous que le HPV peut être responsable du cancer du col de l'utérus?		
Oui	18	32,1 %
Non	38	67,9 %
Avez-vous déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus?		
Oui	15	26,8 %
Non	41	73,2 %
Où iriez-vous, si vous deviez faire un FCU?		
Réponse correcte	39	69,6 %
Réponse incorrecte	17	30,4 %
Total général	56	100,00%

3.5.1.1. La palpation mammaire et le frottis cervico-utérin

41,1% des femmes interrogées connaissent le but d'une palpation mammaire.

Concernant le frottis cervico-utérin, **80,4% des femmes en ont déjà entendu parler mais seulement 17,9% savent à quoi il sert.**

Parmi celles qui ont bien répondu à la question “À quoi sert le frottis cervico-utérin?”, on retrouve des facteurs prédictifs. En effet, il existe une différence significative de moyenne d’âge ($p=0,05$) entre les femmes ne sachant pas ce qu’est un frottis qui ont un âge moyen de 35,7 ans, et les femmes sachant à quoi sert le frottis qui ont un âge moyen de 45,3 ans. Les femmes ayant un médecin traitant ont mieux répondu que les femmes n’ayant pas de médecin traitant avec une différence significative ($p=0,03$).

Lien entre le fait d’avoir un médecin traitant et la réponse apportée à la question “Savez-vous à quoi sert le frottis cervico-utérin?”

Tableau 8

Médecin traitant	Savez-vous à quoi sert le frottis cervico-utérin?						
	Réponse correcte		Réponse incorrecte		Total général		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Oui	9	16,07%	23	41,07%	32	57,14%	
Non	1	1,79%	23	41,07%	24	42,86%	0,03
Total général	10	17,86%	46	82,14%	56	100,00%	

Selon la tranche d’âge, le continent d’origine ($p=0,90$) et la possession d’une couverture maladie ($p=0,18$), il n’y a pas de différence significative.

3.5.1.2. Le Papillomavirus responsable du cancer du col de l’utérus

Plus de la moitié des femmes n’ont jamais entendu parler du Papillomavirus et les deux tiers ne savent pas qu’il peut être responsable du cancer du col de l’utérus.

Le Papillomavirus est connu comme facteur de risque du cancer du col de l’utérus par 32,1% de notre population. **Les analyses montrent que l’on est plus à même de connaître ce paramètre si l’on est suivi par un médecin traitant ($p<0.01$) et si l’on est originaire d’Europe de l’ouest ($p<0.01$).**

Lien entre le fait d'avoir un médecin traitant et le fait d'avoir bien répondu à la question "Savez-vous qu'il peut être responsable du cancer du col de l'utérus?"

Tableau 9

Médecin traitant	Savez vous qu'il peut être responsable du cancer du col de l'utérus?						
	Oui		Non		Total général		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Oui	15	26,8 %	17	30,4 %	32	57,2 %	<0.01
Non	3	5,4 %	21	37,4 %	24	42,8 %	
Total général	18	32,2 %	38	67,8 %	56	100,00%	

Lien entre l'origine géographique et le fait d'avoir bien répondu à la question "Savez-vous qu'il peut être responsable du cancer du col de l'utérus?"

Tableau 10

Continent	Savez vous qu'il peut être responsable du cancer du col de l'utérus?						
	Oui		Non		Total général		p-value
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Afrique du nord	1	1,8 %	5	8,9 %	6	10,7 %	<0.01
Afrique sub-saharienne	4	7,1 %	20	35,8 %	24	42,9 %	
Europe de l'Est	2	3,6 %	7	12,5 %	9	16,1 %	
Europe de l'Ouest	11	19,6 %	6	10,7 %	17	30,3 %	
Total général	18	32,1 %	38	67,9 %	56	100,00%	

3.5.1.3. Les connaissances de la vaccination

26,8% de notre population interrogée connaissait l'existence d'un vaccin contre HPV, avec une différence significative en fonction du continent d'origine ($p < 0.01$) et en fonction du suivi par un médecin traitant ($p = 0,01$). Les femmes originaires d'Europe de l'ouest ont mieux répondu que les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne.

Lien entre l'origine géographique et le fait d'avoir bien répondu à la question "Avez-vous déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus?"

Tableau 11

Continent	Avez-vous déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus?						p-value
	Oui		Non		Total général		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Afrique du nord	1	1,8 %	5	8,9 %	6	10,7 %	
Afrique sub-saharienne	2	3,6 %	22	39,3 %	24	42,9 %	
Europe de l'Est	1	1,8 %	8	14,3 %	9	16,1 %	<0.01
Europe de l'Ouest	11	19,6 %	6	10,7 %	17	30,3 %	
Total général	15	26,8 %	41	73,2 %	56	100,00%	

Lien entre le fait d'avoir un médecin traitant et le fait d'avoir bien répondu à la question "Avez-vous déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus?"

Tableau 12

Médecin traitant	Avez-vous déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus?						p-value
	Oui		Non		Total général		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Oui	13	23,2 %	19	33,9 %	32	57,1 %	
Non	2	3,6 %	22	39,3 %	24	42,9 %	0,01
Total général	15	26,8 %	41	73,2 %	56	100,00%	

3.5.1.4. Les structures de soins

Concernant les lieux de dépistage, ils sont également mal connus puisque **30,4% ne savent pas où faire un FCU.**

3.5.3. Connaissance globale

Un score de connaissance a été établi en fonction des réponses aux sept questions portant sur les connaissances vis-à-vis des moyens de prévention et de

dépistage des cancers gynécologiques. Ce score a été rapporté sur 20 afin de pouvoir le comparer aux différentes études. Et, il nous a permis de classer les résultats en niveaux de connaissance. ³

En étudiant le score de connaissance de notre population, on établit les résultats suivants:

Connaissances globales: Répartition de la population

Tableau 13

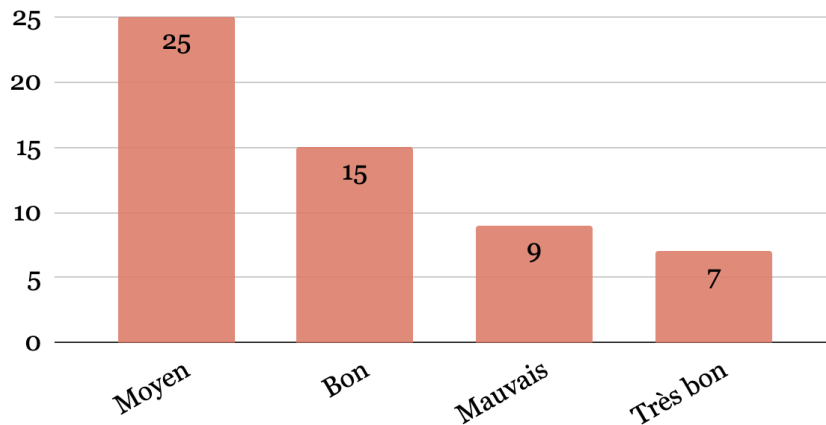
<i>Score /7</i>	Nombre	Pourcentage
0/7	4	7,1 %
1/7	5	8,9 %
2/7	20	35,7 %
3/7	5	8,9 %
4/7	5	8,9 %
5/7	10	17,9 %
6/7	5	8,9 %
7/7	2	3,6 %
<i>Score /20</i>	Nombre	Pourcentage
0/20	4	7,1 %
2,3/20	5	8,9 %
5,7/20	20	35,7 %
8,6/20	5	8,9 %
11,4/20	5	8,9 %
14,3/20	10	17,9 %
17,1/20	5	8,9 %
20/20	2	3,6 %
<i>Niveau de connaissance</i>	Nombre	Pourcentage
Mauvais	9	16,1 %
Moyen	25	44,6 %
Bon	15	26,8 %
Très bon	7	12,5 %
Total général	56	100,00%

³ Pour rappel: On considérait sur une échelle de 0 à 7 le niveau de connaissance. Cela nous a permis de classer en sous groupe le niveau de connaissance.

- Pour un score de 0-1: le niveau de connaissance était considérée comme “mauvais”
- Pour un score de 2-3: le niveau de connaissance était considérée comme “moyen”
- Pour un score de 4-5: le niveau de connaissance était considérée comme “bon”
- Pour un score de 6-7: le niveau de connaissance était considérée comme “très bon”

Niveau de connaissance

Figure 10



Nous en avons conclu les résultats suivants:

- 7 d'entre elles, **12,5% ont un très bon niveau de connaissance** avec un score entre 15/20 et 20/20;
- 15 femmes, **26,8 % ont un bon niveau**, en obtenant un score entre 10/20 et 15/20;
- 25 femmes, **44,6% ont un niveau moyen de connaissance**, en obtenant un score entre 5/20 et 10/20;
- 9 femmes, **16,1 % ont un mauvais niveau de connaissance** et ont obtenu un score entre 0/20 et 5/20.

La moyenne de la note sur 20 points est de 8,8 points.

Il existe une différence significative ($p < 0.01$; IC[-8.529 ; -2.751]) entre la population française et la population étrangère. Dans la population française de notre étude, la moyenne est de 12,8 points, et dans la population étrangère la moyenne est de 7,2/20.

En effet, on observe un lien significatif ($p < 0.01$) entre l'origine géographique et le niveau de connaissance. Les femmes originaires de l'Afrique sub-saharienne obtiennent plus souvent un niveau "moyen" ou "mauvais" et les femmes originaires d'Europe de l'Ouest obtiennent plus souvent un résultat "bon" ou "très bon".

Lien entre le niveau de connaissance et l'origine géographique

Tableau 14

Continent	Niveau de connaissance					p-value
	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Total général	
	Pourcentage					
Afrique du nord	/	1,8 %	5,4 %	3,6 %	10,7%	
Afrique sub-saharienne	1,8 %	5,4 %	23,2 %	12,5 %	42,9 %	<0.01
Europe de l'Est	1,8 %	5,4 %	8,9 %	/	16,1 %	
Europe de l'Ouest	8,9 %	14,3 %	7,1 %	/	30,4 %	
Total général	12,5%	26,8 %	44,6 %	16,1 %	100,00%	

Il n'existe pas de différence significative entre le niveau de connaissance et le suivi par le médecin traitant ($p>1$) ou la possession d'une couverture maladie ($p=0.07$).

Les analyses statistiques montrent qu'il existe une relation entre le niveau de connaissance et le fait d'être à jour du frottis cervico-utérin ($p<0.01$). Nous observons que les femmes à jour de leur FCU avaient plus souvent un niveau de connaissance "très bon", "bon", ou "moyen". A contrario, les femmes n'étant pas à jour ont plutôt un mauvais niveau de connaissance.

Lien entre le niveau de connaissance et le dépistage du FCU

Tableau 15

Dépistage du FCU	Niveau de connaissance					p-value
	Bon	Mauvais	Moyen	Très bon	Total général	
	Pourcentage					
à jour	20,8 %	/	31,2 %	12,5 %	64,5 %	
non à jour	6,3 %	14,6 %	12,5 %	2,1 %	35,5 %	p<0,01
Total général	27,1 %	14,6 %	43,7 %	14,6 %	100,00%	

Mais il n'y a pas de relation entre le niveau de connaissance et le suivi de consultation gynécologique ou le dépistage par palpation mammaire.

4. Discussion

Les résultats présentés dans cette étude donnent un aperçu des connaissances et des pratiques concernant l'infection HPV et de ses conséquences chez les personnes en situation de prostitution/tds de rue dans le Gard et l'Hérault.

4.1. Forces et limites de l'étude

4.8.1. Forces

Le choix d'une thèse quantitative était un choix judicieux. D'une part, nous rencontrons dans ce milieu beaucoup de femmes d'origine étrangère, dont certaines ne parlent pas la langue française. Une étude qualitative, dans ce contexte, aurait probablement entraîné un biais d'interprétation des réponses. D'autre part, la réponse à un questionnaire quantitatif est plus rapidement réalisée que des entretiens privés, plus longs, ce qui était un argument majeur dans la participation à l'étude. Notre questionnaire était inspiré des questionnaires tirés de la littérature et a été validé par les référents des associations.

La période de recrutement était longue et permet d'avoir une population représentative.

Le fait de mener cette étude permettait aux associations d'aborder la question des dépistages cancéreux. Cela avait l'effet peu quantifiable de mobiliser les acteurs autour d'un sujet de prévention essentiel.

4.8.2. Limites

Les personnes incluses dans l'étude sont des femmes en situation de prostitution de rue, provenant de multiples pays. C'est une population en mouvement constant. Si bien qu'elle n'est que le reflet à un instant t de la population prostituée/tds du Gard et de l'Hérault. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats lorsque la population est changeante.

Notre étude exclut les prostituées/tds issu de la prostitution "indoor" (sur internet), alors que celle ci prend de plus en plus d'ampleur depuis quelques années. Et elle continue d'augmenter avec les multiples restrictions de sorties qui ont émergé récemment.

Le recueil de données a été impacté par le contexte sanitaire dû au Coronavirus. Les différents confinements et couvre-feux imposés ont entraîné une baisse des rencontres

entre les usagers et les associations. Cette baisse de fréquentation est une des raisons pour lesquelles l'objectif du nombre de participants n'a pas pu être atteint.

Malgré la traduction en cinq langues, les questionnaires étaient surtout posés en anglais et en français. Il apparaît un biais de compréhension, puisque la plupart des personnes ne répondent pas dans leur langue maternelle.

Il existe un biais de classement car il n'y a pas de standard/échelle afin de classer les connaissances. Nous avons donc créé notre propre cotation.

Les femmes interrogées sont des personnes suivies par les associations. Nous pouvons donc considérer qu'elles ont plus de connaissances que les personnes qui ne sont pas en contact avec les associations.

4.2. Un suivi gynécologique et des dépistages insuffisants dans une population à risque

La population en situation de prostitution/tds est une population fragile qui présente plus facteurs de risque de pathologie cancéreuse du col de l'utérus tels que : l'infection HPV plus souvent retrouvée, le tabagisme, le grand nombre de partenaire, etc...

Malheureusement, il s'avère qu'elle se dépiste insuffisamment.

Nous avons comparé les chiffres obtenus avec des études menées dans la population générale. Globalement, nous remarquons que la prévalence du suivi et des dépistages est moins bonne dans notre population d'étude.

Les résultats rapportent que seulement 64,6% de la population était correctement dépistée pour le cancer du col de l'utérus, avec un frottis datant de moins de 3 ans, alors que les enquêtes en population générale annoncent un taux de 78,9%, selon une thèse de 2019 réalisée dans la région d'Aix-Marseille (29).

Dans l'étude nationale Prosanté réalisée en 2011 et étudiant la santé des personnes prostituées/tds, le dépistage des femmes par la réalisation du frottis cervico-utérin chez les plus de 25 ans étaient de 72%. (24)

Cette différence entre notre étude et celle de Prosanté pourrait être expliquée par le fait que le frottis cervico-utérin pouvait être confondu avec le prélèvement vaginal.

En effet, à la question “Savez-vous à quoi sert le frottis cervico-utérin?” 25% des femmes ont répondu les termes “IST”, ou “MST”. Ces réponses montrent qu’il existe une confusion entre les différents examens. Dans l’étude Prosanté, le recueil de données était fait par des médecins, qui étaient peut être plus à même d’expliquer la différence entre le prélèvement vaginal et le FCU.

Selon notre étude, les femmes en situation de prostitution/tds sont 55,3% à avoir consulté un gynécologue dans l’année. Ce pourcentage est loin de celui observé en population générale (76,1%), d’après une étude réalisée en 2013, dans le Val d’Oise. (30)

D’une manière générale, les freins à l’accès aux soins dans les populations précaires persistent, comme l’atteste une étude réalisée par Médecins du monde, en 2013. Cette enquête, portant sur les dépistages cancéreux dans les populations en situation de précarité, retrouve une prévalence de consultation gynécologique (<1 an) de 34,9% donc très alarmante (31).

D’après ces constats, il s’avère que la population prostituée de l’Hérault et du Gard est mal dépistée et qu’il est nécessaire d’agir afin de promouvoir les différents dépistages et suivis.

Concernant l’âge de début du dépistage, nous avons remarqué que deux femmes de moins de 25 ans ont eu un FCU, donc en dehors des recommandations françaises.

En 2004, une étude Belge (27) a étudié l’intérêt d’un dépistage plus intense concernant les professionnels du sexe. Pour cela, ils ont comparé des résultats de frottis cervico-vaginal ainsi que les test HPV, sur une population de prostitués comparativement à une population générale, appariées selon l’âge. Les auteurs ont constaté que les personnes en situation de prostitution en Belgique présentent un risque accru de frottis cervicaux anormaux et de HPV par rapport à la population générale et ont conclu que le dépistage du cancer du col de l’utérus doit commencer dès le début de l’activité sexuelle, quel que soit l’âge.

Il s’agit d’une question à débattre, en raison des risques potentiels du surdépistage, mais il serait intéressant d’étudier l’application de cette recommandation sur le territoire français, par une étude exploratoire.

4.3. Des connaissances encore mal assimilées

En comparant nos résultats à la population générale, nous avons observé que les femmes en situation de prostitution avait un niveau de connaissance globale semblable à celui de la population générale.

Selon un mémoire réalisé en 2014, par Mme Bernard-Granger Sandy (32), la moyenne des connaissances des femmes dans la population générale serait de 8,05/20, et de 8,80/20 pour notre population d'étude.

Bien qu'il y ait peu de différence avec la population générale, il s'agit d'un score de connaissance très bas.

Par ailleurs, nous remarquons que la prévalence de chaque connaissance, prise individuellement, entre les deux populations est différente.

Par exemple, dans notre étude, 17,9% des femmes savaient à quoi sert le frottis cervico-utérin contre 76,4% dans la population générale.

Nous constatons également que le vaccin contre HPV est très peu connu dans la population étudiée (26,8%) et bien mieux assimilé dans la population générale (76,4%), d'après l'étude faite dans le Val-d'Oise (29).

Ce chiffre se rapproche de celui de Médecins du monde (concernant les populations précaires) où 28,2% avaient déjà entendu parler du vaccin contre le Papillomavirus (31).

Cette information atteste d'une inégalité criante de l'accès à l'information dans les populations de situation de précarité et l'importance de l'accentuation des campagnes de prévention envers ces populations.

Nous avons remarqué que 80,4% de la population a déjà entendu parler du FCU mais seulement 17,9% sait à quoi il sert.

Il existe donc un vrai déficit de connaissance au sujet de l'examen en lui-même. De nouveau, ces résultats mettent en évidence la confusion qui existe entre le FCU et le prélèvement vaginal. Cette confusion est retrouvée dans plusieurs thèses de médecine générale. La thèse du Dr Le Guennec en 2017 en population générale, remarque que 63% de la population pense que le frottis permet de dépister plusieurs infections sexuellement transmissibles (33).

Il serait important d'avoir des messages de prévention en tenant compte de cette méconnaissance générale.

Un point intéressant est que 41,1% des femmes savent que la palpation mammaire sert à dépister les lésions cancéreuses ou précancéreuses mais que seulement 20,8% sont à jour de leur dépistage. Il serait intéressant de savoir si les femmes connaissent la fréquence à laquelle celle-ci devrait être faite.

Notre étude révèle des disparités avec les études internationales sur les connaissances des femmes en situation de prostitution/tds.

Dans une étude turque, qui étudiait le taux de connaissance des femmes en situation de prostitution/tds, 23% de leur population avait déjà entendu parler du HPV (34). Dans une étude péruvienne, cela concernait 44,2% de la population d'étude (35). Alors que dans notre population, 46,4% avaient déjà entendu parler du HPV.

Dans une étude thaïlandaise (36), seulement 14% des femmes en situation de prostitution/tds savaient que l'infection par HPV était le principal facteur carcinogène du col de l'utérus et seulement 8,8% pour l'étude turque (34). Alors que nos résultats ont montré que 32,1% des personnes savaient qu'il pouvait être responsable du cancer du col.

Concernant le vaccin contre le papillomavirus, 26,8% de notre population d'étude en connaissait l'existence, contre 20% dans la population d'étude turque (34).

Globalement, nos résultats diffèrent des données retrouvées à l'international et les femmes interrogées en France sont mieux renseignées.

Il se pourrait que les campagnes de prévention des différents pays étudiés soient moins efficaces que les campagnes de prévention françaises.

4.4. Le lien entre dépistage et connaissance

Dans notre étude, le fait d'être bien dépisté par FCU est associé à une bonne connaissance globale. Nos données se rapprochent de la littérature.

En effet, l'impact des connaissances sur le dépistage du cancer du col de l'utérus a été étudié en 2014, à l'université de Bordeaux. La faculté a mené une étude sur les attitudes et les représentations à l'égard de FCU, chez les femmes en situation de précarité. L'objectif de cette enquête était d'évaluer les connaissances des femmes vis-à-vis des modalités

pratiques du dépistage du cancer du col de l'utérus, et de rechercher un lien entre leur niveau de connaissance et leur participation. Les résultats ont montré que les facteurs associés à une participation effective au dépistage était la consultation d'un gynécologue au cours des 12 derniers mois et les deux connaissances selon lesquelles: il est possible de réaliser un frottis dans un laboratoire d'analyses et le dépistage doit être poursuivi chez les femmes vaccinées contre HPV. Les auteurs ont conclu qu'une meilleure connaissance des modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus pourrait améliorer la participation des femmes concernées (37).

Ce lien a également été retrouvé dans l'étude du Val-d'Oise évaluant les connaissances d'HPV et du FCU dans la population générale (30).

Cela démontre l'importance des connaissances d'une maladie, dans la participation à un dépistage. Augmenter les connaissances permettrait d'avoir un meilleur taux de prévalence des dépistages par FCU chez les femmes.

Contrairement à l'étude bordelaise, nous n'avons pas trouvé de lien entre le fait d'être bien dépisté du FCU et le fait d'avoir une consultation gynécologique datant de moins de 12 mois.

4.5. Freins persistants dans l'accès aux soins

Nous avons tenté d'isoler les freins à l'accès aux soins dans la population prostituée/tds, du Gard et de l'Hérault.

Il apparaît que 17,9% de la population ne possède pas de couverture maladie, ce qui constitue un frein majeur dans l'accès aux soins.

Nous avons observé que 39,9% des femmes avouent avoir déjà renoncé à consulter un médecin pour un problème gynécologique.

Le manque d'information sur le système de soin a été la principale raison évoquée. Ce constat se retrouve dans la suite du questionnaire. En effet, 30% de la population ne sait pas où faire un FCU.

Il paraît nécessaire d'informer sur le cancer et ses conséquences mais aussi sur le fonctionnement de notre système de santé et les structures de soins.

Dans les freins à la consultation gynécologique, nous avons constaté que la peur de recevoir un examen gynécologique était revenue un grand nombre de fois. Ce fait est très marquant dans une population où le corps est déjà sur exposé.

Il existe un phénomène connu depuis peu dans le monde de la prostitution dénommé *la décorporalisation*.

Judith Trinquart tente de l'expliquer dans sa thèse : "La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur aux soins" (38).

Elle questionne le phénomène prostitutionnel du point de vue du corps et explique que le corps des femmes est tabou. Bien qu'il existe de multiples facteurs entraînant des difficultés dans la prise en charge des personnes prostituées, elle dénonce "une constante retrouvée dans toutes les études sur ce sujet et très rarement mentionnée alors qu'elle apparaît dominer tous les autres obstacles: il s'agit de l'ensemble des atteintes du schéma corporel, conséquence directe de la pratique prostitutionnelle, associée à une dissociation de l'image corporelle en deux parties, la décorporalisation qui finit par entraîner une négligence extrême vis-à-vis du corps des personnes prostituées, expliquant leur faible recours effectif aux soins qui leur sont pourtant matériellement et techniquement accessibles. »

Ce travail est né d'un événement bouleversant lorsqu'elle était externe. Elle dit avoir été scandalisée par la façon dont une personne prostituée/tds, qui venait d'être tabassée par un client, avait été prise en charge.

La théorie de la décorporalisation précise l'attention particulière qui doit être apportée à ces femmes lors d'un interrogatoire ou d'un examen clinique. Il est important en tant que professionnel de santé de prendre des précautions nécessaires et surtout de bannir les préjugés, s'il y en a, à l'accueil des personnes en situation de prostitution/tds.

Il serait intéressant d'explorer cette approche en réalisant une étude qualitative sur le sujet et questionner les femmes sur la vision de leur corps et leur ressenti au contact du monde médical.

De la même manière, nous avons voulu mettre l'accent sur un résultat inquiétant. *La peur de recevoir un jugement de la part du professionnel de santé* peut être un motif de non consultation pour 5 femmes de notre étude.

En Nouvelle Zélande, l'étude d'Abel et al. (39) souligne que les personnes ne déclarent pas plus leur activité auprès de leur médecin qu'avant le Prostitution Reform Act

(dépénalisation du racolage en Nouvelle Zélande, en 2003) par crainte de faire l'objet de stigmatisation. 52 % des personnes consultant régulièrement un médecin généraliste ne l'informaient pas de leur activité dans l'enquête menée en 1999 à Christchurch, contre 46 % en 2006. Il en conclut que l'activité prostitutionnelle continue de faire l'objet de représentations stigmatisantes, malgré la décriminalisation de cette activité.

D'après notre étude, malgré la dépénalisation de la prostitution, la stigmatisation de la personne prostituée/tds dans le domaine du soin est bien présente. Il est important d'en avoir conscience afin de lutter contre.

Il serait intéressant de mener une enquête plus approfondie sur ce phénomène, cinq années après la dépénalisation du racolage en France.

4.6. Le rôle essentiel du médecin traitant

Dans la présente enquête, les professionnels de santé restent, avec les associations, les interlocuteurs de choix lorsque les femmes ont des questions sur la gynécologie.

Et les résultats montrent que les femmes correctement dépistées pour le FCU sont plus nombreuses à avoir un médecin généraliste. De plus, certaines connaissances (savoir à quoi sert le FCU/ savoir que HPV peut être responsable du CCU/ connaître le vaccin contre HPV) sont associées au fait d'être suivies par un médecin traitant.

Ce constat atteste du rôle primordial du médecin traitant dans le suivi des patientes. Malheureusement, 23% des femmes de notre étude n'ont pas de médecin traitant.

De plus, nous avons également remarqué que les femmes originaires de l'Europe de l'ouest avaient plus souvent un médecin traitant que les femmes d'Afrique sub-saharienne. Une nouvelle fois, ceci atteste de l'hétérogénéité de la population prostituée/tds et des différences de possibilités dans l'accès aux soins.

L'autre fait marquant de nos résultats est cette différence entre la très faible prévalence du dépistage par palpation mammaire (20,8%), et celle du suivi par consultation gynécologique (55,3%) et par frottis cervico-utérin (64,6%). Ces conclusions questionnent ici la formation des professionnels de santé et la pratique de la palpation mammaire en consultation. Lors d'une consultation ou à l'occasion d'un FCU, les gynécologues, médecins généralistes et sage-femmes, sont à même de pratiquer une palpation mammaire.

A Caen, en 2018, le Dr Bourgoïn Amandine réalise une thèse étudiant les facteurs motivants et limitants de l'examen clinique mammaire, par les médecins généralistes. Les résultats retrouvent comme facteurs motivants: le sentiment de prise en charge globale de la patiente/La réassurance de la patiente/Le temps privilégié pour aborder des sujets intimes. Les résultats concernant les facteurs limitants sont: Le suivi gynécologique assuré par un spécialiste/La réticence de la patiente/Le sentiment d'inutilité versus mammographie (40).

Cette thèse pointe du doigt les freins existants du côté des professionnels de santé. Il serait intéressant d'étudier ce phénomène chez les professionnels de la région Occitanie, afin de contrer les barrières à ce dépistage.

4.7. Le rôle essentiel des associations de terrain

Il faut souligner le travail des associations de terrains, qui visent chaque jour les populations les plus démunies, pour leur apporter soins et informations.

L'étude que nous présentons ici n'aurait pas pu être réalisée sans l'aide des référents associatifs et les bénévoles.

Comme l'attestent nos résultats, ils sont depuis longtemps les interlocuteurs privilégiés, de la même façon que les professionnels de santé, des femmes en situation de prostitution/tds.

Lors de notre prise de contact avec les associations, celles-ci ont été très intéressées par le sujet de notre thèse. Il serait intéressant de proposer des réunions d'information à destination des acteurs de santé, travaillant dans les associations, permettant l'accentuation de leur connaissance sur les différents dépistages cancéreux.

Le travail coordonné des associations de terrain et des professionnels de santé est primordial afin d'atteindre des publics fragiles et de permettre l'abolition de certains freins.

4.8. Des messages ciblés destinés aux plus fragiles

Dans notre étude, la barrière de la langue est exposée comme un des freins majeurs à la consultation pour un problème gynécologique.

Pour rappel, 80 % de l'ensemble des personnes en situation de prostitution/tds sont de nationalités étrangères en métropole.

Nous avons constaté qu'il existe un lien entre l'origine géographique et le niveau de connaissance/certaines connaissances précises (savoir que HPV peut être responsable du CCU; avoir déjà entendu parler du vaccin HPV). Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne avaient moins de connaissances que les femmes originaires d'Europe de l'ouest (qui sont majoritairement françaises).

Cela nous laisse supposer que les campagnes de prévention ne sont pas assez ciblées et ne touchent pas les différentes populations du territoire français.

Au vu de l'augmentation de la prévalence des populations étrangères en France, il serait judicieux de réaliser des campagnes de prévention en plusieurs langues, comme cela se fait déjà par les associations de terrain, concernant les dépistages des infections sexuellement transmissibles telles que le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C.

Concernant les caractéristiques démographiques, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 25-34 ans. Les femmes âgées de plus de 45 ans représentaient 30,3% de notre population et il existe une sous-représentation des 18-25 ans.

Cette répartition peut s'expliquer par la réticence des plus jeunes à créer un lien avec les associations en répondant à un questionnaire. Parmi les plus jeunes, on trouve souvent les personnes victimes de réseaux ou d'un proxénète qui n'acceptent que des échanges très brefs par crainte de représailles.

Dans nos analyses, nous avons constaté que les femmes les mieux dépistées pour le FCU étaient aussi les plus âgées. Parmi les supports d'information proposés, les entretiens privés et les messages par papier étaient le plus souvent demandés. Il apparaît primordiale d'accentuer les messages de prévention par ces supports afin que cette population plus jeune se dépiste mieux.

Lors d'une maraude et à la suite d'entretiens visant à remplir les questionnaires, nous avons eu la chance de recueillir des informations supplémentaires hors questionnaire: 3 femmes ont évoqué l'idée d'une réunion sous forme de groupe de parole, où chacun et chacune pourrait poser des questions de manière anonyme. Le but serait de créer une "boîte à question" où les personnes déposeraient une ou plusieurs interrogations sur le

thème abordé. En effet, la peur du jugement par autrui est apparu au premier plan de cette discussion. Il serait donc intéressant d'organiser et de proposer ces réunions avec les associations afin de répondre aux questions des usagers.

4.9. Perspectives d'amélioration des connaissances et des pratiques grâce aux récentes évolutions

Depuis janvier 2021, l'ouverture vaccinale aux garçons de 11 à 14 ans est une perspective d'amélioration de la couverture vaccinale, des garçons mais également des filles.

En effet, du fait du caractère sexuellement transmissible, la vaccination des garçons permet de réduire l'infection des filles.

Afin d'étudier l'impact d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, une étude pilote a été menée, en 2016, dans 13 départements français et avance des résultats très prometteurs.

Selon l'étude, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) a permis d'améliorer le taux de couverture globale de dépistage, de réduire l'incidence du CCU et se traduit par des gains d'espérance de vie (23).

Il est en place depuis juillet 2020. Celui-ci consiste à l'envoi d'une lettre d'invitation au dépistage aux patientes concernées. Elle peuvent alors se rendre chez le professionnel de santé de leur choix (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme) pour réaliser l'examen adapté à leur cas. Une lettre de relance est adressée si le dépistage n'a pas été fait dans les 12 mois.

Depuis Juillet 2019, de nouvelles recommandations de la HAS incluent la recherche de l'HPV comme stratégie de dépistage. Cette analyse remplace la pratique du FCU à partir de 30 ans. Avant 30 ans, le FCU reste l'examen de choix dans le dépistage du CCU. La recherche d'HPV se fait par auto-prélèvement en laboratoire, tous les 5 ans.

Les enquêtes étudiant le dépistage du CCU montrent une amélioration de la participation grâce au test HPV par auto-prélèvement (41) .

Entre 2016 et 2019, Médecins du Monde a réalisé une enquête auprès des populations en situation de prostitution/tds, pour évaluer si la recherche d'HPV par auto-prélèvement pouvait permettre d'éliminer certaines barrières dans l'accès au dépistage (28).

Leurs résultats montrent d'une part une amélioration significative des connaissances à la suite d'une consultation, notamment sur la fréquence du dépistage, les centres disponibles au dépistage et les causes du CCU. D'autre part, les auteurs concluent que "La proposition d'une stratégie de dépistage en deux temps (réalisation de l'APV⁴ pour la recherche du HPV avant la réalisation d'un FCU) est une alternative efficace pour améliorer l'accès et la couverture du dépistage de cette population."

Par ailleurs, ils remarquent que beaucoup de femmes ont été perdues de vue et soulignent la complexité de prise en charge des femmes en situation de précarité.

Il serait intéressant de réaliser une étude dans une dizaine d'années afin de mesurer l'impact en population générale et en population en situation de précarité de l'APV pour la recherche d'HPV.

⁴ APV= Autoprélèvement vaginal

Conclusion

L'infection au Papillomavirus est une des infections sexuellement transmissibles les plus courantes et la présence d'HPV à haut risque est un facteur nécessaire au développement de cellules cancéreuses. Nous avons vu que sa présence est augmentée chez les femmes en situation de prostitution.

Cette étude a été l'occasion de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des femmes en situation de prostitution/tds au niveau régional. Avec l'aide des associations, nous avons pu approcher cette population parfois éloignée du soin et ainsi, faire plusieurs constats.

Il existe également des lacunes importantes en termes de connaissances de la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus. Les résultats montrent, en effet, que la grande majorité des patientes interrogées ne sait pas à quoi sert le FCU. Dans une population où les facteurs de risque sont nombreux, nous avons observé un suivi gynécologique et une participation aux dépistages inappropriés chez les femmes de notre étude.

Comme observé dans la littérature, nous avons montré qu'améliorer les connaissances sur le cancer du col de l'utérus pourrait augmenter le taux de dépistage dans cette population. Les femmes en situation de prostitution nécessitent une attention particulière et l'envoi de messages de prévention adaptés. Ainsi, il serait à considérer de réaliser comme elles le souhaitent, des entretiens privatifs à but informatif.

Il est également primordial de sensibiliser les professionnels de santé aux problématiques de précarité et de la prostitution. Aussi, il nous paraît important de lutter contre la stigmatisation des populations précaires et spécifiquement des personnes prostituées/tds, dans le domaine du soin. La création de structures adaptées et la formation des professionnels de santé dans l'accueil et la prise en charge de ces personnes est à considérer.

Bibliographie

1. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. Cancers du col de l'utérus - Cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Cancers-du-col-de-l-uterus>
3. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus](http://maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus)
4. Pilly E, Épaillard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
5. Qu'est-ce qu'un cancer du col de l'utérus ? | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-col-uterus/quest-ce-quun-cancer-col-uterus>
6. Un avenir où le cancer du col de l'utérus n'existerait plus: pour la première fois, le monde s'engage à éliminer un cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer>
7. J. Salomon ML-L. Arrêté ministériel du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
8. Le vaccin contre le papillomavirus [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
9. Vaccin anti-papillomavirus : une réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus est observée [Internet]. Vaccin anti-papillomavirus : une réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus est observée. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/news/16472-vaccin-anti-papillomavirus-une-reduction-de-l-incidence-du-cancer-du-col-de-l-uterus-est-observee>
10. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.
11. HAS. Synthèse HAS: Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019.
12. HAS. Recommandations HAS Dépistage HPV 2019. 2019.
13. HAS: dépistage du cancer du sein en France. 2014;34.
14. Proscost [Internet].Disponible sur: <https://proscost.wordpress.com/>
15. Ayerbe C, Tour MD la, Henry P, Vey B. Prostitution : guide pour un accompagnement social [Internet]. Érès; 2011 Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/prostitution-guide-pour-un-accompagnement-social--9782749214740.htm>
16. Taïbi N. Du corps des personnes prostituées. Sens-Dessous. 2007;1(1):30.
17. Lien Délégation MDM Languedoc-Roussillon [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/contact/languedoc-roussillon>
18. La Babotte. AdN-présentation.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2018/03/AdN-34.-Plaquette-partenaires-associatifs.pdf>

19. Action de santé communautaire en milieu prostitutionnel [Internet]. Disponible sur: <http://arap-rubis.org/>
20. Rapport IGAS 2012 [Internet]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf
21. Rapport Commission des affaires sociales 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r13-046/r13-0461.pdf>
22. Rapport HAS 2016 Etat de sante des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sex. 2016.
23. Bourdillon F, Ifrah N. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bull Epidémiol Hebd. [Internet]. 2017 p. (2-3):24-5. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_0.html
24. SPF. Etude ProSanté 2010-2011. Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: </notices/etude-prosante-2010-2011.-etude-sur-l-etat-de-sante-l-acces-aux-soins-et-l-acces-aux-droits-des-personnes-en-situation-de-prostitution-rencontrees>
25. Grath-Lone LM, Marsh K, Hughes G, Ward H. The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. Sex Transm Infect. 1 juin 2014;90(4):344-50.
26. Touzé A, de Sanjosé S, Coursaget P, Almirall MR, Palacio V, Meijer CJLM, et al. Article: Prevalence of Anti-Human Papillomavirus Type 16, 18, 31, and 58 Virus-Like Particles in Women in the General Population and in Prostitutes. J Clin Microbiol. déc 2001;39(12):4344-8.
27. Mak R, Renterghem LV, Cuvelier C. Article: Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. Sex Transm Infect. 1 avr 2004;80(2):118-20.
28. Bottero J, Reques L, Rolland C, Lallemand A, Lahmidi N, Hamers FF, Bergeron C, Haguenoer K, Launoy G., Luhman N. MDM_Rapport_Depistage_CCU_France.
29. Sedjai Anissa Y. Thèse: Prévention et dépistage du CCU: connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées. 2019. :69.
30. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique (Bucur). 6 août 2013;Vol. 25(3):255-62.
31. Enquête MDM: Contraception et prévention des cancers féminins en situation de précarité en France [Internet]. Issuu.. Disponible sur: <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/rapportenquetepreventioncancersprecarite>
32. Bernard-Granger S. Mémoire S-F: Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. :52.
33. Le Guennec M. Thèse: Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par auto-questionnaire. 2017. :94.
34. Ersan G, Köse Ş, Güneş H, Özkan M. Knowledge and Awareness of Female Sex Workers towards Human Papillomavirus Infection in Turkey. Cent Eur J Public Health. 1 sept 2012;20(3):219-22.
35. Brown B, Carcamo C, Blas MM, Valderrama M, Halsey N. Peruvian FSWs: Understanding HPV and barriers to vaccination. Vaccine. nov 2010;28(49):7743-7.
36. Kietpeerakool C, Phianmongkhol Y, Jitvatcharanun K, Siriratwatakul U, Srisomboon J. Knowledge, awareness, and attitudes of female sex workers toward HPV infection, cervical cancer, and cervical smears in Thailand. Int J Gynecol Obstet. 2009;107(3):216-9.
37. Joseph J-P, Turlin X. Femmes en situation de précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste.

38. Jacobs J. TRINQUART Judith. :182.
39. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. 2014;127(1390):8.
40. Bourgoïn A. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands? Médecine humaine et pathologie. 2018;90.
41. Haguenoer K. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. :7.

Annexes

Serment d'Hippocrate

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction: Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) s'adresse aux femmes âgées de 25 à 65 ans. Malgré des facteurs de risque plus importants, la participation aux dépistages est moindre chez les femmes socialement défavorisées, dont les femmes en situation de prostitution. Selon la littérature, la méconnaissance de la pathologie semble être un frein important. Quelles sont les connaissances et les pratiques du dépistage du CCU chez les femmes en situation de prostitution?

Méthode: La population cible était les femmes âgées de 18 à 65 ans, se prostituant dans les départements du Gard et de l'Hérault. Un questionnaire a été distribué et rempli par des travailleurs sociaux formés en santé ou un médecin intervenant au sein d'associations locales.

Résultats: 56 questionnaires ont été analysés. La population interrogée était hétérogène: les femmes avaient entre 18 et 65 ans, et onze nationalités étaient représentées. 82% ne savaient pas à quoi sert le frottis cervico-utérin (FCU) et 20% n'en n'ont jamais entendu parler. La plupart des femmes ont peu de connaissances sur le virus HPV et la vaccination. 83% souhaitent recevoir davantage d'informations et par des entretiens privés. Concernant les pratiques, 55% ont eu une consultation gynécologique annuelle et 65% ont un FCU de moins de trois ans. Mais 30% des femmes interrogées ne savaient pas où réaliser cet examen.

Conclusion: Selon la littérature, nos résultats sont cohérents avec les études récentes. Le faible taux de participation au dépistage du CCU et la méconnaissance du FCU dans une population où les facteurs de risque sont nombreux sont inquiétants. Un des freins identifiés est le manque d'information sur le système de santé. Les femmes en situation de prostitution nécessitent une attention et des messages de prévention adaptés, comme des entretiens privés.

Mots clés: Cancer du col de l'utérus ; Papillomavirus ; Dépistage; Prévention primaire; Prostitution ; Travailleurs du sexe