HAL
open science

Attentes vis-a-vis du médecin généraliste et expériences de soins premiers des personnes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise

Anouk Chastand

To cite this version:

Anouk Chastand. Attentes vis-a-vis du médecin généraliste et expériences de soins premiers des personnes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933460

HAL Id: dumas-02933460

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933460

Submitted on 8 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux – UFR des Sciences Médicales

Année : 2020 **n°90**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Anouk CHASTAND, née le 20/11/1991

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 2020

ATTENTES VIS-A-VIS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET EXPÉRIENCES DE SOINS PREMIERS DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION DANS L'AGGLOMÉRATION BORDELAISE

Directeur de thèse : Pr Durieux William

Rapporteur de thèse : Dr Leveque Camille

Membres du Jury :

Pr Bonnet Fabrice, président

Dr Adam Christophe

Dr Boisvert Marie

Dr Mestre Claire

Dr Petregne François

« Comment acquérir enfin tolérance et non-violence, sinon en se plaçant du point de vue de l'autre, savoir de l'autre côté ? »

Michel Serres

« C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer. »

Amin Maalouf

« Tout homme libre doit s'activer à rendre libre la vie des autres. »

Baruch Spinoza

SOMMAIRE

SOMMAIRE 3

Liste des acronymes 8

REMERCIEMENTS 9

VERSION DE THESE AU FORMAT ARTICLE 11

VERSION DE THESE AU FORMAT COMPLET 30

INTRODUCTION 30

I. Contexte 30

II. La relation médecin-patient et l'approche centrée sur le patient (ACP) 32

A. Evolution des modèles d'interaction médecin-patient 33

B. Empathie dans la relation médecin-patient et satisfaction du patient 34

C. Relation médecin-patient en soins primaires et compétences du médecin généraliste. 36

III. Le paysage prostitutionnel actuel en France 39

A. Le cadre légal et l'évolution du paysage prostitutionnel en France. 39

B. Etat des lieux de la prostitution en France. 40

1. Un paysage hétérogène et complexe… 40
2. …. Inscrit dans un imaginaire collectif influencé par des représentations sociales marquées. 41
3. Le contexte prostitutionnel en France 41
4. L'espace de la prostitution : des modalités d'exercice divers 43
5. Traite des Etres Humains (TEH) à des fins d'exploitation sexuelle. 44
6. Contexte sanitaire 47

IV. Le contexte prostitutionnel dans l'agglomération bordelaise 50

A. Le paysage associatif bordelais 50

B. Etat des lieux du contexte prostitutionnel dans l'agglomération 52

V. Objectifs de l'étude 53

METHODE 54

I. Justification de la méthode 54

II. Déroulement de l'étude 54

A. Présentation de l'étude aux associations de l'agglomération bordelaise accueillant les personnes en situation de prostitution. 55

B. Une période d'immersion au sein des associations dédiées 55

C. Le temps des rencontres individuelles : inclusion des patientes 56

III. Mode de recueil des données 57

A. Entretiens semi-directifs 57

1. Construction du guide d'entretien 57
2. Réalisation et techniques d'entretiens 59

B. Hétéro-questionnaires 61

IV. Analyse et traitement des données 61

A. Retranscription 61

B. Analyse et codage des données 62

C. Catégorisation et intégration des données 62

V. Cadre légal et éthique 63

A. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). 63

B. Comité de Protection des Personnes (CPP) 63

RESULTATS 64

I. Caractéristiques de la population 64

II. Représentations autour du médecin généraliste et du parcours de soin. 67

A. Le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours, interlocuteur privilégié dans le système de soin. 67

1. Un rôle princeps identifié par les patientes. ... 67
2. Accessibilité du médecin généraliste au sein du système de santé français. ... 67
a. Modalités d'accès aux soins primaires : choix du médecin généraliste en fonction de sa situation géographique, de sa visibilité et de sa mobilité. ... 68
b. Modalités d'accès aux soins primaires : l'importance du tissu social ; le « bouche-à-oreille » et l'entraide mutuelle des pairs et de l'entourage. ... 68
B. Une relation de soin privilégiée : durabilité du lien et connaissance du patient. ... 69
1. Pérennité et constance de la relation de soin ... 69
2. Un lien privilégié : connaissance du patient par le médecin généraliste ... 70
3. L'impact de la qualité de la relation médecin-patient sur le suivi des personnes ... 70
C. Disponibilité du médecin généraliste et devoir de soin comme préalables indispensables à l'accès aux soins primaires et à la satisfaction du patient. ... 72
1. Disponibilité du médecin généraliste : une qualité requise pour l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité. ... 72
2. Compétences morales et éthiques : solidarité et inconditionnalité du soin ... 74
a. Humanisme et solidarité : des qualités attendues par le patient. ... 74
b. Des obligations morales : le devoir de soin ... 75
c. L'intérêt du malade avant tout : une prise en charge non sous-tendue par l'aspect financier ... 75
D. Le médecin généraliste en tant que pivot central du système de soin : coordination du soin et multiplicité des structures de suivi. ... 76
1. Un rôle de coordinateur du soin dans un système de santé parfois complexe. ... 76
a. La médecine générale : plateforme d'orientation dans le système de santé. ... 76
b. Un rôle spécifique de coordination dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution ... 77
2. Le médecin généraliste au cœur d'un réseau de soin : multiplicité des structures de suivi des personnes en situation de prostitution ... 78
a. Freins à l'accès aux soins et facteurs de non-recours au médecin généraliste. ... 78
- Un rôle parfois mal identifié, l'impact des représentations culturelles du soin. ... 78
- Méconnaissance du système de santé français ... 79
- Un parcours de santé façonné par la condition sociale : l'arrêt des droits de sécurité sociale comme frein à l'accès aux soins. ... 80
b. Relais du médecin généraliste par un réseau de soin pluriprofessionnel : multiplicité des structures et de professionnels de santé assurant le suivi des personnes en situation de prostitution. 82
- Un suivi médical assuré par des professionnels multiples ... 82
- Relais du médecin généraliste par les structures identifiées « précarité » ... 83
- Structures hospitalières ... 83
- Associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution ... 84
- Planning familial ... 86
- Psychologue, Psychiatre, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) ... 87
III. Attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste : pluralité des compétences médico-psycho-sociales. ... 89
A. Compétences cognitives, techniques et résultats de soins. ... 89
1. Pluralité des compétences ... 89
2. Efficience de la prise en charge et compétences cliniques ... 91
3. Représentation du médecin généraliste en tant que sachant et expert de la santé ... 93
4. Une confiance en l'avis du médecin généraliste ... 93
5. Rôle de prescripteur, technicien et soignant du corps ... 94
B. Des attentes et besoins en manière d'accompagnement psychologique ... 96
1. Une importante vulnérabilité psychologique ... 96
a. Une souffrance psychologique en lien avec l'activité prostitutionnelle ... 96
- Une activité déplaisante, « honteuse ». ... 96
- Une vision empreinte d'aprioris : « Le plus vieux métier du monde » ; un métier honteux et tenu secret de l'entourage. ... 98
- Traite de l'être humain ; la réalité de l'esclavage moderne ... 100
- Un milieu hostile et insécuritaire : de la souffrance psychologique à la pathologie psychiatrique. ... 102
- Souhait de sortir de la prostitution, une réalité lointaine : un travail contraint par manque de ressources économiques. ... 103

b. Parcours migratoire et souffrance psychique : de la fragilité psychologique aux pathologies psychiatriques 105
c. L'impact physique des troubles psychologiques : une somatisation fréquente des souffrances 106
2. Le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement psychologique des personnes 108
a. L'écoute du médecin généraliste comme attente dans la prise en charge des difficultés psychiques 108
b. Une prise en charge médicamenteuse parfois nécessaire et souhaitée. 108
3. Un suivi multidisciplinaire des personnes en situation de prostitution en cas de souffrance psychologique 109
C. Compétences sociales et orientation dans le système judiciaire 110
1. Le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé 110
a. La parole des femmes : l'impact des conditions socio-économiques sur la santé 110
b. Le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement social des personnes en situation de prostitution : orientation vers des structures de soutien et d'aide aux démarches sociales. 114
2. Un rôle d'orientation dans le système judiciaire et de facilitateur de l'obtention d'une jurisprudence 115
a. Un univers hostile et insécuritaire 115
b. Le rôle du médecin généraliste dans l'accueil et l'accompagnement des personnes victimes de violences. 117
IV. Attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste : compétences relationnelles et affectives ; le rôle de la communication verbale et non verbale 120
A. Le rôle de l'empathie : relation interpersonnelle et vécu affectif 120
1. L'importance de l'attitude du médecin et de la communication non verbale. 120
a. Communication non verbale : l'impact d'une attitude bienveillante et avenante 121
b. Le rôle de la communication verbale et de l'expression du médecin 123
2. Attitude d'intérêt ouvert avec respect et non-jugement du patient, vecteur de confiance relationnelle et d'une compréhension mutuelle 124
a. Attitude d'intérêt ouvert, investissement vers un « mieux-être du patient » 124
b. Une compréhension mutuelle permise par une intention authentique de comprendre autrui et un intérêt porté aux émotions. 126
c. Un besoin de respect et de non-jugement du patient comme préalable indispensable à une relation de confiance. 129
B. Compétences relationnelles et communicationnelles en matière d'écoute et de temporalité du soin. 131
1. Ecoute active avec prise en considération des demandes et attentes du patient 131
2. Conseils éclairés et partage d'informations 132
3. Temporalité de la consultation : « prendre le temps », vers une mise en confiance et une libération de l'expression du patient 135
V. Un soin culturellement compétent. 139
1. La rencontre entre deux altérités culturelles 139
2. La barrière de la langue chez les patients allophones : un frein à la communication 140
a. Le rôle des femmes : implication des patientes dans l'apprentissage du français 141
b. Le rôle du soignant : un soin culturellement compétent, au-delà de la barrière de la langue ... 142
c. Le rôle de l'interprétariat en consultation de médecine générale 143
VI. Vers une libération de la parole des femmes dans un climat de confiance et de respect mutuel ? 145
1. Une verbalisation difficile de l'activité prostitutionnelle 146
a. Omission volontaire de leur activité et adaptation de la réalité : vers une situation « socialement acceptée ». 146
b. Un sentiment partagé entre le besoin de se confier et la difficulté d'expression de l'activité prostitutionnelle 147
c. Le « non-dit » en consultation, compréhension tacite du médecin généraliste. 148
d. Liberté d'expression, choix de se confier ou non spontanément 150
2. Les freins perçus à une verbalisation de l'activité 151
a. Une activité honteuse, vectrice d'aprioris sociétaux et pourvoyeuse de souvenirs douloureux 151
b. Le médecin traitant non identifié en tant qu'interlocuteur privilégié et/ou compétent pour aborder la question de l'activité prostitutionnelle. 152

c. Une mauvaise relation médecin-patient, des compétences communicationnelles insatisfaisantes et une sensation de stigmatisation limitant la parole des femmes..... 154
3. Moyens libérateurs de la parole et ouverture du dialogue sur l'activité prostitutionnelle..... 155
a. Le rôle du médecin généraliste dans l'ouverture du dialogue sur la question de la prostitution : ouvrir un espace de parole en autorisant la confidence. 156
• Rôle de sachant, tenu au secret médical justifiant le questionnement et d'être informé de l'activité prostitutionnelle..... 156
• Rôle du médecin généraliste pour créer un espace de confiance libérateur de la parole : savoir poser la question, proposer des outils d'information. 157
b. Le rôle des compétences relationnelles du médecin généraliste et de la qualité médecin-patient pour favoriser l'ouverture du dialogue..... 159
• Qualité de la relation médecin-patient : pérennité de la relation, confiance relationnelle et connaissance mutuelle. 160
• L'impact des compétences relationnelles et communicationnelles du médecin dans la libération de la parole des patientes : bienveillance, non-jugement, compréhension mutuelle, confiance partagée. 161
c. Réactions des femmes et ressentis en cas d'ouverture du dialogue par le praticien sur les questions d'intimité, de sexualité et de prostitution..... 163
• Des sentiments parfois douloureux : mal-être, honte, gêne, incompréhension..... 163
• Libre choix dans la réponse au praticien..... 164
• Des situations de vie changeantes, conditionnant la réponse des patientes. 165
d. Les alternatives à la consultation de médecine générale pour aborder les questions de la sexualité, des prises de risques et de la prostitution : structures associatives et groupes de parole.. 165
4. Conséquences de l'ouverture du dialogue sur la prise en charge et la relation de soin. 167

DISCUSSION 171
I. Méthodologie : Forces et limites de cette étude 171
A. Forces de l'étude 171
1. Originalité du sujet et choix de la méthode qualitative..... 171
2. Validité externe de l'étude. 171
3. Validité interne de l'étude..... 173
4. Aspects éthiques..... 174
B. Limites de l'étude..... 174
1. Biais de recrutement..... 174
2. Biais de déclaration..... 175
3. Biais de recueil..... 176
4. Biais d'analyse 176
II. Mise en perspective des résultats avec les données de la littérature 177
A. Caractéristiques de la médecine générale et attentes des patients : des invariables et des spécificités dans la relation de soin. 177
1. Définition du soin primaire et des caractéristiques du « médecin traitant ». 177
2. Compétences attendues du médecin généraliste : biomédicales, relationnelles et communicationnelles. 179
a. Une prise en charge globale du patient, en tenant compte des dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles du patient..... 180
b. Compétences relationnelles et communicationnelles du médecin généraliste..... 181
B. Le rôle spécifique du médecin généraliste dans l'accompagnement psychologique des personnes au travers du rapport au corps et à la psyché : santé mentale, décorporalisation, somatisation, préoccupations de santé..... 186
C. Parcours de santé, inégalités sociales de santé et rôle spécifique du médecin généraliste en matière d'accompagnement social et juridique 189
D. Vers une libération de la parole en consultation 194
1. Le constat d'une parole souvent bridée par les représentations des protagonistes de la consultation 194
2. Le débat sur l'importance de restaurer la parole des personnes en situation de prostitution en consultation..... 194
3. Moyens facilitateurs d'une libération de la parole du public : vers un accompagnement adapté, non stigmatisant et respectueux de la personne..... 196
III. Recommandations et perspectives..... 199

A. La construction d'une relation médecin-patient de qualité et l'instauration d'un climat de confiance… 199
B. …Vers l'ouverture d'un espace de parole autorisant la confidence 200
C. Ouverture du dialogue : quelques exemples d'échanges en consultation. 201
D. Perspectives 202

CONCLUSION 205

BIBLIOGRAPHIE 207

ANNEXES 214
Annexe 1 : Guide d'entretien, partie 1 214
Annexe 1 : Guide d'entretien, partie 2 215
Annexe 2 : Codage, partie 1 216
Annexe 2 : Codage, partie 2 217
Annexe 2 : Codage, partie 3 218
Annexe 2 : Codage, partie 4 219
Annexe 3 : Mind Map – Synthèse des résultats 220
Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 1 221
Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 2 222
Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 3 223
Annexe 5 : Flyers et affiches utilisés pour l'inclusion des patient.e.s (versions française, anglaise, bulgare et espagnole) 224
Annexe 6 : Déclaration de conformité à une méthodologie de référence 225
Annexe 7 : Avis du Comité de protection des personnes Sud-Est-1 226

RÉSUMÉ 227

ABSTRACT 228

SERMENT D'HIPPOCRATE 229

Liste des acronymes

ACP : Approche Centrée Patient

AME : Aide Médicale d'Etat

CACIS : Centre d'Accueil Information Sexualité

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEESP : Commission Evaluation Economique et de Santé Publique

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COS PADA: Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CPP : Commission de Protection des Personnes

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DASEM : Droit Au Séjour pour Etrangers Malades

DRDFE : Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IPPO : Information Prévention Proximité Orientation (association spécialisée pour les PSP)

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDSI : Maison Départementale de la Santé et de l'Insertion

MISS : Médical Interview Satisfaction Scale

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PSC : Patient Satisfaction Scale

PSP : Personnes en situation de prostitution

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RUELLE : Relais Urbain d'Echanges et de Lutte contre l'Exploitation

STRASS : Syndicat du Travail Sexuel

OCRTEH : Office central pour la répression de la traite des êtres humains

OHCHR : Office of the High Commissioner for Human Rights

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OQTF : Obligation de quitter le territoire français

TEH : Traite des Etres Humains

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Academies and Academic Associations of General Practionners

REMERCIEMENTS

Un immense merci au Pr Durieux William, qui m'a accompagnée tout au long de mon cursus universitaire. Je te dois d'être le praticien que je suis actuellement, grâce à ta formation, tes conseils, ton expérience et ta bienveillance. J'ai découvert à tes côtés une médecine humaniste, tournée vers le patient, en perpétuelle évolution grâce à un travail d'équipe pluridisciplinaire de qualité. Tu as su m'amener à avoir confiance en ma pratique et à adopter un regard réflexif sur mon exercice tout au long de ces années d'internat. Tu m'as donné l'occasion de réaliser les projets professionnels que je souhaitais, me permettant de m'investir pleinement dans un exercice mêlant le libéral et l'associatif. Ce fut et cela restera un réel plaisir d'exercer à tes côtés, et de poursuivre nos discussions et nos débats à la Maison de Santé. Merci pour tout !

Je remercie vivement le Pr Bonnet Fabrice, qui me fait l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. C'est un immense plaisir de pouvoir partager ce travail avec le professionnel que vous êtes.

Je remercie vivement le Dr Petregne François et le Dr Adam Christophe qui me font l'honneur d'être présents à ce jury de thèse.

Un grand merci au Dr Boisvert Marie, qui a accepté d'être membre du jury. C'est un réel plaisir d'avoir pu travailler en partenariat avec votre service, et d'assurer le suivi conjoint de patients que nous avons en commun. En espérant avoir de nouveau l'occasion de partager des expériences professionnelles allant dans le sens de prises en charge de qualité.

Je remercie également le Dr Mestre Claire qui m'a accueilli dès le début de mon travail de recherche et m'a permis d'affiner ma réflexion. C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Mille mercis au Dr Leveque Camille, qui a amené un regard pertinent sur ce travail de recherche. C'est un immense plaisir d'avoir pu bénéficier de ta lecture approfondie et de ton expertise professionnelle dans le domaine traité.

Un immense merci au Dr Kinouani Shérazade qui m'a étroitement soutenue lors de ce travail, en me faisant bénéficier de son expérience de chercheuse et en me donnant de précieux conseils. Merci de m'avoir permis de bénéficier du regard de Johanna, étudiante en sociologie, donnant une perspective pluridisciplinaire à cette thèse.

Je tiens à témoigner de ma profonde reconnaissance aux professionnels des associations POPPY et du CEID Billaudel. Merci de m'avoir permis d'intégrer vos structures et de bénéficier de votre pratique de terrain. Ce fut une expérience riche et ponctuée de moments de partages et de réflexions ayant permis d'affiner ce travail de recherche. Celui-ci n'aurait pas pu être réalisé sans votre accueil bienveillant et votre accompagnement. Un grand merci à Camille, Marion, Naïma, Véronique, Yannig, Anne-Marie, Daniel et les autres ! Une pensée spéciale à Marielle, qui a su m'entourer de toute sa bienveillance et m'apporter de précieux conseils dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Une pensée affectueuse aux salariés et bénévoles de Médecins du Monde et du CACIS, avec lesquels je travaille désormais depuis deux ans auprès des publics vulnérables de l'agglomération bordelaise. En espérant que nos actions et nos débats animés se poursuivent encore longtemps !
Une attention spéciale à Lucile, qui a relu avec attention ce travail de recherche et m'a donné son avis précieux de référente en Santé Sexuelle et Reproductive !

Une attention toute particulière aux médecins de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Targon. Merci de votre respect pour mes engagements associatifs et de votre adaptabilité. C'est un immense plaisir de travailler à vos côtés et de bénéficier de votre expérience médicale. En espérant que cela dure !

Merci à mes parents et à ma sœur Manon, qui me soutiennent, me conseillent et m'accompagnent depuis toutes ses années. Vous m'avez permis d'arriver à ce moment de ma vie, en me confortant dans mes choix et en m'apportant un précieux réconfort dans les moments de doute. Ce sera, normalement le dernier travail que vous aurez eu à lire ! Mille mercis…

Tendres pensées à Théo, présent à mes côtés depuis mes débuts de jeune médecin. Tu m'as apporté un soutien inestimable durant ces années d'études. Merci d'être l'homme que tu es et de me permettre de grandir chaque jour un peu plus.

Un immense sourire à Géraldine, le soleil qui a toujours été présente dans les moments de doutes et de réflexions. En espérant que notre amitié nous permette de vivre encore mille moments de joie.

Pensées à Tethys, Charlotte, Nano, Mathieu et tous les autres acolytes de médecine. Nous nous retrouverons à Tahiti, tous thésés ! En espérant que la vie nous rassemble, pour de nouvelles grandes expériences de vie.

Et enfin, merci à tous les autres (Ben, Val, Greg, Julie, Claire, Marion, Annaig, Ana, Sophie, Damien, Alban, Jean-Luc, Morgan, etc.) pour les mots de soutien et les attentions du quotidien.

VERSION DE THESE AU FORMAT ARTICLE

Présentée au prix de thèse du Congrés du Collège National des Généralistes Enseignants

Cette version sera suivie d'une version longue, présentant le travail de recherche sous sa forme complète et approfondie

Attentes vis-à-vis du médecin généraliste et expériences de soins premiers des personnes en situation de prostitution de l'agglomération bordelaise.

Health care expectations from the general practitioner and experiences of primary care among sex workers in Bordeaux

Chastand A, Durieux W

Département de médecine générale, Faculté des sciences médicales de Bordeaux

INTRODUCTION :

De tout temps, la question des risques sanitaires liés à la prostitution a animé nombres de débats et controverses, et ce sujet reste de nos jours au cœur des préoccupations des politiques de santé actuelles. A la notion de santé publique s'ajoute aujourd'hui une préoccupation concernant l'état de santé des personnes en situation de prostitution. En effet, la littérature fait état des situations de vulnérabilité individuelles et sociales rencontrées par ce public du fait d'une exposition à des risques sanitaires élevés, à la fois en raison des spécificités de leur activité et de conditions de vie parfois dégradées[1-23]. Ces risques sont soumis à des variables importantes, du fait de la grande hétérogénéité du phénomène prostitutionnel en France, rendant ardue la généralisation de ces constats[24,25].

Les rapports officiels recommandent une sensibilisation et une formation des professionnels de santé aux enjeux sanitaires et aux conséquences de la prostitution sur la santé individuelle des personnes afin de favoriser la diffusion de message de prévention et de réduction des risques[11,23]. Le médecin généraliste est placé au cœur des soins primaires et détient un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé. Il apparaît ainsi comme un interlocuteur privilégié dans l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution[3,6,15,17].

Malgré des besoins de santé importants, la prise en charge de ce public se révèle parfois complexe. Du côté du praticien, il peut exister des freins à la prise en charge de la santé sexuelle du fait d'un manque de formation et des représentations individuelles entourant le sujet[20,26]. Du côté des patients, la littérature fait état de difficultés d'accès aux soins et d'une gêne à dévoiler leur activité aux professionnels par crainte de stigmatisation[3,6,7]. En pratique, l'activité prostitutionnelle est souvent

maintenue secrète en consultation du fait des représentations individuelles de chacun des protagonistes de la consultation[10,11,20,23,26,27]. L'absence de connaissance des conditions de travail de ces patients par les professionnels de santé et leur difficulté d'accès aux soins limitent les actions prévention et de réduction des risques, contribuant ainsi à l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Les travaux de recherche disponibles témoignent par ailleurs de l'existence d'abandon de soin et de refus de prise en charge, du fait de vécus d'expériences négatives antérieures et d'interactions avec les soignants jugées non satisfaisantes[2,7, 9,10,16,23]. A l'instar de toute relation de soin, l'établissement d'un lien médecin-patient de qualité auprès des personnes en situation de prostitution apparaît comme une priorité afin d'améliorer leur accès aux soins, leur prise en charge et leur suivi.

Ainsi, si les besoins de santé des sujets en situation de prostitution et leurs difficultés d'accès aux soins sont à ce jour bien documentés, il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux explorant précisément leurs représentations et ressentis sur le recours aux soins primaires. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les attentes spécifiques des sujets en situation de prostitution de la région bordelaise dans une consultation de médecine générale. Secondairement, il s'agissait d'élaborer des outils de communication et des axes d'aide à la prise en charge de ce public, à l'attention des médecins généralistes.

METHODE :

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de septembre 2018 à Mai 2019 auprès de personnes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise.

Population et échantillonnage.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Les patient.e.s ont été incluses par le biais de deux associations de terrain réalisant leur accompagnement sur l'agglomération bordelaise. Une période d'immersion de six mois au sein de ces associations a été réalisée préalablement aux entretiens, permettant au chercheur d'entrer progressivement en contact avec les usager.e.s et de créer une relation de confiance favorable à un échange ultérieur.

Recueil de données.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de constats de terrain et des données de la littérature. Afin de valider sa pertinence, le questionnaire a été soumis à relecture et testé auprès d'acteurs associatifs ayant une expérience approfondie de l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. L'anonymisation des données et l'inscription des entretiens dans une démarche de non-jugement étaient garanties afin de limiter les biais de déclaration et de désirabilité sociale. Les entretiens semi-dirigés se déroulaient dans des lieux dédiés, isolés et calmes, garantissant la confidentialité aux personnes rencontrées. Ils exploraient la perception globale des expériences de santé en soins

primaires, les représentations vis-à-vis du soin et le vécu de l'abord des questions relatives à la prostitution en consultation de médecine générale. Afin d'étendre l'étude aux patient.e.s allophones, certains entretiens ont été réalisés en anglais ou par le biais d'une interprète professionnelle bulgarophone. Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens. Ces derniers ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. L'arrêt des entretiens a été déterminé par la saturation des données, définie comme l'absence d'émergence de nouvelles informations, vérifiée par la réalisation d'un entretien complémentaire.

Analyse des données.

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique permettant la réalisation d'une analyse descriptive plutôt qu'explicative ou interprétative[28]. Un travail de codage ouvert a permis une réduction des données en thèmes issus de la parole des personnes. Une catégorisation des données a conduit à regrouper les thématiques liées entre elles et de faire émerger des concepts plus larges, permettant une compréhension globale à l'échelle d'un phénomène, d'une pratique ou d'un comportement. Cette étape était suivie d'un travail d'intégration des données et de théorisation ancrée par la mise en relation des entités conceptuelles de l'étude, nous permettant ainsi d'étendre notre regard en faisant émerger des perspectives nouvelles. Une triangulation des données a été réalisée par un triple codage entre l'enquêteur, l'investigateur principal et une étudiante en sociologie garantissant une exploration objective et pluridisciplinaire des données. Un journal de bord était tenu tout au long du travail.

Aspects éthiques.

Avant chaque entretien, le consentement oral de la personne était obtenu et une lettre d'information était remise. L'étude a obtenu l'accord du Comité de Protection des Personnes Sud-Est (n°2018-A02642-53). Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (n°2209881v0).

RESULTATS :

Au total, 17 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes. Les interviews concernaient des femmes âgées de 19 à 60 ans, de six nationalités différentes, présentant des profils variés en terme d'expérience de la prostitution, de conditions socio-économiques et de suivi en médecine générale.

Pseudonyme	Sexe	Age	Pays de naissance	Lieu de vie	Situation administrative	Lieu d'exercice	MT*	Type suivi	Suivi psychologique	Couverture maladie	Etat des droits
Laura	F*	24	Nigeria	SDF*	OQTF*	Rue	Oui	Libéral	Oui	AME*	Renouvellement en cours
Jessica	F	25	Nigeria	Foyer d'hébergement	OQTF	Rue Appartement	Oui	Libéral	Oui	AME	À jour
Tracy	F	29	Nigeria	SDF, Hébergée	OQTF	Rue	Oui	Libéral	Oui	AME	Renouvellement en cours
Joy	F	27	Nigeria	SDF, Hébergée	OQTF	Rue	Oui	Libéral	Oui	AME	Renouvellement en cours
Mirabelle	F	23	Nigeria	SDF, Hébergée	OQTF	Rue	Non	Association	Oui	AME	Renouvellement en cours
Marie	F	27	Nigeria	Appartement	Titre de séjour (non renouvelé)	Rue	Oui	Libéral	Oui	Base + mutuelle	À jour
Roxana	F	37	Albanie	Hotel	Carte d'identité italienne	Rue Hotel	Non	Association	Non	AME	À jour
Kimberley	F	24	Nigeria	Foyer d'hébergement	Titre de séjour (non renouvelé)	Rue	Non	Association	Non	CMU*	À jour
Isabelle	F	48	Bulgarie	Squat	Ressortissante européenne	Rue Hotel	Oui	Libéral	Non	AME	Renouvellement en cours
Sucess	F	23	Nigeria	Squat	OQTF	Rue	Oui	Libéral	Oui	CMU + CMUc*	Renouvellement en cours
Rose	F	40	Bulgarie	SDF, Hébergée	Ressortissante européenne	Rue et Appartement	Oui	Libéral	Non	CMU + CMUc	Renouvellement en cours
Josephine	F	60	France	Appartement	Francaise	Rue, Appartement, Camion, Etablissements	Oui	Libéral	Non	Base + mutuelle	À jour
Sandra	F	45	Bulgarie	Appartement	Ressortissante européenne	Rue, Appartement, Hotel	Non	Association	Oui	AME	À jour
Babsy	F	49	France	Appartement	Francaise	Rue, camion, appartement	Oui	Libéral	Oui	Base + mutuelle	À jour
Antonia	F	19	Roumanie	Appartement	Ressortissante européenne	Rue, appartement	Non	Association	Non	AME	Renouvellement en cours
Donna	F	52	Cameroun	Appartement	Titre de séjour	Camion	Oui	Libéral	Non	CMU + CMUc	À jour
Blanche	F	27	Bulgarie	Appartement	Ressortissante européenne	Rue	Oui	Libéral	Non	AME	À jour

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

F : Féminin, MT : Médecin traitant, SDF : Sans Domicile Fixe, OQTF : Obligation de quitter le territoire français, AME : Aide Médicale d'Etat, CMU : Couverture Maladie Universelle, CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

Représentations du médecin généraliste. Le médecin généraliste était identifié comme un interlocuteur privilégié et un soignant de premiers recours. Cela s'expliquait par son accessibilité et par la pluralité de ses compétences biomédicales permettant de répondre à la majorité des besoins de santé individuels. Placé au cœur des soins primaires, il était présenté comme un coordinateur du soin, du fait de ses connaissances du système de santé permettant une orientation des patientes en fonction des problématiques de santé rencontrées. Une attention particulière était portée à la réponse du praticien concernant les situations de violences et les problématiques gynécologiques ou psychologiques. Les femmes attendaient de leur médecin traitant une disponibilité et des compétences morales et éthiques garantissant l'inconditionnalité du soin apporté et une prise en charge non sous-tendue par un aspect financier. Les patientes mettaient en avant la durabilité et la pérennité du suivi par le médecin généraliste permettant la construction d'un lien de confiance privilégié du fait d'une connaissance mutuelle : *« moi j'ai de très bonnes relations avec mon médecin donc euh... c'est le fait qu'on se connaisse depuis longtemps »*. Si une relation médecin-patient de qualité était propice à une fidélisation et une continuité du suivi, l'absence de confiance relationnelle et une prise en charge non satisfaisante étaient à l'origine de rupture de soin : *« je suis allée là bas mais (tchip) c'est pas bien. (...) J'ai dit je viens pas. J'ai dit c'est fini je viens pas ici (marmonne) »*.

Parcours de soins et inégalités sociales de santé. Notre étude intéressait principalement des femmes exilées, dont le parcours de soins était façonné par leurs situations sociales et leurs représentations du système de santé français. L'ouverture des droits de sécurité sociale apparaissait comme un préalable indispensable à l'accès aux soins et permettait de limiter l'errance médicale des personnes. L'arrêt des droits était à l'origine d'une rupture de suivi en lien avec une crainte de stigmatisation du praticien ou d'avance de frais : *« after my hospital paper finish, and my asylum. So I was afraid to go to the doctor. I don't like ».* La méconnaissance du système de santé français, les contraintes socio-administratives et une compréhension partielle du rôle du « médecin traitant », sous-tendue par les représentations culturelles de chaque femme, apparaissaient comme des freins à l'accès aux soins et expliquaient la multiplicité des acteurs les accompagnant dans leur santé (associations dédiées, structures identifiées « précarité », etc).

Nous notions l'importance de l'environnement social des personnes dans leur accès aux soins, avec le rôle clef des pairs et des associations de terrain dans la transmission d'information : *« so I meet a friend that place, then I was very sick and he directed me to Dr γ ».*

Une stabilité socio-économique était identifiée par les patientes comme nécessaire à une bonne santé, en permettant l'accès aux besoins fondamentaux et un accomplissement personnel. Pour les femmes, cet équilibre était lié à l'obtention d'un droit au séjour et au travail, à l'existence d'une couverture sociale, à l'accès à un logement stable et aux besoins primaires (eau, alimentation). L'absence d'un de ces facteurs était vecteur d'une précarisation des personnes impactant leur santé physique et psychologique : *« so without the documents I can not work. I can't feed myself, I can't take care of myself, I don't have anybody to help me (...). It's difficult ».*

Prise en charge globale médico-psycho-sociale. La prise en considération de la personne dans toutes ses dimensions médicales, psychologiques et sociales était attendue du médecin généraliste, et prenait tout son sens au vu des situations de vulnérabilité rencontrées par les personnes. Le praticien était considéré comme un expert et un sachant de la santé, en qui les patientes avaient confiance : *« I come straight to the doctor because they have the solution ! ».*

Certaines patientes, du fait de leur expériences ou de leur représentations, considéraient cependant le médecin généraliste comme un prescripteur sans attendre de lui une prise en charge globale. Cette dimension de la consultation exposait néanmoins au risque d'un soin technique voire d'une relation « robotisée » non favorable au dialogue et à la confidence : *« parce que y'a des docteurs, ils te regardaient là, là, et après marquer médicaments. Et vite, partir ».*

L'accompagnement psychologique et la prise en considération des souffrances psychiques étaient des points clef de la prise en charge des patientes. Il existait une importante vulnérabilité psychique des personnes, en raison de la difficulté de l'exercice prostitutionnel et des situations d'exploitation sexuelle, du fait de conditions socio-économiques précaires et de parcours migratoires traumatiques.

La prostitution pouvait être à l'origine de sentiments douloureux de dévalorisation personnelle et d'isolement social : *« it's something eating my body. Street work is a work of humiliation. I don't want anybody to humiliate me »*. Leur parole révélait l'existence de psychotraumatismes suite au vécu de violences multiples et répétées. Les situations d'exploitation sexuelle des réseaux de Traite des Etres Humains (TEH) nigérians induisaient de grandes vulnérabilités psychiques voire des pathologies psychiatriques avérées. Ces souffrances s'expliquaient par la sujétion des femmes au réseau, les suites de parcours migratoires complexes et l'irrégularité au regard du séjour : grande précarité, éloignement familial et isolement social, crainte de répression permanente et désillusion personnelle : *« I said it's not the fault of the nigeriane case to walk on the street. Because maybe before they live nigeria maybe someone after find you : there can you go to Europe ? (...) So you don't have any choice than to walk. (...) It's not their fault. Because I'm tireness of pain (silence) »*. Face à ces souffrances, le soutien attendu du médecin généraliste passait par une écoute attentive voire une aide médicamenteuse. Il existait une traduction physique à l'expression des troubles psychologiques : céphalées, douleurs abdominales, dysménorrhée, etc. Devant ces symptômes, les femmes appréciaient que le médecin généraliste soit en mesure de comprendre leur situation et reste attentif à l'origine de leurs souffrances. Au vu de l'impact des conditions socio-économiques précaires sur la santé des patientes et sur leur parcours de soin, il était attendu que le praticien soit en mesure de considérer l'environnement de vie de la personne, d'adapter sa prise en charge en ce sens et de proposer un accompagnement social si nécessaire. Un soutien du médecin pour permettre aux femmes de s'orienter vers le système judiciaire, et parvenir à un dépôt de plainte était apprécié, du fait de la prévalence des situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques : *« all this documents are already with Dr γ. It's the one who taking me this to take to the police »*.

Attentes en matière de compétences relationnelles et communicationnelles. A l'instar de toute relation de soin, les femmes relevaient l'importance de l'attitude du praticien et de la communication verbale et non verbale dans l'établissement d'un lien soignant-soigné de qualité, favorable à une adhésion au suivi. Il était attendu du médecin généraliste :

- Une attitude bienveillante, avenante et chaleureuse : *« with the kind of heart she have, being sympathize, and "Oh what can I do now ? Ok come there, check your body, let me know your feelings and that". And they are always smiling »*.
- Une capacité à prendre du recul sur ses émotions et à conserver une lucidité sur ses propres sentiments : *« c'est trop vite, en plus. Je sais pas si elle est énervée, je sais pas pourquoi ... j'ai... (tchip) Ça s'est pas bien passé avec moi »*.
- Une attention portée au patient et un investissement vers le « mieux-être », en prenant en considération les demandes et attentes des personnes : *« and they want to recognize your problem and what they can do about it (...). They try to make sure, everything is allright you know. They have that time to treat you very well. And to make sure you're feeling better »*.

- Une attitude empathique laissant transparaître les capacités émotionnelles de compréhension et d'intérêt du praticien face à l'expression des sentiments des patients : *« she wants to... Know... Really notice how you feel (...). To really read your mind (...). Well they are sympathize, I think they have human feeling, you understand ».*
- Une attitude de non-jugement et de respect de la personne, vectrice d'une prise en charge standardisée et non stigmatisante : « *je dis "je faire le même travail que ma copine" (...) Heu... Elle me regardait comme ça choquée. (...) Moi c'est un peu difficile les médecins me regardaient comme ça euuh pff. Je dis moi pas passer encore avec toi ».*
- Savoir donner des conseils, des explications adaptées et apporter une réassurance en cas d'inquiétude sur la santé : *« quand je comprends pas, elle tout de suite, me donner l'ordinateur comme ça tourner, dit c'est ca pour toi, et moi je comprends bien. J'aime bien avec docteur β. Après doucement expliquer bien, moi comprendre bien ».*
- Prendre le temps d'écouter et de créer un espace de parole propice à l'expression : *« mais quand tu parles avec personne, si il est bien... (...) Il faut que... prend du temps à écoute qu'est ce que je dis, en plus. Comme Dr ∞, lui il est très très gentil », « because, you know there are some doctors, you know, they make... they don't give you the time to express yourself ».*

Un soin culturellement compétent. Le suivi des femmes migrantes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise était assuré par une poignée de médecins généralistes en milieu libéral, avec orientation spécifique de certaines communautés vers un praticien. Ce constat était en faveur d'une prise en charge culturellement compétente de ces patientes, amenant le médecin à devenir l'interlocuteur privilégié d'un même groupe culturel. Par ailleurs, cela favorisait la pérennité de la relation de soin et l'efficacité du *bouche-à-oreille* entre les pairs d'une même communauté. Il était apprécié que le médecin s'inscrive dans une démarche non ethnocentrée d'ouverture et de curiosité vers la culture d'autrui : *« parce que lui toujours avec les gens qui... n'est pas français (...). Et lui maintenant apprendre comme parle nous ! (rires) (...) Et après quand voulais parler quelque chose, lui tout de suite comprendre ! ».* La barrière de la langue était considérée comme un frein majeur à l'établissement d'une compréhension mutuelle du fait des difficultés de communication avec le praticien. Il était apprécié du praticien qu'il présente une ouverture d'esprit et une tolérance à l'altérité culturelle, en s'attachant à prendre le temps pour se faire comprendre et faciliter la communication avec la personne. Les femmes exprimaient une simplicité d'interaction et un lien privilégié avec un praticien s'efforçant à communiquer dans la langue du patient : *« because she speaks english very well for me ! Yes... She's trying, it's just ok, it's very nice »,* ou acceptant l'utilisation de la communication non verbale : *« mais tu parles pas tu montrais, et les gens ils te comprend ».* L'utilisation de l'interprétariat professionnel ou informel par un tiers en consultation était

appréciée des patientes permettant de favoriser les échanges et d'apporter un soutien réconfortant aux patientes.

Permettre une libération de la parole pour une reconstruction personnelle et une prise en charge adaptée. Pour les femmes, la verbalisation de l'activité prostitutionnelle en consultation était difficile du fait de l'intrication de facteurs multiples :

- Une pratique considérée comme « honteuse, anormale », vectrice d'aprioris sociétaux et de souvenirs douloureux : *« you know it's not a good life. (...) You know sometimes I don't feel telling anybody because I'm ashamed to say it ».*
- Une crainte de stigmatisation et de discrimination de la part du praticien : *« lui va dire (...) "Pourquoi c'est prostituée, probablement t'es malade, probablement..." (...) Et pour ça je me sens pas... Je dis pas (...). Elle pas m'accepte comme les autres clients. Tu comprends ? ».*
- Des représentations du médecin généraliste en tant que technicien du corps et prescripteur, non identifié comme un interlocuteur privilégié pour aborder les questions touchant l'intime et la sexualité : *« lui aussi, il pose pas de questions ! C'est juste quand je dis "docteur j'ai besoin médicaments, j'ai besoin Doliprane"... Parce que lui, c'est juste le médecin qui t'écrit le médicament, c'est tout ».*
- Une parole bridée par une relation médecin-patient de mauvaise qualité, une sensation de jugement, une absence de connaissance mutuelle, d'écoute attentive et d'ouverture du dialogue : « *mais elle, c'est... hum elle fait comme ça (mime quelqu'un qui baisse la tête) je peux pas dire (...). Parce que pour explique qu'est ce qui se passe avec personne c'est difficile. (...) C'est docteur, il faut que je t'explique tout ! (...) Mais elle, elle a pas donné à moi de chances pour faire tout ça. Parce que quand j'ai vu comment elle fait, je peux pas le dire (marmonne) ».*

De fait, les patientes exprimaient maintenir leur activité sous silence en consultation, en l'omettant volontairement ou en adaptant leur discours à une réalité « socialement acceptable » : *« mais je lui dis pas que je travaille comme ça. Je lui dis je fais ménage. Je peux pas dire ! ».* Certaines femmes mentionnaient donner des indices informels au praticien afin de parvenir à une compréhension tacite sans avoir à énoncer leur activité directement : approvisionnement régulier en préservatifs, explication des conditions de travail de nuit ou mention d'un accident de préservatif, demande de « check-up » gynécologique complet : « *but if I collect condoms everytime, she understands ! (rires) Yes collect condoms everytimes, yes ».*

Ces difficultés de verbalisation de l'activité prostitutionnelle pouvaient être douloureuses pour les patientes, ressentant un besoin de se confier et d'être en mesure d'avoir une parole libre et sincère avec le praticien : « *je peux pas parler de mon travail. Je peux mentir ! (...) Et j'aime pas mentir (...) Je préfère dire la vérité. Je sais que ça me fait mal, et après je commence pleurer ».* Malgré les

difficultés ressenties à révéler leur activité au médecin généraliste, les patientes rencontrées au cours des entretiens exprimaient qu'il serait préférable que ces freins, inhérents aux représentations du soignant autant que du soigné, ne soient pas si prégnants dans la relation de soin : *« ah oui. Ah ben oui, d'être libre. De de... oui ! De pouvoir. Dire les choses, dire les choses simplement ! ».*

Le médecin généraliste était considéré comme un professionnel voué au bien-être physique et mental des personnes, justifiant que celui-ci s'informe des conditions de vie et de la santé de ses patients. Si les femmes mettaient en avant leur libre-choix dans le fait de se confier ou non, elles estimaient qu'il était important que le praticien soit informé des situations de vulnérabilité auxquelles elles pouvaient être confrontées. En effet, les femmes considéraient qu'afin de recevoir une prise en charge adaptée, il était nécessaire que le praticien soit au courant de leur activité : *« I won't be angry, because it's normal ! (...) It's for your health. Normal for the doctor. If you ask me to him or her better, he would be able to help you. But if you don't speak, something happen, how would he help you ? ».*

Poser la question en consultation permettait de libérer leur parole. Les femmes exprimaient des difficultés à en parler d'elles-mêmes, sans impulsion de la discussion par le praticien. Certaines patientes exprimaient ainsi la possibilité d'aborder le sujet de la prostitution et des prises de risques en cas de questionnement de la part du médecin, les « autorisant » alors à se confier : *« if she asks me, I tell her. Yes (...). If she not asks me, I've not tell her. (rires) ».* A l'inverse, le maintien du « non-dit » en consultation par le praticien les engageait à taire leur activité.

Cependant, se confier ne dépendait pas seulement du questionnement du médecin mais aussi de ses compétences relationnelles et communicationnelles. La parole se libérait :

- Dans le cadre d'une relation médecin-patient de qualité construite sur la durée, permettant une connaissance mutuelle et dans un climat de confiance relationnelle respectueux de leur personne : *« tu me parles d'un médecin traitant et d'une patiente que tu suis régulièrement. Alors là oui a priori ! Le lien il peut s'établir. Mais il faut d'abord qu'elle sente que ce qu'elle va te dire ne va pas te choquer ou que tu ne vas pas la juger.* (…) *Je pense que la gamine il va falloir qu'elle se sente en confiance ».*

- Auprès d'un praticien bienveillant, empathique, non-jugeant, sécurisant, prenant le temps de les écouter et de considérer leur parole : *« I like when maybe when you go to see someone is happy with you, and furthermore maybe you can have more time to speak with him or she. And if he is not happy you are afraid to speak and this is the problem so… ».*

Aborder la question de la sexualité et de l'intimité en consultation pouvait être à l'origine de sentiments douloureux (gêne, tristesse). Il était important que les femmes ne se sentent pas stigmatisées et que le praticien respecte leur temporalité dans le choix de répondre ou non. Interroger l'existence de prises de risques dans la sexualité ou évoquer l'éventualité de situations de vulnérabilité (violences, situation socio-économiques) pouvait être accepté et non stigmatisant : *« ben non c'est*

tout à fait... Ouais c'est comme ça qu'il faut faire. "A risque" ! Oui (...) c'est pas choquant (...) Et je pense que tout le monde le comprend ».

Par ailleurs, du fait des difficultés de verbalisation de leur activité et des représentations construites autour du médecin généraliste en tant que technicien du corps, les patientes mentionnaient l'importance des associations dédiées à leur accompagnement. Ces structures étaient identifiées comme des lieux ressources respectueux de leurs individualités, leur permettant d'être prise en charge par un praticien considéré comme « spécialisé » de la prostitution, sans crainte de stigmatisation : *« j'aime bien viens ici (n.d.a dans l'association) j'ai plus tranquille (...). Parce que vous déjà connait quel travail, et tout ».*

Pour les patientes, une libération de la parole amenait un soulagement et leur permettait d'accéder à une prise en charge adaptée aux risques et aux facteurs de vulnérabilité en lien avec l'exercice prostitutionnel. Elles avaient conscience de l'impact potentiel du mensonge induit par le maintien du « secret » autour du sujet. Une absence de sincérité entre le soignant et le soigné était ainsi considérée comme néfaste à la relation médecin-patient, à la démarche médicale et à la cohérence des soins apportés : *« en fait si tu dis pas la vérité. (...) C'est un foutoir. Après tu sais plus où t'en es quoi tu vois. (...) Je dis des trucs comme ça, t'endors Pierre Paul Jacques ».*

DISCUSSION :

Forces et limites de l'étude.

L'échantillonage raisonné a permis d'avoir des profils variés en terme d'âge, de nationalité, d'expérience de la prostitution, de situation socio-économique, et de présence ou non d'un médecin traitant attitré ou d'une couverture maladie. Une partie du paysage prostitutionnel n'était pas représentée : prostitution exclusive féminine, absence de pratique *Indoor* (n.d.a : via Internet). Cela doit conduire à considérer avec prudence une extrapolation trop rapide des résultats à l'ensemble des personnes en situation de prostitution sur le territoire français. Notre échantillon était représentatif d'une partie importante de la prostitution bordelaise identifiée par les associations, parmi les plus précaires (migrantes, travail de rue). Un biais de déclaration pouvait émaner des difficultés de compréhension des thèmes abordés, de la barrière de la langue, et de la non neutralité du chercheur vis-à-vis du domaine médical. Une triangulation de l'analyse par un double codage a permis de limiter les biais d'interprétation.

Mises en perspective des résultats principaux.

Les soins premiers s'inscrivent dans une « *approche globale de la santé et du bien-être*[29] », et apparaissent comme primordiaux de par leur accessibilité et devant la vulnérabilité importante de cette population en terme de besoins de santé et de risque socio-sanitaires. Le parcours de soin des patientes était conditionné par leur situation sociale et leurs expériences de santé. Le médecin généraliste

pouvait être un interlocuteur privilégié mais l'accès aux soins restait parfois difficile du fait de la complexité du système de santé français et des interactions négatives avec les soignants, responsables d'une errance médicale. Les associations spécialisées étaient identifiées comme des lieux ressources permettant une prise en charge malgré la rupture des droits de sécurité sociale, dans un climat de confiance et de bienveillance.

Recevoir ces patientes en médecine générale et savoir répondre à leurs ressentis physiques supposait de prendre en compte l'intrication fréquente et subtile du rapport corporel des femmes à leur réalité de vie et des conséquences psychologiques de celle-ci. Pour le Dr Trinquart, les traumatismes et effractions corporelles répétés vécus par les personnes en situation de prostitution sont à l'origine d'un phénomène de décorporalisation « *affectant le schéma corporel (...) avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé »*[30]. Bien que ce processus soit retrouvé dans notre étude, il n'était pas identifié comme un frein à l'accès aux soins. Au contraire, les patientes semblaient « *concentrer* » leurs souffrances sur une image corporelle traumatisée, se traduisant par des ressentis physiques et psychiques douloureux répétés et/ou inexpliqués, allant jusqu'à un phénomène de « somatisation ». A l'écoute de ces symptômes, les patientes tendaient à solliciter le soignant afin de trouver une explication à ces souffrances.

Les caractéristiques des soins primaires telles que définies dans la littérature[31-33] ainsi que les attentes des patients en matière de compétences relationnelles et communicationnelles étaient retrouvées dans la parole des patientes. Cela traduisait un regard invariable sur le médecin généraliste, malgré des profils variés et des expériences de vie hétérogènes[33-38].

La rencontre entre le soignant et le soigné est à l'origine d'une relation duale, influencée par le parcours de vie, les représentations et les attentes du patient d'un côté, et le positionnement du médecin de l'autre, porteur d'un savoir médical, mais aussi d'émotions et de croyances propres à son individualité. La construction d'une relation médecin-patient de qualité passant par une approche-centrée vers le patient apparaissait comme un préalable à l'accès aux soins et à l'adhésion au suivi des personnes[39]. Bienveillance, écoute attentive et considération respectueuse étaient au cœur de la construction d'un lien de confiance privilégié. La temporalité avait une place importante dans la relation de soin, passant par le respect de la parole de la personne et une mise en confiance progressive grâce à une régularité des rencontres, une écoute et une disponibilité du praticien[40,41].

Un sentiment de discrimination ou de stigmatisation en consultation pouvait être à l'origine d'un vécu douloureux chez des patientes souvent isolées socialement et ayant une estime d'elles-mêmes altérée. Les expériences négatives de soin aboutissaient à un renoncement à la poursuite du suivi, responsable d'un éloignement du soin, voire une errance médicale ultérieure. Il apparait ainsi fondamental que le praticien soit en mesure de remettre en question sa pratique et de se détacher de ses représentations en s'interrogeant perpétuellement sur son positionnement éthique et déontologique en consultation.

Bien qu'il existe de nombreux freins à la verbalisation de l'activité prostitutionnelle, les femmes et les acteurs de terrain[31,41, 42] s'accordaient sur le fait qu'il était important que le soignant soit informé des

situations de vulnérabilité, condition *sine qua non* pour permettre une prise en charge adaptée. Il paraissait ainsi important que le praticien justifie ses questionnements en les intégrant dans un contexte général de prévention individuelle.

L'ouverture du dialogue autour de sexualité devrait donc s'adresser à tout patient en consultation de médecine générale, en sensibilisant les personnes sur la notion des prises de risque. Une attention particulière du praticien pourrait être portée sur le repérage de situations de vulnérabilité et d'insécurité en lien avec une éventuelle activité prostitutionnelle. S'enquérir des conditions de vie des personnes, interroger le vécu d'éventuelles violences antérieures ou actuelles et demander à la personne si elle s'estime en sécurité sont autant de moyens de démontrer l'intérêt du praticien pour le bien-être de la personne et autoriser la confidence.

Le respect de la temporalité de la personne et de son choix de se confier était au cœur des témoignages recueillis. Les personnes estimaient être en mesure d'aborder les questions touchant leur intimité face à un professionnel témoignant de ses compétences et de sa considération pour le sujet. La mise à disposition d'outils d'information dans le cabinet du praticien serait une façon simple de démontrer la sensibilisation du médecin à ces questions et permettre une libération de la parole.

Par ailleurs, la promotion d'une formation des professionnels de santé à la question de la sexualité et de la prostitution pourrait être un levier vers une optimisation de l'accompagnement de ce public. Au-delà du domaine universitaire, il serait intéressant que ces formations soient organisées par le biais des associations spécialisées, afin que les praticiens investis dans ces prises en charge puissent bénéficier de leur expertise. Gardons en mémoire l'importance de ces lieux de soins dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, permettant une orientation et une prise en charge pluriprofessionnelle adaptée aux situations de vulnérabilité inhérentes à l'activité prostitutionnelle.

Des recommandations peuvent émaner de ce travail, en gardant en mémoire la singularité de chaque situation, nécessitant une adaptabilité du praticien. Il s'agit d'ouvrir un espace de réflexion sur notre pratique, issu de la parole des femmes (figure 1 à 3).

LE ROLE DU PRATICIEN DANS LA CREATION DU LIEN MEDECIN-PATIENT

Compétences relationnelles et communicationnelles : développer une approche centrée-patient

- Adopter une **attitude bienveillante, avenante et chaleureuse** *(communication verbale et non verbale).*
- Montrer son **investissement pour le bien-être de la personne** en **considérant ses plaintes, symptômes et demandes**. Se placer « à la portée du patient ».
- **Prendre le temps d'écouter la personne** en laissant au patient un espace de parole.
- Témoigner d'une **intention de comprendre autrui et considérer ses émotions**, dans une dynamique de soin empathique.
- Adopter un **regard non jugeant et non stigmatisant** : « *levée des tabous sociaux* ». Témoigner d'un soin standardisé et non influencé par la pratique, l'origine ou la situation sociale de la personne.
- Etre en mesure de donner des **explications adaptées** (démarches de soin, prévention, éducation) et **des conseils éclairés en cas d'inquiétude ou d'interrogation sur la santé.**
- **Savoir rassurer** en adoptant une **attitude englobante et sécurisante**.

INSCRIT DANS UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX SITUATIONS DE VULNERABILITE

Compétences techniques et place dans le système de soin

- Témoigner de son expérience et de ses **connaissances scientifiques** et savoir les utiliser dans une prise en charge adaptée aux attentes et besoins de la personne.
- Témoigner de sa **disponibilité** en cas de situation de vulnérabilité ou d'urgence ressentie.
- Savoir **reconnaître et prendre en charge les situations de vulnérabilités psychiques et socio-économiques** des personnes, et identifier leur impact éventuel sur la santé des personnes : *considérer les inégalités sociales de santé et savoir agir en conséquence, connaître le phénomène de décorporalisation et la traduction physique de certaines souffrances psychiques (somatisation), etc.*
- S'inscrire au sein d'un **réseau pluridisciplinaire avec des partenariats efficients**, en sachant orienter les personnes et coordonner leur prise en charge.
- S'inscrire dans une **démarche culturellement compétente.**
- **Considérer les bénéfices de l'interprétariat et savoir utiliser** ce service en cas de besoin : *recevoir la personne seule préférentiellement, utilisation d'un interprétariat professionnel.*

Figure 1 : Les compétences biomédicales, relationnelles et communicationnelles attendues du médecin généraliste par les personnes en situation de prostitution.

REPERAGE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

- **Savoir repérer certaines situations pouvant témoigner d'une situation de prostitution**[41]
  - *Situation de précarité, flou sur l'origine des ressources ou la situation d'hébergement.*
  - *Etat de santé préoccupant, souffrance psychique, inquiétude sur la santé gynécologique.*
  - *Attitudes de passivité, de refus ou d'agressivité au cours de l'entretien (réactions de défense).*
  - *Approvisionnement et usage fréquent de préservatifs, mention d'un accident de préservatif.*

- **Savoir aborder et justifier que les questions sont posées sans *aprioris* ni jugements :**
  - Justifier le questionnement en **témoignant de son investissement pour le bien-être physique et mental de la personne**.
  - Préciser que ces questions s'inscrivent dans un **repérage collectif et généralisé.** *Les questions sont motivées par un souhait du praticien de réaliser une prise en charge adaptée à la situation de la personne et s'adressent à toute personne en consultation.*

  ⇒ Aborder la possibilité d'une **sexualité à risque** (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés, rupture de préservatif, etc).

  ⇒ Questionner une éventuelle **inquiétude sur la santé gynécologique ou sexuelle.**

  ⇒ Repérer l'existence de **violences antérieures ou actuelles ou une insécurité** dans le milieu de vie. Repérer les situations de vie précaires.

- **Valoriser les choix de la personne. Respecter sa parole et sa temporalité**. Laisser le temps à la personne de s'exprimer : *la prise de parole peut être difficile et ces questions évoquer des sentiments douloureux tels que la honte, la gêne ou la tristesse.*

- **Se montrer disponible** pour un échange ultérieur et témoigner de l'existence de **partenaires effectifs pour une prise en charge pluridisciplinaire** : *la prise de parole peut se faire après une mise en confiance et un temps de réflexion rendu possible par l'ouverture du dialogue.*

- Savoir **montrer son intérêt** et ses connaissances sur les situations de vulnérabilités sanitaires ou psycho-sociales que les personnes peuvent rencontrer. **Témoigner de ses compétences** : *les compétences du praticien permettent une mise en confiance et autorisent la confidence.*

- Savoir orienter vers ou repérer un accompagnement par **les associations spécialisées.**

Figure 2 : Repérage et accompagnement des personnes en situation de prostitution

LIBERATION DE LA PAROLE : DES EXEMPLES D'ECHANGES

Comment aborder certaines questions ?

Nous proposons quelques questions simples pouvant permettre d'ouvrir le dialogue sans forcer la parole. Ces propositions sont le fruit de réflexion issues des acteurs de terrain[41] et de notre propre expérience. Elles n'ont pas la prétention d'apporter une vérité mais une aide supplémentaire à la pratique de chacun .

PRESENTER LE CADRE ET LE CONTEXTE DU QUESTIONNEMENT

« Il s'agit de pouvoir vous prendre en charge au mieux et de vous apporter un soutien si nécessaire »

« Ces questions s'adressent à toutes les personnes en consultation, lorsqu'elles se présentent pour un motif similaire »

POSER DES QUESTIONS SIMPLES SUR D'EVENTUELLES SITUATIONS DE VULNERABILITE

« Est-ce qu'il a pu vous arriver de prendre des risques dans votre sexualité ? »

« Est-ce qu'il a pu vous arriver de vous sentir en danger au cours des dernier.e.s mois / années ? »

« Est-ce que vous êtes inquiet.e de votre santé actuellement ? »

« Est-ce que vous avez pu traverser des moments de vie difficile, ou être confronté.e à de la violence ? »

« Est-ce que vous vous sentez en sécurité actuellement dans votre vie, là où vous vivez ?

« Est-ce que vous avez été amené.e à faire des choses que vous ne vouliez pas ? »

RESPECTER LE CHOIX ET LA TEMPORALITE DE LA PERSONNE

« Vous décidez de ce qu'il vous semble important de me dire »

« Vous n'êtes pas obligé.e de répondre à cette question »

TEMOIGNER DE SA DISPONIBILITE, LAISSER LE DIALOGUE OUVERT

« Nous pourrons en reparler si vous le souhaitez »

« Nous restons à votre disposition, si vous souhaitez échanger ou en ressentez le besoin »

Figure 3 : Proposition d'outils de communication à destination du médecin généraliste dans le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution

CONCLUSION

Aborder la question de la prostitution peut s'avérer délicat et complexe du fait de l'hétérogénéité du phénomène prostitutionnel et des débats philosophiques, éthiques, politiques et moraux que ce thème réveille en chacun de nous. Donner la parole aux personnes prostituées est une manière de considérer leur avis et de mettre en perspective nos pratiques de soignants. L'établissement d'une relation soignant-soigné satisfaisante apparaît comme la clef d'une prise en charge de qualité, d'autant plus que le patient est éloigné du soin ou en situation de grande vulnérabilité. Par ce travail, il ne s'agit pas de réduire à une posture soignante spécifique l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, mais de mettre en évidence l'importance de celle-ci dans l'effectivité de l'accès aux soins de ces patient.e.s. Bien que son intérêt soit reconnu des professionnels et du public lui-même, le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution doit s'inscrire dans une dynamique de prise en charge globale et respectueuse de la personne sans circonscrire son individualité à l'image « d'une personne prostituée », fruit de nos propres représentations. Il s'agit alors de se détacher de nos considérations professionnelles, influencées par des impératifs de soins et des projections individuelles, et de s'attacher à adopter une posture réflexive perpétuelle, respectueuse et à l'écoute du patient.

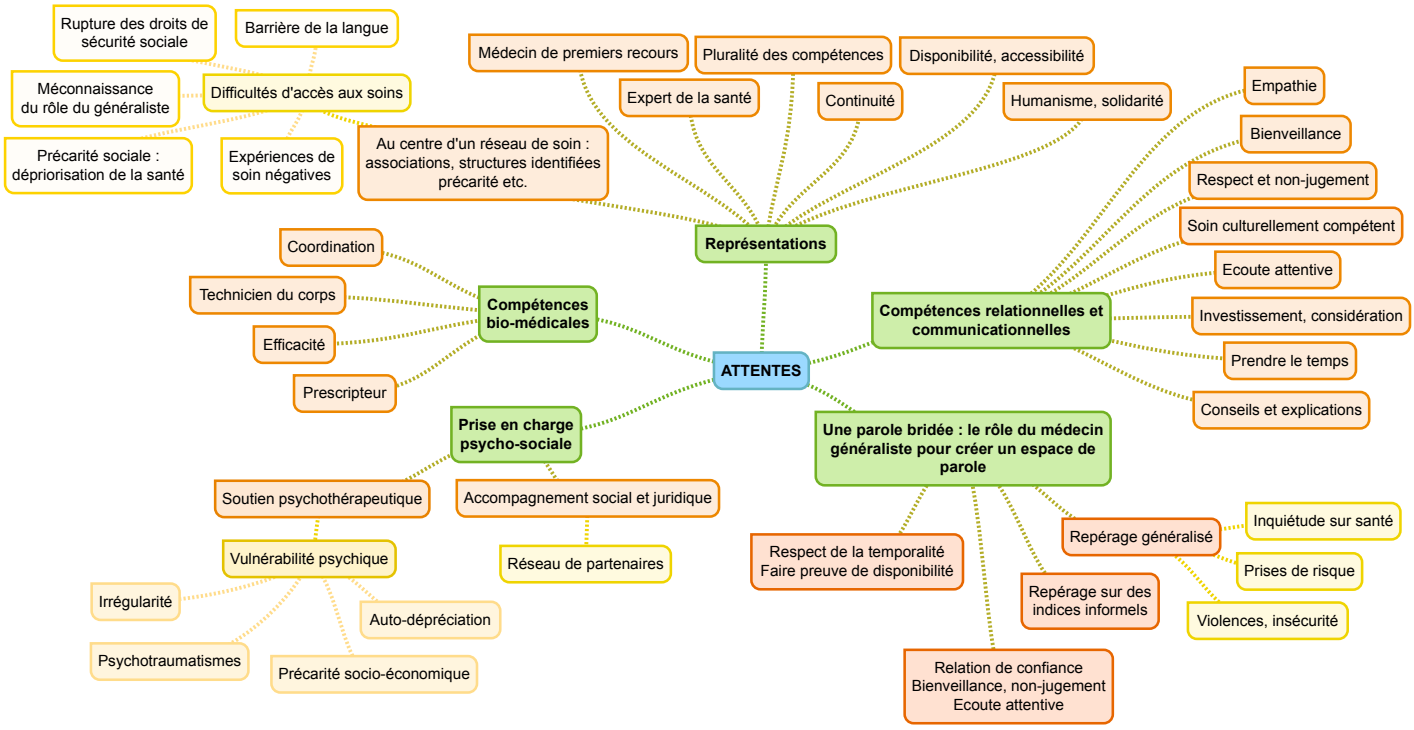


Figure 4 : Attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste

BIBLIOGRAPHIE :

1. Underhill K, Morrow KM, Colleran C, Holcomb R, Calabrese SK, Operario D, et al. A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men: Implications for Biomedical HIV Prevention. J Urban Health. 2015 Aug;92(4):667–86.

2. Taylor AK, Mastrocola E, Chew-Graham CA. How can general practice respond to the needs of street-based prostitutes? Br J Gen Pract. 2016 Jun;66(647):323–4.

3. Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. BJOG. 2007 Jul;114(7):875–81.

4. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2005 Jun 1;16(2):345–61.

5. Prince LM. Self-perceived healthcare needs for African American women in street-level prostitution: strategies for interventions. ABNF J. 2013;24(1):5–9)

6. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2004 Jul 1;54(504):515–9.

7. Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:118

8. Lafort Y, Lessitala F, Candrinho B, Greener L, Greener R, Beksinska M, et al. Barriers to HIV and sexual and reproductive health care for female sex workers in Tete, Mozambique: results from a cross-sectional survey and focus group discussions. BMC Public Health. 2016 Jul 20;16(1):608.

9. Sou J, Goldenberg SM, Duff P, Nguyen P, Shoveller J, Shannon K. Recent im/migration to Canada linked to unmet health needs among sex workers in Vancouver, Canada: Findings of a longitudinal study. Health Care for Women International. 2017 May 4;38(5):492–506.

10. INVS. 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]. Mars 2013 [cited 2017 Dec 3]. Available from: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9259

11. Haute Autorité de Santé. Etat de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe. [Internet]. Janvier 2016. [cited 2017 Dec 3]. Available from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_etat_de_sante_des_personnes_en_situation_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_vf.pdf

12. Mellor R, Lovell A. The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences: an exploratory study. Health Promot Int. 2012 Sep 1;27(3):311–22.

13. O'Donnell E, Tierney E, O'Carrol A, Nurse D, Macfarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study | International Journal for Equity in Health. 2016;15:197

14. Baker LM, Wilson FL, Winebarger A. Une étude exploratoire sur les problèmes de santé, la stigmatisation, la satisfaction à l'égard de la vie et les compétences en littératie des travailleurs du sexe en milieu urbain. Femmes Santé. 2004;39(2):83-96.

15. Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. Postgrad Med J. 2013 Jul;89(1053):371–5.

16. Benoit C, Ouellet N, Jansson M. Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada. Can J Public Health. 2016 Oct 20;107(3):266–71.

17. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. N Z Med J. 2014 Mar 7;127(1390):30–7.

18. Coma Auli N, Mejía-Lancheros C, Berenguera A, Pujol-Ribera E. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. BMJ Open. 2015 Jun 15;5(6):1-12

19. Nguyen M, Venne T, Rodrigues I, Jacques J. Why and According to What Consultation Profiles Do Female Sex Workers Consult Health Care Professionals? A Study Conducted in Laval, Quebec. Health Care for Women International. 2008 Feb;29(2):165–182

20. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 2004 Oct;21(5):528–36.

21. Legifrance. Loi N° 2016-444 du 13 Avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. [Internet]. 2016 Apr. [cited 2018 Aout 4]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032396046&categorieLien=id

22. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé. 2012;179:1-8

23. Inspection générale des affaires sociales. Prostitution : les enjeux sanitaires. [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Aug 5]. Available from: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf

24. Mathieu L. Sociologie de la prostitution. Paris : La Découverte ; 2015

25. Mathieu L. Prostitution, quel est le problème ? Paris : Textuel ; 2016

26. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010.

27. Conseil National du Sida. VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. 2010 Sept. [Internet]. [cited 2018 Aug 5]. Available from: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2010-09-16_avi_fr_prevention.pdf

28. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.

29. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf

30. Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur dans l'accès au soins [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. France: Université de Paris-Nord; 2002

31. CNGE. Référentiel métier et compétences du médecin généraliste. La marguerite des compétences. [Internet]. Novembre 2011 [cité 13 Avril 2020]. https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909_1.pdf

32. CNGE. Referentiel metier et compétences. Paris : Berger-Levrault ; 2010

33. Allen DJ, Heyrman PJ, Gay B, Crebolder H, Svab I, Ram P. Wonca Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. [Internet]. 2002 [cité 07 mars 2020]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

34. Khouani J. Perceptions et attentes en matière de santé part des personnes en situation de prostitution sur Montpellier et ses environs. [Thèse de doctorat de médecine]. Montpellier: Université de Montpellier UFR Médecine; 2018

35. Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. [Thèse de doctorat de médecine]. Grenoble ; 2001

36. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning. 1983 Jan;6(3-4):247-63.

37. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Social Science & Medicine. 1982 Jan;16(5):577-82.

38. Marshall G, Hays R. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica : RAND Corporation ; 1994

39. Devonshire CM, Stora N, Suhner N. L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche. 16 août 2011;13(1):23-55

40. Ayerbe C, Dupré la Tour M, Henry P, Vey B. Prostitution : guide pour un accompagnement social. Toulouse : Eres ; 2011

41. Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité. Repérage et accompagnement des personnes en situation de prostitution. Guide pratique à destination des professionnels. [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: http://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/50571/334568/file/Guide%20prostitution.pdf

42. Odendall M. Les obstacles à l'accès aux soins des femmes se prostituant dans la rue : étude qualitative en région parisienne en 2015. [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. France : Université Paris Diderot Paris 7 ; 2016

VERSION DE THESE AU FORMAT COMPLET

INTRODUCTION

I. Contexte

De tout temps, la question des risques sanitaires liés à la prostitution a animé nombres de débats et controverses, et ce sujet reste de nos jours au cœur des préoccupations des politiques de santé actuelles. A la notion de santé publique s'ajoute aujourd'hui une préoccupation concernant l'état de santé des personnes en situation de prostitution, pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux soins et aux moyens de prévention (1-23). En effet, les rapports officiels sur l'état des lieux de la prostitution en France soulèvent la prévalence de situations de vulnérabilité individuelles et sociales des personnes prostituées, avec une exposition à des risques sanitaires élevés, à la fois en raison des spécificités de leur activité et de conditions de vie parfois dégradées (11, 23). La prise en compte de l'état de santé des personnes en situation de prostitution s'inscrit désormais dans une démarche globale de considérations des déterminants sociaux et des facteurs de vulnérabilité médico-psychologiques des personnes.
A noter que ces risques sont soumis à des variables importantes, du fait de la grande hétérogénéité du phénomène prostitutionnel en France et de la diversité des modes d'exercice (rue, internet, etc.), des conditions de vie et des modalités d'entrée dans la prostitution (indépendante, occasionnelle, réseaux de proxénétisme). Il n'existe donc pas une, mais « des » prostitutions, rendant ardue la généralisation des constats de terrain à chaque individualité.

Depuis plusieurs années, des rapports officiels ont été diffusés, afin de promouvoir une sensibilisation et une formation des professionnels de santé aux enjeux sanitaires et des conséquences de la prostitution sur la santé individuelle des personnes afin de favoriser la diffusion de message de prévention et de réduction des risques (11, 23). Ces préconisations insistent sur un renforcement des capacités de repérage, d'accueil et de prise en charge de cette population par les soignants concernés tout en luttant contre les préjugés et la stigmatisation de ce public. En effet, l'amélioration des connaissances sur les différentes activités prostitutionnelles et des conséquences sur l'état de santé des personnes concernées apparaît comme un préalable à leur prise en charge et une amélioration de leur santé globale. Ces recommandations sont désormais entrées dans la législation, avec la publication de la loi n° 2016-444 du 13 Avril 2016, visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel, et à accompagner les personnes prostituées, prévoyant un fond soutenant et encourageant toute initiative allant dans ce sens.

Cependant, la mise en œuvre de ces actions se heurte en pratique à de nombreux obstacles. En effet, les rapports officiels disponibles pointent d'importantes difficultés d'accès aux soins pour les personnes prostituées, du fait d'une méfiance particulière vis-à-vis des administrations et de la peur d'être jugées du fait de leur activité prostitutionnelle (10, 11, 23, 24). Les études scientifiques issues de la littérature concordent avec cette constatation, et témoignent d'une difficulté pour les sujets en situation de prostitution à révéler leur situation du fait d'une peur de stigmatisation et discrimination (1-23). L'étude Pro-Santé menée par l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) et la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) publiée en 2013 et mise à jour en 2019 estimait ainsi que dans plus de la moitié des cas, le médecin n'était pas informé de l'activité prostitutionnelle, présageant d'un impact sur la santé physique et psychique des personnes (10).

Ainsi, malgré des besoins de santé importants et une grande vulnérabilité médico-psycho-sociale, les personnes en situation de prostitution s'inscrivent dans une complexité de prise en charge, de par leur difficulté d'accès aux soins, et leur gêne à dévoiler leur profession. L'absence de connaissance des conditions de travail de ces patients par les professionnels de santé et leur difficulté d'accès aux soins limitent leurs accès aux moyens de prévention, aux actions de réduction des risques, contribuant ainsi à l'augmentation des inégalités sociales de santé (3, 6, 7).

L'amélioration du repérage et de l'accueil des personnes en situation de prostitution tels que préconisés par les rapports officiels suppose une implication du soignant dans l'exploration des facteurs de vulnérabilité des personnes concernées. Or, les études montrent que les médecins généralistes se sentent souvent en difficulté dans la prise en charge de la santé sexuelle, estimant ne pas avoir été suffisamment formés à cette problématique (20, 25). L'ouvrage de Bloy et Schweyer témoigne ainsi du développement par certains praticiens de stratégies d'évitement de la prise en charge de problématiques liées à la sexualité, attribuées à leur ignorance, à une absence de formation et à une gêne pour aborder cette thématique (25). De ce fait, il semblerait qu'une meilleure formation des professionnels aux problématiques de santé rencontrées par les personnes en situation de prostitution puisse favoriser leur accès aux soins, leur prise en charge et la promotion de message de prévention, d'information et de réduction des risques (5, 6, 12, 16, 18).

Le médecin généraliste est au centre des soins primaires, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 lors de la conférence d'Alma Ata comme « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays »* (26). Les soins primaires apparaissent ainsi comme un lieu privilégié d'accès aux soins et de réductions des inégalités sociales de santé. Au cœur de ce réseau, le « médecin de famille » s'impose ainsi souvent comme le premier contact avec le système de santé, étant en mesure

de répondre à la majorité des besoins de santé individuels et détenant un rôle phare dans l'amélioration de la santé globale des personnes et de l'équité de l'accès aux soins (26).
Les études portant sur l'état de santé des personnes en situation de prostitution témoignent de la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de cette population. En effet, lorsque les obstacles à l'accès aux soins sont franchis, la littérature révèle que les médecins généralistes sont parmi les premiers professionnels de santé rencontrés (3, 6, 15, 17). L'étude Pro-Santé montre ainsi que 81 % des personnes interrogées avaient rencontré un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, dont 71 % en cabinet privé (10).

S'imposant comme un des premiers interlocuteurs en cas de problématiques de santé, le médecin généraliste apparaît comme le détenteur d'un rôle indéniable dans l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution. Les travaux de recherche disponibles témoignent de l'existence d'abandon de soin, de refus de prise en charge et de rupture de suivi de cette population, du fait de vécus d'expériences négatives antérieures et d'interactions personnelles avec les soignants jugées non satisfaisantes (2, 7, 9, 10, 16, 23). A l'instar de toute relation de soin, l'établissement d'un lien médecin-patient de qualité auprès des personnes en situation de prostitution apparaît comme une priorité afin d'améliorer leur accès aux soins, leur prise en charge et leur suivi.

Ainsi, si les besoins de santé des sujets en situation de prostitution et leurs difficultés d'accès aux soins sont à ce jour bien documentés, il n'existe pas, à notre connaissance de travaux explorant précisément leurs représentations et ressentis sur le recours aux soins primaires. Les expériences négatives de soins étant à l'origine de rupture dans la continuité des soins, il nous semble judicieux d'explorer les freins et les attentes des patients vis-à-vis du médecin généraliste, et fournir des données qualitatives issues de la parole des patient.e.s concerné.e.s, afin d'améliorer leur prise en charge et de faciliter leur accès aux soins.

II. La relation médecin-patient et l'approche centrée sur le patient (ACP)

Depuis plusieurs années, l'évaluation des attentes des patients dans la relation de soin est au cœur des considérations scientifiques dans une démarche de compréhension de la dynamique engendrée par la rencontre entre soignant et soigné et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes. Elle s'inscrit de manière plus large dans la législation actuelle, avec la publication de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ayant pour objectif de mieux répondre aux attentes des malades, de définir le rôle essentiel des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients, leur garantissant ainsi une meilleure prise en charge (27, 28).

La relation médecin-patient s'inscrit en toile de fond de la rencontre entre le soignant et le soigné et la compréhension des enjeux qui en découle conditionne l'évolution des pratiques médicales. Il s'agit d'une notion largement étudiée au sein des domaines des sciences humaines et sociales ayant connu des évolutions considérables au cours du temps.

A. Evolution des modèles d'interaction médecin-patient

Jusqu'à la fin du XXème siècle, la relation médecin-patient était fondée sur le « modèle paternaliste », conférant au médecin une autorité morale et un pouvoir décisionnel de par son expertise, face à un patient « *ignorant et démuni* » (28, 29). Sous l'impulsion de nombreux travaux de recherche en sciences humaines et sociales, cette relation ascendante a progressivement fait place à un modèle de partenariat avec le patient, impliquant ce dernier dans la relation de soin. Pour Lussier et Richard, cette nouvelle perspective émanait d'une volonté de s'intéresser à la qualité relationnelle entre praticien et soignant, en considérant les attentes des patients et l'impact de la communication en santé (29). Ils s'appuient sur de nombreuses données montrant que la qualité de la relation médecin-patient contribue à une satisfaction du soignant et du soigné mais surtout une meilleure efficacité des soins.

A partir de 1980, s'est ainsi développée « l'approche centrée sur le patient » (ACP), avec les travaux de Michael Balint et de ses associés amenant le praticien à se décentrer de son approche biomédicale, pour s'intéresser aux dimensions psychologiques et sociales du malade et les intégrer à la compréhension des symptômes du patient. Il s'agissait alors de considérer le patient dans sa globalité médico-psycho-sociale et d'enrichir l'analyse des problématiques médicales en tenant compte de l'histoire et du contexte de vie du patient.
Pour Balint et ses associés, ce concept permet au praticien d'établir une relation médecin-patient satisfaisante ayant une influence sur le plan thérapeutique, grâce à des valeurs portées par le médecin : sa qualité d'écoute, sa capacité à comprendre les plaintes physiques et psychologiques du malade et à les intégrer à sa démarche de soin à des fins thérapeutiques (29).

Dès les années 1930, Carl Rogers emploie l'expression d'« approche centrée sur la personne » pour qualifier ce modèle d'interaction non directif, visant à construire un climat de soutien et d'écoute et accordant à la personne une valeur intrinsèque. Rogers attribue en effet au patient une responsabilité dans le processus de soin, en considérant qu'il détient des capacités d'analyse de sa réalité le conduisant à prendre ses décisions et trouver la solution à ses problématiques par lui-même. L'approche prônée par Rogers place ainsi le patient au centre de la démarche de soin en tant qu'acteur de la relation soignant-soigné et interroge le praticien sur sa posture et ses capacités d'interaction avec autrui. Il déclarait ainsi en 1974 « *En observant et en évaluant soigneusement mes expériences avec*

mes clients, puis-je de manière plus efficace apprendre à leur venir en aide dans la résolution de leurs problèmes de détresse personnelle, de conduite d'échec et de relations interpersonnelles autodestructrices ? » (30). La réalisation d'un entretien « non directif et centré sur l'autre » suppose pour Rogers que le praticien soit attentif à son positionnement en consultation, en privilégiant :

- Une attitude d'intérêt ouvert : disponibilité optimale, absence de préjugés.
- Une attitude de non-jugement.
- Une intention authentique de comprendre autrui.
- Une attitude de non-directivité dans le déroulement : c'est l'autre qui a l'initiative complète dans sa présentation du problème.
- Un effort continu pour rester objectif.
- Une attitude de lucidité sur ses propres sentiments.

Pour Balint et Rogers, s'inscrire dans une relation centrée sur le patient implique donc que le soignant adopte une attitude réflexive sur ses représentations et ses émotions, en étant à l'écoute des réactions du patient et en le considérant dans sa globalité médico-psycho-sociale. Nous voyons ainsi se définir les contours de la compréhension empathique, comme le ciment d'une relation médecin-patient de qualité.

B. Empathie dans la relation médecin-patient et satisfaction du patient

La construction d'une relation de soin intègre le soignant et le soigné dans une dynamique d'interaction complexe et soumise à des dynamiques interpersonnelles subtiles. Permettant au patient d'acquérir une compréhension de lui-même et de le conduire à prendre ses propres décisions, la relation empathique consiste pour le praticien à percevoir les réactions et les sentiments personnels du patient et à lui communiquer cette compréhension. Dans son ouvrage, Vannotti mentionne la définition de l'empathie donnée par Cosnier en 1994, comme une *« capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ses affects (empathie d'affects), à partager ses représentations (empathie de pensée) ou à partager ses actions et réactions (empathie d'action) »* (31).

Portés par une démarche d'amélioration de la qualité des soins induite par une relation médecin-patient de qualité, de nombreux chercheurs se sont penchés au cours des dernières années sur les effets de la communication verbale et non verbale au cours de l'interaction soignant-soigné. Deux conceptions du rôle du médecin s'imposent ainsi dans la littérature : d'un côté, l'image d'un médecin imperturbable proposant une prise en charge efficace en tant qu'expert du soin, et de l'autre, celle d'un médecin « humain et empathique », considérant la maladie mais s'attachant également à comprendre les émotions et le vécu personnel du patient. Pour les partisans d'une approche objective, l'implication empathique du médecin présente le risque d'avoir une influence négative sur les prises de décisions du

fait de la charge émotionnelle induite. Au contraire, les défenseurs d'une approche considérée comme plus humaniste estiment que sans empathie, le praticien méconnaît son patient, et ne peut donc lui proposer une prise en charge adaptée. Pour Rey-Vicky et Vanotti, « *le dialogue entre soignant et soigné devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique* ». (31)

Du fait de la diversité des opinions concernant l'adéquation entre attitude soignant et qualité des soins, il semble judicieux de s'intéresser au point de vue des patients, afin de faire émerger de leur parole leurs attentes et besoins en matière de santé. En effet, la satisfaction du patient par rapport à l'attitude du médecin conditionne leur implication dans la démarche de soin et donc dans l'évolution de leur maladie (32-36). La qualité de la relation médecin-patient et l'attitude du praticien conditionneraient en effet la fidélisation du patient à la pratique du médecin et à l'adhésion au suivi (37, 38, 39).

Depuis la fin du XXème siècle, des chercheurs se sont intéressés à la notion de satisfaction dans le processus de soin. Plusieurs questionnaires ont ainsi vu le jour, construits à partir de revues de la littérature.

En 1987, JE Ware et ses associés publient le « Patient Satisfaction Questionnaire » (Annexe 4) utilisable dans la population générale, et ayant pour finalité de mesurer le taux de satisfaction du patient, d'évaluer les sources de satisfaction et d'insatisfaction et de comprendre le comportement du patient (34, 35, 36, 39). Cet outil permet d'explorer 7 dimensions de la relation thérapeutique au travers de 51 items, pouvant avoir une influence sur la satisfaction du patient (34).

- Relation interpersonnelle : caractéristiques de la façon dont les prestataires interagissent personnellement avec les patients (par exemple, inquiétude, convivialité, courtoisie, manque de respect, grossièreté).
- Qualité technique : compétence des prestataires et respect de normes élevées de diagnostic et de traitement (par exemple, rigueur, exactitude, risques inutiles, erreurs).
- Accessibilité / commodité : facteurs impliqués dans l'organisation pour recevoir des soins médicaux (par exemple, temps et efforts requis pour obtenir un rendez-vous, temps d'attente au bureau, facilité d'accès au lieu de soins).
- Finances : facteurs impliqués dans le paiement des services médicaux (par exemple, coûts raisonnables, autres modes de paiement, exhaustivité de la couverture d'assurance).
- Déficit / résultats : les résultats des soins médicaux et l'utilité des soignants pour améliorer ou maintenir la santé.
- Continuité : similitude du prestataire et / ou du lieu des soins (par exemple, voir le même médecin).

- Environnement physique : caractéristiques du milieu dans lequel les soins sont prodigués (par exemple : installations et équipement ordonnés, atmosphère agréable, clarté des panneaux et des directions).
- Disponibilité : présence de ressources de soins médicaux.

Le médical Interview Satisfaction Scale (MISS) est une échelle anglo-saxonne développée dans le même objectif d'évaluation de la satisfaction du patient lors d'une consultation médicale et fondée sur les données de la littérature et les entretiens auprès des patients (40). La première version de ce questionnaire, le MISS-26, a été publiée en 1978, et comporte 26 items explorant 3 dimensions de la relation de soins : cognitive (explications et informations données par le médecin, compréhension par le patient de la démarche de soin et du pronostic) , affective (perception du patient de la relation médecin-patient, sentiment de confiance, de sécurité et de prise en considération) et comportementale (évaluation par le patient du comportement du médecin et de sa démarche clinique). Du fait d'un manque de validité, ce questionnaire a été modifié avec la publication du MISS-29, comportant quatre dimensions : « Communication et réconfort », « Soulagement de la détresse », « Intention de conformité », « Relation interpersonnelle » (31, 34).

Devant l'absence de données émanant de la littérature française et considérant avec prudence l'extrapolation de ces questionnaires au système de santé français, une thèse de médecine générale a été menée en 2001 par Marie-Cécile Dedianne portant sur l'évaluation des attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-patient par les patients en médecine générale. Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence des déterminants de la satisfaction du patient en soins primaires non énoncés dans les questionnaires sus cités. Si les notions de compétences techniques et biomédicales, relationnelles et communicationnelles, et de commodité / accessibilité du médecin étaient retrouvées, cette étude révélait l'importance de la temporalité de la consultation avec un médecin prenant le temps et réalisant une écoute active (33).

Nous voyons ainsi au travers de ces travaux se dessiner l'importance pour le patient de la construction d'une relation interpersonnelle basée sur une humanité et une « considération empathique » telle que décrite par les scientifiques s'étant penchés sur l'approche centrée sur le patient.

C. Relation médecin-patient en soins primaires et compétences du médecin généraliste.

Au vu des considérations précédemment énoncées, l'approche centrée sur le patient basée sur une relation empathique s'est progressivement imposée comme un modèle d'interaction entre soignant et soigné et est désormais reconnue internationalement. A ce jour, elle fait partie intégrante des compétences reconnues des médecins généralistes en Europe.

En 1974, la Wonca Europe mentionnait déjà dans son rapport sur la « Second European Conference on the Teaching of General Practice », que le médecin généraliste devait être en mesure de réaliser une prise en charge globale de la personne dans une approche médico-psycho-sociologique et de dynamique de compréhension empathique du patient (41).

En 2009, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) publie un référentiel affirmant la volonté du corps soignant de répondre aux préconisations européennes (42). Il y est mentionné que le médecin généraliste a pour mission de développer une approche centrée sur la personne en tenant compte du contexte personnel du patient sur le plan individuel, familial et communautaire. Les compétences du médecin généraliste y sont exposées, regroupant trois dimensions fondamentales :

- **Une dimension scientifique**, répondant à une approche critique basée sur l'analyse des données issues de la recherche et l'élaboration des connaissances et procédures validées.
- **Une dimension comportementale**, correspondant aux compétences professionnelles du médecin, à ses valeurs et son éthique.
- **Une dimension contextuelle**, concernant la prise en considération du contexte de vie de la personne, de son entourage, du système de soin et de la culture.

Pour le CNGE, le développement d'une approche centrée patient sous-entend que le médecin généraliste soit en mesure de créer les conditions favorables à l'établissement d'une relation interpersonnelle de qualité, en s'attachant à certains aspects de la relation de soin :

- Manifester une écoute active et empathique
- Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet : expliquer et négocier une décision, une prescription ; annoncer une nouvelle grave
- Prendre en compte les préférences et affects du patient sujet
- Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient

La pratique du médecin généraliste se doit donc de mêler une activité pertinente, adaptée aux données scientifiques disponibles et une approche considérant le contexte médico-psycho-social du patient dans une volonté de savoir-être et de savoir-faire (27). L'exploration du vécu du patient, de son expérience de la maladie et la construction d'une compréhension commune et de solutions permettant d'aboutir à une décision partagée sont au cœur de cette démarche de soin (27). Les compétences relationnelles, communicationnelles à la base de l'approche centrée-patient sont ainsi placées au centre de la « marguerite des compétences » (cf. figure 1), définissant les critères de professionnalisme du médecin généraliste. Il éclot de ce cœur de savoir-faire quatre pétales, donnant une vision globale des différents rôles du praticien dans la prise en charge des personnes :

- Gestion des soins d'urgences et de premiers recours
- Capacité de continuité, de suivi et de coordination des soins
- Promotion de la santé : éducation thérapeutique, dépistage et prévention individuelle
- Aptitude au développement d'une prise en charge globale face aux situations complexes.

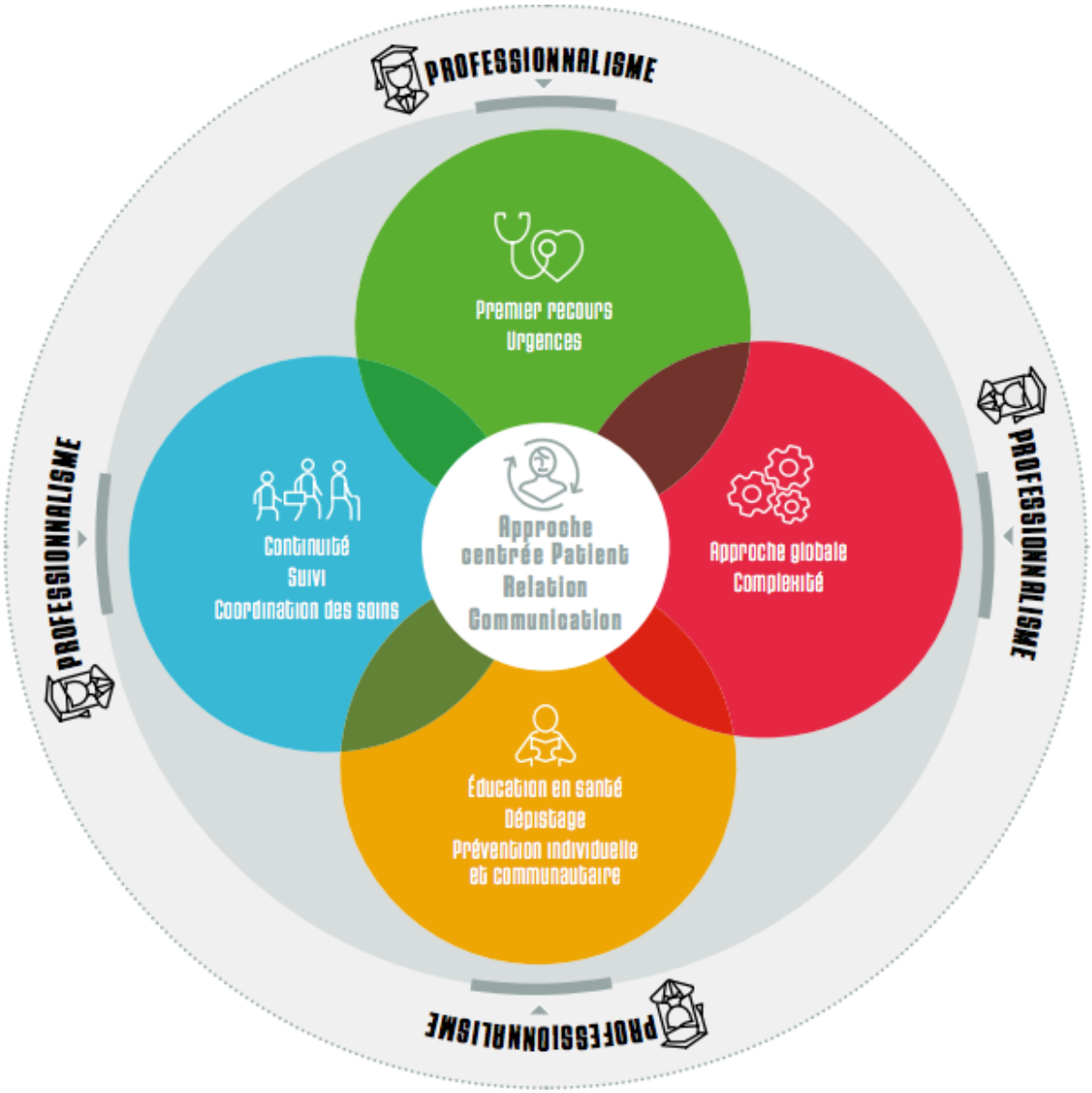


Figure 1 : La marguerite des compétences du médecin généraliste.

Source : CNGE. Référentiel métier et compétences du médecin généraliste. La marguerite des compétences (43).

III. Le paysage prostitutionnel actuel en France

Selon un vieil adage, la prostitution serait « le plus vieux métier du monde ». Cependant, si le commerce du sexe est attesté dès l'émergence de la civilisation babylonienne, le phénomène prostitutionnel a connu au cours des siècles de nombreuses et profondes évolutions et a suscité de tout temps de vifs débats dans le domaine moral, économique, juridique et sanitaire.

Afin de mieux appréhender le travail de recherche qui va suivre, nous présenterons un bref historique de l'évolution du cadre législatif et du contexte prostitutionnel en France, avant de décrire le paysage associatif existant sur l'agglomération bordelaise, puis de présenter succinctement la particularité du cas de la traite de l'être humain dans la communauté nigériane du fait de son importance dans notre travail de recherche.

A. Le cadre légal et l'évolution du paysage prostitutionnel en France.

Comme d'autres pays, la France a vu se succéder au cours des siècles différents régimes politiques encadrant la prostitution. De nos jours encore, l'approche légale de la prostitution varie selon les pays entre règlementarisme, abolitionnisme et prohibitionnisme (44) :

- Position réglementariste (Allemagne, Pays-Bas, Suisse, etc.) : la prostitution est considérée comme une activité professionnelle comme une autre que l'Etat doit contrôler et réguler afin qu'elle soit exercée dans un cadre légal, en protégeant les droits des travailleurs et en prévenant les abus des employeurs.
- Position abolitionniste (France, Norvège, Islande, etc.) : les prostituées sont des victimes devant être protégées, tandis que les proxénètes sont des criminels. Clients et proxénètes peuvent être sanctionnés.
- Position prohibitionniste (Iran, Tunisie, Egypte, etc.) : les proxénètes et les prostituées sont considérées comme des criminels, et peuvent être sanctionnés, à l'instar des clients.

Durant plus de cent ans, depuis le IXème siècle sous l'égide de Charlemagne jusqu'au XIXème siècle, les régimes abolitionnistes et réglementaristes étaient de vigueur en France, avec des tentatives vaines et successives d'interdiction ou de réglementation de la prostitution (44).
La loi Marthe Richard du 13 Avril 1946 marque un tournant dans la politique française, avec l'ordonnance de la fermeture des maisons closes, le renforcement de la lutte contre le proxénétisme et la mise en vigueur d'un « fichier sanitaire et social » confié au contrôle de la police (44, 45).
Mais ce n'est qu'en 1960, par la ratification le 28 Juillet 1960 de la Convention internationale de l'ONU du 2 Décembre 1949 pour la répression de la traite de l'être humain, que la France affirme sa position abolitionniste. Les ordonnances n° 60-1245 et n° 60-1246 du 25 novembre 1960 traduisent la

volonté de la France de lutter contre le proxénétisme : elles suppriment le fichier sanitaire instauré en 1946 et dépénalisent la prostitution. Il ne s'agit alors plus d'un délit ni d'un comportement déviant, mais d'une activité tolérée par le législateur, à condition qu'elle ne trouble pas l'ordre public. Si la prostitution est considérée comme une activité « libre », elle reste cependant réprimée par le délit de racolage. Une nouvelle évolution est marquée par la publication du nouveau Code Pénal en 1994 permettant l'amélioration des conditions de vie des personnes en abrogeant le délit de racolage passif et en donnant droit à la vie affective de la personne, autorisant une cohabitation avec la personne de son choix, sous réserve de justification de ressources (45).

A partir des années 1989, avec la chute du mur de Berlin puis l'aggravation de la situation économique et sanitaire de nombreux pays d'Afrique, le paysage prostitutionnel français connaît de profondes modifications avec l'amplification de mouvements migratoires. Bien que ce phénomène ne soit pas nouveau, des témoignages attestant de la forte représentation de prostituées d'origine espagnole ou portugaise dès les années 1960 dans le sud de la France, les données officielles révèlent la très forte représentation actuelle de personnes immigrées au sein du paysage prostitutionnel français, avec de fortes disparités locales (10, 11, 23, 45, 46). Le contexte de cette modification du phénomène prostitutionnel français est à envisager avec précaution et ne devrait pas être interprété hâtivement, du fait de la grande hétérogénéité des expériences de vie de chaque personne rendant impossible et malvenue l'élaboration d'extrapolations sur les raisons conduisant les personnes à se prostituer.

B. Etat des lieux de la prostitution en France.

1. Un paysage hétérogène et complexe…

Lilian Mathieu, sociologue, témoigne dans ses nombreux travaux de la complexité du paysage prostitutionnel, qu'il décrit comme hétérogène au vu de la diversité des publics concernés, des situations et conditions d'exercice existantes.

Les études actuelles témoignent en effet d'une prostitution composite, dont la connaissance exacte ne peut être exhaustive. D'âge, de genre, d'horizons sociaux, géographiques et professionnels divers, il n'existe pas de « personne prostituée type » et prétendre le contraire conduirait à nier la réalité même du phénomène prostitutionnel. La pluralité des conditions d'entrée dans la prostitution, parfois profondément éloignées interdit plus encore la réalisation de généralisation. Si certaines personnes prostituées « revendiquent » ce travail comme un choix éclairé et consenti, il ne faut pas méconnaître la réalité d'une activité parfois influencée par l'histoire de vie de la personne, cumulant des vulnérabilités personnelles, psychiques ou socio-économiques, allant jusqu'à l'enrôlement des personnes dans des réseaux de traites de l'être humain. De ce fait, traiter de la prostitution ne doit pas se faire sans évoquer la subtilité philosophique du questionnement de la sexualité, de la propriété du

corps et du « consentement versus résignation » qu'elle implique, comme le soulignent les ouvrages de Lilian Mathieu (46, 47).

L'établissement d'une définition univoque de la prostitution apparaît comme un non-sens, et ne permettrait en aucun cas rendre compte de l'ensemble des facettes du commerce du sexe (46). Cependant, des études françaises valides, parfois issues de constat de terrain permettent de mieux appréhender le paysage prostitutionnel français et d'en établir les contours.

2. *.... Inscrit dans un imaginaire collectif influencé par des représentations sociales marquées.*

Bien qu'étant volontiers qualifiée de « plus vieux métier du monde » et en constante évolution, la prostitution s'inscrit dans un imaginaire collectif lourd de préjugés. En effet, la prostitution a longtemps été, et reste encore parfois, une pratique considérée comme déviante, en rupture avec les normes sociales et relationnelles communément admises. Elle interroge ainsi notre rapport au corps et à la sexualité, en nous plaçant dans une position normative, souvent dérangeante. Dans le domaine des sciences sociales, le stigmate renvoie au regard négatif que porte un groupe dominant sur un groupe dominé. De l'étymologie grecque *« stigma* », le stigmate est considéré comme la marque physique de l'infamie. Pour Goffman, ce terme désigne « *ce qui, lors d'une interaction, affecte, en le discréditant, l'identité sociale d'un individu »* produisant « *une frontière entre deux groupes, celui des stigmatisés et celui des normaux, et donnerait lieu, selon la nature du stigmate et le contexte de socialisation, à des itinéraires moraux distincts »* (48). La prostitution porte ainsi le stigmate de la déviance sexuelle, par rapport à la norme dominante acceptée par la société.

Bien qu'étant désormais considérée comme une atteinte à la dignité humaine, et malgré les évolutions des mentalités et des politiques sociales s'attachant à défendre les droits des personnes prostituées, le stigmate de la prostitution reste ancré dans la pensée collective, et conditionne nos représentations et celles du public concerné.

3. *Le contexte prostitutionnel en France*

Le contexte prostitutionnel a fortement évolué au cours de ces vingt dernières années, bien qu'il reste difficile de faire état de données objectives quant à la situation réelle de ce phénomène en France.

Différents rapports publics ont été produits ces dernières années afin de produire un état des lieux de la prostitution en France et d'évaluer l'état de santé des publics se prostituant ainsi que les vulnérabilités sanitaires associées à la pratique prostitutionnelle :

- L'enquête ProSanté 2010-2011 conduite par la FNARS et l'Institut de Veille Sanitaire (10)
- Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de décembre 2012 sur les enjeux sanitaires de la prostitution (23)
- Le rapport d'information du Sénat enregistré en octobre 2013 (49)
- L'évaluation de santé publique de la HAS validé en janvier 2016 (11)

La prostitution en France est complexe à apprécier quantitativement car les données disponibles émanant des autorités publiques et des associations de terrain portent sur une partie de la prostitution alors visible. Ces données sont très variables selon les sources et attestent de la difficulté à construire une vision consensuelle sur la réalité de la prostitution. Selon les publications de l'Office Central de Répression de la Traite des Etres Humains (OCRTEH) et de l'enquête PROSCOST datant de 2014, il y aurait environ 30 000 à 37 000 personnes prostituées en France, quel que soit leur genre, et la modalité d'entrée dans la prostitution, tandis que le Syndicat du Travail Sexuel (STRASS) estime ce chiffre à 400 000 (50, 51).

Les données recensées témoignent de l'existence d'une prostitution sexuée, avec une prévalence de 85% à 96% de femmes concernées, pour 10% d'hommes et 5% de personnes transgenres selon les différentes sources (11, 51).

Se basant sur les données de l'OCRTEH, la Haute Autorité de Santé mentionne dans son rapport qu'à cette date, environ 80 % de l'ensemble des personnes en situation de prostitution étaient de nationalités étrangères, avec une forte représentation de personnes originaires de Roumanie, de Bulgarie, du Nigeria, du Brésil et de Chine (11, 49, 51). Cette prostitution s'est progressivement installée à partir des années 90 et s'inscrit souvent dans le cadre de réseaux d'exploitation. Ces informations sont cependant à manier avec précaution du fait des considérations précédemment énoncées et de biais éventuels dans le recueil d'information, tel que souligné par le STRASS (Syndicat du Travail Sexuel). En effet, le rapport de la Haute Autorité de Santé sur l'évaluation de l'état de santé des personnes en situation de prostitution pointe que les experts n'ont pas eu la possibilité de prendre connaissance des données originales de l'OCRTEH ou de la méthodologie d'évaluation ayant permis ces estimations (11).

Bien qu'il existe une forte prévalence de personnes prostituées d'origine étrangères en France, les données témoignent d'une réalité prostitutionnelle dont l'ampleur serait sous-évaluée du fait d'un exercice moins visible. Cela concerne notamment une population de personnes vieillissantes, d'étudiants et de mineurs.
La prostitution dite « traditionnelle » serait en forte diminution. Selon l'OCRTEH, la prostitution de rue française représente désormais 10 % de l'ensemble et est exercée par des femmes dont la moyenne

d'âge s'approche de soixante ans (49). L'ampleur du nombre de personnes de plus de 60 ans serait sous-estimée et concernerait principalement des femmes qui exercent la prostitution depuis longtemps et qui ne sont pas en mesure d'arrêter faute de ressources suffisantes.
La prostitution étudiante représenterait 40 000 personnes selon une enquête de Sud-Etudiant en 2006, essentiellement des femmes, issues de tous milieux sociaux. Il s'agit d'une prostitution régulière ou occasionnelle qui se fait via internet, dans des bars à hôtesses ou en tant qu'*escort-girl*. Ce phénomène discret et peu documenté semble être en augmentation et lié en partie à la baisse du niveau de vie des étudiants.

La réalité de la prostitution des mineurs est quant à elle très controversée et considérée comme sous-évaluée et mal-appréhendée par les pouvoirs publics. Il n'existe pas de données précises sur l'ampleur du phénomène et les estimations produites par les autorités et les associations sont extrêmement divergentes. Pour les premiers, il s'agirait d'un phénomène marginal alors que pour les seconds, la situation est particulièrement préoccupante. Du fait de l'encadrement législatif en vigueur, il s'agit d'une réalité souterraine nettement moins visible que celle de l'adulte et aux contours flous. En effet, au-delà des réseaux de proxénétisme impliquant des mineurs et ne laissant aucun doute quant à leur criminalité, les études sociologiques estiment que la vulnérabilité des jeunes les expose au risque de prostitution et de marchandisation de leur corps, sans que la notion de commerce sexuel soit clairement évoquée ou même envisagée (45). L'étude Pro-Santé en date de 2011 relève cependant que 10 % des 251 personnes rencontrées avaient commencé à se prostituer alors qu'elles étaient mineures (10).

4. *L'espace de la prostitution : des modalités d'exercice divers*

L'étymologie latine du mot « prostitution », de « *pro* » ; « devant » et « *statuere* » ; « placer, poser », renvoie à l'image d'une activité exposée aux regards, dont la principale représentation sociétale est celle d'une femme arpentant la rue, en mettant en avant son corps et sa beauté. Cependant, le monde de la prostitution apparaît comme beaucoup plus épars et complexe, ayant subi de profondes évolutions au cours des différentes politiques en vigueur, déconstruisant ainsi l'imaginaire collectif (46). Les travaux de recherche s'intéressant au contexte de la prostitution en France témoignent en effet de la grande diversité des lieux et des conditions d'exercice. D'après le rapport d'information du Sénat, le paysage de la prostitution a été marqué par d'importantes transformations ces vingt dernières années avec l'influence croissante des réseaux de proxénétisme et de traite, le développement d'une prostitution invisible « *Indoor* » et la forte diminution de la prostitution dite « traditionnelle » (49).

La part visible de la prostitution a souvent lieu dans l'espace publique. Les effets de la loi du 13 Avril 2016 prévoyant la pénalisation du client, accentués par la réhabilitation de certains quartiers de centre-

ville ont conduit à évincer la prostitution des centres urbains. Elle a ainsi été cantonnée à des espaces moins visibles et retranchés géographiquement (sous-bois, banlieues etc.) la rendant moins repérable des services de proximité et exposant les personnes à une insécurité croissante.

Au-delà de l'activité de rue, il existe également une offre prostitutionnelle souterraine et plus difficilement évaluable. La « prostitution abritée » telle que décrite par Lilian Mathieu désigne la prostitution exercée dans des lieux fermés dont ce n'est pas la vocation initiale, tels que les cafés, salons de massage, bars à hôtesses, cabarets etc. (46, 49).

Une part de l'activité prostitutionnelle a lieu sur internet, désignée sous le terme d'exercice « *Indoor* » (en intérieur), par l'intermédiaire de sites de rencontre, touchant un public composite en termes de genres et d'âges. Contrairement à la prostitution de rue, celle qui a lieu sur internet garantit une forme discrétion, mais expose la personne à des risques de violences sans possibilité d'appui et de soutien par les pairs ou les acteurs de terrain. Cette pratique concerne notamment « *l'escorting »*, exercé par des personnes pouvant être de milieux sociaux plus favorisés et insérées dans la société ou par des étudiant.e.s confronté.e.s à des difficultés économiques. La littérature révèle que « *l'escorting »* est parfois revendiqué par les personnes la pratiquant comme un exercice distant de la prostitution de rue, avec la valorisation d'un statut de « travailleur.se.s du sexe » (46).

Les rythmes d'exercice sont également variables, la prostitution pouvant être l'unique source de revenu de la personne, comme une activité exercée en parallèle d'une autre, afin de compléter un salaire insuffisant (53).

Nous voyons ainsi se dessiner au travers de ces considérations la diversité et la complexité de la réalité prostitutionnelle, conduisant à manier avec précaution les représentations sociales qui y sont attachées. De la revendication d'un « travail du sexe » à l'assujettissement des personnes dans des réseaux de traite des êtres humains, la réalité de vie des personnes prostituées ne peut être résumée à un regard unique et nécessite une mise en perspective permanente et critique de nos propres perceptions en tant que soignant.

5. *Traite des Etres Humains (TEH) à des fins d'exploitation sexuelle.*

Le phénomène de Traite des Etres Humains est défini par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (OHCHR) comme « *le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation* » (54).

Selon Europol, les victimes de traite des êtres humains seraient plusieurs centaines de milliers en Europe, dans des situations d'exploitation sexuelle, de travail forcé, de réduction en esclavage ou en

servitude, de prélèvement d'organes, d'exploitation de la mendicité ou de sujétion à la réalisation de délits.

La traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle est un phénomène se développant sur tous les continents depuis les années 1990, dans un contexte de mondialisation libérale. Le rapport du Sénat mentionne ainsi qu'il « *est possible de considérer qu'une très grande partie des personnes prostituées de nationalité étrangère sont soumises à l'influence de réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains* » (49). Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, les femmes représentent 70% des victimes de traite des êtres humains dans le monde, avec une situation d'exploitation sexuelle dans 79 % des cas (51).
Les données publiées par l'OCRTEH montrent que les réseaux actifs en France sont principalement originaires d'Europe de l'Est, du Nigeria et de Chine, mettant en œuvre divers ressorts de contraintes sur les personnes : violences physiques, sexuelles et psychologiques, chantage opéré sur les familles, soumission filiale ou conjugale, « envoûtement » cultuel etc. En 2014, 78% des réseaux internationaux démantelés pour proxénétisme aggravé et traite des êtres humains étaient originaires de l'un de ces pays (51). La sujétion des personnes s'explique par leur enrôlement dans les réseaux familiaux ou mafieux appliquant une menace sur la famille restée au pays ou du fait d'une nécessité de rembourser une dette contractée lors du passage en France.

Ces pratiques sont encadrées par la législation en France au regard de deux types d'infractions (51) :

- l'incrimination de proxénétisme qui couvre tous les cas d'assistance et d'exploitation de la prostitution d'autrui ;
- la traite des êtres humains qui sanctionne le fait de recruter, de transporter et d'héberger une personne, en échange d'une rémunération ou d'un avantage, à des fins d'exploitation.

Historiquement, les réseaux d'Europe de l'est semblent s'être développés dans les années 1990, concurrençant la prostitution traditionnelle en pratiquant des prix très faibles. Les témoignages rendent compte de la vulnérabilité psychologique et économique des personnes enrôlées et séduites par des « *lover boys* », victimes de violences multiples lors de véritables « *parcours de dressage* » (49).

La prostitution originaire de Chine et d'Amérique Latine, moins présente sur l'agglomération bordelaise semble être également soumise à l'influence de réseaux. Selon les données du Sénat, la première serait exercée par des femmes venues travailler dans la restauration ou la confection, se tournant vers la prostitution par manque de moyens. La deuxième concerne essentiellement de jeunes transexuel.le.s se retrouvant à la merci de réseaux leur ayant proposé de payer leur trajet et leurs opérations (49).

Les victimes de la traite des êtres humains comptent parmi elles une proportion considérable de jeunes femmes nigérianes, parfois mineures. Les acteurs de terrain témoignent en effet de l'essor des réseaux nigérians dans le contexte prostitutionnel actuel. L'association du Bus des Femmes, située à Paris, a ainsi constaté une augmentation exponentielle de la file active de leur pôle TEH, avec une augmentation de 36 % de femmes accompagnées en 2018 par rapport à l'année précédente (55). Si la traite des femmes nigérianes n'est pas un phénomène nouveau en France, l'ampleur de celui-ci alerte aujourd'hui sérieusement les associations autant que les institutions. Du fait de sa prévalence dans notre étude, il nous semblait nécessaire de décrire plus précisément les enjeux et les déterminants du phénomène de traite de l'être humain (TEH) nigérian dans le paysage prostitutionnel bordelais actuel.

Les témoignages recueillis par les associations et les chercheurs s'étant penchés sur la question de la traite des femmes nigérianes montrent que celles-ci sont souvent recrutées dans l'état d'Edo et de sa capitale, Bénin City (53, 56, 57). Ce phénomène s'explique souvent par une volonté des personnes de quitter une situation socio-économique défavorable, voire un contexte social hostile, pour celles et ceux qui transgressent l'hétéro-normativité. Souvent encouragées par leur famille, voire vendues, les femmes sont soumises avant leur départ à une cérémonie de culte traditionnel, au cours de laquelle un prêtre, le « *Chief Priest* » confectionne des objets appelés « *juju »,* à partir de cheveux, poils, ongles ou sang de la jeune femme, ainsi que d'objets personnels (photo, sous-vêtement etc.). Des scarifications peuvent également être pratiquées, parfois très nombreuses. Lors de cette cérémonie, la femme prête serment sur les « *jujus* » de respecter son contrat, de rembourser sa dette, de garder le secret, et d'obéir à la « *madam* ». Cet engagement revêt donc une dimension religieuse et cultuelle très forte, les femmes étant averties qu'en cas de non respect du contrat, elles s'exposent à des représailles et des sanctions « magiques » avec une menace pesant sur la famille restée au pays (49, 53). Si le culte autour de la déesse Ayelala est souvent prégnant lors de ces cérémonies, les travaux de l'étude PACKING soulèvent l'implication potentielle d'autres réseaux criminels, organisés autour de groupes de femmes « *Ladie's club* » et des groupes « *cultists* » (notamment BlackAxe (Aye) et Supreme Eiye Confraternity), impliqués dans le processus de traite (57).

La « *madam* » est elle-même souvent une ancienne prostituée, et exerce sur les femmes une véritable emprise à leur arrivée en France. Le lien d'autorité avec cette personne est important, du fait de l'emprise de la menace liée au « *juju* » et du lien familial pouvant exister avec la « *madam ».* Cette dernière contrôle l'activité des jeunes femmes sur le territoire français et s'assure du remboursement de la dette contractée lors du passage en Europe, au cours d'un trajet migratoire parfois traumatique et émaillé de violences multiples. Ce montant, pouvant aller jusqu'à 65 000 euros, apparaît comme disproportionné par rapport au coût réel du voyage. Si certaines femmes ont connaissance de leur activité à leur arrivée en France, d'autres sont trompées, croyant être destinées à un métier de coiffeuse, rendant d'autant plus difficile la confrontation à la réalité du pays d'arrivée. La cérémonie du « *juju* » et le serment d'allégeance prêté par les femmes à cette occasion sont alors des outils de

contraintes psychologiques puissants pour les obliger à travailler et les empêcher de dénoncer le réseau (49, 53, 56).

Sous la pression de la communauté internationale, l'Oba Ewuare II a prononcé une déclaration le 8 Mars 2018, devant les « *Chiefs Priests* », les autres représentants des temples de Bénin City et les médias nationaux, interdisant les cérémonies de serments juratoires aliénant les victimes de traite à leurs trafiquants et l'annulation des serments réalisés par le passé (56). En tant que chef suprême et leader du pays dont l'autorité opère sur tout le territoire du peuple Bini (ou Edo), la déclaration de l'Oba Ewuare II a marqué une évolution, en rendant illégales ces pratiques aux yeux de la justice « autochtone » d'Edo. Si cette déclaration a permis à certaines femmes impliquées dans les réseaux de traite de se libérer de leur dette et de leur sujétion, elle a également eu des effets négatifs en majorant les violences et les représailles de trafiquants virulents refusant l'interdiction de l'Oba (56).

Ainsi, malgré cette déclaration, les réseaux criminels de traite nigérians restent encore à ce jour de vigueur et leur démantèlement extrêmement complexe, malgré l'implication des associations et des institutions visant à protéger les personnes et à faire respect de droit international.

6. *Contexte sanitaire*

Différents rapports officiels décrivent l'état de santé des personnes en situation de prostitution en France à partir de revues de la littérature nationales et internationales (10, 11, 23, 49). Ces données sont à manier avec précaution, du fait de la difficulté d'appréhender l'ampleur et la diversité du phénomène prostitutionnel. Les experts témoignent d'un manque de données objectives et révélatrices de la réalité de la prostitution. Cependant, les données semblent converger vers un constat similaire, à savoir l'exposition de cette population à des risques sanitaires importants et des situations de grande vulnérabilité médico-psycho-sociale.

- **Infections sexuellement transmissibles et troubles gynécologiques** :

Les études disponibles sont unanimes sur le fait que l'exposition aux infections sexuellement transmissibles est très variable en fonction du public concerné et des pratiques (10, 11, 23)

Selon les données disponibles, la pratique prostitutionnelle expose à un surrisque d'infections sexuellement transmissibles comme le chlamydiae, le gonocoque et le papillomavirus. Les rapports de l'HAS et de l'IGAS précisent que les données concernant le VIH, les hépatites (B et C) et la syphilis ne permettent pas de conclure à un surrisque avec des chiffres divergents selon les études et variables en fonction du sexe, des pratiques et des facteurs de vulnérabilités psychologiques et socio-économiques des personnes (11).

Les données de la littérature font état d'une prévalence plus élevée chez les personnes en situation de prostitution de troubles gynécologiques non liés aux infections sexuellement transmissibles : candidose, vaginose, inflammations et douleurs pelviennes, dysménorrhées, grossesses non désirées,

etc (11). Selon l'IGAS, ces troubles représentent 10 à 25 % des motifs de consultation dans les associations de terrain (23).

- **Drogues et substances psychotropes**

L'évaluation des consommations de substances psychoactives est difficile du fait d'une sous déclaration possible des personnes et de la complexité de l'estimation de la fréquence des consommations et des quantités ingérées. Selon le rapport de 2011 de l'association Griseldis (Paris), ce sujet reste un « *tabou dans le milieu de la prostitution* » et « *ces pratiques stigmatisées et considérées comme non professionnelles* » (23).

Les données de la littérature semblent converger vers le constat d'une surconsommation de tabac et de cannabis chez les personnes en situation de prostitution par rapport à la population générale (10, 11, 23, 49). Les données concernant la consommation quotidienne d'alcool sont divergentes en fonction des sources. L'étude Pro Santé (10) témoigne d'un taux de 4 % de personnes consommatrices quotidiennes, correspondant à la consommation en population générale (11). Le rapport de l'IGAS fait lui état de chiffres bien plus important issus de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) datant de 2004, avec 42 % de femmes et 79 % d'hommes consommateur quotidiens (23).
Les études convergent vers le constat d'un manque de données objectives concernant les consommations d'autres substances : l'héroïne, la cocaïne, les nouvelles drogues de synthèse, etc.
Il semble important de noter que l'usage de drogues et psychotropes reste dépendant de l'exercice et du public concerné (11).
Par ailleurs, les experts et acteurs de terrain s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de distinguer les situations où la personne s'engage dans la prostitution pour se procurer sa substance, de la consommation de substance dans la perspective de l'exercice prostitutionnel. (11, 23, 51).

- **Santé mentale**

Malgré l'évocation fréquente des troubles psychiatriques chez les personnes en situation de prostitution dans la littérature internationale, selon l'IGAS « *le niveau de prévalence des troubles psychiques et leur imputabilité plus ou moins directe à l'exercice de la prostitution ne fait pas consensus. Les divergences sur le sujet s'inscrivent dans le cadre du débat plus général sur la nature même de la prostitution* » (23). Dans le même sens, les experts de l'HAS s'accordent sur le fait qu'il existe peu de données quantitatives sur les troubles mentaux dans cette population (11). Les acteurs de terrain témoignent de l'existence de troubles psychiques chez les personnes qu'ils accompagnent, avec une prévalence particulière des troubles de somatisation, des troubles anxieux et des troubles du sommeil (23, 10). Pour les experts de l'HAS, ces taux peuvent s'expliquer par le recrutement des associations étant souvent impliquée dans des parcours de réinsertion socio-professionnelle ou de sortie de la prostitution (11).

- **Violences**

Les données de la littérature et les témoignages convergent vers le constat que les personnes en situation de prostitution sont surexposées à une violence se traduisant sous différentes formes : « *vols, viols, tentatives de certains clients pour retirer le préservatif pendant l'acte, injures et propos humiliants, tentatives de certains clients pour ne pas payer ou ne payer qu'une partie du tarif négocié etc.*» (11). Les auteurs sont eux-mêmes multiples : clients, passants, pair.e.s prostitué.e.s, entourage familial, police etc. L'IGAS rappelle par ailleurs que « *pour nombres politiques et associatifs la prostitution constitue une violence en soi susceptible en tant que telle de retentir sur la santé : il y aurait toujours une part de contrainte, plus ou moins marquée et reconnue selon les situations »* (23).

- **Autres pathologies**

Les données concernant les autres problématiques sanitaires et la santé globale des personnes en situation de prostitution sont plus rares et moins documentées que celles relatives à la santé sexuelle.
Il semblerait qu'il existe une prévalence importante de troubles respiratoires, de type infections broncho-pulmonaires et asthme (11, 23). Les associations de terrain soulignent le rôle probable du tabagisme et de l'exposition au froid (23).
Le rapport de l'IGAS fait état d'observations de terrain concernant l'état de santé global des personnes se prostituant dans la rue, précisant qu'il est difficile d'évaluer les autres formes de prostitution étant plus dissimulées. Ces données relevaient plusieurs types de pathologies : des dermatoses, des troubles hépatiques (hépatites virales, atteinte en lien avec une consommation d'alcool), des troubles digestifs (RGO, ulcères gastroduodénaux, douleurs abdominales) et des troubles musculosquelettiques (23, 49).
Ce même rapport fait état de troubles alimentaires en lien avec le rythme de vie et les conditions socio-économiques parfois précaires des personnes, à l'origine de malnutrition, de surpoids, de maladies métaboliques et de pathologies cardiovasculaires.
Selon l'enquête Pro Santé, 20% des personnes se déclaraient en mauvais état de santé contre 54 % dans l'enquête de Jeal et al de 2004 (6, 10).
Les rapports de l'IGAS et de l'HAS mentionnent également les problèmes spécifiques liés au processus de changement de sexe. Les acteurs de terrain notent ainsi des effets secondaires possibles de l'hormonothérapie ainsi que des complications faisant suite à des injections de silicone liquide (infections, nécroses, malformations, siliconomes etc.) (11, 23).

- **Facteurs de vulnérabilité sanitaire**

Le niveau des risques sanitaires et la prévalence des pathologies rencontrées chez les personnes en situation de prostitution sont variables en fonction des publics concernés et des conditions d'activité, rendant peu pertinent toute tentative de généralisation. Cependant, les rapports officiels et les

témoignages de terrain rendent compte de l'existence de facteurs de vulnérabilité de certaines populations, ayant un impact direct sur la santé des personnes.
Dans son rapport, l'HAS énumère les conclusions issues de la littérature sur les situations de vulnérabilité pouvant être rencontrées au sein de cette population : addiction à des substances psychoactives, précarité socio-économique avec des difficultés d'accès au logement et aux soins, début d'exercice ou activité occasionnelle, personnes victimes de réseaux de traite et de proxénétisme, situation de clandestinité liée au cadre juridique de la prostitution (11).
Le rapport de l'IGAS précise que la précarité des personnes rencontrées au sein des associations de réinsertion sociale et de santé peut être à l'origine de difficultés d'accès effectifs à leurs droits, entrainant un renoncement aux soins fréquent du fait de raisons financières ou de priorités autres comme le logement ou l'alimentation. Ces obstacles trouvent notamment leur origine dans une méconnaissance du système de soin et de la possibilité d'avoir accès à une couverture maladie, de l'absence de droit au séjour avec une crainte de répression policière, d'une peur de stigmatisation ou de discrimination, ou du fait de la barrière de la langue pour les personnes allophones (23).

IV. Le contexte prostitutionnel dans l'agglomération bordelaise

A. Le paysage associatif bordelais

Lors de la réalisation de notre étude, différentes associations effectuaient un travail d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution sur l'agglomération bordelaise. Notre travail nous a permis d'entrer en contact avec trois d'entre elles et d'en intégrer deux durablement, que nous présenterons ici.

L'association La CASE est une structure investie dans l'accès aux soins et aux droits des publics précaires. Elle propose depuis le début de l'année 2018 un dispositif d'accompagnement des personnes en situation de prostitution dans l'accès à leurs droits fondamentaux et à la réduction des risques : **le dispositif Poppy**. Cette action a pour objectif de rencontrer et d'accompagner toute personne en situation de prostitution dans ses dimensions sanitaires, psychologiques, juridiques et sociales, en proposant une prise en charge globale et pluridisciplinaire. L'association propose différentes modalités d'intervention :

- Un local fixe permettant de recevoir le public au sein d'un lieu identifié et proposant un accueil libre tous les après-midis du lundi au vendredi, la possibilité d'accompagnements individuels, de permanences médicales de soins primaires, de consultations spécialisées de psychiatrie en partenariat avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), et de permanences juridiques.

- Une antenne mobile permettant de mener un travail de proximité en intervenant au plus près du public sur les lieux de prostitution de Bordeaux et sa métropole par la réalisation de tournées diurnes et nocturnes.
- L'intervention 2.0 permettant d'aller au contact de personnes se prostituant *Indoor* (en intérieur) via des petites annonces et des réseaux spécialisés sur Internet, par la réalisation de tournées virtuelles.

Le dispositif Poppy est porté par une équipe pluridisciplinaire sanitaire et sociale, composée à ce jour d'une coordinatrice, d'un médecin, d'une assistante sociale, d'une infirmière, d'un éducateur spécialisé et d'une interprète assurant un travail de médiation auprès des personnes bulgarophones.

Le CEID Addictions (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions) est une association fondée en 1972 à Bordeaux, ayant comme mission principale la réduction des risques auprès de personnes ayant des pratiques addictives et/ou usagères de substances. Depuis sa fondation, le CEID favorise et soutient le développement de nouveaux dispositifs répondant à des besoins de société. L'intervention du **Pôle Prostitution** créé en Juin 2018, s'inscrit dans cette dynamique, en proposant un accompagnement des personnes aussi bien sur le plan juridique, médico-psycho-social qu'en termes d'insertion sociale et professionnelle. Cette prise en charge globale de la personne est permise par l'existence d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'une coordinatrice, de travailleurs sociaux, d'une juriste, et d'une socio-esthéticienne.
Le dispositif Pôle Prostitution du CEID propose un accueil de jour, avec ou sans rendez-vous, du lundi au vendredi dans des locaux fixes. Une antenne mobile permet la réalisation de tournées hebdomadaires diurnes et nocturnes, dans une dynamique « *d'aller vers* » à la rencontre des personnes en situation de prostitution dans la rue. Le pôle prostitution du CEID est spécialisé dans l'accompagnement des personnes en situation de Traite des Etres Humains (TEH) à des fins d'exploitation sexuelle. Il est membre du dispositif national Ac.Sé (Accueil Sécurisant).

Les membres de **l'association RUELLE** (Relais Urbain d'Echanges et de Lutte contre l'Exploitation) ont également pu être rencontrée, sans qu'il ne nous ait été possible d'intégrer la structure. Ce dispositif est spécialisé dans l'accompagnement des personnes victimes de la Traite des Etres Humains. Composée d'une équipe pluridisciplinaire aux compétences juridiques poussées, cette association a pour principale mission d'amener la personne à identifier le lien d'exploitation et à s'en émanciper.
Notre travail de recherche se voulant apolitique et non confessionnel, l'occasion ne nous a pas été donnée de rencontrer les autres associations œuvrant en faveur des personnes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise, ayant une portée religieuse, comme le Mouvement du Nid.

B. Etat des lieux du contexte prostitutionnel dans l'agglomération

Selon les données recueillies par l'association La CASE reposant d'une part sur un travail d'observation des équipes, et d'autre part sur les informations recueillies auprès des autorités publiques, le contexte prostitutionnel bordelais s'apparente au contexte national. Les acteurs associatifs estiment à environ 600 le nombre de personnes se prostituant dans l'agglomération bordelaise, mais l'évaluation reste là encore difficilement exhaustive.

Le paysage de la prostitution de rue à Bordeaux, dans sa partie visible, se compose majoritairement de femmes de nationalité étrangère :

- Des pays d'Europe de l'Est : il s'agit principalement des femmes d'origine bulgare et albanaise d'en moyenne 30 ans. La plupart d'entre elles vivent à l'hôtel et sont soumises à un réseau de prostitution familial.
- D'Afrique subsaharienne anglophone : ce sont majoritairement des nigérianes, mineures et jeunes majeures vivant dans des appartements partagés. Ces jeunes femmes sont souvent victimes de réseaux de traite des êtres humains et placées sous la surveillance d'autres femmes anciennement ou toujours prostituées, les « mamas ».
- D'Afrique francophone : il s'agit le plus souvent de femmes camerounaises d'en moyenne 40 ans, arrivées en France dans les années 80 et 90 et souvent régularisées. Certaines ont une activité salariée parallèle, la prostitution vient compléter des ressources insuffisantes ou permet d'envoyer de l'argent à la famille.
- La population originaire d'Amérique Latine ou d'Asie semble quant à elle moins représentée dans l'agglomération bordelaise qu'à Paris, et concerne pour la dernière une prostitution très clandestine en vigueur dans des salons de massage.

D'autres profils de public sont observés, dans une proportion moindre. Il s'agit des femmes françaises, souvent plus âgées (60-70 ans), exerçant une prostitution dite « traditionnelle » depuis de nombreuses années. Le travail de rue témoigne également de la présence de travestis et de transgenres. La prostitution masculine est quant à elle moins présente dans la rue et serait davantage répandue sur les réseaux « *Indoor* ». La prostitution étudiante reste sous-évaluée et difficilement accessible aux structures associatives existantes.

V. Objectifs de l'étude

Notre implication dans le secteur associatif de l'agglomération bordelaise nous a conduits à mener de nombreuses consultations de médecine générale auprès de personnes en situation de prostitution au cours de l'année 2018. Cette expérience professionnelle nous a permis de constater la prévalence des situations de grande vulnérabilité et d'expositions à des risques sanitaires de ces patient.e.s, comme en témoignent les rapports officiels nationaux et constats des acteurs de terrain publiés jusqu'ici.

Malgré des freins à l'accès aux soins et une crainte de jugement par le praticien relevés par la littérature, peu d'études ont été réalisées jusqu'ici, donnant la parole aux personnes concernées afin de comprendre les déterminants de l'établissement d'une relation de confiance médecin-patient, propice à une prise en charge adaptée de ce public. Au vu des considérations précédemment énoncées, et de la place du médecin traitant dans le soin primaire, notre question de recherche est la suivante : qu'attendent les personnes en situation de prostitution du rôle et de la fonction du médecin généraliste dans leur parcours de soin ?

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les attentes spécifiques des sujets en situation de prostitution de la région Bordelaise lors d'une consultation de médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer les freins principaux à la consultation en soins primaires chez les sujets en situation de prostitution.
- Elaborer des outils de communication et des axes d'aide à la prise en charge des patients en situation de prostitution, à l'attention des médecins généralistes, afin d'améliorer l'approche centrée sur le patient.
- Déterminer l'influence de la culture et du parcours de vie sur les attentes et les besoins en matière de santé des sujets en situation de prostitution.

METHODE

I. Justification de la méthode

Le choix de la méthode qualitative afin de mener à bien notre étude émane d'un travail bibliographique préalable et d'une expérience de terrain auprès des personnes en situation de prostitution sur l'agglomération bordelaise.

Au carrefour de plusieurs disciplines, mêlant le champ de la santé, de la sociologie et de l'anthropologie, notre étude paraissait s'intégrer parfaitement au processus de la recherche qualitative. En effet, cette méthode de travail s'inscrit dans une logique compréhensive des phénomènes en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes. Notre étude s'attachant à comprendre le vécu et les attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste, l'approche qualitative consistant à adopter un regard réflexif et descriptif sur une situation nous est rapidement apparue comme la plus adaptée. Il s'agissait ainsi de recueillir la parole des personnes afin de comprendre une dynamique interrelationnelle difficilement évaluable par le biais du quantitatif.

Par ailleurs, la littérature disponible fait état de nombreuses études évaluant l'état de santé et l'accès aux soins de personnes en situation de prostitution mais peu de travaux de recherche s'attachent à donner la parole aux intéressé.e.s. Or, la compréhension et la connaissance des représentations de santé des patients par le praticien sont vectrices d'une amélioration des conditions de santé de personnes. Il nous paraissait ainsi essentiel d'explorer le point de vue des patient.e.s en les plaçant au centre de cette question de recherche afin de permettre au praticien d'accéder à une meilleure compréhension des déterminants de santé et des dynamiques personnelles découlant des consultations.

II. Déroulement de l'étude

Cette étude s'est déroulée de septembre 2018 à mai 2019 au sein de la métropole bordelaise, comportant trois étapes ayant permis la réalisation des entretiens auprès de patient.e.s en situation de prostitution : une période de présentation de l'étude aux acteurs de terrain (associations et médecins généralistes libéraux), une période d'immersion au sein des associations dédiées à leur accompagnement, puis d'un temps dédié aux entretiens individuels semi-dirigés.

A. Présentation de l'étude aux associations de l'agglomération bordelaise accueillant les personnes en situation de prostitution.

Un travail de présentation de notre travail de recherche a été réalisé de Septembre à Octobre 2018 auprès des associations susceptibles d'accueillir des patient.e.s en situation de prostitution et de médecins généralistes libéraux identifiés par la communauté.
Durant cette période, j'ai ainsi pu rencontrer les différents intervenants des associations et deux médecins généralistes libéraux afin d'expliquer le contexte, la justification et les objectifs de l'étude. En effet, du fait de la complexité et des réticences potentielles à l'inclusion des patient.e.s, l'investissement de chaque professionnel était requis, afin de présenter notre travail et de le justifier auprès des usager.e.s.

Ayant réalisé mon dernier stage d'internat au sein des associations Médecins du Monde et du Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS), je disposais d'une connaissance approfondie de ces deux structures, accueillant régulièrement des personnes en situation de prostitution.
Les deux médecins généralistes contactés étaient des consultants du CACIS, ayant une expérience professionnelle du public concerné et comptant dans leur clientèle libérale un grand nombre de personne en situation de prostitution.
La rencontre et l'implication dans ce travail de recherche des professionnels des associations POPPY et du pôle prostitution du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID), surnommé *« CEID Billaudel »* par les usager.e.s m'a permis d'entrer plus spécifiquement en contact avec le public concerné, notamment par une immersion au sein de ces associations, spécialisées dans leur accompagnement et leur prise en charge.

B. Une période d'immersion au sein des associations dédiées

Une période d'immersion a eu lieu d'octobre 2018 à mai 2019 au sein des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution : POPPY et le pôle prostitution du CEID. Ce temps d'intégration avait pour objectif d'entrer en contact avec la population concernée et d'établir un lien de confiance avec les patient.e.s permettant de pallier les réticences éventuelles d'une rencontre ultérieure.
Je me présentais comme une étudiante en médecine générale réalisant un travail de recherche sur le vécu et les expériences de santé des personnes concernées.
Durant huit mois, j'ai ainsi été présente sur les temps d'accueil de l'association POPPY, à raison de trois à cinq après-midis par semaine.
Cette période m'a permis de rencontrer des patient.e.s se présentant spontanément pour leurs démarches médico-sociales, puis d'établir un lien de confiance par un suivi régulier, des entretiens

informels et la réalisation de consultations en binôme avec un médecin généraliste exerçant dans l'association. Un accueil au sein du pôle prostitution du CEID m'a permis de découvrir une autre structure et diversifier les rencontres.
Le travail de proximité est une des missions majeures des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution avec la réalisation de maraudes diurnes et nocturnes, dans un objectif d'« aller-vers ». Mon intégration au sein des associations POPPY et du pôle prostitution du CEID m'a permis de réaliser une dizaine de maraudes sur différents lieux de prostitution de la métropole, me permettant de mieux appréhender la réalité de l'exercice prostitutionnel, de rencontrer les usager.e.s sur leur lieu de travail et de leur présenter mon étude.

Ces temps de rencontre ont ainsi permis aux usagères des associations de se familiariser avec ma présence et ainsi faciliter la réalisation des entretiens semi-dirigés qui ont suivi. Par ailleurs, mon intégration au sein des associations spécialisées m'a amenée à adapter mon approche lors des entretiens, en ayant une meilleure connaissance de la réalité de l'exercice prostitutionnel à Bordeaux et des situations de vulnérabilités médico-psycho-sociales que peuvent rencontrer les personnes concernées.

C. Le temps des rencontres individuelles : inclusion des patientes

- Inclusion sur des temps présentiels au sein des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution : POPPY et Pôle prostitution du CEID.

La période d'immersion au sein des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution m'a permis d'entrer progressivement en contact avec les patient.e.s et de créer une relation de confiance basée sur la durée.
Lors des après-midis d'accueil dans l'association POPPY, il était proposé aux usager.e.s de l'association de me rencontrer dans le cadre d'une étude sur l'évaluation de leurs expériences de santé et leurs attentes vis-à-vis de leurs médecins généralistes.
Cette proposition de rencontre pouvait être faite par l'intermédiaire des professionnels de l'association (médecin, travailleurs sociaux, infirmière, coordinatrice), ou par mes soins. Les personnes intéressées pouvaient soit me rencontrer directement dans un bureau privé, soit prendre un rendez-vous ultérieurement, en fonction de leur disponibilité physique et psychique.
Quinze entretiens ont ainsi été réalisés par l'intermédiaire de l'association POPPY, l'un d'eux ayant été effectué lors d'une maraude. Deux entretiens ont été menés sur rendez-vous au pôle prostitution du CEID.

- Inclusion par l'intermédiaire de flyers et d'affiches présentés en associations.

Afin de diversifier la population incluse, des flyers et affiches (Annexe 5) ont été disposés au sein des associations Médecins du Monde Bordeaux, du CACIS et de POPPY. Ces outils permettaient de présenter succinctement l'étude en cours, en s'adressant aux personnes concernées par une formule simple utilisant leur connaissance des associations dédiées à leur accompagnement, afin d'éviter toute forme de stigmatisation : « *Vous connaissez POPPY ? CEID ?* ». Un numéro de téléphone dédié permettait aux patient.e.s intéressé.e.s de prendre contact avec moi. Les professionnels des associations pouvaient également se saisir de ces outils d'information afin de présenter le travail en cours, en cas de verbalisation par la.le patient.e d'une situation de prostitution. Au total, une seule femme a été incluse par ce biais.

- Inclusion par l'intermédiaire de médecins généralistes libéraux, exerçant dans l'agglomération bordelaise.

Aucun.e patient.e n'a pu être inclus.e par cet intermédiaire. Les raisons potentielles de cette limite seront développées dans la discussion.

III. Mode de recueil des données

A. Entretiens semi-directifs

1. Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de constats de terrain au contact des personnes en situation de prostitution de l'agglomération bordelaise et des données de la littérature disponibles.

Plusieurs types de données ont été étudiée, sous format papier et numérique, afin d'organiser la grille d'entretien à la lumière des données scientifiques disponibles au moment de l'étude dans les domaines médicaux, sociologiques et anthropologiques. Les bases de données numériques utilisées étaient Pubmed, CAIRN, Elsevier Masson, Sudoc, Google Scholar.
Les mots clefs utilisés pour la recherche étaient :

- En anglais, utilisation de termes « Mesh » : « sex workers », « general practionner », « primary health care », « physician-patient relation », « patient satisfaction », « health service accessibility », « delivery of health care »

- En français : « travailleur du sexe », « prostitution », « médecin généraliste », « soins primaires », « médecin de famille », « relation médecin-patient », « satisfaction patient », « relation centrée sur le patient », « accès aux soins ».

Afin de valider la pertinence du guide d'entretien, une **première relecture** a été faite par William Durieux, directeur de thèse, et Marielle Alla, médecin généraliste travaillant au contact des personnes en situation de prostitution depuis de nombreuses années. Le canevas a ensuite été **soumis lors d'une réunion d'équipe au sein de l'association POPPY** rassemblant des professionnels ayant une expérience de terrain approfondie, puis **testé auprès des acteurs de l'association** (infirmière, éducateur spécialisé, assistante sociale) afin de valider la formulation des questions et leur déroulé.

Le guide d'entretien était organisé en différentes parties. Dans un premier temps, notre travail de recherche était présenté aux patientes, et le **consentement oral** de la personne était recueilli. A cette occasion, nous nous attachions à garantir **l'anonymisation des données** et inscrire les entretiens dans une **démarche de non-jugement**, afin de limiter les biais de déclaration et de désirabilité sociale.
Afin de faciliter une mise en confiance des patientes, une discussion libre autour de la **santé générale** des femmes était ensuite réalisée, explorant leurs antécédents médicaux et leurs parcours de santé récent.
La suite du guide d'entretien était composée de **questions ouvertes et compréhensibles** permettant d'investiguer les thématiques répondant aux objectifs de l'étude, au regard des données de la littérature disponible et de nos expériences professionnelles.
Les thématiques abordées étaient :

- Exploration du **parcours de soin**, de l'existence d'un **suivi en cabinet de médecine générale** libérale, et des **moyens d'accès aux soins** des personnes.
- Exploration de la **perception globale et des ressentis lors des expériences de santé en consultation de médecine générale.**
  - Vécu et ressentis positifs lors d'expériences de santé en consultation de médecine générale
  - Opinions et points de vue sur les compétences et qualités attendues du médecin généraliste en consultation.
  - Vécu et ressentis négatifs lors d'expériences de santé en consultation de médecine générale
  - Opinions et points de vue sur les manquements en matière de compétences et de qualité attendues chez le médecin généraliste.
- Identification de la **personne ressource et de l'interlocuteur privilégié** des personnes en présence de problématiques de santé et/ou de questionnements sur leur santé.
- Exploration du vécu des personnes sur l'abord de questions relatives à leur **intimité** en consultation de médecine générale.

- Exploration du vécu des personnes sur l'abord de questions relatives à leur **activité de prostitution** en consultation de médecine générale.
  - Perception du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de questions de santé en rapport avec l'activité prostitutionnelle
  - Vécu et ressentis en cas d'ouverture de la discussion sur l'activité prostitutionnelle en consultation de médecine générale.
- Etude des **situations de vulnérabilité** et des **prises de risques** liées à l'activité prostitutionnelle (usage de drogue, violences, risque d'IST) et de leurs **modalités d'expression** en consultation de médecine générale.

Le guide d'entretien était traduit en anglais afin de faciliter le déroulement des entretiens auprès de personnes anglophones.

2. *Réalisation et techniques d'entretiens*

- **Réalisation des entretiens**

Les entretiens semi-dirigés se déroulaient dans des **lieux dédiés, isolés et calmes**, garantissant la **confidentialité** des paroles des personnes rencontrées.
Un **document d'information et de consentement** était remis avant les entretiens, précisant le cadre scientifique et légal de l'étude (anonymisation des données par l'utilisation de pseudonymes, durée de conservation, droit de modification et accès des données limités aux chercheurs). Ce document était traduit en anglais et en bulgare afin de permettre sa compréhension par les patientes non francophones.
Les entretiens étaient enregistrés sur une **bande numérique (dictaphone)** après accord de la personne, et explication de l'utilité de cette méthode : respect de l'anonymat et retranscription fidèle des paroles. Un « **carnet de bord** » a été tenu durant la période des entretiens, permettant la prise de note d'éléments de communication non verbale des personnes, des ressentis de l'intervieweur et des aspects contextuels de chaque entretien.

Notre expérience de terrain nous a permis de constater la diversité des nationalités des personnes que nous serions susceptibles de rencontrer. Afin de favoriser la représentativité de la population, il était essentiel **de ne pas limiter nos entretiens à un public francophone et d'être en mesure de cibler les personnes allophones** en situation de prostitution.
Une partie des entretiens a été réalisée en anglais, du fait d'une maitrise de la langue et de sa pratique récurrente en consultation lors de mes expériences professionnelles antérieures dans les associations Médecins du Monde et du CACIS. L'échange dans une langue maitrisée par la personne facilitait la communication et limitait les biais de compréhension et de déclaration.

Nous avons par ailleurs fait appel à une **interprète bulgare**, travaillant en tant que médiatrice culturelle auprès des personnes en situation de prostitution et ayant une connaissance approfondie de ce public.

Du fait d'un travail de retranscription et de codage parallèle à la réalisation des entrevues, l'arrêt des entretiens a été déterminé par la saturation des données, définie par l'absence d'idée nouvelle émergente après deux entretiens.

- **Techniques d'entretien**

Afin de favoriser les échanges et d'accéder à un dialogue authentique, respectueux et valorisant la personne, nous nous sommes attachés à employer des techniques de communication et de relation issues de la littérature (58, 59).

L'entretien semi-directif s'inscrit dans une démarche exploratoire dont l'objectif est de saisir le sens d'un phénomène global tel que perçu par la personne interrogée. Une dynamique d'échange s'établit ainsi entre le chercheur et le participant, susceptible d'être impactée par des biais liés au contexte de l'étude et à la perception du phénomène étudié propre à chaque intervenant.
Afin de limiter ces écueils, le chercheur se doit d'adopter une démarche réflexive, rigoureuse et éthique, permettant la construction d'une conversation dénuée de préjugée et valorisant le point de vue de la personne. Il s'agit alors de parvenir à une **approche combinant empathie et « juste distance »,** favorisant l'établissement d'un échange respectueux de la parole de l'autre.

Pour ce faire, plusieurs techniques relationnelles et communicationnelles peuvent être adoptées, que nous nous sommes attachées à appliquer.
Dans un premier temps, les entretiens devaient s'inscrire dans un **climat d'empathie et d'écoute attentive** des propos de la personne. Du fait des réticences éventuelles des personnes rencontrées, peu habituées à être interrogées sur leurs expériences et leur activité, cet aspect des entrevues était indispensable à l'émergence de la parole et au déroulement des entretiens. Il s'agissait également de **rassurer et encourager** les personnes à s'exprimer, sans crainte d'une « mauvaise » réponse ou d'une absence d'opinion personnelle sur le sujet abordé.
Le guide d'entretien était construit selon des **questions ouvertes** permettant l'expression libre et non censurée des personnes rencontrées. Afin de favoriser cet échange, nous nous sommes ainsi attachés à adopter une **posture de neutralité bienveillante, non jugeante, et non directive**, en évitant d'apporter des éléments de réponse aux questions posées.
Afin de mener l'entretien, des **techniques de relance et de reformulation** étaient utilisées. Il s'agissait principalement de reprendre les termes déjà employés afin de préciser des notions, s'assurer

de la compréhension des propos tenus, et permettre à la personne de développer son avis. Ces méthodes avaient pour avantage de témoigner de notre intérêt et de notre attention vis-à-vis des propos recueillis, et d'éviter un biais de compréhension, permettant notamment à la personne de corriger une mauvaise compréhension du chercheur ou de préciser son propos.

Il nous a parfois été nécessaire de **recentrer les entretiens en mêlant des questions ouvertes et fermées** afin d'approfondir certains sujets de conversation, tout en respectant le cours de la parole de la personne.

Du fait de la difficulté d'appréhension de certaines questions par les personnes interrogées, nous nous attachions parfois à donner **des exemples ou des mises en situation** afin de faciliter la compréhension de l'interlocuteur et l'émergence du discours. Tout au long des entretiens, les questions étaient **modulées et adaptées au niveau de compréhension** de chaque personne rencontrée.

B. Hétéro-questionnaires

A l'issue des entretiens, il était proposé aux femmes de répondre à un questionnaire recueillant les données sociodémographiques, les antécédents médico-chirurgicaux, le type d'activité prostitutionnelle exercé, l'existence ou non d'un suivi par un médecin généraliste, l'existence ou non d'une couverture maladie. Il s'agissait également pour les femmes de choisir un pseudonyme permettant l'anonymisation ultérieure de leur parole.

IV. Analyse et traitement des données

A. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit sur le logiciel Word®, en restant fidèle à chaque mot et à chaque expression utilisée. Les éléments de communication non verbale y ont été intégrés, ainsi que les données contextuelles de chaque entrevue, avec l'aide du carnet de bord tenu durant l'étude.

Afin de maintenir l'anonymat des personnes, nous avons respecté l'utilisation des pseudonymes choisis par les personnes et changé les initiales des praticiens évoqués en utilisant l'alphabet grec.

Détail des durées des entretiens réalisés dans l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution, n =17

Pseudonymes	Isabelle	Jessica	Tracy	Joy	Mirabelle	Marie	Roxana	Kimberley	Laura
Durée (en min)	35	41	35	58	40	60	60	39	39

Pseudonymes	Success	Sandra	Babsy	Rose	Josephine	Antonia	Donna	Blanche
Durée (en min)	30	54	58	52	49	25	20	25

Durée totale
720min, 12h

B. Analyse et codage des données.

Afin de mettre en évidence les divergences et de garantir une objectivité de l'exploitation des données, l'analyse a été réalisée en double codage avec mon directeur de thèse, le Pr William Durieux. Notre étude se trouvant au carrefour des domaines de la santé, de l'anthropologie et de la sociologie, certains entretiens ont également été analysés par Johanna Blouin, étudiante en Master 2 de sociologie, garantissant ainsi une exploration pluridisciplinaire des données obtenues.
Le traitement des données a été réalisé selon une **méthode d'analyse de contenu thématique** faisant recours à un procédé de réduction des données par l'extraction de « thèmes » et « sous-thèmes » permettant de résumer le corpus d'éléments obtenus dans les verbatim.
Selon Paillé, cette méthode est pertinente dans le cadre d'une première étude de recherche et dans l'intention de réaliser une analyse descriptive plutôt qu'explicative ou interprétative (58).
Ce type de méthode permet ainsi d'extraire des entretiens des données fidèles en lien avec les objectifs recherchés, puis tracer des « parallèles » permettant d'élargir les résultats à des thématiques non envisagées, s'opposant ou se complétant.
Nous avons ainsi extrait des entretiens des « thématiques », en s'interrogeant systématiquement sur la signification de chaque expression : « De quoi est-ce qu'il est question ? »
L'étiquetage des verbatim a permis l'élaboration d'un arbre thématique, lui-même divisé en sous thématiques, regroupant les données en fonction de leur récurrence, de leur convergence, de leur complémentarité ou de leur divergence.

C. Catégorisation et intégration des données.

Une catégorisation des données a ensuite été réalisée, en regroupant les thématiques en concepts plus larges, permettant leur élévation à un niveau synthétique de compréhension globale, à l'échelle d'un phénomène, d'une pratique ou d'un comportement.

Cette étape était suivie d'un travail d'intégration des données et de théorisation ancrée par la mise en relation des entités conceptuelles de l'étude, nous permettant ainsi d'étendre notre regard en faisant émerger des perspectives nouvelles, non envisagées au début de la recherche et détachées du cadre d'étude initial. Il s'agissait alors de comprendre un phénomène non plus du point de vue individuel, mais de le confronter à une expérience partagée et collective, en restant fidèle aux propos initialement recueillis.

V. Cadre légal et éthique

A. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Depuis la loi du 20 Juin 2018, le cadre légal sur la protection des données personnelles a évolué, permettant la mise en conformité de la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 Avril 2016. Un nouveau cadre légal européen relatif à la gestion et à la sécurisation des données personnelles a ainsi vu le jour, renforçant la protection des droits des individus.
Dans le cadre de notre étude, recueillant des données personnelles et sensibles, **une autorisation préalable à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été demandée, obtenue le 25 Septembre 2018** (n°2209881v0) (Annexe 6). Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, une **notice d'information** était ainsi systématiquement donnée aux patient.e.s rencontré.e.s, et un **consentement oral** était obtenu.

B. Comité de Protection des Personnes (CPP)

La loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi « Jarde », codifiée dans l'article L 1121-4 du Code de la Santé Publique mentionne que les recherches non interventionnelles impliquant la personne humaine ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) désigné de manière aléatoire. L'article L1123-7 du Code de la Santé Publique précise que les CPP sont chargés d'émettre un avis sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, en s'assurant de la pertinence scientifique des projets, de l'adéquation entre les moyens mis en œuvre et les objectifs poursuivis, de la qualification des investigateurs et en s'assurant de la protection des personnes (information claire sur les risques et bénéfices de la recherche et recueil d'un consentement).

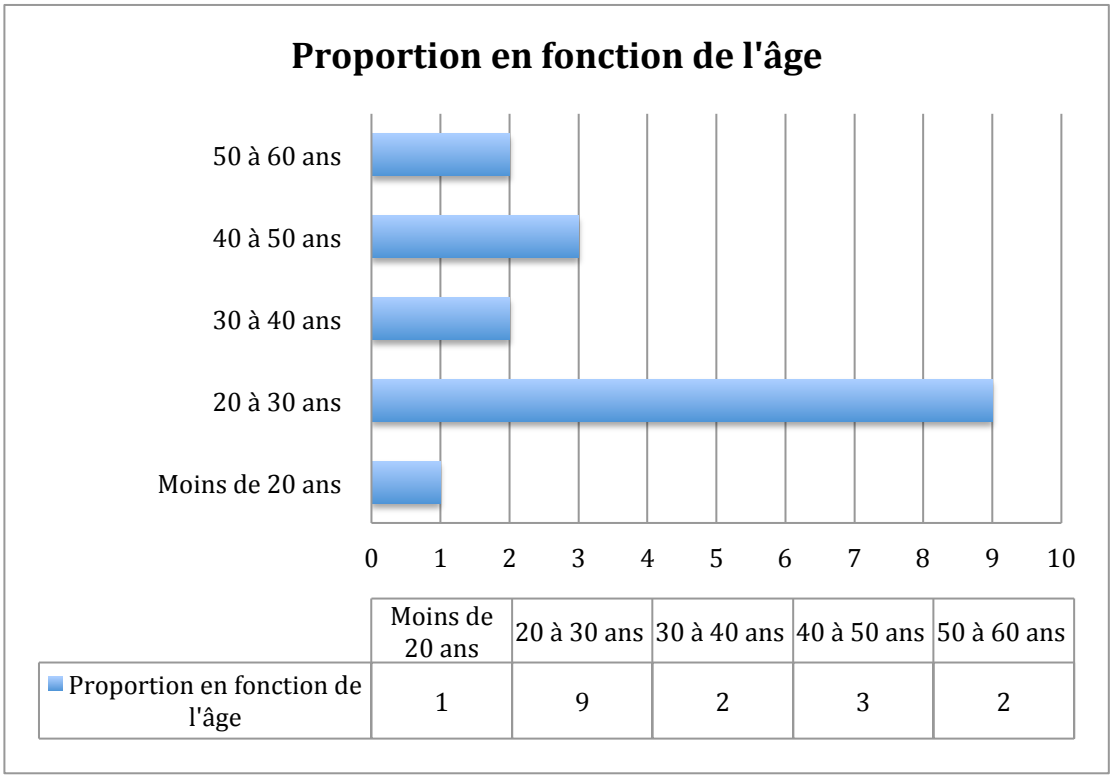
En accord avec le cadre légal actuel, nous avons soumis un protocole de recherche au CPP désigné le 6 Octobre 2018. Notre travail de recherche a obtenu un **avis favorable le 30 Avril 2019 du CPP Sud Est** (n°2018-A02642-53) (Annexe 7).

RESULTATS

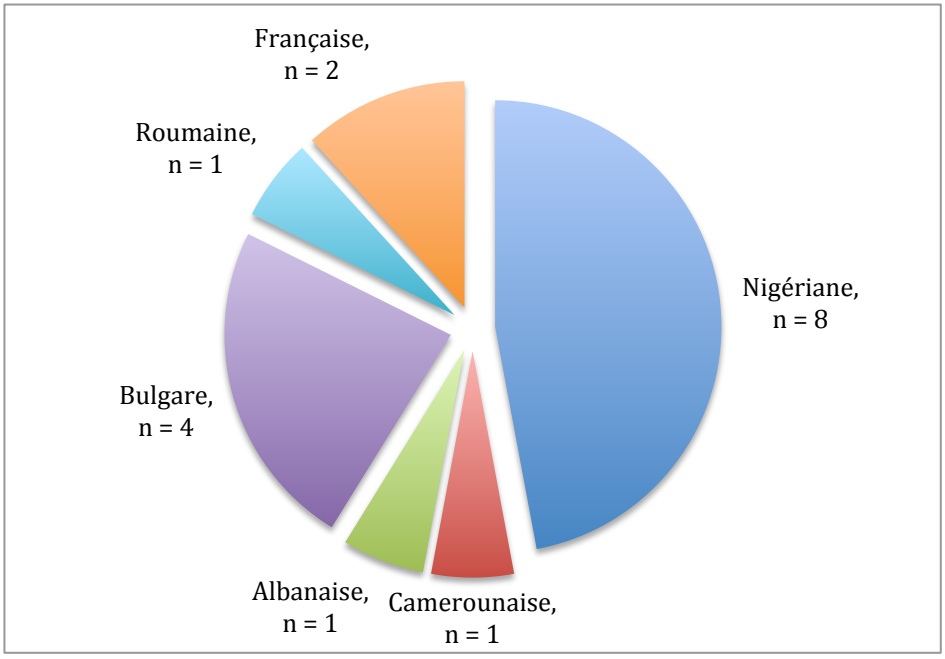
I. Caractéristiques de la population

Toute personne en situation de prostitution exerçant dans l'agglomération bordelaise, âgée de plus de 18 ans pouvait être incluse dans notre étude. Les critères d'exclusion étaient : âge inférieur à 18 ans, refus de participer à l'étude. La sortie de la prostitution n'était pas considérée comme un critère d'exclusion car nous considérions que les expériences médicales antérieures des personnes et leurs attentes à l'époque de leur activité pouvaient être développées. Il était possible d'interviewer des patients francophones, anglophones, hispanophones et bulgarophones du fait de la maîtrise des trois premières langues par l'investigateur, et de l'intervention d'une interprète professionnelle bulgare.

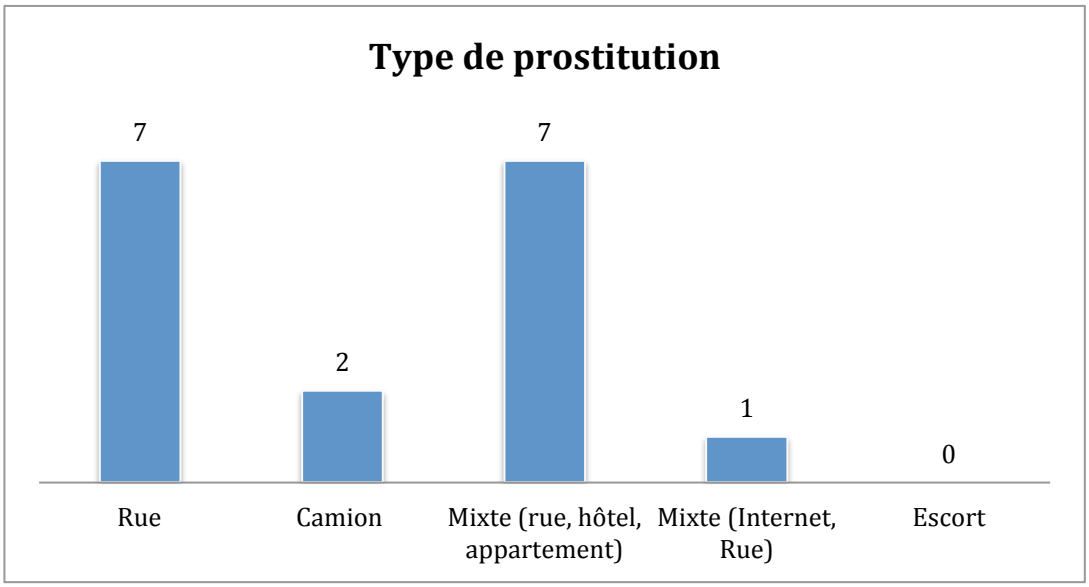
Au total, **17 personnes** ont été incluses, toutes de **sexe féminin**, âgées de 19 à 60 ans, et de **nationalités diverses** : française, camerounaise, nigériane, albanaise, bulgare, roumaine. Trois patientes déclaraient avoir arrêté la prostitution au moment des entretiens.
Notre étude n'a pas permis d'inclure des personnes de sexe masculin ou transgenre. De ce fait, nous utiliserons dans la suite de notre développement les termes de « femmes » ou « patientes » pour parler des personnes rencontrées.



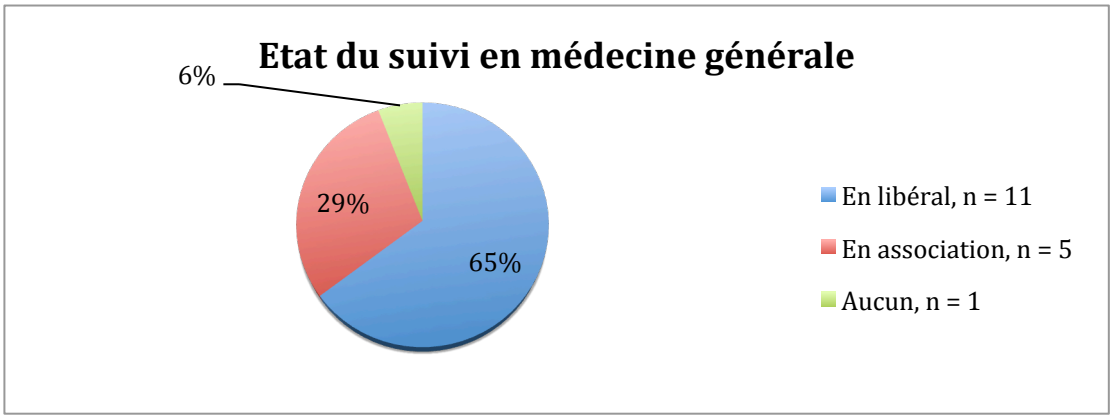
- **Caractéristiques de la population en fonction de l'âge** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).



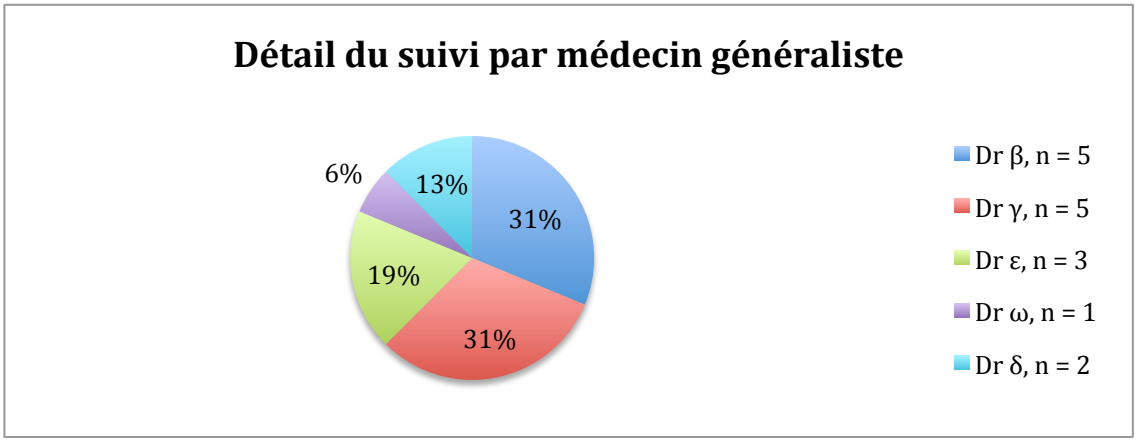
- **Caractéristiques de la population en fonction de la nationalité** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).



- **Caractéristiques de la population en fonction du type d'activité prostitutionnelle** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).

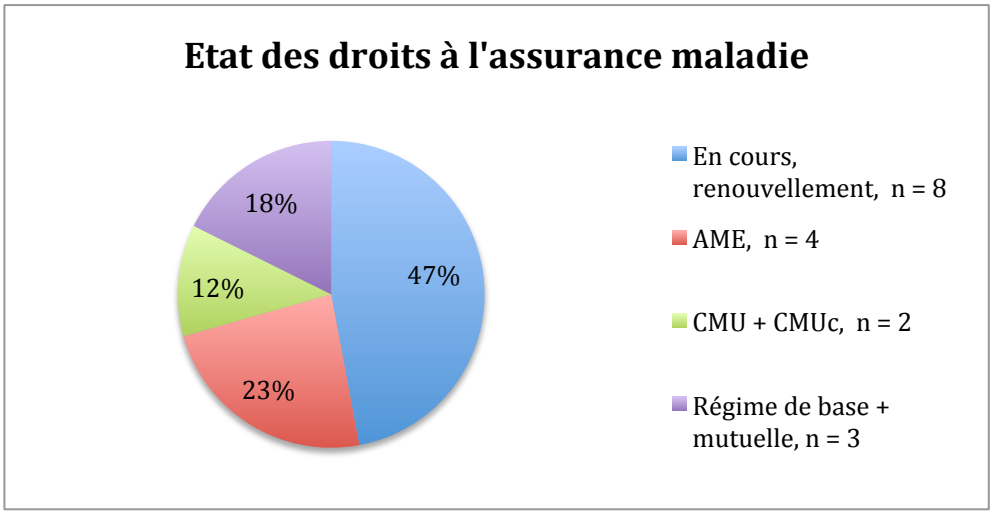


- **Proportion de suivi en médecine générale : en secteur libéral, en association, absence de suivi** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).



- **Détail du suivi par médecin généraliste** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).

  n.d.a : le Dr β est le médecin généraliste travaillant au sein de l'association POPPY. Les autres praticiens exercent en secteur libéral.



- **Type de couverture maladie** (échantillon de l'étude sur la perception du rôle du généraliste par les personnes en situation de prostitution n=17).

II. Représentations autour du médecin généraliste et du parcours de soin.

A. Le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours, interlocuteur privilégié dans le système de soin.

1. *Un rôle princeps identifié par les patientes.*

Le médecin de famille ou médecin traitant est au centre de l'organisation du soin primaire en France, étant considéré comme le professionnel de premiers recours en cas de problématiques de santé, du fait de son accessibilité et de sa disponibilité.
Nous retrouvions cette représentation du médecin généraliste identifié par certaines patientes comme ayant un **rôle princeps** dans leur prise en charge.

> *« Donc elle a été vue à Pellegrin. Il y avait d'autres médecins mais c'est lui le médecin principal. » (Isabelle, traduction par un interprète Bulgare)*

Au cœur du système de santé français, le médecin généraliste apparaît comme un **interlocuteur privilégié** en cas de problématiques de santé. Le généraliste était reconnu comme un **soignant de premiers recours** dans le parcours de soin des patientes, pouvant être sollicité rapidement dans une grande diversité de situations de soin.

> *« Elle me prend asthme. Beaucoup de choses euh... Quand j'ai moi quelque chose je viens tout de suite. » (Roxana)*

> *« Every time I have problems, (I go to see her)… Anytime I have problem in any part in my body. » (Laura)*

Ce constat s'explique par deux caractéristiques fondamentales de la médecine générale, à savoir la **pluralité des compétences** du médecin généraliste, notion que nous développerons plus loin, et son accessibilité dans le système de soin.

2. *Accessibilité du médecin généraliste au sein du système de santé français.*

Du point de vue du patient, le médecin généraliste se situe à une place privilégiée dans le système de santé du fait de son **accessibilité** permettant l'obtention aisée et dans un délai acceptable d'un rendez-vous médical. En cas de problématique de santé, les patientes mentionnaient ainsi une sollicitation fréquente et itérative de leur médecin généraliste.

« Mais après j'ai eu des complications euh… Tous les quatre matins j'étais chez lui ! J'avais mal au ventre j'avais mal au ventre, j'avais mal au ventre… » (Babette)

L'accessibilité du médecin généraliste le place au cœur du système de santé, dans un rôle facilitateur de l'accès aux soins. Nous allons voir que les modalités de rencontre du médecin généraliste sont multiples.

a. Modalités d'accès aux soins primaires : choix du médecin généraliste en fonction de sa situation géographique, de sa visibilité et de sa mobilité.

La notion d'accessibilité présente une dimension double, spatiale et temporelle. Ainsi, s'il était appréciable pour les patientes de pouvoir rencontrer leur médecin généraliste rapidement en cas de besoin, les notions de **proximité** et de **visibilité** (plaque d'exercice) étaient également mentionnées dans les entretiens, éléments clefs de l'accès aux soins des patientes.

« C'est pas loin, à côté de chez moi avant. Où j'habite avant (...) J'ai vu là-bas dans la porte, médecin traitant, c'est pour ça je... Y'en a beaucoup hein ! » (Marie)

« Et comme c'était pas loin, donc elle est allée dans son cabinet. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)

L'accessibilité du médecin généraliste du fait de sa **mobilité** et de la **réalisation de visites à domicile** était également évoquée en cas de difficulté de déplacement du patient.

« J'avais une voisine qui habitait quand j'étais à Bègles. C'est grâce à elle, quand il venait il la soignait. Evidemment j'ai profité, je me suis abonnée avec lui. » (Donna)

b. Modalités d'accès aux soins primaires : l'importance du tissu social ; le « bouche-à-oreille » et l'entraide mutuelle des pairs et de l'entourage.

Les entretiens mettaient en exergue que la modalité principale d'accès au médecin généraliste pour les femmes rencontrées se faisait par le principe du **« bouche-à-oreille »** et l'entraide des pairs ou de l'entourage.

« C'est une fille, j'ai expliqué ma situation, parce que quand je suis arrivée, j'ai des problèmes de santé de… Anémie. Elle m'avait dit y'a un docteur qui aidait aussi c'est pour ça j'ai venu ici avec docteur α. » (Marie)

« So I meet a friend that place, then I was very sick and he directed me to doctor γ. That is a friend. That is why with doctor γ since i'm in France. (Laura)

Les modalités d'accès au médecin généraliste par l'intermédiaire de **moyens informatiques ou téléphoniques** étaient également énoncées.

« Non, j'ai pris le rdv dans internet. (Tchip) » (Joy)

B. Une relation de soin privilégiée : durabilité du lien et connaissance du patient.

Du fait de son rôle clef au sein du système de soins primaires, le médecin généraliste apparaît comme un professionnel capable d'assurer la **continuité du suivi des patient.e.s et de leur prise en charge**. Les caractéristiques de la relation soignant-soignés en médecine générale sont ainsi à l'origine de l'établissement d'un **lien de confiance privilégié** entre le praticien et le patient.

« Si elle est pas là, je je comment dire… Je contente pas. (…) Après (tchip) c'est pas grave, je parlais avec l'autre, la petite. Mais je aime elle, c'est tout (rire). » (Jessica)

1. Pérennité et constance de la relation de soin

Un aspect fondamental de la relation de soin pour les patientes était sa **durabilité**, permettant la construction d'un lien de confiance. La **continuité et la pérennité du suivi** par le médecin généraliste étaient ainsi mentionnées par les femmes.

« Moi j'ai de très bonnes relations avec mon médecin donc euh... c'est le fait qu'on se connaisse depuis longtemps. » (Babsy)

« Docteur β... C'est plus gentil ! (rit) (…) Docteur β ça fait dix ans, connais. Et... Tout le temps elle rigolait. Tout le temps. Me tout plait ! (rit). Les beaucoup pareil, beaucoup très gentille (…) Ça fait longtemps connais elle. Très gentille. Euh... (réfléchit). » (Sandra)

A l'inverse, les patientes portaient un **regard critique sur le caractère éphémère et « artificiel »** d'une relation de soin.

« Et maintenant je sais pas… Un toubib il passe, histoire de t'apaiser quoi ! » (Babette)

Ainsi, le changement de médecin pouvait être perçu comme contre-productif et inutile pour les patientes.

« Je n'aime pas trop changer de médecin. Ça ne sert à rien. » (Donna)

2. *Un lien privilégié : connaissance du patient par le médecin généraliste*

Une des caractéristiques appréciées de la relation de soin que les femmes mettaient en avant était la notion de **connaissance du patient par le médecin généraliste**.
Assurant leur suivi régulier, ce dernier apparaissait comme un acteur privilégié de leur prise en soin, du fait d'une compréhension du patient et de sa connaissance du dossier médical.

« Mais moi je viens avec lui, parce que lui mieux comprendre, et connaître quel médicament donner pour moi. » (Rose)

Cet aspect de la relation médecin-patient était à l'origine d'une **mise en confiance du patient**, assuré d'une prise en charge adaptée à ses demandes.

« Parce que quand il sonne seulement là, même si je prends dix minutes pour me lever, il sait que j'ai des problèmes pour marcher. Je vais venir lui ouvrir. Il vient il me soigne. » (Donna)

A l'inverse, certaines femmes exprimaient une insatisfaction et une mise en doute de l'efficience des soins apportés, devant un médecin peu impliqué auprès de son patient et ne paraissant pas connaître son dossier médical.

« Ouais ! Non et puis j'ai l'impression qu'il est à l'ouest. Enfin chai même pas si il a regardé mon dossier de de… » (Babette)

3. *L'impact de la qualité de la relation médecin-patient sur le suivi des personnes*

Cependant, pour les femmes, cette durabilité de la relation de soin n'était possible qu'en cas d'établissement d'un lien de confiance avec le médecin généraliste. En effet, les patientes mettaient en avant leur **liberté de choix et de changement** de médecin généraliste en cas de non-satisfaction.

« Of course i'm ok with them. If I don't like them I change. » (Success)

De ce fait, la **qualité de la relation médecin-patient** avait un impact sur la prise en charge des personnes, pouvant être vectrice **d'une continuité ou au contraire d'une rupture dans le suivi de santé**. Nous notions ainsi une **fidélisation** lors de l'établissement d'un climat de confiance dans la relation de soin.

> *« Et ce médecin, donc le docteur µ. Je l'ai gardé jusque dans les années… Jusqu'à ce qu'il parte à la retraite. » (Babette)*

Une bonne relation médecin-patient était ainsi un **facteur d'accès aux soins**, les femmes déclarant se rendre facilement chez leur médecin en cas de problèmes de santé si elles s'estimaient satisfaites du lien établi avec le praticien.

> *« Aujourd'hui c'est elle, elle est très gentille avec moi. Tout le temps, je vais aller chercher.» (Jessica)*

Nous notions **l'investissement des patientes** pour s'assurer de leur prise en charge par le praticien choisi, du fait de la qualité de la relation. Antonia mentionne ainsi ses efforts et le temps passé à retrouver le lieu d'exercice de son médecin généraliste.

> *« Hum hum oui c'est bien j'aime comment elle est, moi trouver cette adresse, une heure ! » (Antonia)*

Au contraire, l'absence de relation de confiance était vectrice d'une **rupture de suivi ou d'un souhait de changement de médecin généraliste**.

> *« Je suis allée là-bas mais (tchip) c'est pas bien. (…) J'ai dit je viens pas. J'ai dit c'est fini je viens pas ici. (marmonne) » (Marie)*

> *« Ca fait quoi ? Deux ans ? Mais je vais changer de médecin. Parce qu'il… Il me semble pas. Alors… (hésite puis s'arrête de parler, comme pour signifier son ressenti négatif dans la relation de soin). » (Babette)*

Les causes d'une rupture de suivi étaient multiples : manque de disponibilité, manque de bienveillance, sensation de stigmatisation et discrimination, rapidité de la consultation. Nous aborderons plus précisément ces notions au fur et à mesure du développement de notre travail sur les attentes des patientes vis-à-vis du médecin généraliste.

L'impact d'une relation médecin-patient de mauvaise qualité sur l'effectivité du suivi des patientes nous semble importante à signifier, dans une dynamique de facilitation de l'accès aux soins de cette population, exposée à des risques sanitaires et des besoins de santé importants. Le rôle du médecin généraliste et son implication dans l'établissement d'une relation de soin qualitative apparaissent ainsi comme fondamentaux afin de s'assurer d'une prise en charge adaptée des personnes, en accord avec leurs attentes et leurs besoins, permettant un accès aux soins effectif et le maintien du suivi des patients.

C. Disponibilité du médecin généraliste et devoir de soin comme préalables indispensables à l'accès aux soins primaires et à la satisfaction du patient.

1. *Disponibilité du médecin généraliste : une qualité requise pour l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité.*

Considérant le médecin généraliste comme un des interlocuteurs de première ligne dans leur prise en charge, une des attentes des patientes vis-à-vis du soignant était sa **disponibilité** en cas de difficultés.

> *« With doctor β is good. (tchip) (...) If I want to see doctor β. She attends to me, there. She attends to me, there. » (Mirabelle)*

Cet aspect de la relation de soin était à l'origine d'une **satisfaction du patient et d'un regard positif** vers le médecin généraliste.

> *« Ça va ça va, euh… Avec lui j'ai pas de problème du tout. Tous les jours quand j'ai besoin de tout ça. Toujours il est très très gentil. » (Blanche)*

A l'inverse, les femmes exprimaient un **mécontentement** en cas de non-disponibilité de leur médecin généraliste, influençant la qualité de la relation de soin. Pour Donna, ayant des difficultés pour se déplacer, cela se traduisait par un refus du médecin à poursuivre les visites à domicile.

> *« Il est méchant. (...) Tu m'as habitué comme ça maintenant tu veux changer d'un coup c'est pas gentil ! (...) Voilà il faut qu'il vient ! Hum hum... Il faut qu'il vient. (...) Docteur δ c'est une merde ! Quand je l'appelle il vient plus. (...) Maintenant je lui en veux, il faut qu'il vienne. » (Donna)*

Il était attendu du médecin généraliste une **gestion du temps et de son planning de consultation** lui permettant de recevoir ses patients au moment voulu.

> *« Moi j'ai pas bien. Je sens pas bien. J'ai prend tous les mes papiers, que j'ai fait : radio, prises de sang, tout. Pour amène lui. Lui dit "non moi aujourd'hui y'a pas de place pour toi, tu vas avec l'autre docteur." (...) Parce que lui toujours y'en a beaucoup personnes. Et toujours pour moi y'en pas place. Avec lui. » (Rose)*

La difficulté d'accès à une consultation avec le médecin généraliste et **le temps d'attente** étaient critiqués par les patientes, déplorant le manque de disponibilité de leur médecin. Cette mauvaise gestion de la contrainte temporelle des consultations était délétère à la relation de soin.

> *« Il me dit "Viens RDV à 10 heures". Et j'attends jusqu'à 11 heures pour rentrer. Ça m'énerve, ça me stresse, tu comprends ? Et moi beaucoup nervée stressée. » (Rose)*

Nous notions le versant négatif du système de « sans rendez-vous », inducteur d'une attente, parfois considérée par les patientes comme trop importante et vectrice d'une insatisfaction et d'un abandon de suivi.

> *« Sometimes, if you call her, you see without nothing rendez-vous, he can not attends to me. Unless, I call her for telephone. I come. And before he attends to me, I don't have telephone doctor. If I go there before he attends to me, I will tired, I will stay many hours before I go back. Somebody give me this now, but I say I can't this place. » (Mirabelle)*

> *« Dès fois j'en avais marre d'aller là-bas tu vois. Parce que tu y passais ta journée quoi ! » (Babsy)*

L'absence de disponibilité du médecin, telle qu'attendue par les patientes pouvait ainsi être responsable d'une **rupture de suivi et d'un refus de poursuite de la prise en charge** avec le praticien concerné du fait d'une insatisfaction des patientes. Nous notions cet aspect en cas :

- De **mauvaise gestion du temps et du planning de consultation :**

> *« Mais y'en a un autre avant il n'est pas gentil, il est pas gentil. Rien rien. Il est très méchant (...) Si il donne les RDV 15 heures, à 17 heures il va passer, il regarde pas. Après il va dire : "Pourquoi tu attends ?" (...) Il va faire n'importe quoi. (...) Comme ça tout le temps tout le*

temps tout le temps je va dormir là. Il répond pas. C'est pour ça j'ai laissé. Il est pas gentil. » (Jessica)

- D'**absence de suivi effectif et d'investissement** auprès du patient :

« Oui bientôt un an (que je ne l'ai pas vu) ! Oui... Il est méchant. C'est pour ça que je dis il faut changer un peu là ! » (Donna)

- De **refus de prise en charge** par le médecin généraliste dans **l'urgence** d'une situation de grande vulnérabilité et de détresse médico-psychologique :

« Quand quelqu'un il tapait moi la main, le méchant, il bagarre moi, après il voulait moi les sous, j'ai dit va y aller pour chercher lui pour expliquer, normalement il est mon docteur. Après il dit "non toi tu es en retard. Mais pour l'instant je fermais. Le cabinet c'est fermé. Non je n'ai pas le temps". Comme ça, comme ça. Après j'ai c'est ça qui m'arrête. » (Jessica)

2. *Compétences morales et éthiques : solidarité et inconditionnalité du soin.*

Dans la pensée des femmes rencontrées, le médecin généraliste était ainsi représenté comme un soignant ayant un **devoir de soin envers son patient**. Les entretiens mettaient en évidence l'importance d'une prise en charge inconditionnelle par le médecin généraliste, empreinte d'humanité et non sous-tendue par un intérêt financier, permettant l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité.

a. *Humanisme et solidarité : des qualités attendues par le patient.*

Nous retrouvions au travers des entretiens des dimensions telles que le **dévouement à autrui** ainsi que la notion d'une pratique empreinte de **solidarité et d'humanisme**. Du fait de son rôle sociétal, le médecin détient une **obligation morale** de prise en charge des patients, vers un bien-être moral et physique. Nous retrouvons ici les fondements même du soin primaire, portés par la parole des femmes.

« Normalement c'est un docteur ! Et... Elle travaille pas pour elle, elle travaille pour des mondes, pour des gens. C'est... mais oui ! C'est comme ça. (...) It's the job of the doctor, to make you feel… Allright. I know some are not good. But… They just want to treat you and make you feel… Allright. Yes, they give you the best they can. » (Kimberley)

b. *Des obligations morales : le devoir de soin*

Pour les patientes, le médecin généraliste est un professionnel ayant un **devoir de soin**, dicté par sa fonction et son statut dans la société. Une absence de prise en charge telle que souhaitée par la patiente était à l'origine d'une insatisfaction, le médecin n'assurant pas son rôle de soignant tel que perçu par la personne. Etait ainsi abordée **l'inconditionnalité du soin et de l'accueil du médecin**, nécessaire à une prise en charge adaptée des patientes, centrée vers leurs besoins de santé.

> *« Si quelque chose m'arrive je vais… Je vais foutre le bordel. Il est obligé de venir seulement. (…) Je vais aller lui dire que si quelque chose m'arrive, c'est bien que on va s'en prendre à lui. Parce qu'il ne veut plus venir me soigner. Il est méchant. (…) ! Tu travailles pour l'état où tu ne travailles pas ! » (Donna)*

c. *L'intérêt du malade avant tout : une prise en charge non sous-tendue par l'aspect financier*

Le concept de solidarité et d'obligation morale de soin était intimement lié au **rapport financier** en consultation. Les femmes exprimaient une satisfaction lorsque le médecin avait été en mesure de les prendre en charge en l'absence de ressource. La disponibilité morale et éthique du médecin face à la précarité des personnes était à l'origine de **l'établissement d'un lien de confiance** dans la relation médecin-patient.

> *« Y'avait les dispensaires, y'avait tout ça et tous les gens.... étaient plus solidaires. Enfin... (…) Moi je vois docteur µ, je vois quand je suis arrivée chez lui je le connaissais pas, il m'a soignée. Sans rien me demander quoi ! (…) Parce que… Ben parce qu'on s'est connus dans des circonstances euh… Curieuses ! Moi j'étais déjà dans un foyer. Je m'étais échappée... Parce que j'avais 16 ans quand je l'ai connu. (…) Et un jour j'ai été malade j'avais pas d'argent ! J'ai été malade… elle l'a appelé, il est venu. Je lui ai dit que j'avais pas d'argent, mais il m'a soigné quand même. » (Babette)*

A l'inverse, une prise en charge sous-tendue par l'aspect financier, sans prise en considération du patient était à l'origine d'une insatisfaction des patientes. Nous notions un mécontentement suite à des consultations où la prise en charge ne leur avait pas paru optimale, exacerbé par l'annonce des soins payants.

> *« Elle a pris juste, comme ça comme ça, tiens ! Et je vais faire ça, payer ça ! Juste comme ça, c'est pas normal. » (Marie)*

Cet aspect nous semble important à développer du fait de la **vulnérabilité socio-économique et la précarité** d'une partie des personnes en situation de prostitution, **impactant leur accès aux soins**. Là encore, il est nécessaire de pointer que notre étude ne permettait pas d'avoir un regard exhaustif du fait du recrutement des patientes, non représentatif de la réalité hétérogène du phénomène prostitutionnel dans l'agglomération bordelaise.

D. Le médecin généraliste en tant que pivot central du système de soin : coordination du soin et multiplicité des structures de suivi.

1. *Un rôle de coordinateur du soin dans un système de santé parfois complexe.*

Pour les personnes rencontrées, si le médecin généraliste était le médecin de premiers recours en cas de problématiques de santé il détenait également un rôle majeur : celui de **coordinateur dans le système de soin.** Du fait de sa connaissance du réseau de soin, il permettait ainsi de faciliter l'orientation vers les structures et médecins spécialistes, en fonction des problématiques de santé rencontrées.

a. *La médecine générale : plateforme d'orientation dans le système de santé.*

Permettant une approche globale de la santé, le soin primaire englobe des situations médicales diverses et plurielles. Le médecin généraliste détient ainsi un **rôle double d'accueil et de prise en charge de pathologies en lien avec le soin primaire et d'orientation des patients dans le système de santé** : structures hospitalières, médecins spécialistes, examens complémentaires, etc.
Cette compétence était reconnue comme un critère de qualité du médecin généraliste.

> *« Il me dit, tu montres le papier le docteur. Et le docteur il me dit "mais qu'est-ce que tu attends encore ?" Tu as un souci. Il y a quelque chose de grave. Il me dit de venir au cabinet, il me donnait l'adresse tout ça. Et j'y allais et lui m'envoyer tout de suite à Clinique des 4 Pavillons et après les 4 Pavillons ils m'ont envoyée sur Haut-Leveque. Et j'attendais presque une heure et demi pour faire mes examens et tout ça. Et après je me faire opérer. » (Blanche)*

> *« C'est quelqu'un de très bien. Il l'a envoyé pour faire des examens, il l'a envoyé faire des scanners, faire des radios. Et tous les comptes-rendus, il a vu et c'est partout elle a été vue par les médecins. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)*

b. *Un rôle spécifique de coordination dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution*

Par ailleurs, les entretiens mettaient en exergue des attentes en matière de coordination correspondant aux besoins de santé des personnes en situation de prostitution tels que décrits dans la littérature. Le médecin généraliste détenait ainsi un rôle phare dans leur accompagnement vers des soins adaptés concernant les problématiques de santé sexuelle et gynécologie, le vécu de violences physiques ou sexuelles et la santé mentale.

Il est ressorti des entretiens que le médecin généraliste avait un rôle facilitateur dans l'orientation des femmes vers une **prise en charge gynécologique adaptée** : planning familial, gynécologue, structures hospitalières.

> *« Elle avait demandé, et donc elle disait « c'est bon je vais là-bas (n.d.a : au CACIS), pour vérifier ». (...) C'est le médecin qui lui a donné l'adresse. Il lui a dit si tu as ça il faut que tu ailles là-bas. Docteur ε » (Isabelle)*

> *« Gynéco tu parles ? (...) Oui oui très bien, c'est le frère du docteur ε qui est avenue Thiers » (Babsy)*

Pour d'autres femmes, le rôle de coordinateur du médecin traitant prenait son sens dans l'orientation vers un **suivi psychiatrique et psychologique**.

> *« I know I want to meet my Doctor γ. And she is one who direct me to Doctor ψ. (n.d.a : médecin de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) » (Laura)*

En cas d'agression physique ou sexuelle, le médecin généraliste était considéré comme une personne ressource dans la prise en charge et l'orientation des femmes vers une **structure adaptée pour les soins médicaux.**

> *« Après il rentre après il fait l'agresse, avec moi il couche avec moi (...) C'est à cause de ça, j'ai appelé pour expliquer avec docteur γ. C'est comme ça après donne-moi médicament comme ça comme ça. Elle est pas contente à cause quelque chose comme ça. (...) C'est comme ça je dis elle elle connaît moi beaucoup (...) Oui comme ça c'est elle dit moi aller à Pellegrin pour aller voir si y'a quelque chose. » (Jessica)*

2. *Le médecin généraliste au cœur d'un réseau de soin : multiplicité des structures de suivi des personnes en situation de prostitution*

Si le médecin généraliste est souvent identifié comme un interlocuteur privilégié pour l'accompagnement dans leur santé des personnes en situation de prostitution, il ressort des entretiens réalisés que les femmes rencontrées sont souvent **prises en charge par de multiples structures et nombreux professionnels de santé**, en relais du médecin généraliste.

Ce constat peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs phénomènes intriqués entre eux : méconnaissance du rôle du médecin généraliste, difficultés d'accès aux soins par peur de stigmatisation et/ou discrimination, du fait de freins à l'ouverture des droits de sécurité sociale, de l'importance du travail de proximité et « d'aller vers » des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, etc.

a. *Freins à l'accès aux soins et facteurs de non-recours au médecin généraliste.*

Les freins à l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution sont décrits dans la littérature, et ce travail n'a pas pour objectif de dresser une description exhaustive de ces situations. Cependant, dans le but d'évaluer les attentes des patientes rencontrées et d'assurer un accompagnement adapté, il nous semble essentiel d'aborder les **différentes difficultés d'accès au médecin généraliste**. En effet, les situations que peuvent rencontrer ces patientes sont parfois à l'origine de situations de grande détresse médico-psychologique et de grande vulnérabilité, dans lesquelles les femmes estimaient que le médecin généraliste tenait une place importante. **Les différents facteurs limitant l'accès aux soins des patients permettent ainsi de mieux comprendre les besoins des patientes en consultation et d'adapter nos prises en charge en fonction des situations rencontrées.**

- *Un rôle parfois mal identifié, l'impact des représentations culturelles du soin.*

Pour certaines patientes, le rôle du médecin généraliste en tant que médecin traitant était **mal identifié et méconnu, impactant l'accès aux soins et la compréhension de l'orientation dans le système de soin.** Il est possible que les représentations culturelles du soin jouent un rôle dans cette constatation, car la notion de médecin de famille et les modalités d'accès aux soins sont intrinsèquement liées au système de santé propre à chaque pays et qu'il existe des différences significatives dans l'organisation de ceux-ci à travers le monde.

La **possibilité d'accès à un médecin généraliste** et **d'un suivi** en libéral lors de l'ouverture des droits de sécurité sociale n'était pas forcément intégrée et comprise par les patientes.

> *« Non j'ai commencé, pas longtemps (à voir un médecin généraliste). CMU je pas encore, je suis presque 6 ans avec carte vitale. » (Blanche)*

Nous avons par ailleurs constaté que certaines patientes se rendaient dans des **associations dédiées à des soins spécialisés** en cas de problématiques de santé en lien avec le soin primaire.

> *« C'est au CACIS.* (*que je vais si j'ai un problème de santé quelconque*) » (Kimberley)
> n.d.a : Le CACIS est une structure associative dédiée à la santé sexuelle et gynécologique.

Beaucoup de femmes rencontrées exprimaient également le fait de ne pas avoir de médecin généraliste exerçant en secteur libéral, assurant **l'intégralité de leur suivi au sein des associations dédiées**, notion que nous développerons de manière approfondie plus loin.

> *« IPPO ! Oui il m'est arrivé là-bas, à la station, il m'a expliqué. Après je suis arrivée là-bas. Après l'est m'a donné un rendez-vous au CACIS. Y'a pas. C'est tout. Après j'ai trouvé cette association. Ici c'est bon docteur β, ici c'est bon. (...) Non y'en a pas ! (de médecin traitant) » (Antonia)*

> *« Non je veux pas. (voir un autre médecin généraliste) (...) Non parce que si moi mal à la tête, si moi mal estomac, si moi mal quelque chose je viens ici (en association). » (Roxana)*

- *Méconnaissance du système de santé français*

Les patientes que nous avons pu rencontrer étaient pour la plupart migrantes, et la **méconnaissance du fonctionnement du système de santé français était un frein important à l'accès aux soins**. Nous avons vu que le rôle princeps du médecin généraliste dans le parcours de soin en France était parfois méconnu et impactait le suivi des patients. De la même manière, l'importance de l'ouverture des droits de sécurité sociale pour permettre l'accès aux soins de santé en médecine libérale n'était pas une notion évidente à comprendre, et nécessitait une information claire et adaptée.

> *« Hum when I receive my paper, they said I should look for a doctor who can take care of me » (Laura)*

L'ouverture des droits de sécurité sociale n'était parfois pas suffisante pour permettre d'accéder à un suivi en médecine libérale, du fait d'une **difficulté pour trouver un médecin généraliste** induite par une complexité d'orientation dans le système de santé et de compréhension des modalités d'accès aux soins.

> *« Depuis un an je n'ai pas allé pour chercher mon docteur, parce que je ne connais pas où je peux aller. (...) Je ne connais pas où, comment je dois faire. Je ne connais je comprends pas comment écrit dedans c'est mon CMU. C'est après après après je allais je allais... comment dire : COS PADA pour chercher mon courrier. C'est après « s'il vous plait je comprends pas… c'est comme ça il explique bien pour moi. Mais j'ai dit moi je connais pas où chercher le docteur le médecin » (Jessica)*

- *Un parcours de santé façonné par la condition sociale : l'arrêt des droits de sécurité sociale comme frein à l'accès aux soins.*

Il est important de noter que le constat suivant est fortement lié au profil des femmes rencontrées, pour beaucoup demandeuses d'asile en cours de procédure. Cependant, il nous semble refléter une réalité même partielle du paysage prostitutionnel actuel de l'agglomération bordelaise, et des patientes que le médecin généraliste est susceptible d'accompagner.

Si beaucoup de femmes rencontrées avaient déjà été suivies par un médecin généraliste au moment des entretiens, il apparaissait que **la fin des droits de sécurité sociale** était à l'origine d'une **rupture dans le suivi par le médecin généraliste**, malgré une relation médecin-patient de qualité et le souhait de la personne de poursuivre son suivi.

> *« The time I came to Europe, when I seek asylum. So they gave me an hospital card to look to a doctor (...) Before I have doctor γ (...) Yeah... last time I met doctor γ it was... It was (tchip). It was really ok... Not difficult. Before... My asylum finished (...) But then I know her, so…After… then… My asylum finish and my hospital card finish so I can't be able to go to her again. Over two years now. I wish i have an hospital card. And go to her again ! But nothing out » (Joy)*

Cette difficulté de poursuivre le suivi avec leur médecin généraliste s'expliquait par une **crainte de stigmatisation par le praticien.**

> *« After my hospital paper finish, and my asylum. So I was afraid to go to the doctor. I don't like » (Joy)*

Par ailleurs les femmes exprimaient le fait qu'elles n'étaient alors plus en mesure de se rendre chez leur médecin traitant après l'arrêt des droits de sécurité sociale, ne pouvant avancer les **frais de consultation.**

> *« No no… Before, because I had hospital paper, so have doctor, normal doctor… in Capucins, doctor γ, you know (...) my hospital paper was finish and when I use to see the doctor they ask me to pay. So I don't have money to pay that so.... » (Tracy)*

La **gratuité des soins** était ainsi reconnue comme facteur facilitant l'effectivité de la prise en charge des personnes.

> *« Il faut que je payais d'abord ou… ? Hum (...) Non c'est pas bien. » (Marie)*

La fin des droits de sécurité sociale était par ailleurs à l'origine d'une **rupture dans l'observance des traitements et l'accès aux moyens de prévention**, les patientes n'ayant plus la possibilité de bénéficier d'une prescription.

> *« Yes I take (psychological treatment) but since long time I didn't take because my hospital paper was finish (...) So now i try to make new hospital paper in Médecins du monde. Maybe later i will… to take drug (...) Or maybe i will go to the pharmacy to maybe the drugs doliprane. I want to take some pills for prevention. » (Tracy)*

> *« Before... My asylum finished. Sometimes, when my friend they go (...) I beg them to me, so they help me to collect drugs. (...) So I explain to my friends if they can help me. To collect some drugs for me. Ever since, it's it's how I do now. » (Joy)*

L'arrêt des droits de sécurité sociale était souvent conditionné par un changement de situation administrative des patientes, nécessitant de s'investir dans de nouvelles démarches. La **lenteur et la complexité du système administratif** pour la réfection des documents étaient des freins supplémentaires au renouvellement d'une demande de couverture maladie et/ou à la possibilité de se rendre chez son médecin généraliste.

> *« I'm waiting fo the... card now. Since December 4th (...) So they said, perhaps two weeks. Or... One month. So... Later I will go to... I'll go to... » (Joy)*

« C'est mutuelle. (...) Avant oui (je travaillais) mais j'ai un problème avec la préfecture. Là je suis avec... il a dit je quittais le territoire français. (...) Avant oui (j'avais un titre de séjour), mais là j'ai pas fait renouvellement, c'est... » (Marie)

Les **difficultés rencontrées pour la réfection des documents administratifs et la dureté des conditions socio-économiques** avaient également un **impact sur le suivi de santé**, les personnes déclarant ne plus avoir la disponibilité psychique pour poursuivre leur prise en charge.

« Docteur ψ, ça fait longtemps moi je prends rendez-vous avec lui parce que... y'en a beaucoup choses, moi je réfléchis avec la préfecture. Euh. C'est pour ça moi j'ai arrêté pour le moment » (Kimberley)

b. Relais du médecin généraliste par un réseau de soin pluriprofessionnel : multiplicité des structures et de professionnels de santé assurant le suivi des personnes en situation de prostitution.

- *Un suivi médical assuré par des professionnels multiples*

Du fait des différents facteurs limitant l'accès aux soins énoncés ci-dessus, les personnes en situation de prostitution que nous avons rencontrées expliquaient assurer **leur suivi avec des médecins différents et au sein de structures multiples**.
Ce constat s'explique également du fait des représentations du médecin généraliste libéral, parfois non identifié comme un interlocuteur adapté à certaines problématiques de santé (santé sexuelle, suivi psychologique etc.).

« Pour moi c'est chacune... Tu vois, la Case. C'est drogue et sexe. Après mon médecin c'est traitement et voilà ! Après y'a dentiste, j'en ai plus besoin. Et voilà. » (Babsy)

Leur suivi de santé pouvait ainsi être scindé entre **différents praticiens**, généraliste et spécialiste, en fonction de leur demande de soins.

« No, no, I have plenty doctors. » (Mirabelle)

- *Relais du médecin généraliste par les structures identifiées « précarité »*

En l'absence de droits ouverts, les femmes exprimaient avoir recours aux structures hospitalières de type **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et aux associations**, permettant un relais dans la prise en soin.

> « *My asylum finish and my hospital card finish so I can be able to go to her again. Over two years know. (...) Novembre last year ; I started to see doctor in Saint André (...) If i'm sick i'm going to saint andré. La PASS. Yeah I go there.* (…) *I go to... after Pellegrin. Hospital there is, they use to collect drugs. So, I when i needed i go there. Drugs, they have.»* (Joy)

La structure associative **Médecins du Monde** était également citée en cas d'absence de droits de sécurité sociale ouverts, afin de permettre l'accès aux soins des patientes.

> « *I don't know but I think maybe, Médecins du Monde, maybe they can help*. » (Tracy)

Les contraintes temporelles et administratives dans lesquelles s'inscrit la médecine générale rendent ardues la poursuite du suivi des patient.e.s en libéral en l'absence de droits de sécurité sociale ouverts. Cependant, la connaissance des difficultés que ceux-ci peuvent rencontrer à la fin de leurs droits pourrait permettre au praticien de prévenir ces situations de rupture de soin, en orientant les patient.e.s vers des structures pouvant assurer la suite de la prise en charge.

- *Structures hospitalières*

Lorsque nous interrogions les patientes sur leurs modalités d'accès aux soins en cas de problématiques de santé, les patientes exprimaient parfois avoir directement recours aux services hospitaliers, sans mentionner le médecin généraliste.

> *« A lot of place, I go to Eysines and the hospital in Pellegrin. Also Saint André » (Tracy)*

Ces lieux de soins étaient notamment identifiés dans des **situations d'urgence**.

> *« Hum directement pompier parti, parce que moi déjà y'en a assurance. Maladie... Euh. Pellegrin » (Sandra)*

La connaissance des services téléphoniques de soins d'urgence (15, 18) permettait leur prise en charge rapide et leur orientation vers une structure de soin hospitalière.

« Moi avant moi je prends médicament, après y'en a… Euh… Blood. Oui beaucoup sang ! Moi j'ai appelé les pompiers. » (Kimberley)

- *Associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution*

Parmi les femmes rencontrées dans notre étude, la plupart étaient suivies ou connaissaient des **associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution**. Du fait de ce recrutement, notre travail témoignait **de l'importance de ces associations** dans leur suivi et la prise en charge de problématiques de santé en lien avec leur exercice.
Il n'était ainsi pas rare que les patientes déclarent être **suivies conjointement en secteur libéral et par le médecin généraliste d'une association dédiée**.

« Depuis que je suis là, j'ai été à IPPO là, à la victoire, là les docteurs. Docteur α, il y a là-bas aussi, la docteur ω » (Rose)
n.d.a : Dr α est un médecin généraliste travaillant en association et Dr ω un médecin libéral

« Quand voit docteur β (médecin généraliste de POPPY). Parce que c'est pas mal. Ça fait longtemps connais elle. Très gentille. Euh... Pareil docteur ε. Pareil. Vous pareil ! » (Sandra)
n.d.a : Dr *β* est un médecin généraliste travaillant en association et Dr *ε* un médecin libéral

Nous notions le rôle majeur de ces associations dans l'accès aux soins et l'accompagnement des femmes rencontrées.

Nous avons vu précédemment qu'il existait des freins importants à l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution. Le **rôle du travail de proximité des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution** apparaissait comme un **facilitateur de l'accès aux soins** des patientes rencontrées. En réalisant des maraudes dans un objectif « d'aller-vers », les associations permettaient d'établir un **premier contact** et une orientation vers le système de soin.

« La première fois elle est venue Anaïs, Nina et Pauline, chez moi à côté, dans le travail. (…) Elle dit " Bonjour Bonjour ! Nous associations, nous, elle m'a expliqué. Elle me dit si tu veux venir, pour les visites, pour le gynécologue tout ça. Et je venais tout de suite. » (Roxana)
n.d.a : Anaïs, Nina et Pauline sont salariées d'une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. Les prénoms ont été modifiés.

Lorsque nous interrogions les femmes sur les moyens d'accès aux soins et à un médecin généraliste, il était ainsi fréquent qu'elles mentionnent les associations dédiées à leur accompagnement et le **lien réalisé sur leur lieu de travail, leur ayant permis d'être prises en charge par le médecin exerçant en association.**

> *« IPPO ! Oui il m'est arrivé là-bas, à la station, il m'a expliqué. Après je suis arrivée là-bas. (...) Après j'ai trouvé cette association » (Antonia)*

> *« Non mais moi quand j'ai arrivé en France. Je, là-bas, je voir à IPPO, sur la route, lui me proposait pour docteur, gynécologue et tout. » (Rose)*

Du fait de l'intervention de professionnels aux profils divers (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) ayant connaissance des spécificités du travail prostitutionnel et des facteurs de vulnérabilité des patientes, ces lieux de soins permettaient une **prise en charge médico-psycho-sociale complète et adaptée des personnes.**
Ces structures permettaient ainsi aux femmes d'accéder facilement à des moyens de **réduction des risques**, en proposant un **suivi gynécologique, la réalisation de dépistage ou la distribution de matériel de prévention** (préservatif, gel lubrifiant).

> *« Et ben ici je viens. Comme elle me faire tests, tout ça. Et après... me dit ça va ou ça va pas. » (Rose)*

> *« No I went to... hum... in Saint Michel, they use to collect condoms before. I go there to do my test. Everything was fine for me. » (Joy)*

Du fait de la **pluridisciplinarité** des intervenants, ces associations permettaient également de réaliser un **accompagnement juridique et social**, indispensable au suivi de ces patientes au vu de leurs facteurs de vulnérabilité potentiels.

> *« Heu there is an association where I go they help me to make a report to the police, so I can stop. » (Tracy)*

> *« So I've come here before (in POPPY). I went in that place, for you to look any work for me, a little money, for me to first take care of myself. » (Laura)*

Ces associations, parfois unique lieu de soin des patient.e.s tenaient par ailleurs un rôle primordial de coordination du soin et d'orientation dans le système de santé. Ce rôle pouvait être assumé par le médecin généraliste exerçant en association, mais également par les autres professionnels exerçant dans la structure (éducateur, assistant social, coordinateur, infirmier).

> *« Lui (le médecin d'IPPO) me proposait pour docteur, gynécologue et tout. Et je vois toute là-bas docteur. Ah oui ça va. Et toujours là-bas j'ai été moi. Quand j'ai besoin docteur. J'ai besoin courrier, quelque chose, je allais là-bas. » (Rose)*

> *« Hum the last time, I went to see Lucien. So she called Saint André for me. So about things I have. So… I explain to Lucien. To Lucien and he call the doctor for me. So I went there and I… (hésite) When I'm sick I go there. » (Joy)*

L'importance des associations dédiées à l'accompagnement des personnes prostituées était intimement liée à la **confiance** des femmes portée à ces structures, identifiées comme un **lieu ressource et un espace de parole libre.** Nous verrons par la suite la difficulté potentielle des femmes à s'exprimer sans filtre face à un soignant n'ayant pas connaissance des spécificités de l'exercice prostitutionnel. L'accueil des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution était considéré par les femmes comme un **soulagement du fait de la certitude d'une écoute ouverte et respectueuse.**

> *« Je viens comme une famille ici, et quand je me sens toute seule à maison je dis ok je partage ça ici. (…) Toute les filles là-bas et je me sens très bien. (…) Quand je viens de la maison, que je dis … je dis comme ça que je va aller, je parle avec Pauline, avec docteur β. Je me sens bien. (…) Je me sens bien, tu comprends, je me sens ouvert ! Je sais que je peux parler avec les filles euh… » (Roxana)*

Les patientes exprimaient ainsi une **satisfaction** de pouvoir être prise en charge par une structure de ce type et estimaient que ces lieux étaient **adaptés à leurs besoins de santé**.

> *« Je trouve sympathique ici. Avec vous aussi. En plus c'est bien, changer après avec moi. La tête un peu changée, quand je parler un peu discuter, je trouve que lieu bien pour moi. » (Rose)*

- *Planning familial*

Si la plupart des patientes étaient suivies par un médecin généraliste, elles déclaraient se rendre dans des **associations de soins spécialisées**, notamment concernant leur **suivi gynécologique**.

Beaucoup de femmes étaient ainsi suivies par le **Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité**, assurant le relais de leur médecin généraliste pour les questions de santé sexuelle. La gratuité du centre et le partenariat avec les différentes associations et structures de soin assurant la prise en charge des personnes migrantes pouvaient expliquer que ce lieu soit fréquemment cité.

> *« Non, moi je pas parti avec le docteur ε. Moi connais l'autre médecin ! Et moi parti, côté grand parc. CACIS oui ». (Sandra)*

Ce centre était identifié comme un **lieu de soin compétent** en cas de questionnements sur la santé sexuelle et les **prises de risques liées à l'activité prostitutionnelle** (dépistages, IVG, etc).

> *« CACIS, c'est là, on lui a fait des examens. Quand il y a quelque chose elle y va pour vérifier que tout va bien. » (Isabelle)*

> *« Yes it was in CACIS yeah. So they make all the tests, échographie, everything ! (...) Hum... j'ai enceinte, déjà ! Moi je viens CACIS parce que moi je réfléchis... Tu... Moi j'ai pas encore préparé pour le bébé. » (Kimberley)*

Ce planning familial était également un **relais dans la coordination des soins gynécologiques.**

> *« Le CACIS prend un RDV pour moi hôpital Pellegrin. J'ai arrivé ici. Non moi je prends échographie à CACIS (...) Elle donner moi un rdv à l'hôpital Pellegrin. (Kimberley)*

- *Psychologue, Psychiatre, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)*

Si le médecin généraliste était identifié comme un soignant ressource et un interlocuteur important dans l'accompagnement des patientes en cas de souffrance psychologique, certaines patientes déclaraient assurer leur suivi conjointement avec des **professionnels exerçant au sein de structures associatives ou spécialisées dans la santé mentale**. Toutes les femmes nigérianes que nous avons pu rencontrer étaient suivies par **l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité**, du fait de pathologies psychiatriques avérées (syndrome dépressif, syndrome de stress post traumatique etc.)

> *« I was seeing a doctor, a psychological doctor in Médecins du Monde. But I change to EMPP » (Success)*

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LES REPRESENTATIONS AUTOURS DU RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE ET DU PARCOURS DE SOIN

Notre étude met en évidence le **rôle central** du médecin généraliste dans le système de soins français. Identifié comme un **coordinateur du soin** et un **interlocuteur privilégié** en cas de problématiques de santé, les femmes attendaient de leur médecin traitant une **accessibilité, une disponibilité et des compétences morales et éthiques garantissant l'inconditionnalité du soin apporté.** Une **relation médecin-patient de qualité** était à l'origine de l'établissement d'un lien de confiance privilégié permettant une **fidélisation et une continuité du soin.** Nous notions l'importance de **l'environnement social** des personnes dans leur accès aux soins, avec le rôle clef du « bouche-à-oreille » et de la transmission d'information entre pairs.

Cependant, si le médecin généraliste était identifié par les patientes comme un acteur phare du système de santé français, notre étude mettait en évidence des freins à l'accès aux soins primaires, notion concordant avec les données disponibles de la littérature. Ce constat ne peut être élargi à l'ensemble des personnes en situation de prostitution, du fait de la spécificité du recrutement de notre étude, auprès de femmes migrantes pour la plupart. **La méconnaissance du système de santé français et une compréhension partielle du rôle du « médecin de famille »**, sous tendue par les représentations culturelles de chacune pouvaient être des facteurs limitant la prise en charge des patientes. Du fait de contraintes socio-administratives, les patientes exprimaient des **difficultés à s'orienter dans le système de soin** et à parvenir à trouver un médecin généraliste, expliquant la multiplicité des acteurs les accompagnant dans leur santé (associations dédiées, structures identifiées « précarité » etc.). **L'ouverture des droits de sécurité sociale apparaissait comme un préalable indispensable à l'accès aux soins et permettait de limiter l'errance médicale des personnes.**

Par ailleurs, **les patientes déclaraient parfois avoir dû changer de médecin, du fait d'une relation médecin-patient non satisfaisante et d'une discordance entre leurs attentes et la réalité de la prise en charge réalisée.** Chez ces patientes présentant de nombreux facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux, la prise en compte de ces attentes en matière de santé et de compétences relationnelles était nécessaire à la pérennité du suivi et l'optimisation de leur prise en charge.

III. Attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste : pluralité des compétences médico-psycho-sociales.

Médecin de premiers recours, le médecin généraliste détient un rôle clef dans le parcours de soin des patientes, et implique ainsi qu'il maîtrise des compétences et connaissances plurielles.
Bien qu'étant d'abord identifié comme un soignant du corps, nous retrouvions également la dimension psycho-sociale du métier du médecin généraliste, prenant toute son importance dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution.

A. Compétences cognitives, techniques et résultats de soins.

1. *Pluralité des compétences*

Pour les femmes rencontrées, le médecin généraliste était identifié comme un professionnel de santé pouvant être sollicité dans des **situations de soins multiples et variées**, attenantes aux soins primaires. Les patientes exprimaient avoir recours à leur médecin traitant en cas de symptômes divers afin d'avoir accès à une prise en charge médicamenteuse adaptée.

> *« Quand je suis malade, j'ai avec la grippe, j'ai mal à le estomac, je demande des médicaments. » (Rose)*

> *« Maybe when I'm sick when i'm not ok, or something else or fever, I just go to see doctor γ. And writes me some drugs. » (Tracy)*

L'accompagnement des personnes en situation de prostitution comporte des **spécificités de prise en charge** du fait de l'exposition des patientes à des risques sanitaires, notamment sur le plan de la santé gynécologique et sexuelle. Si nous avons vu que le médecin généraliste avait un rôle dans l'orientation du patient vers des structures de soins gynécologiques, il s'agit également d'un professionnel identifié comme ayant des **compétences dans la prise en charge de la santé sexuelle et gynécologique de la femme**.

> *« Quand y'en a des problèmes normalement de... des problèmes de choses blanches, je réfère le docteur, je prends le rendez-vous je dis euh... J'ai un problème je suis sans papier. Ça me dérange quand y'a des... (hésite) de sentir et tout ça. » (Blanche)*

Notre étude révèle la récurrence de **plaintes somatiques similaires**, en lien direct ou non avec l'activité prostitutionnelle : **asthénie physique majeure et douleurs chroniques** (abdomino-pelviennes, musculosquelettiques, céphalées). Nous verrons que l'origine de ces troubles est multiple,

s'expliquant par la dureté de l'exercice (station debout prolongée, exposition au froid, violences récurrentes et infractions corporelles répétées), les parcours de vie traumatiques, la précarité socio-économique des personnes et l'impact psychique de ces situations sur la santé des personnes. La connaissance de ces spécificités peut aider le praticien à réaliser son accompagnement.

Le rôle de **prévention individuelle** du médecin généraliste était retrouvé dans les entretiens, avec des compétences de :

- **Réduction des risques** : dépistages, contraception.

  « Yeah I take that before (contraception). Then I stop. Yeah because I don't have a boyfriend so... I can't do thing. Yes, they gave (the doctor). » (Joy)

  « Avant docteur ε me faire 6 mois, un an. Parce que avant, tous les 6 mois... (...) Oui pour hépatite, pour tout tout. (...) Euh lui me donnait, me dit "ça ça ça". » (Sandra)

- **Conseils alimentaires et d'hygiène de vie** :

  « Lui m'a expliqué comme ça quand. Euh... me dit beaucoup kilos. Y faut arrêter le sucre, faut arrêter ça ça de manger. Pour comment expliquer. » (Sandra)

Le médecin généraliste était également identifié comme un **interlocuteur en cas** de **situation de violences physiques et/ou sexuelles.**

« Beating me ? Hum hum ! Yes ! It happen before, but it's nothing. (...) No, the doctor is know. You know, I tell her ! (...) Yes, I talk to the doctor ! Yeah they know. I talk to her. » (Mirabelle)

Le médecin traitant était ainsi considéré comme un soignant du corps, disposant de connaissances multiples permettant le maintien d'une « bonne santé », en alliant la prise en charge de pathologies aigües et de conseils diététiques. Nous verrons plus loin qu'il détenait également une place importante dans l'accompagnement psychologique des femmes, en cas de souffrance psychique ou de situations de vulnérabilité liées à leur activité.

2. *Efficience de la prise en charge et compétences cliniques*

Il était attendu du médecin généraliste qu'il soit un professionnel compétent, proposant une prise en charge adaptée et optimale. Les compétences du praticien en tant que **clinicien**, amenant à un **diagnostic adéquat** étaient appréciées des patientes.

« Il m'a trouvé le maladie. » (Blanche)

Une des attentes des patientes concernait également **l'efficacité des thérapeutiques prescrites** :

« Et tous les traitements qu'il lui prescrit sont très efficaces (...) Elle a mal à l'endroit où il y avait la partie métallique de la moto qui est rentrée dans l'estomac. (...) Donc il lui prescrit aussi des médicaments ; Et tous sont efficaces. Et quand elle les prend, la douleur elle passe. » (Isabelle, traduction par un interprète Bulgare)

« Mais il me paraît bien, il me donnait les médicaments... j'ai pas subi. » (Antonia)

L'expérience clinique du praticien était mise en avant comme une qualité nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance. Il nous paraît important de noter que cette notion était spécifique aux entretiens des deux patientes de nationalité française, mais n'était pas retrouvé dans les paroles des autres femmes.

« Donc docteur µ... Et puis c'est quelqu'un que j'aime bien, qui est zen... tout ça. Et il sait ce qu'il fait quoi. » (Babsy)

Cette notion était développée par Babette, expliquant avoir une **confiance accrue en un médecin d'un certain âge, en opposition à un « jeune médecin », moins expérimenté**. Bien qu'anecdotique parmi les entretiens réalisés, cette différence de représentation du médecin généraliste entre patientes françaises et migrantes nous paraissait importante à souligner.

« C'est un jeune médecin, il me paraît d'une incompétence phénoménale, donc j'ai pas du tout envie quoi, j'ai pas du tout envie. (...) Il est pas… Il est déjà pas…. Déjà moi quand j'arrive, pourtant il a pris la succession de mon vieux médecin. Mais après lui il était… C'était déjà un vieux monsieur. Donc il a arrêté. Et… Lui c'était un vieux médecin. Enfin un vieux médecin ! Moi à l'époque, c'était un vieux médecin. » (Babette)

A l'inverse, une **mise en doute des compétentes cliniques** du praticien était à l'origine d'une **insatisfaction** du patient, voire d'une **rupture dans la relation de confiance**.
Les patientes exprimaient ainsi un mécontentement devant des erreurs médicales, des erreurs de prescription, une inefficacité ou une mauvaise tolérance des traitements prescrits.

- **Erreur médicale :**

« Et il a regardé notre prise de sang que j'avais fait avec le docteur α. Docteur α (...) il est pas bien du tout. (inspire). (...) Quand je ramène, toujours il me dit : il est bon il est très bien, tous les jours il dit il est bon. Mais en fait il est pas bon. (...) Le docteur ε il est venu chez elle. Il me dit, tu montres le papier le docteur α. Et le docteur il me dit "mais qu'est-ce que tu attends encore ?" tu as un souci. Il y a quelque chose de grave.»
(Blanche, racontant comment elle s'est faite opérée d'une tumeur ovarienne)

- **Erreur dans les prescriptions** :

« Il se plante dans les ordonnances. Là il m'a fait une ordonnance là… La semaine dernière, je suis sous Levothyrox 75. Il me met Levothyrox 100. J'ai été obligé de le rappeler. Et de lui dire "où c'est que vous avez été me chercher le 100 euh... Levothyrox je suis a 75". "Ah zut" et alors il était confus je lui ai dit "vous voulez pas que je vous remplace dans votre cabinet ? Je serais peut-être plus opérationnelle que vous". Y'a un moment où… Et puis c'est récurrent chez lui. » (Babette)

- **Inefficacité des traitements :**

« Et moi beaucoup tousse, beaucoup... euh... bronchite. Elle me marquait juste un sirop. (...) Moi je viens encore pas bien. Pas... quand dormi. Respirait bien. Et là tousse tousse. Je dis c'est pas possible marquer d'autres antibiotiques ? Elle dit je te marquais un sirop, et c'est tout. » (Sandra)

- **Mauvaise tolérance des traitements** :

« Hum... Moi j'ai dit, c'est possible, me marquer piqures ? Elle dit non, je te pas marquer piqures, je te marquer médicaments. Elle me marquer, fort, très très fort médicaments (...) non boire médicaments. Et... après moi pas bien. Euh bé. Tourner, très mal à tête (...) Et tout le monde là-bas, peur pour moi. Je dis arrête ça médicaments. C'est pas… Une médicament c'est pas bien. Trop fort. » (Sandra)

Une patiente rencontrée mentionnait par ailleurs une méfiance vis-à-vis de son médecin traitant, du fait d'une **mise en doute de son intégrité éthique et déontologique**.

> *« Ben parce que euuuuh... Y'avait des combats et tout, laisse tomber. Hum je sais plus. Mais il devrait même pas exercer parce qu'il a été radié, il a fait de la taule. » (Babsy)*

3. *Représentation du médecin généraliste en tant que sachant et expert de la santé*

Le médecin généraliste était souvent présenté par les patientes comme un professionnel de santé **détenteur d'un savoir et de connaissances** permettant **d'obtenir des réponses et des solutions** en cas de symptômes et de questionnements sur sa santé.

> *« I come straight to the doctor because they have the solution ! » (Success)*

> *« For me I go to the doctor. Yes because, Lucien is not a doctor. So... I can go to the doctor, I explain to the doctor. My friends is not doctor. (...) So I rather go to the person that will help me. With the solutions. » (Joy)*
> n.d.a : Lucien est travailleur social dans une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. Le prénom a été modifié.

Du fait de son bagage intellectuel, il était identifié comme un **interlocuteur compétent pour l'écoute et la gestion de leur santé.**

> *« Pour moi j'ai pas de problème avec parler n'importe quoi le docteur. Parce que c'est pour ça tu allais chez le docteur. Pour t'expliquer ton problème, tout ça. » (Blanche)*

Soignant et sachant, le médecin généraliste était considéré comme ayant un rôle dans le **maintien de la santé et du bien-être physique**

> *« C'est pour bien ma santé c'est ça j'ai allé chercher mon docteur. »(Jessica)*

4. *Une confiance en l'avis du médecin généraliste*

Nous avons vu que le médecin généraliste était considéré comme un sachant et un expert de la santé. De ce fait, les patientes exprimaient une **confiance** en l'avis de leur praticien, se traduisant par une sollicitation de ce dernier en vue d'une **réassurance**, de **conseils de soins** et de **réponses face à des interrogations sur leur santé**.

- **Réassurance** :

« Yes, and if I don't feel good, I quickly to the doctor, or to the hospital, because I want to be sure, everything is ok with me. But I stop going to the street, I make a test, and everything. And the doctors said everything is ok. I don't have any disease. I don't have any sickness. I said ok. » (Kimberley)

- **Conseils de prévention***:*

« Je suis sortie 7 ans avec un garçon (porteur d'une hépatite C). Il y a dix ans. Et en fait je l'amenais chez docteur ε, et je lui ai dit : "Est ce que ça risque ?" Et il me dit "Ben non parce qu'elle est pas déclarée ! Vous pouvez copuler... (rires) tranquillement". Et c'est vrai qu'il n'a jamais rien eu. » (Babsy)

- **Conseils concernant les thérapeutiques** :

« Moi je parlais avec le médecin là il a dit j'ai arrêté (les traitements neuroleptiques) pour le moment parce que... même ça avec bébé c'est... c'est un peu... c'est pas bien. » (Kimberley)

- **Réponses à des interrogations sur la santé** :

« But hum... I tell it to the doctor. He said its because of hum pills. » (Success)

5. *Rôle de prescripteur, technicien et soignant du corps*

Une notion importante et fréquente que notre étude mettait en évidence était le **rôle de prescripteur** que les femmes attribuaient au médecin généraliste. En effet, beaucoup entretenaient avec leur médecin traitant un lien dont l'unique finalité était la prescription finale.

« Quand je vais aller au docteur, c'est juste pour les médicaments, c'est tout. (...) Oui, c'est juste, l'écrit médicaments, c'est tout. Doliprane, tout ça. » (Kimberley)

« Yes I know when I sick I go meet her, he writes medicament for me. (...) I go there, he check my body, and often he find. He write medicament for me, say me I go to pharmacy, I go, finish ! » (Mirabelle)

Cet aspect de la relation de soin pouvait être satisfaisante pour les patientes, correspondant à une **attente spécifique** vis-à-vis du médecin généraliste, d'autant plus que les thérapeutiques prescrites se montraient efficaces.

> *« Quand elle a le moindre problème, il y a le docteur ε qui trouve toujours la solution et prescrit des médicaments et c'est vraiment très bien. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)*

> *« Quand je suis allée là-bas, c'est juste pour demander le médicament tout ça. Il écrit après c'est fini. Y'a pas... Mais ça c'est des choses... euh... dans... dans... je sais pas comment dire. ça c'est des choses importantes pour moi ! » (Marie)*

Le médecin généraliste était considéré comme un **technicien du corps**, dont le portrait dressé par la parole des femmes semblait parfois presque **mécanisé, robotisé**.

> *« Elle va, elle attend, elle dit "Bonjour Bonjour" il lui demande quel est le problème, il fait des examens, et après il prescrit le médicament. Tu lui dis ton problème, où tu as mal, il te prescrit le médicament. Et après il y a d'autres personnes qui attendent. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)*

Considérant leur médecin comme un physicien du corps, les femmes déclaraient avoir des **difficultés à aborder avec lui des aspects plus intimes de leur vie, voire ne pas l'y autoriser**.

> *« Il vient, il me met ses appareils là, il me prend la tension et tout (...) Si il faut… les radios c'est… il me prescrit seulement hein. Il est pas pour faire plus que ça hein ! Il est très gentil mais on ne discute pas trop hein ! Il me donne le bras comme ça et puis voilà hein. Il me prescrit mes médicaments et il s'en va ! Tu veux qu'on parle de quoi encore ? Non rien, parce que quand je lui explique mon problème, il me prescrit des médicaments et je repars.*
> *(...) Non, car j'ai envie d'un médicament ou de gélule, ou les ovules. Il me prescrit. Il me pose pas de question de ma vie hein ! Je ne l'y autorise pas moi ! » (Donna)*

Pour les patientes, le médecin généraliste était représenté comme un professionnel expert, aux compétences plurielles, soignant du corps et engagé dans le maintien d'une « bonne santé ». Les entretiens révélaient le rapport parfois impersonnel induit par la technicité de la consultation. Nous verrons plus tard que ce constat avait un impact important sur la relation de soin et la possibilité d'ouverture du dialogue dans la consultation.

B. Des attentes et besoins en manière d'accompagnement psychologique

De nombreuses études et rapports officiels ont pu faire un état des lieux de la santé des personnes en situation de prostitution en France, mettant en exergue une importante vulnérabilité médico-psycho-sociologique de ces patient.e.s. L'ensemble des entretiens réalisés dans cette étude révélait des souffrances et difficultés psychiques des femmes, qu'il nous semblait important de développer. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude similaire réalisée au sein de l'agglomération bordelaise. Le phénomène prostitutionnel étant reconnu comme multiple et hétérogène, en fonction de la géographie et de la temporalité des exercices rencontrés, il nous apparaissait qu'établir un aperçu des besoins de santé en matière d'accompagnement psychologique des femmes rencontrées pouvait permettre au praticien de mieux appréhender leur prise en charge.
En effet, sans la connaissance et la compréhension des spécificités d'accompagnement de ces patientes, il peut être complexe de proposer une prise en charge centrée vers la personne, orientée et adaptée à ses besoins.

1. Une importante vulnérabilité psychologique

Parmi les femmes rencontrées, toutes exprimaient une grande **souffrance psychologique**, trouvant son origine dans la **difficulté de l'exercice prostitutionnel, dans la violence des situations de traite de l'être humain, du fait des conditions socio-économiques précaires, et des conditions sociales complexes en lien avec la régularité du séjour chez les femmes migrantes**.
Nous pensons que la prise en considération de cette réalité par le médecin généraliste peut permettre de faciliter le dialogue en consultation, en ayant conscience des expériences de vie des patientes.

a. Une souffrance psychologique en lien avec l'activité prostitutionnelle.

Nous notions dans nos entretiens toute la portée de l'imaginaire de « déviance morale » sur le vécu des personnes en situation de prostitution et le rapport à leur propre individualité : autodépréciation, isolement social, travail contraint, souhait de sortie de la prostitution, vécu douloureux de l'activité. La souffrance morale se mêlait à une souffrance psychique, intensifiées par les parcours de vie migratoires traumatiques mêlant situations d'exploitations sexuelles et de violences multiples.

- *Une activité déplaisante, « honteuse ».*

Pour l'ensemble des femmes rencontrées, l'évocation de l'exercice prostitutionnel était liée à des sentiments négatifs, en lien avec une **activité honteuse et déplaisante**.

« *It was very hard you know so… I have to reboot. I stop long time. (…) It was a bad life so… I stopped. » (Kimberley)*

« Je sais pas... ouais ! Parce que béh... C'est pas très agréable. Enfin non ! Je sais pas. C'est pas très chouette. » (Babette)

Cette notion est fondamentale car nous verrons plus loin qu'il s'agit d'un des **freins principaux à la verbalisation de l'activité prostitutionnelle auprès du médecin généraliste**.

« Je peux pas parler de ça. (sa voix baisse) (silence) (pleure) Non… Je aime pas... De pas parler de ça, c'est pour ça je... c'est pas de choses j'aime ». (Marie)

Souvent, les femmes exprimaient une **dévalorisation de soi-même**, en rapport avec une **atteinte à leur dignité et à une humiliation** liées à l'activité prostitutionnelle.

« Working in the street is not good. I'm a woman I need to keep my dignity. (…) I know many people like it, it's their life ! My all life I don't like (…) It's something eating my body. Street work is a work of humiliation. I don't want anybody to humiliate me. » (Laura)

« It's not a good life for me (...). I'll just feel ashamed of myself. » (Success)

Ce regard critique pouvait également être à l'origine d'une **dépréciation des autres personnes en situation de prostitution.**

« All they do it, they don't care about there In France. But me I care, I care. Because I know it's very important to me. Maybe it's not important to them that's why they are going in the street to work. Money money money. They don't take care about them. My way is important for me. Working in the street is not my problem. This is not my thing, it's not my dream. » (Laura)

Les femmes rapportaient un **détachement psychique et physique** lors de l'activité prostitutionnelle, décrivant une scission émotionnelle entre le temps du travail de rue et la vie quotidienne.

« Moi y'en a pas sentiments quand je fais ce travail. (…) Moi quand partir de là-bas moi j'ai oublié tout. Moi pas me faire mal à la tête pour l'espèce quoi faire le travail, qu'est-ce qui se passe avec les filles. Pourquoi je vais me faire mon stress pour rien. » (Antonia)

Cette séparation psychique prenait la forme d'une **dépersonnalisation** responsable d'un **dédoublement de l'individualité entre le travail prostitutionnel et le retour à un quotidien « classique ».** Les entretiens mettaient en évidence la ségrégation entre leur personnalité dans le travail de rue et leur personnalité propre, considérée comme « normale ».

> *« Ok je fais ce travail (...) je dis "Ok je sors". Je suis Ro…, je m'appelle Roxana. Tu comprends. Une fois que j'arrive à maison, c'est bien, je me douche : Ery**** (nom anonymisé). Et je suis complètement autre personne (...) Et je fais ce travail, mais j'ai... éducation. Tu comprends. Je aime parle bien. Et je aime pas parle Bulgare. Et je aime la maison, je fais ménage. J'ai mon habillement, je mets tout ça comme ça. Je me veux sentir bien à la maison. Etre une autre personne. Si je sors là-bas... Je suis habillée, je suis normale, je suis propre. Je me sens personne normale. » (Roxana)*

- *Une vision empreinte d'aprioris : « Le plus vieux métier du monde » ; un métier honteux et tenu secret de l'entourage.*

Malgré les avancées en matière de droits des personnes en situation de prostitution et de la législation encadrant leur exercice, les femmes rencontrées exprimaient une **gêne à l'évocation de leur activité, par crainte de stigmatisation et de jugement**. Le « plus vieux métier du monde » semblait ainsi rester, dans l'imaginaire collectif et des femmes, une activité non respectable et honteuse, devant être tenue cachée aux yeux d'autrui.

> *« Par exemple, je connais une fille normale. Elle est ballerine (...) c'est quand elle me demande, "qu'est-ce que tu fais ici ?" je lui dis "pour l'instant je pas travail. J'attends pour un travail. Je parle pas de la vie que je fais de nuit. » (Roxana)*

Roxana mentionnait avec émotions le **respect** qu'on pouvait lui porter, en l'absence de connaissance de son activité.

> *« Filles... Toutes me dit bonjour là-bas. Ça j'aime de France. Quand les filles passent là-bas, elles te voient pas comme un... tu comprends. Elles te respectent. Et quand les filles passent là-bas me disent "Bonjour Madame, ça va ?" Je dis "ça va merci !" et je suis trop contente pour ça. Tu comprends, que les personnes me saluent. » (Roxana)*

Beaucoup de femmes exprimaient **ne pas pouvoir mentionner leur activité à leur famille**, maintenue secrète de leur entourage. Nous notions une crainte du jugement d'autrui, justifiant un « **non-dit** » auprès des personnes aimées.

« Dans ma famille ? Ah moi j'ai des amis qui le savent, mais dans ma famille non. » (Babette)

« Pourquoi ma mère, euh hum… Comme je t'explique. Elle pas voulait travail comme ça. (…) C'est pas possible pour moi parler comme ça. Première fois mon frère me casser la tête (rires). » (Antonia)

Ce constat était responsable d'un **isolement social et psychologique**, limitant ainsi la possibilité de se confier, et de partager son quotidien. Bien que les patientes portent parfois le poids du soutien économique de leur famille dans le pays d'origine, la source des finances était maintenue secrète.

« Non. Je sens assure. Moi... jamais je pas le dire à mes enfants, ma maman... Pfou... non. C'est très difficile. » (Sandra)

« Parce que je parle avec mon sœur. J'ai pas, pas elle je sais elle fait son travail ici (…) non ma famille non, il ne sait pas. Moi j'ai... travail j'envoie. » (Roxana)

Malgré un vécu fréquemment pourvoyeur de souffrances psychiques, les femmes exprimaient une absence de soutien psychologique et d'interlocuteur identifié dans leur entourage. Maintenant leur activité secrète de leur famille et de leurs amis, elles ne paraissaient pas non plus trouver de l'aide auprès de leur.s pair.e.s du fait d'une **méfiance de l'autre.** Ce sentiment pouvait être induit par une déception dans une relation amicale, une crainte de jugement ou de non-respect de la confidence par les autres femmes.

« Je suis trop loin de ces amis parce que des amis devant toi parler gentiment. Derrière toi... Je préfère toute seule. » (Blanche)

« My friends is not doctor. Once you're telling your problem to your friend, tomorrow, they will mock you with that. So I rather go to the person that will help me. With the solutions. Black people, when you explain yourself to them, it no stand up to help you, he will start to tell this one, tell this one, this one have sickness, this one have problem. So that's why I don't like... (…) Yeah, cause the character is very very bad. They don't have mass control. Talk… » (Joy)

Une notion fréquemment rapportée, et découlant directement du sentiment « honteux » de l'activité prostitutionnelle, était sa **mise en opposition avec un travail « normal »**, tel qu'accepté par la société et donc inéluctablement par les personnes concernées. Les aprioris sociétaux dans lesquels s'intègre l'activité prostitutionnelle paraissaient ainsi imprégner la pensée même des personnes en situation de prostitution.

« Y... C'est pas... Pas comme ça. Comment, pas comme normal travail. Si normal travail c'est bien. C'est pas comme la rue. » (Sandra)

« Moi bientôt je trouver travail normal. (...) Je cherchais partout. Je trouvais travail pour moi. Mais je pas sortir. Jamais là-bas. J'aime pas. C'est juste fatiguée avec ce travail. Enervée, stressée, fatiguée. Tout pas bien moi. J'attends ça fini moi (...) sinon j'arrive pas, je pas sortir travail. Je veux travailler normal, je veux trouver une maison. Moi aussi comme tout le monde. Vivre la vie comme personne. » (Rose)

- *Traite de l'être humain ; la réalité de l'esclavage moderne.*

La prise en considération de l'importance des réseaux de prostitution dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution conditionne la compréhension de leurs besoins en matière de soins et de soutien psychologique. L'exploitation sexuelle liée aux réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains était à l'origine d'une grande vulnérabilité des personnes en situation de prostitution. L'ensemble des femmes nigérianes que nous avons rencontrées étaient ou avaient été soumises à des réseaux de traite, et leur parole témoignaient de souffrance en lien avec les pressions psychologiques effectuées par le réseau pour s'assurer de leur soumission.

Soumises à une **marchandisation de leur corps**, les femmes mentionnaient l'emprise du vaudou avec les cérémonies du « Juju », les astreignant à accepter leur condition, malgré les impacts psychologiques de celle-ci.

« I said ok, I will go, they took me to once way "Juju". So... I swear, that I will to pay out. I didn't even know that the money was very big. I thought it was a little one ! I didn't know the price, I didn't even know euros ! So... I don't even know. But when i go there, I swear that. The money was very big for me. I work I work I work. » (Joy)

Leurs paroles traduisaient ainsi une **culpabilité** et une **crainte de répression** du réseau sur leur famille, restée au pays. Cette pression psychologique était à l'origine d'un enfermement des femmes dans une réalité de vie douloureuse et sans échappatoire.

« Fights, trouble, in Africa, with my parents... Instead my... They kill my father, just because of me, so... (...) Because I didn't pay the money because as you pay 60 000 euros. And I pay 40. So I don't have the money to give to her. (...) So, for my father, he lost his life. On the process. Of that. So that's why. » (Joy)

La parole des femmes Nigérianes révélait souvent une **désillusion à l'arrivée en France** après la promesse d'une « vie meilleure », les ayant conduites à quitter leur pays. Bien qu'ayant parfois conscience de la réalité amère qui les attendait, peu semblaient avoir notion de l'extrême précarité dans laquelle elles allaient se retrouver (financière, administrative, violences en lien avec l'activité). Beaucoup exprimaient ainsi une **souffrance psychique** à l'évocation de leur quotidien.

> *«I won't lie. They told me. Because I don't like to lie. I only say the truth. They told me. That I will go to the street. But... in six month time, I will pay off my debt. (...). When I came to France, first time I came, I went to the street. Nothing ! So, I can't go now because... (...) I don't have to believe in human like me... (...) One day of the suffer (...) then I will be happy. Once a year. But for now, it's very very very difficult for me. Very very difficult (pleure) but I don't have no choice. (pleure) So... When I got here, it was really different... I was very very... The thing, that life will be so hard for me. I think that everything will be perfect but... (pleure). That will be not that. It will be worst, that I thought. I wish I know, I wish, everything... (pleure). » (Joy)*

Impliquées dans des situations dont elles ne voyaient pas l'issue finale, les patientes rencontrées exprimaient une **résignation face à leur sujétion** en lien avec leur dette et l'emprise du réseau sur leur vie.

> *« I said it's not the fault of the nigeriane case to walk on the street. Because maybe before they live Nigeria maybe someone after find you : there can you go to Europe ? I can offer you a better job. But when you get here this is… (se tait) on the street. So you're at the begin road. So you don't have any choice than to walk. Because you pay some wallet. It's not their fault. Because I'm tireness of pain. (silence) There is a lot of money I have to pay : 75000 (...) Yes they ask for more money (tchip) » (Tracy)*

Si certaines semblaient avoir pu s'extraire des réseaux, il persistait la **peur d'une nouvelle soumission** avec l'obligation de retourner dans la rue.

> *« Because I know any people who work in the street, I know how people missioned them. So I don't want that to happen to me. This work of the street is not what I like, I don't go. It's when… (silence) I don't like it (...). Look at me now it's very complicate for me. I don't know how to start my life. » (Laura)*

- *Un milieu hostile et insécuritaire : de la souffrance psychologique à la pathologie psychiatrique.*

Il existe au sein de l'activité prostitutionnelle une grande diversité d'exercice en fonction des lieux et des modalités de pratique. La plupart des femmes rencontrées dans notre étude déclaraient exercer une « prostitution de rue », décrite dans la littérature comme parmi les plus à risque en termes d'exposition aux violences et à l'insécurité.

> *« Tu sors tu connais pas c'est qui trouver toi là-bas. Peut-être quelqu'un fou, peut-être quelqu'un méchant. Peut-être qui fait l'amour avec toi, t'es pas payée. Peut-être quelqu'un taper toi, voler ton sac. Toujours problèmes là-bas (...)"Fais attention". Quoi fait attention ? Tu arrives le client tu connais pas le client ! (...) Oui toujours dans le stress, jusque partir la maison. » (Rose)*

Victimes de violences multiples et répétées, les patientes exprimaient une souffrance psychologique à l'évocation spontanée de souvenirs traumatiques. Ces expériences de vie avaient un impact sur l'état de santé des femmes, décrivant des symptômes pouvant aller de **l'anxiété à l'équivalent d'états de stress post-traumatique.**
Il nous paraît important de préciser que ces expériences étaient spontanément partagées par les patientes et que les entretiens réalisés n'avaient pas pour objectif d'explorer la dimension psychologique de ces souvenirs, trop complexes pour être ravivés lors d'un simple entretien, sans qu'un suivi effectif soit réalisé en amont.

> *« Avant (l'agression) je parlais. Je toujours rigolais, toujours bien, toujours pas penser. Quelque chose bien. Mais plus ça a été, plus c'était mon visage, c'était tellement pas bien (...) J'ai peur. J'ai pense que je reste comme ça (...) et ça m'énervait, ça me peur, ça me stresse. Et je commençais pleurer. Et oui... (pleure). » (Rose)*

> *« When I got there, it's no what they told me. It's not what happen. He is the one that did this to me (montre son visage). Yeah the mind. So... Head, insurance, all my body (...), injuries... injurie, injuries full. (pleure). » (Joy)*

Le vécu de violences à répétition et de l'insécurité dans leur exercice était à l'origine d'une **motivation pour les femmes à quitter la prostitution**.

> *« I stopped since last year. After the injury. So... yeah. It's help me to stop it. » (Joy)*

- *Souhait de sortir de la prostitution, une réalité lointaine : un travail contraint par manque de ressources économiques.*

Du fait de l'ensemble des constats énoncés ci-dessus, la plupart des femmes exprimaient le **souhait de sortir de la prostitution** et de parvenir à obtenir de meilleures conditions de vie et un travail « normal », afin de s'extraire de ce quotidien. La complexité de cette situation était souvent source de souffrance psychologique, du fait d'un travail contraint par manque d'autres alternatives économiques et sociales.

Bien que la majorité des femmes rencontrées exprimaient le souhait de quitter la prostitution afin d'accéder à des conditions de vie préférables et à un mieux-être physique, elles décrivaient une **nécessité de poursuivre cette activité, du fait d'une précarité économique.** Là encore, cette réalité d'exercice, bien que n'étant pas extrapolable à l'ensemble des personnes en situation de prostitution, était à l'origine de difficultés psychologiques, car responsable d'un **travail contraint** malgré les nombreuses souffrances énoncées ci-dessus.

> *« So I don't know what to do to eat. And to many things (...) A friend in my place said "You have to go to the street". I said no. I don't like that. Look at my conditions. It's hard in my dreams for me to go to the street and work. » (Laura)*

> *« Je... parce que j'ai envie d'arrêter. (...) Il est trop dur pour moi, que je suis sans rien du tout, et je dois dire avec qui je suis sans revenus. » (Blanche)*

Les patientes rencontrées déclaraient souhaiter changer d'activité sans en avoir la possibilité, du fait des **freins à l'accès au monde du travail en lien avec leur situation socio-administrative** : barrière de la langue, irrégularité du séjour etc. Pour de nombreuses femmes, la possibilité de s'extraire de la prostitution était conditionnée par la régularisation de leur situation et l'obtention d'un titre de séjour.

> *« Because now I'm in France I need to have paper. When I'll have paper I will not think of doing what is not good. Working in the street is not good. (...) So I need anything, I need paper. I can work, I have power to work. Anything that can give me money. That why all my document can free (...) And some people they finish to pay (their debt) and they may, they still walk because they don't have a document to work but a job. That's why we walk together on the street. That's it. » (Laura)*

L'irrégularité du séjour leur interdisant l'accès à un emploi déclaré, les patientes originaires d'Afrique Sub-Saharienne expliquaient **ne pas avoir d'autre alternative** que la prostitution pour subvenir aux

besoins fondamentaux (alimentation, logement, etc.) et ce malgré leur réticence à poursuivre cette activité.

> *« As my paper is finish, I go to the road. I go to the road, because why ? (...) Because I don't have money, my job to look for money to eat. Yes, I don't have money for my house. I just go... I go to the road. I go to the road… I give the money. (...) For this country, if you know... if you stay somebody's house, you need to pay the person. That's why. (...) Han han. That's why I want to go to the road now. Do for money. Because I don't like it. As I go this road. It's not my... (...) I always say "I want to go to the road." No. But because I don't have money, that's why I go to the road. » (Mirabelle)*

Les **ressources financières liées aux droits sociaux** influençaient l'exercice des femmes. L'arrêt de l'allocation de demandeur d'asile en lien avec le refus de demande d'asile était notamment décrit comme un facteur de retour vers l'activité prostitutionnelle.

> *« Before, I do not work in the street, before. Because I have pain. But because my paper is finish, I not see food, because they don't pay me again. Before, they pay me before. I use the money to eat, to take care of myself, yes. Since my paper is finish they don't pay me again. That's why I… » (Mirabelle)*

Au contraire, la perception des droits du Revenu de Solidarité Active permettait aux femmes de suspendre leur activité pendant un temps.

> *« Maintenant je pas sortir vraiment souvent (...) si je vois mon RSA, je pas sortir. » (Rose)*

Pour de nombreuses femmes, le travail de rue était contraint par la **nécessité de subvenir aux besoins financiers de leur famille**, restée dans le pays d'origine. Bien qu'inscrit dans une réalité difficile et douloureuse, les femmes estimaient avoir un devoir envers leur entourage, les obligeant à poursuivre leur exercice.

> *« Moi j'ai... Travail j'envoie. Comme un petit problème, parte là-bas, je t'envoyer 200 je t'envoyer 300. Tu comprends. Ils partent, ils acheter pour manger, et quand je vois mon famille qui... Mange ! Qui est bien... (sanglote) Moi c'est très bien (pleurs). Pour tout parce que tu vois aujourd'hui m'a appelé mon frère (...) mais je comprends. Parce que lui me pas dire tout de suite. Je lui dis "Dis-moi, c'est combien que tu veux que je t'envoie". Lui me dit "100 euros". » (Roxana)*

b. *Parcours migratoire et souffrance psychique : de la fragilité psychologique aux pathologies psychiatriques*

La fragilité psychologique des personnes en situation de prostitution que nous avons pu rencontrer s'expliquait également par l'histoire de vie de ces dernières et notamment de leur parcours migratoire. En effet, depuis plusieurs années, les travaux de recherche font état de l'expansion de vagues migratoires alimentant le paysage prostitutionnel. Notre travail de recherche allait dans le sens de ce constat, la majorité des femmes rencontrées étant originaires d'Europe de l'Est ou d'Afrique sub-Saharienne.

Une fois arrivées en France, les femmes se retrouvaient isolées de leur famille et de leurs proches. Etant livrées à elle-même dans un quotidien inconnu et nouveau, cet **éloignement familial** pouvait être responsable d'une détresse psychique avec anxiété et tristesse.

> *« Toujours je sens comme j'avais pas personne ici, je suis toute seule de mon la vie. Comment je fais mon la vie (...) Et comme ça toujours moi pas bien. Toujours nerfs, stress, tout le temps. » (Rose)*

> *« Oui parce que quand je venue ici, je pas parler français, je pas connu l'association, je pas connu rien (soupir). Et je venueBbordeaux mais je me sens perdue. Tu comprends ? Toute seule. » (Roxana)*

La précarité économique exacerbait ce constat, du fait d'une difficulté pour les femmes à joindre leur famille par **manque de ressources pour financer les échanges téléphoniques**.

> *« I no have money to call. Yes it's difficult for them to call me. It's difficult for me to call them. Hum hum…» (Mirabelle)*

> *« I don't have money to buy card. So I always… Sometimes… Since two weeks back I wait for her. (*n.d.a : sa fille, restée au Nigéria*) (...) When I have for her. I'm very happy… (sa voix se casse, larmes aux yeux). » (Joy)*

Nous notions également un **état de stress et d'anxiété** omniprésent dans le quotidien, induit par **l'irrégularité du séjour**. Cet inconfort s'expliquait notamment par une **absence de visibilité et d'espoir** concernant une amélioration possible de leur situation administrative.

« *Since I was in France I always be stressed. I can not understand my all situation. I don't know why I getting better, I getting worst. I don't know because of the stress of my paper, whatever, I don't know (…) Since I'm in France is ok little when I receive little money before. But ever since I go to commission my paper is finish my stress increase. Because I think about this every day. » (Laura)*

Les femmes énonçaient également des situations répétées d'angoisse en lien avec une **peur d'une répression policière** du fait de leur situation administrative**.**

« When I see police, what if they ask me where is my paper. So I'm always afraid. Sometimes I don't like to go out I stay inside. » (Jessica)

« I was really afraid. Because of the police. Maybe if I go out, I will met the police so… I don't want to go back in my country. So. I was really scared. » (Joy)

La souffrance psychique des patientes pouvait aller jusqu'à des symptomatologies plus graves, avec des **troubles du sommeil, voire des états de stress aigus ou post-traumatiques**.

« Difficile pour moi la vie maintenant pour l'instant. Juste que trouver travail, maison, c'est trop difficile pour moi. Oui oui, trop de choses. Dans ma tête (…) la nuit moi je dormir à 11h et je vais réveiller 3h, et je reste boire comme ça. Tout le monde dormir... Moi boire café, pleurer, stresser, comme ça. Ben oui ! » (Rose)

« Oui, mais maintenant quand je peux pas dormir, je réfléchis les agressions qui me fait (…) (soupire). Et quand je ferme les yeux. Je vois les personnes qui me vient là-bas, qui me gazer. » (Roxana)

c. *L'impact physique des troubles psychologiques : une somatisation fréquente des souffrances.*

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin généraliste est fréquemment le premier interlocuteur des femmes devant les symptômes physiques qu'elles peuvent ressentir. **Retranscrire leur parole concernant leurs difficultés psychologiques prenait tous son sens devant la somatisation fréquente des troubles rencontrés**. Comprendre la complexité de la traduction physique de leur souffrance apparaissait comme un préalable indispensable à une prise en charge adaptée à leurs besoins et leurs attentes. L'écoute du médecin généraliste et la prise en considération de leur souffrance semblaient importantes dans la prise en charge des femmes.

« Même que pas longtemps que je travaille là-bas. Je fais trop de stress, trop le nerf, maladie tout ça. Ma maladie c'est à cause du stress et des nerfs (...) Mon maladie c'est à cause du stress et du énervée. » (Blanche)

Cet aspect de la santé des femmes était notamment fréquemment retrouvé chez les patientes d'origine nigériane, la traduction physique de leurs troubles étant souvent similaire : céphalées, douleurs abdominales, dysménorrhée, troubles musculosquelettiques etc.

« Maintenant, je suis mal tout le temps à cause les… Problèmes qui passent avant. Tout le temps j'ai mal au ventre. (...) J'ai mal ici j'ai mal là. C'est écrit y'en a rien. Mais j'ai très mal. Après il va calmer un peu et après ça revient. » (Jessica)

« I have a lot of stress, because I feel the pain like pepper, like piment, in my head. Sometimes, it's so strong I think I'm going to loose my mind. If I stress too much, it make me sick. It make me. It's like the stress provoke my problem. So… (silence) Sometimes I don't know what I'm doing, when I feel the stress (...) Sometimes I should go just kill myself because the pain is very strong, very very very… » (Laura)

« Tout le temps j'ai chaud tout le temps mal à ma tête. Tout le temps j'ai chaud à la tête. Non ça c'est le stress. Après quand je vais malade. (...) Parce qu'il y a une fois, ça fait longtemps je ne connais pas les… Je ne suis pas (...) Hum « en règle ». Il vient pas ! Les règles, parce que c'est la stress, moi je ne sais pas si y'en a quelque chose comme ça. » (Jessica)

Nous notions par ailleurs l'expression de **symptômes physiques mal systématisés et restant inexpliqués malgré des explorations multiples**. Il s'agissait notamment des douleurs abdominales itératives de Mirabelle ayant conduit à des examens d'imagerie poussés, jusqu'à une coelioscopie, sans étiologie retrouvée, et des douleurs squelettiques de Donna, toujours énigmatiques malgré de nombreuses investigations, et tenues pour responsables d'une addiction secondaire aux dérivés morphiniques.

« Yes ! Sickness ? The sickness I have for year, for my private part. If I make love with man. I feel the pain ! Inside my body, yes (...) The pain is paining me every time. Yes... I do many test, do many test. I have the pain everytime... » (Mirabelle)

« C'est mes pieds là qui me dérangent. (...) J'ai été à Haut Leveque, j'ai été… à Robert Piqué. J'ai tout fait. On m'a mis interne. Ils ont percé ici. Ils ont enlevé ma moelle épinière. Ils ont analysé, ils n'ont rien vu. Je ne sais pas moi. (...) Ils recherchaient le SIDA tout ça là. Ils n'ont

rien vu. Je sais pas… Je ne sais pas ! Ils n'ont pas vu ! Je sais pas. Mais c'est toujours là j'ai toujours mal. Je prends trop de cachets pour calmer. Ouuuh ! Trop. Plus de 20. 20 ! » (Donna)

Recevoir ces patientes en médecine générale et savoir répondre à leurs ressentis physiques suppose ainsi de comprendre l'intrication fréquente et subtile du rapport corporel des femmes à leur réalité de vie et aux conséquences psychologiques de celle-ci. Devant ces symptômes, les femmes appréciaient que le médecin généraliste soit en mesure de comprendre leur situation et reste attentif à l'origine de leurs troubles.

2. *Le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement psychologique des personnes*

L'accompagnement psychologique tel qu'attendu par les patientes comportait deux dimensions : l'écoute et la prise en charge médicamenteuse.

a. *L'écoute du médecin généraliste comme attente dans la prise en charge des difficultés psychiques*

Les femmes appréciaient que leur médecin traitant soit **attentif à leur situation et apporte son soutien** devant les souffrances psychiques qu'elles pouvaient ressentir. Les compétences du praticien dans la prise en charge psychologique des patientes apparaissaient comme indissociables et complémentaires de ces compétences techniques et biomédicales. Le médecin généraliste était ainsi présenté par les femmes comme un « **soignant du corps et de l'esprit** ».

« She knows how to...You know... Put my mind down, you know, calm me down. Sometimes when I'm going through depression, so she knows, like how to make me feel better. You know. I don't know, it's like magic ! (...) She makes me feel reborn. She makes me like try to forget, like, you know, put my past... Beside of me, you know. Things like... the way she talks, and I feel it down, beside of me (rires). » (Kimberley)

« Mais le docteur… j'ai parlé avec. (...) J'ai pleuré, tout le temps j'ai beaucoup pleuré. » (Jessica)

b. *Une prise en charge médicamenteuse parfois nécessaire et souhaitée.*

Reconnu comme prescripteur, l'aide médicamenteuse du médecin généraliste était également attendue des patientes en cas de souffrance psychologique.

« J'ai vu voir une docteur, qui m'a un peu donné médicaments pour moi. La tête qui marchait bien. Il m'a enlevé tout stress, tout le stress que moi j'avais. Le stress, beaucoup stress moi. J'ai vu quelqu'un docteur voir comme ça, parler, discuter avec docteur... un peu donner courage moi. Un peu donner médicaments pour moi calmer, pas beaucoup stressée, énervée. Comme ça je arrivais avec... Docteur ε, et je demandais médicaments. Donner pour moi, pour calmer. Et il me donnait bromazépam. Après me parle, je prends... » (Rose)

3. *Un suivi multidisciplinaire des personnes en situation de prostitution en cas de souffrance psychologique*

Comme nous l'avons vu, le médecin généraliste n'est pas le seul professionnel ressource dans l'accompagnement psychologique des femmes. Etant intégré dans un réseau de soin pluriprofessionnel, il était fréquent que les patientes soient suivies ou accompagnées par des soignants aux profils multiples : psychiatre, psychologue, travailleur social, médecin généraliste travaillant dans une association dédiée à leur accueil.

- **Psychiatre :**

  « Just a... Though I see psychological doctor. But not here. In EMPP. » (Sucess)

- **Psychologue :**

  « *Parce que y'en a un autre, c'est de Lormont, il est gentil. (...). Il est un psy je suis heureuse. » (Jessica)*

- **Travailleur social :**

  « *Alors y'en a une éducatrice là-bas, elle ... psychologiste aussi (...) Moi je prends rdv avec elle tout le temps. Tu parlais avec mon situation, moi je parlais avec elle. C'est pour ça moi je prends pas rendez-vous avec docteur ψ. C'est bien avec elle aussi » (Kimberley)*

- **Médecin généraliste d'une association dédiée à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution :**

  « Yes, if i'm not feeling well. Yes, sometimes doctor β write medecine for me, I take it. » (Mirabelle)

C. Compétences sociales et orientation dans le système judiciaire

Les attentes vis-à-vis du médecin généraliste en matière d'accompagnement social et juridictionnel englobaient un champ large et variable. Parmi les femmes rencontrées, la plupart expliquaient rencontrer des **difficultés concernant leur situation sociale et administrative**. Nous avons conscience que le recrutement de notre étude joue un rôle majeur dans ce constat, car la majorité d'entre-elles étaient migrantes, confrontées aux problématiques de régularité du séjour, de droit de travail, d'ouverture des droits de sécurité sociale et d'accès au logement.

Ces difficultés prenaient leur origine dans une **incompréhension des démarches administratives**, une **méconnaissance des procédures d'accès aux droits** voire une **inertie** décrite du système judiciaire.
L'accompagnement social des personnes dans leurs démarches apparaissait indispensable, intimement lié aux **bien-être physique, moral, psychologique et social** des personnes, définissant la santé selon la convention de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946. Nous approchons ici la notion des **inégalités sociales de santé**, désignant les différences d'état de santé entre catégories sociales.

Le médecin généraliste étant un **acteur phare des soins primaires, porteurs d'une ambition de justice sociale,** il détient un rôle majeur dans la **réduction des inégalités sociales de santé**. Nous retrouvons cette notion dans notre étude, au travers de la parole des femmes.
Nous pensons qu'une connaissance des situations que les patients peuvent rencontrer est un préalable indispensable à un soutien adapté à la complexité de ces prises en charge. Retranscrire le témoignage des femmes nous semblait être un premier pas vers une approche centrée vers le patient, afin de comprendre le niveau de vulnérabilité des personnes lors de leur demande de soin.

1. Le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé

a. La parole des femmes : l'impact des conditions socio-économiques sur la santé.

Une **stabilité socio-économique** était identifiée par les patientes comme nécessaire à une bonne santé, permettant l'accès aux **besoins fondamentaux** et à un accomplissement personnel, tel que décrit par Maslow : besoins physiologiques nécessaires à la survie (manger, dormir, boire etc.), besoin de sécurité (emploi, logement, santé), besoin sociaux (lien social), besoin d'estime de soi et d'accomplissement. (60).

« You have good health, If you don't have problem you are always in good health. » (Jessica)

Pour les femmes, le bien-être physique et mental était amené par une sérénité et un apaisement du fait d'un **droit au séjour et au travail, de l'existence d'une couverture sociale, et de l'accès à un logement stable et aux besoins physiologiques** (eau, alimentation). *A contrario*, une **précarité socio-économique était reconnue comme ayant un impact sur la santé**.

Devant la multitude des situations rencontrées et de leur complexité, nous pensons que le témoignage des femmes peut apporter une aide au médecin généraliste qui sera amené à les prendre en charge, en permettant une meilleure compréhension des conditions de vie de ces patientes.

La santé physique et psychologique des patientes rencontrées pouvait être impactée par une **précarité économique** à l'origine de difficultés pour subvenir aux **besoins fondamentaux** de l'être humain, tels que celui de pouvoir **se nourrir, se loger, et avoir accès à l'eau**.

> *« Sometimes I don't know how to eat the food (...) I don't have any go to live, 'cause, I don't have. So I have to manage. So I have to manage. So, that's why. I don't really know how to do because... but I don't have anything ! So I have to manage ! (silence, pleure...) (...) I feel bad by everything because... My life is in danger. I don't have anything (...) C'est lui qui me aide, pour le manger. Quoi quoi quoi. C'est lui. Parce je n'ai rien. » (Joy)*

> *« (Sourire)... Somebody who don't have money can not eat well. I don't have house. I don't have a permanent place to stay. » (Laura)*

Une **pérennité du logement** était identifiée par les femmes comme nécessaire à leur bien-être physique et moral, permettant une **(re)construction personnelle** et une structuration de l'avenir.

> *« Il a été chercher les clefs. Et voilà ! Et j'avais un appartement. Voilà ! Et mon premier appartement je l'ai eu. Et là, alors après ma vie elle a changé ! Tout se structure. Tout… Tout redevient… (hésite) Plus facile ! » (Babette)*

De nombreux entretiens témoignaient du **retentissement sur la santé de l'absence de stabilité du logement**. La précarité et l'instabilité du lieu de vie sont reconnues comme ayant un impact sur le bien-être physique et moral des personnes, et la parole des patientes allaient dans le sens de ce constat.

L'absence de domicile fixe et la précarité socio-économique des personnes pouvaient être à l'origine d'un **délaissement de leur santé**, du fait de priorités toutes autres, comme subvenir aux besoins fondamentaux : **« Survivre » plutôt que « Vivre ».** Une absence de logement fixe pouvait ainsi être à l'origine d'une **inobservance médicamenteuse**.

« La pilule bon après quand j'ai eu mon fils oui j'aurais fait gaffe. Mais quand on est jeune, un coup t'y penses, un coup t'oublies, un coup tu… En plus tu dors jamais au même endroit. Tu sais quand tu es dans une situation précaire. » (Babette)

Les répercussions sur la santé physique et psychologique des femmes étaient multiples, entrainant des **troubles anxieux**, des **situations de vulnérabilité psychique** avec une dépendance à autrui pourvoyeuse de violences, et une **dégradation des conditions d'hygiène** des personnes du fait d'un non-accès à l'eau.

Plongées dans une **incertitude quotidienne** concernant la pérennité de leur lieu de vie, les patientes décrivaient une **préoccupation et un malaise psychique permanent,** du fait de l'absence de logement stable.

« Quand j'arrive en France, tout le temps je, quelqu'un qui malade, parce que… c'est pour le stress. C'est "comment je va faire", "Où je dors", "Comment tu vas payer les trucs pour quelqu'un qui est ton… ami, moi ici". Tout le temps tout le temps je pense beaucoup, comme ça, à cause mon futur aussi. » (Jessica)

L'anxiété induite par ces situations avait un impact sur la santé physique des femmes, induisant une **asthénie physique et des troubles du sommeil**.

« Mais moi parler avec toi, mais dans ma tête, je pensais comme faire pour la maison, où je allais, comment je fais ? Difficile pour moi la vie maintenant pour l'instant. Juste que trouver travail, maison, c'est trop difficile pour moi. Oui oui, trop de choses. Dans ma tête. (…) Et ça me stresse, comme j'avais pas la force, je sentais beaucoup fatiguée. (…) Oui mais encore avec le stress, toujours. (…) Moi je peux pas rester encore plus chez ma soeur. Parce qu'ils sont encore beaucoup personnes. Et je stresse si je sortir de là y'en a pas où aller. » (Rose)

« No really but... You know sometimes, hum I have to think. You know, maybe I think that's why every moment I'm tired "fatiguée". But I really maybe because, I'm not happy with the kind of life I'm living. Hum. » (Success)

De nombreuses femmes rencontrées expliquaient être **hébergées** chez des « amis » ou de la famille. Ces situations de **dépendance à autrui** étaient pourvoyeuses d'une **vulnérabilité psychique** conduisant à une acceptation des **violences physiques et psychologiques** induites par les hôtes.

« My man (...) who I stay with because I don't have any money. I can not pay for house so I stay with this stay (...) So in my charge, he told me to come and leave, but i don't have paper. He use to beat me. » (Laura)

« He is lady (tchip) (...) Before, he is ok, before. Now he is not ok. I don't know. He saids me I leave the house. Before she not hurts me, now... He does. » (Mirabelle)

Par ailleurs, l'absence de logement digne apparaissait dans les entretiens comme un **frein à l'accès à l'eau, impactant sur les conditions de vie et d'hygiène** des personnes rencontrées, et ce malgré la reconnaissance en 2010 par l'Organisation des Nations Unies du droit à l'eau potable et à l'assainissement comme un « *droit fondamental, essentiel à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits de l'homme* » (61).

« *I squat with a friends. Sometimes I sleep with him sometimes (...). Now I don't have exact place. Sometimes I don't take shower. You see I carry that bag. That is where I'm carrying things. Since six month I'm outside. When I call they say it's two o'clock I'm in the street. I don't have exact place. » (Laura)*

L'absence de droit au travail induisait une **précarisation des personnes et un isolement social douloureux,** impactant leur santé physique et psychologique.

« So without the documents I can not work. I can't feed myself, I can't take care of myself, I don't have anybody to help me, I don't have anybody to explain my feelings to. It's difficult. » (Success)

La régularité du séjour apparaissait ainsi comme une condition *sine qua non* pour accéder à une stabilité de vie et avancer dans des démarches administratives, intimement liées à la santé des femmes rencontrées : accès au travail, à un logement, à une couverture maladie.
Dans la pensée des patientes, la possibilité de travailler était salvatrice, associée à l'espoir d'une **sécurité et d'une vie meilleure**.

« Since two thousand and sixteen in France I don't have paper. It's a big problem to me. I can no do anything without paper. I cannot work. (...) People living their life in street. Me I can't do that. I can not. If I have my document, I work. I work !... I work I'm tranquil and I know my life is safe. » (Laura)

« Parce qu'il faut que je fais les choses bien. J'espère que je me cherche une travail, et je me change le document, je prends français document. Je me cherche une maison comme celle-ci. Pas beaucoup chère, comme ça je m'élève. » (Roxana)

Prises dans un quotidien d'anxiété concernant leur situation, elles estimaient également qu'un accès au travail leur permettrait de se **détacher de leur réalité de vie**.

« When I'm occupied working I can forget things, do you understand ? » (Jessica)

b. *Le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement social des personnes en situation de prostitution : orientation vers des structures de soutien et d'aide aux démarches sociales.*

Nous venons de voir que les conditions de vie socio-économiques des personnes ont un impact direct sur leur santé et leur bien-être physique et mental. L'intrication du domaine du social et de la santé est au cœur de la compréhension du rôle du médecin généraliste dans le soin primaire, permettant une **prise en charge globale de la personne sur le plan médico-psycho-social**. La place du médecin généraliste dans les soins primaires lui confère ainsi un rôle spécifique dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Les **contraintes temporelles et administratives** inhérentes à la médecine générale peuvent rendre ardu cet accompagnement global de la personne lors d'une seule consultation. Placé au cœur d'un réseau pluridisciplinaire, le soignant devait être en capacité **d'orienter les personnes** vers des services ou des professionnels compétents dans la prise en charge sociale des patients.

« Any place I go I ask in the place is it possible to help me for my paper to put control. Because that is my problem (...) You people assist for document. You assist ? » (Laura)

« Ça c'est trop nerfs (...) C'est pour ça je voulais maintenant je commençais avec les papiers tout ça. Qui après je trouvais les gens tout ça et qui vous m'aider (...) C'est juste ça stressée. Que je voulais vite, que je sortir de cette situation. Qui je même je trouvais un foyer tout ça, quelque chose comme ça. » (Blanche)

Une **connaissance des spécificités de l'accompagnement social** des personnes ainsi que des **dispositifs sociaux pouvant assurer le relais** du médecin généraliste était un préalable indispensable à une prise en charge adaptée du patient. Il était ainsi attendu du médecin généraliste qu'il dispose

d'un carnet d'adresse et soit en mesure d'orienter les personnes en fonction des besoins identifiés : logement, domiciliation, accompagnement social, ouverture des droits de sécurité sociale, structures caritatives (nourriture, vêtement etc.), associations humanitaires etc.
Les personnes rencontrées exprimaient des besoins en matière d'accompagnement social et avoir déjà eu recours à de nombreuses structures :

- Orientation vers le **115 pour les demandes de logement :**

« But when my money finish I go to meet at Médecins du monde if they can help me for house, they said it cannot be possible so I went to COS Pada they said to call 115. I call call call. (...) So I don't know what to do to eat. And too many things. Look at me know it's very complicate for me. I don't know how to start my life. » (Laura)

- Orientation vers le **CCAS et les MDSI** pour la **domiciliation** et un **accompagnement social :**

« I don't really have my permanent house, I squat with friends. (...) But I'm outside since, I go to CCAS for then to still help me, I go to some associations from them to help me because it's this stress that make me. (...) So it's really… I don't know, it's very hard for me. » (Laura)

- Orientation vers les **PASS** et les associations humanitaires pour **l'ouverture des droits de sécurité sociale :**

« No I don't, but I already done that. I went to assistant social in PASS, so she helps me to do it.» (Joy)

2. *Un rôle d'orientation dans le système judiciaire et de facilitateur de l'obtention d'une jurisprudence*

a. *Un univers hostile et insécuritaire*

Les différents travaux réalisés jusqu'ici constatent que l'activité prostitutionnelle expose les femmes à un **risque de violences majoré** : vols, violences physiques, sexuelles, psychologiques, harcèlement, traite de l'être humain, proxénétisme (10, 11, 23). Notre étude allait dans le sens de ce constat, toutes les femmes rencontrées ayant exprimé lors des entretiens des situations de ce type.

« Our work is not safe. Not at all. Sometimes you meet bad boys, they beat you. Sometimes. Or, sometimes, the preservatif is not ok, maybe it's broken and I'll be scared (...) So it's not good at all, it's... » (Success)

La particularité de notre travail tenait au fait que les femmes rencontrées exerçaient une « prostitution de rue », connue pour son caractère **insécuritaire**. La parole des femmes révélait une exposition à de multiples formes de violences.

- **Violences physiques par les clients** *:*

« So... So I paid, my money... So... Everytimes trouble in the street, fight... Beating me, so. I thought to quit. Because I can't die for someone, if I die for them. Because of money. That's immoral my soul will go to hell ! Yeah. » (Joy)

- **Violences entre pairs prostitués** :

« Y'a pas place pour travail. Je sors là-bas, je fais bagarre avec les filles africaines. » (Roxana)

« Et puis voilà quoi... Après les maladies, non... Après c'est des coups de couteaux quand je me bats. Ben si on me cherche, voilà... Alors, tous les tendons là. Tu vois là, là, plus là. (montre son visage). Après un travelo, il commençait à me tendre, à me faire chier. Sur le trottoir (...) Et là. J'ai vu... j'ai vu qu'il sortait une lame. Le temps que je me relève, c'était... Heup j'ai fait ça. C'était de l'agneau j'étais ouverte de là à là. Et là (montre ses lèvres), comme ça, on voyait mes dents. » (Babsy)

- **Violences sexuelles** *:*

« Après il rentre après il fait l'agresse, avec moi il couche avec moi après j'ai très très mal dans la chatte (...) Moi je suis pas tranquille pour dormir, à cause de ça je vais aller avec quelqu'un je connais pas pour coucher. » (Jessica)

- **Vols :**

« Oui avant... beaucoup risques ! Euh. Beaucoup fois problèmes. Beaucoup fois stress ! (...) C'est pas comme la rue. Je sais pas qui arriver de taper, de voler de... comment me voler mon sac, mes papiers, tout ! Et ... là ... (montre la cicatrice) » (Sandra)

- **Détérioration de préservatifs / Stealthing** :

« J'étais avec une client, qui a coupé le préservatif. Et après moi bébé, tout de suite. » (Rose)

- **Harcèlement et proxénétisme** :

« *Lui me prendre et me dire que je descends. Lui me ramener à une place. Et lui m'obliger pour faire des choses avec lui. Je veux pas, je veux pas. Mais j'ai peur..., et je le fais. Lui menacer quatre heures hôtel maintenant. Quatre heures hôtel (...) Lui me ramenait à mon hôtel. » (Roxana, parlant de son proxénète)*

b. *Le rôle du médecin généraliste dans l'accueil et l'accompagnement des personnes victimes de violences.*

Dans ces situations, les femmes avaient recours aux associations dédiées à leur accompagnement, mais également à leur médecin généraliste. Comme nous l'avons vu précédemment, il était attendu que le médecin assure un **accueil inconditionnel et adapté** à la situation.

« Après moi des problèmes, agresser 5 fois, le travail, je venue tout de suite. (...) Que m'a agressé avec la paume dans l'œil... (montre son œil) (soupir). » (Roxana)

Dans les moments de grande vulnérabilité physico-psychologique, le médecin généraliste était également un soutien important pour permettre aux patientes de **s'orienter vers le système judiciaire, et parvenir à un dépôt de plainte.**

« All this documents are already with doctor γ. It's the one who taking me this to take to the police. (...) Do you see the paper I need to take to police. Because she writes this paper I was shocked. So he gaves me this paper, that money to be support and look at it. I don't have paper I don't know how to start. » (Laura)

En effet, les entretiens révélaient des freins majeurs à l'accès aux services de police, du fait d'une **crainte de stigmatisation** et de **non-considération** du fait de l'activité prostitutionnelle.

« Je venue ici (...) et Pauline me dit "Et ça te fait quelque chose, qu'est-ce qu'on fait là, pourquoi tu veux pas partir police ?" et je dis "je réfléchis, pour ça…" (...) Et je dis "je peux pas partir Police, qu'est-ce que je dis à Police" que lui me prendre l'argent que lui me menace, que lui... tu comprends ? » (Roxana)

Certaines femmes exprimaient également des **difficultés à obtenir une jurisprudence** après leur agression et faisaient part d'un sentiment d'inertie juridique suite à leur plainte.

> *« Ça fait longtemps, pour lui qui, donner papiers, pour le tribunal, à rien faire. Lui encore m'a appelé, me parlait bêtises. Parlais avec dossier juriste. Me dit "oui oui", après me dit "non". » (Sandra)*

L'irrégularité du séjour était également un frein au dépôt de plainte, par peur de répression policière.

> Joy parle de sa deuxième agression physique à l'arme blanche avec plaie périorbitaire *: « For this one (montre la photo), I didn't go to the hospital. Because I was really afraid, I don't have anything. Because, ever since my asylum finish in 2015, ever since, I think that if the police have me, they will own me, so... (...) I think that thing, if they see me like this, so... They will take me back home. So that's why. I was really afraid. » (Joy)*

Avant tout, il était attendu du médecin généraliste qu'il soit **disponible et à la portée des situations** rencontrées par les personnes en situation de prostitution. L'accueil inconditionnel était énoncé par les patientes, justifié par les freins multiples d'accès aux soins énoncés ci-dessus.

Une prise en considération de la parole des femmes et de leurs besoins en matière d'accompagnement était également requise. En effet, en cas de difficultés administratives ou d'exposition à la violence, les femmes pouvaient exprimer des besoins différents : écoute, prise en charge médicamenteuse, accompagnement vers des structures pour un relais de prise en charge, dépôt de plainte ou non, etc. Du fait de la complexité médico-psycho-sociologique de certaines situations, le médecin généraliste se devait de **s'adapter aux attentes des patientes, en gardant un regard empathique et compréhensif.**

Nous verrons ci-après que les compétences relationnelles du médecin généraliste étaient un prérequis indispensable à l'établissement d'une relation de confiance.

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LES ATTENTES DES PATIENTES VIS-A-VIS DU MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE COMPETENCES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES

La parole des patientes témoigne de l'importance d'une **prise en charge globale du médecin généraliste, considérant l'ensemble des dimensions médicales, psychologiques et sociales des personnes.** Les femmes expliquaient avoir recours à leur médecin de famille pour des situations de soins diverses et témoignaient de la **confiance portée au praticien** du fait de son rôle de sachant et de la **pluralité de ses compétences**.

Considéré à la fois comme un **expert de la santé, un technicien du corps et un soignant de la psyché**, il était attendu du médecin de famille qu'il soit en mesure de fournir aux patientes un **soin compétent et efficace**. Son rôle de **prescripteur** était souvent énoncé comme essentiel à tout accompagnement, mais était parfois considéré par les femmes comme responsable d'une **prise en charge mécanisée, robotisée, limitant la confidence et l'expression de l'intime.**

Confrontées à des risques sanitaires importants à l'origine d'inquiétudes sur leur santé, les patientes attendaient du médecin généraliste qu'il soit en mesure de **répondre à leurs préoccupations en leur donnant des conseils éclairés, des explications de soins et une réassurance**.

Une des facettes fondamentales de la prise en charge des personnes en situation de prostitution émanant de notre étude était celle de **l'accompagnement psycho-social des patientes**.

Nous notions en effet une importante **vulnérabilité psychologique** des personnes rencontrées, du fait de l'intrication de facteurs multiples, attenants à la pratique prostitutionnelle et à des conditions de vie précaires. Assujetties à des réseaux de traite des êtres humains et de proxénétisme avec marchandisation de leur corps, enfermées dans une pratique considérée comme honteuse et indigne sans autre alternative pour subvenir à leurs besoins, prisonnières de leur irrégularité au regard du séjour responsable d'une crainte constante de répression policière, et de situations sociales précaires sans espoir d'amélioration future, les femmes exprimaient un mal-être psychique important ayant des retentissements sur leur santé. L'impact du **psychotraumatisme** sur l'état de santé des patientes apparaissait comme un des points importants de la prise en charge de ce public. Les femmes décrivaient en effet des troubles psychologiques en lien avec le vécu de violences multiples et prolongées survenues au décours de parcours migratoires traumatiques, en lien avec l'activité prostitutionnelle ou avec des situations de grande précarité les exposant à une soumission à autrui.

Les revendications les plus souvent énoncées par les patientes afin de permettre une amélioration de leur conditions de vie et de leur santé étaient l'accès à **une situation sociale stable et la possibilité de subvenir aux besoins primaires** par l'obtention un logement salubre et pérenne, d'un droit au travail et d'une ouverture des droits de sécurité sociale. Dans le cas contraire, l'énergie des femmes était concentrée vers leur survie, au dépend d'une santé dépriorisée.

Savoir accompagner ce public vers un mieux-être nécessite ainsi de prendre en compte l'impact sur leur santé de conditions de vie précaires et de souffrances psychologiques profondément ancrées dans la construction personnelle des personnes.

IV. Attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste : compétences relationnelles et affectives ; le rôle de la communication verbale et non verbale

Le métier de soignant est à l'origine de la **rencontre entre deux individualités propres** dans divers contextes et environnements. Bien que non duale, du fait de la présence possible de tiers en consultation, cette rencontre dessine en toile de fond de la consultation le début de la **relation médecin-patient**. Indispensable à toute démarche médicale, elle est le fruit de l'interaction entre le **soignant d'un côté**, pris dans le rythme de ses consultations, ayant ses propres émotions et représentations de la maladie, son propre vécu personnel et sociétal, et **le patient de l'autre**, apportant ses symptômes et inquiétudes, sa vision de sa santé et de son corps. L'interaction de ces deux individualités lors de la rencontre médecin-patient est ainsi à l'origine de la construction d'une **relation interpersonnelle, régie par le vécu émotionnel et affectif des deux protagonistes de la consultation.**

Si les compétences cognitives et techniques du médecin étaient identifiées comme des attentes vis-à-vis du médecin généraliste, les **compétences relationnelles et de communication** du soignant étaient également mentionnées. Les notions de **communication verbale et non verbale** étaient intimement liées, faisant émerger les concepts principaux de la relation centrée sur le patient tels que développés par Rogers dans ses travaux, rejoignant la définition de **l'empathie dans la relation de soin** : attitude d'intérêt ouvert avec respect et non-jugement, intention authentique de comprendre autrui, écoute active avec prise en considération des demandes du patient, lucidité sur ses propres sentiments.

Nous exposerons dans un premier temps les attentes des patientes vis-à-vis du médecin généraliste au travers du prisme de la rencontre humaine et de l'empathie avant d'approfondir la question en se penchant sur le déroulement de la consultation et de sa temporalité.

A. Le rôle de l'empathie : relation interpersonnelle et vécu affectif

1. L'importance de l'attitude du médecin et de la communication non verbale.

Il existe une double temporalité dans la construction de la relation médecin-patient. Si nous avons vu précédemment l'importance de la durée et de la continuité des soins, la rencontre entre les deux protagonistes de la consultation s'inscrit également dans un **espace-temps précis et défini**, avec l'établissement d'une **relation ponctuelle** au cours d'un épisode de soin.

Les entretiens mettaient en évidence que **l'impression première du patient**, marquée par son vécu émotionnel de l'instant présent avait un impact sur la construction de la relation de soin ultérieure. **L'attitude du médecin et sa présentation** détenaient ainsi un rôle majeur dans la manière dont la consultation était vécue.

Par ailleurs, il semble important de noter que les **préférences personnelles du patient** jouaient un rôle sur le lien établi, chaque femme n'exprimant pas les mêmes besoins en matière relationnelle.
Les femmes exprimaient en effet une **notion « d'évidence »** dans la relation de soin, en lien avec le vécu personnel et l'interaction de deux individualités, pouvant s'accorder ou pas.

> *« Un toubib, quand on va voir un médecin ou... On le sent ou on le sent pas (...) Parce que quand j'y vais on a une bonne euh...on se parle euh…on se parle naturellement (réfléchit). Je sais pas, oui le courant passe bien ! » (Babette)*

Cependant, il existait des similarités dans leurs attentes et dans leur ressenti émotionnel au cours de la consultation. L'attitude du médecin en consultation, et sa manière de communiquer étaient identifiées comme vecteur de bien-être et de mise en confiance.

a. Communication non verbale : l'impact d'une attitude bienveillante et avenante

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Pour les femmes rencontrées, il était important que le praticien fasse preuve de **bienveillance** et soit **avenant** en consultation, permettant une mise en confiance du patient.

> *« Et la manière dont il se comporte ! Si c'est quelqu'un d'avenant ou de chaleureux, de... On sent si on peut lui... Faire confiance euh… » (Babette)*

Les femmes assimilaient cette bienveillance à de la **sympathie** et de la **gentillesse** de la part du médecin.

> *« J'aime bien avec docteur β (...) parce qu'elle est beaucoup sympathique, beaucoup... Parler bien avec moi (...) Et toujours gentille avec moi. » (Rose)*

Les expériences positives des patientes vis-à-vis du médecin généraliste mettaient par ailleurs en évidence l'importance d'une **attitude positive et souriante**, avec une **acceptation de l'utilisation de l'humour**, considéré comme facilitateur dans la relation de soin.

> *« With the kind of heart she have, being sympathize, and "Oh what can I do now ? Ok come there, check your body, let me know your feelings and that". And they are always smiling. » (Success)*

> *« Elle me discute, parle un peu, elle me dit : "je viens là-bas, je taper ton client qui te fait mal, je vais tout". Je rigolais avec elle, tu comprends. Elle me fait rire ! Je me sens bien. » (Roxana)*

La notion **de paternalisme** dans le sens de **protection bienveillante** était également évoquée par les patientes, permettant une mise en confiance du fait de la **création d'un climat chaleureux et bienséant**.

> *« Comment il faudrait qu'il se comporte ? Ouais ben qu'il soit... D'abord qu'il parle euh... Soit un peu pat... Enfin moi il me semble que... allons ! C'est toujours pareil je suis pas toujours en référence avec cet….un peu paternaliste. Alors paternaliste ça fait un peu cucul. Mais ouais c'est ça quoi. Quand on est jeune on a besoin,… et qu'on est dans une situation difficile. Je pense qu'on a besoin, voilà quoi ! De sentir que... qu'il peut entendre ce qu'on va lui dire. » (Babette)*

Dans l'expression d'une relation paternaliste, nous retrouvons ainsi au sein de la parole des femmes la métaphore de Parson et Fox (1952) décrivant une **similitude entre un enfant et une personne malade** en termes de dépendance et d'incapacité relative face à un adulte en bonne santé, le parent (63).

> *« Et puis. Il sait que... euh... Il fait comme un papa hmm hmm hmm (fait la moue) et puis moi il sait que je suis une rigolote. » (Babsy)*

> *« Docteur α ? C'est mon papa hein ! (rires) Et oui je dis c'est mon papa ! Parce que lui... voilà. » (Marie)*

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

Une **attitude soignante hostile, froide et distante** renvoyait au patient l'image d'un médecin manquant d'affabilité et de bienveillance.

« Elle quand me parlait comme ça… Fort, pas gentil. Y elle me prête pas attention, attention très grave. Elle... Elle pas... (...) Tu vois. Elle c'est... très très sérieuse. » (Sandra)

Ainsi, **un manque de cordialité et d'amabilité** était perçu comme néfaste à la relation de soin et pouvait entrainer une **rupture de suivi effectif**, du fait d'un **vécu émotionnel négatif.**
Ce ressenti pouvait passer par la communication verbale ou non verbale :

- **Comportement antipathique** : *« Oui je sais moi il y a un docteur (...) Il est pas gentil avec moi, c'est pour ça j'arrête. Il est ma première docteur quand j'ai arrive en France. » (Jessica)*

- **Absence d'utilisation du sourire :** *« He don't smile, I don't go at all. » (Tracy)*

b. *Le rôle de la communication verbale et de l'expression du médecin*

Au-delà de la communication non verbale et de l'attitude du médecin, les mots employés et la **manière de s'exprimer** du praticien pouvaient avoir un impact sur la relation de soin.

« Moi j'ai de très bonne relation avec mon médecin donc euh... C'est le fait qu'on se connaisse depuis longtemps. Et puis y'a l'attitude, y'a la façon de parler. » (Babsy)

« Not just the words. Maybe with the way she speaks with you and she can help. » (Tracy)

Ainsi une **attitude irritable, révélée par une manière de communiquer** pouvait induire des sentiments négatifs et douloureux chez le patient et altérer la relation médecin-patient.

« Oui, comme... nerfs. Et... J'aime pas elle. Non. Oui c'est normal c'est médecin c'est... Pas normal parler comme ça (...) Parler des choses en mal pour moi quelqu'un. Y moi ça fait stresse. De pleurer de... Non quand elle me parlait comme ça, moi stressée toute seule euh... (soupir) C'est pas bien. » (Sandra)

Un des critères caractérisant l'empathie dans la relation de soin est la capacité du praticien à prendre du **recul sur ses émotions** et conserver une **lucidité sur ses propres sentiments**. Nous observons ici l'impact des émotions négatives traduites par le praticien sur la qualité de la relation de soin.

« C'est trop vite, en plus. Je sais pas si elle est énervée, je sais pas pourquoi ... j'ai... (tchip) ça s'est pas bien passé avec moi. » (Marie)

2. *Attitude d'intérêt ouvert avec respect et non-jugement du patient, vecteur de confiance relationnelle et d'une compréhension mutuelle*

Une des définitions de l'empathie est la **capacité du praticien à se mettre à la place du patient, tout en conservant une distance émotionnelle**. Dans cette interaction duale avec le patient, il semble que la capacité cognitive du praticien à comprendre le patient facilite la construction d'une relation médecin patient adaptée aux besoins du patient. Nous approchons ici du concept **d'intersubjectivité** tel que défini par Rochas (1999) comme le « *sens de l'expérience partagée, qui émerge de la réciprocité* », désignant la capacité du praticien à se projeter dans la position de l'autre et à comparer son expérience propre à celle d'autrui (31).

a. *Attitude d'intérêt ouvert, investissement vers un « mieux-être du patient »*

Au-delà d'une attitude bienveillante et avenante du praticien, **l'attention portée au patient et son investissement auprès de celui-ci vers un « mieux-être »** étaient considérées comme des compétences relationnelles attendues chez le soignant, permettant une mise en confiance de la personne et une satisfaction dans la relation de soin.

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Le témoignage des femmes sur les expériences positives de soin vécues révélait une satisfaction en cas de prise en considération des attentes et d'une **attention spécifique portée vers le patient**.

> *« When I was with doctor γ, she was very nice... She is ok. She assists, she assists to you, normal properly (...) So once you go there you want to see her, you can see her, you can speak with her. You can tell her what you want. So she... has think to you ! » (Jessica)*

> *« Tout le temps il fait attention avec les gens tout ça. Il est hyper gentil. » (Blanche)*

Il était attendu du médecin généraliste qu'il **s'implique dans la prise en soin du patient et s'investisse vers un « mieux-être » physique et psychique.**

> *« And they want to recognize your problem and what they can do about it (...) To help me yeah (...) Les deux c'est bien avec les deux. Parce que... Tu prends rendez-vous avec elle, toutes les... hum. Progresse... avec mon... mon situation. Tout est bien avec elle (...) They try to make sure, everything is allright you know. They have that time to treat you very well. And to make sure you're feeling better. » (Kimberley)*

La notion d'intersubjectivité dans la relation de soin était également abordée, avec une mise en avant appréciée de la capacité empathique du médecin de **se placer « à la portée du patient »** et de sa situation.

> *« Sa femme à ce docteur était gynéco. Alors je lui dis "Je peux pas avoir un stérilet, au moins je suis sûre que…" Il me dit "Oui oui oui oui". Il me dit "je te fais l'ordonnance va l'acheter ma femme te le posera". Voilà. Voilà ! C'était… (réfléchit) Il était à la portée de la situation. Parce qu'il savait que pour moi c'était pas une situa… » (se tait, les yeux dans le vide).*

- ***<u>Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi</u>*** :

A l'inverse, les femmes critiquaient le **manque d'investissement du praticien** vers une prise en charge adaptée :

> *« Moi je dis me marquer pour la... hum. La tension ? Elle me dit c'est quoi médicament pour tension ? Moi juste…Connais la 5. Je pas connais... (...) Je dis c'est marqué y'en a carte vitale, regarde ! (Elle) dit non moi j'ai pas trouvé. » (Sandra)*

La mise en doute des symptômes du patient était également nuisible à l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité. Certaines femmes exprimaient ainsi avoir été confrontées à des praticiens **doutant de la véracité** de leurs souffrances.

> *« Ouais par contre au début tu sais, il voulait pas me croire pour le dos et tout ça m'a fait chier quoi ! Et euh... c'est comme là je lui dis "vous m'augmentez..." J'ai toujours eu un super rapport, sauf qu'au début il me croyait pas pour mon truc tu vois (...) J'ai été agressée pour la coke et tout (...) et là donc ça a pété, toute ma colonne et tout (...) Et quand il a vu tu sais, mon scanner. Mon IRM. Il m'a dit "bon regarde ce dos !" Jlui dit "meuh ça fait deux ans que je vous le dis ! " » (Babsy)*

Suite à l'expression de symptômes physiques, les patientes portaient un regard critique sur une **inadéquation entre leur souffrance et la prise en charge effective du médecin**.

> *« J'ai toujours mal. (...) Ici. (Me montre sa cheville). Le matin ça brûle. Il ne fait rien lui ! Il me dit rien (...) Il veut que vienne au cabinet ! Mais il sait bien que j'ai du mal à marcher. » (Donna)*

L'inertie du médecin dans sa prise en charge et l'absence de considération ressentie pour leur « mal-être » était jugée insatisfaisante et nuisait à la relation de soin.

> *« Hum... Non non. Elle pas gentille. (...) Et quand ici... Euh. Y très quand mal a le dos. (montre le trajet d'une sciatique). Il m'a dit s'il te plait il y en a des choses euh. Piqûres euh... y'en a des... "J'ai rien, de nous, y'en a pas, allez, au revoir !" j'ai pas, il me donnait rien. » (Sandra)*

S'il était apprécié que le médecin soit en capacité de se mettre à la place du patient, on notait une désapprobation des femmes face à un médecin donnant des **injonctions de soin inadaptées** à leur situation.

> *« (Elle) dit "mange poulet sans gras, mange soupe, mange légumes, mange sans sucre". Ça compris ! Elle me dit "Rien manger, une semaine !" (Elle) dit "Juste de l'eau". (...) Je dis non non "c'est pas possible, pas parti avec elle". » (Sandra)*

b. *Une compréhension mutuelle permise par une intention authentique de comprendre autrui et un intérêt porté aux émotions.*

La relation centrée sur le patient, telle qu'elle a été développée il y a cinquante ans, est construite sur l'hypothèse que le soignant peut-être un **facilitateur** dans la relation thérapeutique, de par son implication personnelle dans le soin et sa capacité de faire transparaître un climat de confiance, basées sur une ***« compréhension empathique » et sensible des sentiments du patient*** *et de leurs significations personnelles pour lui. (30).*

Le terme comprendre est emprunté au latin *compre(he)ndere*, composé de *cum* « avec » et *prehendere* « prendre, saisir », ce qui signifie donc littéralement « prendre avec soi, saisir ensemble », et par extension, « saisir par l'intelligence, embrasser par la pensée ». Englober le patient dans une prise en charge centrée sur sa personne implique ainsi que le praticien se détache de ses propres émotions et représentations de la maladie pour tenter de saisir le point de vue du malade dans son approche de sa santé. En ce sens, nous avons constaté que les mots des femmes traduisaient des sentiments de bien-être et de confiance dans la relation médecin-patient face à un praticien s'attachant à **comprendre leurs émotions et leurs ressentis**.

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

  - **Intention authentique de comprendre autrui**

Les femmes exprimaient une **satisfaction vis-à-vis de la relation de soin** devant la capacité du médecin à développer un **climat de compréhension mutuelle**.

> *« She is very nice, when you explain to her, she understands… (hésite) And she is ok. » (Tracy)*

Cette capacité d'ouverture à l'autre et de prise en considération du vécu de la personne était à l'origine de l'établissement d'un **lien privilégié avec le praticien**, du fait de la **confiance** qui en découlait.

> « *Oui parce que je fais pas confiance avec les autres parce que elle, elle comprend ma situation. Si je parle comme ça elle elle comprend, elle écrit… » (Jessica)*

Cette confiance mutuelle induisait un sentiment de **bien-être** personnel de la personne, permettant au patient d'aborder la consultation avec **sérénité et tranquillité**.

> *« Quand je parle avec docteur β, moi je suis très tranquille, elle me comprend. Et tout le temps elle me dit ça ça ça il est bon, il est pas bon. » (Blanche)*

  - **Intérêt porté aux émotions du patient**

Par ailleurs, nous notions l'expression d'une **satisfaction** du patient face à un soignant faisant transparaître ses **capacités émotionnelles de compréhension et d'intérêt face à l'expression de leurs sentiments**.

> *« She always want to observe the situation. She wants to... Know... Really notice how you feel (...) She is always looking at your eyes and your heart beat, you know. To really read your mind. Well they are sympathized, I think they have human feelings, you understand. » (Success)*

Les patientes déclaraient apprécier les compétences du soignant à comprendre le point de vue du patient et à **respecter ses émotions et sa temporalité** dans le soin.

> *« Yes and she knows like.... When I'm really in the mood to talk. And... How I feel. You know ? Yeah. » (Kimberley)*

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

A l'inverse, une **absence de compréhension mutuelle induisait un sentiment d'insatisfaction du patient**, malgré une bienveillance du médecin :

> *« Il parlait oui, il est gentiment parlait, mais il comprend pas rien du tout. » (Blanche)*

Au-delà d'une frustration, l'incapacité du médecin à se mettre à la place du patient et à faire transparaître sa compréhension de l'autre induisait des **sentiments négatifs de tension et stress intérieurs.**

> *« A côté ce médecin l'autre, lui pas comprendre rien du tout ! Peut-être comprendre mais moi je pense que lui... pas comprendre rien du tout. (...) Beaucoup stressée moi. » (Rose)*

Là encore, l'impact de la **communication non verbale** était évident, et les femmes mentionnaient la portée du regard du praticien en consultation.
L'absence de contact visuel induisait un **sentiment de non-considération du patient** à l'origine d'un **défaut d'interaction et d'entente mutuelle** nuisible à la relation de soin**.**

> *« Il comprend qu'est-ce qui... qu'est-ce qu'il se passait dans... Voilà, dans les yeux comme ça tu comprends. Qu'est-ce que personne... Elle, non non non ! C'est zéro ! J'ai vu beaucoup de médecins, c'est pas comme elle. L'est pas, fait plus avec moi. (...) Y'a pas de connexion comme ça, y'a pas... oui ! (...) On n'est pas collées, on n'est pas... cliquées, on n'est pas... dans la même... je sais pas comment dire. » (Marie)*

L'absence de considération pouvait également être perçue par le patient au travers d'un **regard désapprobateur ou d'une mimique** du praticien.

> *« Partie avec docteur θ, et... l'amener tous les papiers. Il m'a dit euh... Ça c'est papier pour l'opération. Et... Elle pas garder comment marquer, ici papier, demande à moi, elle dit pourquoi opération ? Pourquoi ça ça ? Et je dis, c'est pas moi médecin c'est toi ! Elle me regardait comme ça (mime un regard désapprobateur). » (Sandra)*

c. *Un besoin de respect et de non-jugement du patient comme préalable indispensable à une relation de confiance.*

La notion de **soins inconditionnels** du patient, **quelles que soient ses origines, ses croyances, ses appartenances religieuses ou sa situation sociale** est inscrite dans le **code de déontologie médicale**. En effet, l'article R.4127-7 du code de la santé publique mentionne : *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.»* (63)

Au-delà des obligations déontologiques du médecin, il est reconnu que la construction d'une relation interpersonnelle sécurisante implique d'aborder la consultation avec une **attitude de non-jugement et de respect de la personne**, en adoptant un **regard positif inconditionnel** sur le patient.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, et en accord avec les données de la littérature disponibles, les personnes en situation de prostitution peuvent être confrontées à une **stigmatisation** du fait de leur activité, porteuse de nombreuses représentations et d'une image sociétale négative. De plus, les femmes rencontrées lors de notre étude, principalement originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique subsaharienne, témoignaient de situations de **discrimination dans le soin**, du fait de leurs origines ou de leur statut administratif. La notion de respect de la personne était ainsi fréquemment retrouvée, et leur témoignage permettait de refléter l'importance du non-jugement du praticien dans l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité.

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Pour les femmes, il était important que les professionnels les prenant en charge fassent preuve de respect, **sans jugement de valeur** du fait de leur activité.

> *« Parce que les personnes ici tu comprends elles sont n... normales. Tu comprends. Tu ouverts la porte, elles parlent normal tu comprends ? Naturelles. Elles pas fait, tu comprends, ça c'est (balaye l'air de sa main) faire un travail comme ça, tu comprends. Elles me acceptent comme ça comme je suis. Et c'est… C'est très importante pour moi. » (Roxana)*

Il était également attendu du professionnel (ici gynécologue) qu'il apporte un **soin « standardisé » et non influencé** par la connaissance de l'activité prostitutionnelle.

> *« Oui c'est ça que je te dis parce que l'autre il est informé mon gynéco, c'est un mec (...) Il m'a traitée comme une autre personne. Frottis machin, chose qui avait à faire. Tu vois ! » (Babsy)*

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

La parole des femmes révèle l'impact du jugement du médecin sur la relation médecin-patient.
Un **sentiment de stigmatisation** pouvait être ressenti devant **l'attitude** du médecin, tant sur le plan de la **communication verbale que non verbale (mimique, regard, etc.).** Ce ressenti pouvait être à l'origine d'une **rupture de soin** ou d'un **refus de poursuivre le suivi**.

> « *Elle me dit comme ça "quoi toi ?" C'est ma copine, lui connait ma copine où travaille l'Allemagne. Je dis "je faire le même travail que ma copine". Elle me regarde comme ça "Ah boooon !" (d'un ton surjoué) (sourit) Oui... (inspire profondément). Heu... Elle me regardait comme ça choquée. (...) Humpf (rires) un peu comme ça euh... Gênée. Gênée… Un peu gênée. Elle me regardait comme ça "c'est vrai ?" (mime un regard choqué). Moi c'est un peu difficile les médecins me regardaient comme ça euuh pff. Je dis moi pas passer encore avec toi. » (Antonia)*

Les femmes exprimaient également une **sensation de discrimination, face à un praticien désobligeant et antipathique.**

> *« No no (...) Because I don't know what is the problem with that person. » (Tracy)*

> *« Non peut-être... elle est raciste je sais pas ! Peut-être raciste. (...) Hum... oui. Peut-être j'aime pas Bulgare. Oui… Peut-être, je sais pas. » (Sandra)*

Par ailleurs, il était attendu du soignant qu'il apporte un **soin inconditionnel à la personne, en dépit de ses origines et de sa situation sociale.** Malgré les devoirs éthiques et déontologiques du médecin, les femmes témoignaient de situations de soins douloureuses, lors desquelles elles estimaient ne pas avoir été prises en charge correctement ou « délaissées » du fait de leurs origines ou de leur situation socio-économique.

> *« Et après je suis très.... (inspire) qui... quand ils voient que tu es étranger tout ça et… Faire rien du tout... » (Blanche)*

« Sometimes when they ask me where is your hospital card... I don't have one ! (...) Sometimes I will stay… Where there is other people that have, I need to wait… (sa voix se casse.) Because I don't have. So... When I feel bad I cry everyday (...) Sometimes I feel shy because... Sometimes when they ask me where is your hospital card... I don't have one ! » (Joy)

B. Compétences relationnelles et communicationnelles en matière d'écoute et de temporalité du soin.

Notre étude mettait en évidence **l'importance des compétences communicationnelles du praticien dans l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité, propice à une adhésion au suivi et aux prises en charge proposées**.

1. *Ecoute active avec prise en considération des demandes et attentes du patient*

Le principe de l'écoute active repose sur la capacité du praticien à créer un **climat propice** à **l'expression du patient**, afin de l'aider à faire **émerger et exprimer au mieux son ressenti et ses interrogations** en matière de santé.
Ce concept s'est progressivement imposé comme essentiel à toute interaction soignant-soigné devant le constat d'études ayant montré l'aspect néfaste sur la relation de soin d'un praticien se plaçant dans une position d'expert, dans une relation ascendante avec le patient (29). Or, des travaux de recherche réalisés jusqu'ici objectivent la récurrence de situations de soins au cours desquelles le soignant domine les échanges, interrompt fréquemment le patient, privilégie les questions fermées et explore peu les dimensions psycho-sociales des problématiques présentées.
L'effectivité ou non de **l'écoute active** du praticien était abordée par les femmes dans notre étude, et nous notions la récurrence de situations de soin insatisfaisantes du fait de l'absence de compétence du praticien dans ce domaine. Le développement de compétences communicationnelles en matière d'écoute et de prise en considérations des demandes du patient semble ainsi nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins apportés.

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Le professionnel était apprécié lorsqu'il adoptait une **attitude d'écoute et de prise en considération de la parole des patientes.**

« Il aime si je parlais, si je souris si je expliquais bien la situation. Non en plus il est gentil, il écoutait quand je parle, il aime si j'explique bien il comprend tout. » (Jessica)

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

A l'inverse, l'absence d'écoute du praticien était à l'origine d'une insatisfaction du patient, et avait un impact néfaste sur la relation médecin-patient.

> *« Ce médecin-là, oui ! Le premier. Mais maintenant je… Non lui je… Alors pas du tout. Déjà je le sens pas du tout dans ce… Dans ce truc-là. Etre à l'écoute. Non je crois pas. Je crois pas. » (Babette)*

L'absence d'instauration d'un climat propice à l'expression du patient était fréquemment rapportée. Les femmes **déploraient de ne pas avoir la possibilité d'échanger avec le praticien** et que celui-ci ne se positionne qu'en tant que prescripteur.

> *« Il est très gentil mais on ne discute pas trop hein ! (…) Il me prescrit mes médicaments et il s'en va ! » (Donna)*

D'autres femmes exprimaient un **mécontentement** devant un professionnel leur donnant l'impression de **ne pas prendre en considération leur parole**, les écoutant d'une « **oreille distraite** », uniquement préoccupé par le cours de sa pensée et de sa consultation.

> *« Quand tu parles, quand je parle avec elle,... le réponse c'est pas... bien. Mais après faire, demande... poser une autre question après... (tchip) ça passe pas bien avec elle. Quand je suis allée chez mon assistant sociale, elle prend du temps... Elle me dit écoute. Le docteur ça c'est pas... elle c'est pas comme ça. » (Marie)*

> *« Hum, The other doctor the first I see she is (tchip) when I explain to her, she says nothing, so (tape sur la table). » Tracy*

2. *Conseils éclairés et partage d'informations*

Du fait de la confiance des patients en l'avis du médecin, celui-ci était souvent considéré comme un **interlocuteur privilégié en cas de questionnements et d'inquiétudes de santé.**

> *« J'y allais, chaque fois que… Par exemple euh… Quand je suis tombée enceinte de Romain. A l'époque on travaillait sans capote. Donc je suis allée le voir. Parce que j'étais inquiète. Et je lui dis. Mais je peux continuer à... A travailler euh… » (Babette)*

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Il était ainsi attendu du médecin généraliste qu'il attache une importance particulière à **donner des explications adaptées** et qu'il soit compétent dans le partage de **conseils éclairés en cas d'interrogations du patient.** Ces deux notions découlaient directement de l'écoute active du médecin généraliste, vers une meilleure compréhension de la santé des femmes et une réponse à leurs attentes.

« Il me regarde, il t'écoute, quand y'en a des choses il t'explique tout. » (Blanche)

Ces demandes d'informations et d'explications pouvaient concerner leur **santé** en tant que telle (prévention, éducation) ou bien la **démarche de soin** et les **traitements administrés**.

« Mais si j'ai expliqué avec ça je dors pas bien le soir la nuit. Elle donne moi médicament. Elle dit ça c'est bien quand tu le bu tu vas dors bien. Ça c'est bien elle va expliquer bien pour moi. » (Jessica)

« Dolls. Elle c'est calme, m'expliquait bien bien autre chose. Pour l'écouter bien quand je lui demande pour les compris (...) pour m'expliquer comment je veux faire pour mon hygiène. Comme ça. Pour m'expliquer tous les choses. » (Antonia)

La récurrence de cette attente vis-à-vis du médecin généraliste pourrait trouver son origine dans le recrutement de notre étude. En effet, du fait de leur activité, et des difficultés d'accès aux soins inhérentes à leur situation socio-économique, les femmes rencontrées exprimaient souvent des craintes concernant leur santé. Au-delà des explications de soins, les femmes appréciaient ainsi que le médecin généraliste leur délivre des **conseils éclairés en cas d'inquiétudes et de questionnements**.

« Ben c'est à dire qu'avec lui je me sentais en confiance. (...) J'étais inquiète quand même parce que je disais je travaille quand même j'avais peur ! Pour le bébé. Et pourtant il fallait que je bosse parce qu'il fallait bien que je vive ! Et il m'a dit (le médecin) "Oui mais Babette, par contre il faut que tu te protèges" (...) Tout ça c'est lui qui m'a expliqué. Voilà ! » (Babette)

Par ailleurs, et notamment du fait de la barrière de la langue, elles appréciaient **le temps passé par le praticien à s'assurer de leur compréhension des soins apportés.**

« Elle copine pas parler bien français. Elle (le docteur β) elle fait les choses pour nous les compris. Elle va expliquer tout tout tout ça c'est bon pour nous. » (Antonia)

Nous relevions notamment l'importance de donner **une information claire et adaptée aux patientes concernant leur cycle et les moyens de contraception**. En effet, nous notions des représentations autour de la fécondité et des menstruations très ancrées, induisant des préoccupations et influençant l'adhésion aux soins. Il était ainsi récurrent que les femmes expriment des inquiétudes concernant leur santé gynécologique et les soins apportés en ce sens : effets secondaires de la contraception, crainte du traitement etc.

> *« Quand j'ai peur c'est quand je sentais les douleurs moi j'ai saigné. » (Antonia)*

> *« Mais je sais pas si c'est… Laissé là longtemps après c'est dangereux (…) Oui c'est dedans. Oui oui je veux l'enlever. Parce que j'ai écouté quelqu'un, il a dit si c'est trop longtemps après c'est compliqué. C'est pour ça je veux l'enlever. » (Jessica)*

Plusieurs patientes nigérianes attachaient une importance particulière à leurs menstruations, certaines surveillant de près leur arrivée et d'autres exprimant le désagrément de ne plus les avoir du fait de la contraception mise en place.

> *« Parce que... j'ai un problème de mon règle, je comprends pas, du tout. Comment se passe. J'ai acheté le kit d'ovulation pour regarder. (...) J'ai vu mon... Mon règle le 4. (...) Quand je suis allée voir le docteur ça c'est... (...) Après 4 jours, la règle il est sorti encore. Après c'est deux fois... J'ai vu deux fois, dans une mois. Moi je pense que c'est à cause de... Comment s'appelle ? Des trucs qu'elle a mis dans le... (mentionne le frottis cervico-vaginal) » (Marie)*

> *« It's just that I don't see my flow, that's boring. And it's boring, and I don't like it. Sometimes I'd like to see my flow. (...) I don't even see my own at all. And it's bad. I don't like it. » (Success)*

Pour les patientes, cette capacité du praticien à donner des explications adaptées aux situations de soins rencontrées était vectrice d'une compréhension mutuelle, telle que nous l'avons évoqué précédemment.

> *« Quand je comprends pas, elle tout de suite, me donner l'ordinateur comme ça tourner, dit c'est ça pour toi, et moi je comprends bien. J'aime bien avec docteur β. Après doucement expliquer bien, moi comprendre bien. (...) Parce que elle, elle comprend bien, et moi comprends elle bien (...) (rires) ça c'est bien. Toi comprendre quelqu'un, quelqu'un aussi comprendre toi. C'est bien ça ! » (Rose)*

Le partage d'explications et de conseils éclairés permettait une **réassurance** des femmes concernant leur santé et favorisait l'établissement d'une **relation médecin-patient de qualité**.

> *« Mais je sais pas pourquoi j'adore elle. Si peut-être si, c'est caractère. Si tu effrayé, comme ça après elle, elle dit t'inquiète pas ça fait rien, comme ça tu vas calmer. (Jessica)*

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

Au contraire, les femmes exprimaient une **insatisfaction** lorsqu'elles étaient confrontées à un praticien ne leur fournissant aucune explication sur leur santé, les laissant dans le doute et l'ignorance.

> *« Normalement oui (il aurait fallu qu'elle prenne plus de temps) ! Parce que le situation comme ça c'est... Il faut que je... Il faut que je comprends pourquoi. J'ai payé à elle hein ! » (Marie)*

3. *Temporalité de la consultation : « prendre le temps », vers une mise en confiance et une libération de l'expression du patient*

Parmi les items du questionnaire de satisfaction des patients élaboré par Ware et ses collègues il y a plusieurs décennies se trouve la notion du « ***temps passé en consultation*** ». Il s'agirait d'un préalable essentiel à l'établissement d'un climat de consultation **propice à l'expression de la personne**, au travers de l'écoute active du praticien, telle que nous l'avons développé précédemment.
Les échanges réalisés dans notre étude font état de l'importance de la temporalité de la consultation, allant dans le sens des données de la littérature disponibles.
Cette notion du temps passé en consultation apparaît comme un **préalable à l'effectivité des attentes vis-à-vis du médecin généraliste énoncées ci-dessus : écoute active, délivrance d'informations et de conseils éclairés**, dans une démarche de compréhension empathique.

- ***Expériences positives de soin, vers une satisfaction du patient et une confiance relationnelle*** :

Pour les femmes, il était important ainsi que le praticien **prenne le temps d'écouter** son patient, et s'attache à comprendre le point de vue de ce dernier. Cette capacité du soignant était à l'origine d'une **satisfaction** du patient en consultation et de l'établissement d'une relation médecin-patient de confiance.

> *« Mais quand tu parles avec personne, si il est bien... (...) Il faut qu'il... hum. Il... prend bien. Je sais pas comment explique. Il faut que... Prend du temps à écoute qu'est-ce que je dis, en plus.*

Comme docteur ∞, lui il est très très gentil. Quand je suis allée là-bas. Il prend du temps. Il me (marmonne) "Qu'est-ce qui t'arrive avec moi ?" (tchip) Je sais pas comment te dire... Il ... (rires) Hum... Il prend le temps à... à... comment s'appelle... Comprendre. Ben oui... Comme docteur β aussi. Elle aussi. Docteur α je mets dans le neuf positions parce que lui, oui ! Il prend du temps avec personnes. Il… Il écoute. » (Marie)

L'importance portée à la délivrance d'informations et de conseils tels qu'énoncés précédemment impliquait également que le médecin aborde la consultation avec une certaine temporalité.

« Elle prescrire tranquille... J'aime bien avec elle, parce que elle, bien avec moi. Pas vite vite vite regarder et après partir. Non ! Elle tout doucement, mais moi comprends. » (Rose)

La création d'un climat de consultation calme, non parasité par les contraintes temporelles du praticien favorisait un **bien-être et la sérénité du patient**.

« But she yes ! She makes it calm, like... Makes it cool. Everything. And she makes me feel... Everything she is saying you know... She is not in ... Like hurry. » (Kimberley)

- ***Expériences négatives de soin, vers une perte de confiance et une rupture du suivi*** :

A l'inverse, la parole des femmes témoignait de nombreuses **expériences négatives** de santé face à un praticien privilégiant la **rapidité et la technicité** des actes, dans un **climat de soin impersonnel**.

« Parce que y'a des docteurs, ils te regardaient là là, et après marquer, médicaments. Et vite, partir (...) Le docteur : "Où tu as mal ?" "Là !" "Viens avec ça, comme ça" (mime les gestes) "Ça va !" Donner médicaments pour toi, marquer et partir vite. (Rose)

Si la capacité du praticien à prendre du temps était favorable à l'expression du patient, les femmes exprimaient une **insatisfaction** lorsque la temporalité de la consultation ne leur permettait pas de se confier et d'expliquer pleinement leur situation.

« C'est pas très bien ! (rires) He don't give you time to explain yourself. I don't know why. He is always in East, like... fast. He is very fast. He don't give you time to do what you want. I don't like it. Hum yeah ! Because, you know there are some doctors, you know, they make... they don't give you the time to express yourself. They make like... (fait un geste dans l'air). » (Kimberley)

La **parole des femmes était ainsi bridée** devant un praticien ne leur donnant pas le temps de s'exprimer, uniquement attaché à leurs actes techniques et leur **prescription comme finalité de la consultation.**

> *« J'arrive pas parler avec eux. Juste dire donner pour moi médicaments (...) et quand j'entrais "vite vite" tu fais tout, mon médicament, moi partir. » (Rose)*

Une notion importante de la relation centrée sur la personne développée par Rogers est la capacité du praticien à analyser ses émotions, à se détacher de sa propre réalité pour porter un regard tourné vers la personne. Les entretiens mettaient en évidence les conséquences négatives d'un comportement relationnel inverse, les femmes portant un regard critique sur un soignant donnant l'impression d'être pressé et non concerné. Ainsi, **l'empressement** du praticien pouvait être **mal-perçu et interprété négativement** comme un énervement du professionnel.

> *« En plus y'a beaucoup de monde. Mais je pense qu'elle est pressée parce que bientôt elle va fermer. C'est pour ça elle fait vite vite vite. C'est trop vite, en plus. Je sais pas si elle est énervée, je sais pas pourquoi ... j'ai... (tchip) ça s'est pas bien passé avec moi. Elle est pas... Euh... Elle fait pas de patience avec personne. Elle fait le... (...) Je pense que elle... elle est pressée, c'est pour ça. Elle est pas patiente avec euh... avec moi. » (Marie)*

Ce comportement pouvait donner l'impression d'un **manque d'investissement du praticien**, la consultation étant sous-tendue par un **intérêt économique et une nécessité de rendement**.

> *« Il est pas… Il est déjà pas… (…) Je sais pas comment dire. Il est pas avenant, il est toujours speed... Je sais pas si c'est le rendement, ou… Euh… on a l'impression qu'on lui parle, il écoute pas ce que je lui dis. Donc euh... Enfin on le sent pas investi ! » (Babette)*

In fine, ce climat de consultation était nuisible à une relation de soin de qualité et pouvait être à l'origine d'une **rupture de suivi.**

> *« Mais... là elle. Elle est pas prendre le temps avec moi pour... pour... écouter qu'est-ce que j'avais a dire. Elle est pressée je sais (tchip) en plus j'y vais pas c'est fini avec elle. » (Marie)*

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LES ATTENTES DES PATIENTES VIS-A-VIS DU MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE COMPETENCES RELATIONNELLES ET COMMUNICATIONNELLES

Toute relation de soin est le fruit d'une **interaction** entre le soignant d'un côté, et le soigné de l'autre, mettant en jeu des **dynamiques interrelationnelles subtiles influencées par les émotions, les représentations et les expériences personnelles de chacun des protagonistes de la consultation**. Notre étude témoignait de l'impact du rôle **des compétences relationnelles et communicationnelles** du praticien dans la construction d'un **climat de confiance** propice à l'établissement d'une **relation médecin-patient de qualité et d'une continuité du suivi**.

Dans cet espace-temps ponctuel de consultation où se rencontrent et se jaugent deux individualités, nous notions l'importance d'une **attitude bienveillante et avenante** du praticien, permettant à la personne d'aborder la consultation avec sérénité et tranquillité. Il était apprécié que le soignant témoigne de son **intérêt pour le patient** et **s'investisse activement vers un mieux-être physique et psychique** de la personne, en s'attachant à **comprendre ses émotions et à respecter sa temporalité**. Mimiques, regards désapprobateurs ou réflexions désobligeantes pouvaient être à l'origine de situations de soins douloureuses marquées par un **sentiment de stigmatisation en lien avec leur activité, leurs origines et/ou leur statut social**. Les patientes revendiquaient ainsi un **soin inconditionnel, standardisé et respectueux de leur individualité.** Les compétences relationnelles du praticien devaient ainsi subtilement **savoir mêler la communication verbale et non verbale**. La temporalité de la consultation était une des facettes clefs dans l'établissement d'une relation de confiance médecin-patient propice à l'expression de la personne. Nous notions l'importance de **prendre le temps en consultation** et de s'attacher à une **écoute attentive,** en considérant la parole des femmes et en apportant des conseils éclairés, dans une démarche englobante et rassurante.

Si les expériences positives de soins étaient à l'origine d'une satisfaction du patient et d'une adhésion aux soins, un **vécu négatif** pouvait quant à lui amener à **une perte de confiance de la personne voire à une rupture de suivi**. Du fait des difficultés d'accès aux soins et des situations de vulnérabilité pouvant être rencontrées par les patient.e.s, nous voyons se dessiner l'importance du rôle du praticien dans l'établissement d'un climat de soin propice à une mise en confiance de la personne, passant par une **réflexion, une introspection et une remise en question fréquente de sa pratique.**

V. Un soin culturellement compétent.

1. *La rencontre entre deux altérités culturelles*

Notre étude mettait en évidence que le suivi des femmes migrantes en situation de prostitution dans l'agglomération bordelaise était assuré par une poignée de médecin généraliste en milieu libéral. Si notre travail ne nous permettait pas de porter un regard exhaustif sur l'ensemble de la population en situation de prostitution à Bordeaux, nous constations une **orientation spécifique de certaines communautés vers un praticien** : le suivi des femmes nigérianes était assuré par les docteurs φ et γ, tandis que les patientes originaires d'Europe de l'Est, et principalement bulgares étaient suivies par le docteur ε. Ce constat était en faveur d'une **prise en charge culturellement compétente** de ces patientes, favorisant la **pérennité de la relation de soin** et l'efficacité du ***bouche-à-oreille*** entre les pairs d'une même communauté, facilitant ainsi l'accès aux soins des patients.

> *« Hum, doctor φ et γ (...) Yeah, many girls are following there. » (Success)*

> *« Oui c'était difficile, elle n'avait pas de médecins. Elle est allée chez le docteur ε. (...) Il y a beaucoup de gens de Pechtera, il y a des voisins de Pechtera qui lui ont parlé du docteur ε. (...) Tout le monde va chez le docteur ε.» (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)*
> (n.d.a : Pechtera est une ville de Bulgarie)

Pour tout professionnel de santé, acquérir des connaissances sur la culture de l'autre permet **d'élaborer des actions et d'adapter sa pratique à des situations d'interculturalité.** Le dialogue est ainsi plus fluide, et l'établissement d'une relation de confiance est d'autant plus aisé.
Les femmes exprimaient une **satisfaction de leur prise en charge auprès d'un praticien identifié**, se transmettant l'information entre elles.

> *« Before, because I had hospital paper, so have doctor, normal doctor… in Capucins, doctor γ, you know, she was fine (...) The other girls go to see doctor γ because she is very nice. So it's cool. » (Laura)*

La compétence interculturelle, à savoir, parvenir à analyser et comprendre les situations où deux cultures se rencontrent passe par la capacité à se **décentraliser de sa propre culture**, prendre de la distance par rapport à ses propres références. Cette réflexion sur soi permet d'atteindre une certaine neutralité par rapport à sa culture, et rendre l'interlocuteur plus disponible à une ouverture de son regard. Lors de la rencontre entre deux cultures, le praticien se doit ainsi de prendre en compte la **réciprocité culturelle** et garder à l'esprit que lors de l'échange, les deux acteurs peuvent présenter

chacun leur propre **altérité culturelle**. Le but est alors de garder un esprit ouvert, tourné vers l'autre, se décentrer de la consultation pour tenter d'englober l'ensemble des subtilités culturelles et sociales que la situation engendre, en se penchant vers le contenu de la culture de l'autre. Il s'agit alors de se placer dans une **démarche non ethnocentrée d'ouverture et de curiosité** vers les croyances, les représentations, les symboliques, les valeurs et aspirations qui fondent la culture qui nous fait face.
Les femmes partageaient ainsi leurs expériences de soin auprès des docteurs γ, ε et φ, en mettant en avant leur bienveillance et leur ouverture d'esprit dans une prise en charge culturellement compétente.

> *« Parce que lui toujours avec les gens qui ... n'est pas français. Toujours comme ça les gens voir lui. Et lui maintenant apprendre comme parle nous ! (rires) (...) Et après quand voulais parler quelque chose, lui tout de suite comprendre ! Parce que lui arrivait avec comme ça les gens, qui pas parlaient français. » (Rose)*

Nous percevons dans ces paroles l'importance de la communication et de la langue lors de l'interaction entre deux cultures.

2. *La barrière de la langue chez les patients allophones : un frein à la communication*

La **communication interculturelle** est principalement définie comme une interaction entre deux individus de cultures différentes et cette différence peut parfois être un frein à la compréhension. Comme nous l'avons vu précédemment, la communication est un processus actif ayant pour but de transmettre une information et passe également par des moyens non verbaux. Ces signes englobent les gestes, les mimiques, les regards, les attitudes, les intonations de voix, et sont soumis à des fortes **variations interculturelles**. Par ailleurs, selon Ingrid Plivard, il se produit deux phénomènes lors de de l'interaction de deux individus venant de différentes cultures, à savoir la catégorisation sociale et le traitement de l'altérité (64). Le premier fait référence à la tendance à attribuer à autrui les caractéristiques stéréotypées de son groupe, et le deuxième à l'enfermer dans son propre cadre de référence. Ces deux processus contribuent à altérer le sens des paroles échangées et ainsi limiter la compréhension entre les deux individus. Cette limite se perçoit d'autant plus que la différence est méconnue, et perçue avec un regard et un jugement ethnocentrique. Une des dérives de ce mode de réflexion peut notamment être **d'uniformiser son discours et sa pratique pour tout sujet appartenant à la même culture.** Un autre **frein à la communication** entre deux systèmes culturels différents est celui de la **langue**. Celle-ci reste le reflet des croyances, des représentations, dont l'exactitude nous échappe lorsque nous ne maitrisons pas la signification des mots.

Pour la plupart **allophones** lors de leur arrivée en France, les patientes rencontrées témoignaient en effet des **difficultés de communication et de compréhension** lors de la consultation du médecin généraliste, du fait de la **barrière de la langue.**

> *« Oui il parle pas anglais (...) Oui au début c'est beaucoup, oui c'est un peu compliqué. C'est difficile avec lui parce que comprend pas anglais. Oui. Sauf docteur δ. Lui, je sais comprend pas, ou bien. Mais c'est juste français. » (Marie)*

Il était ainsi notamment difficile pour les patientes de comprendre la **démarche de soin** proposée par le praticien, impactant ainsi l'efficience de la prise en charge.

> *« Euuh, lui il a expliqué mais j'ai pas compris le français. Il a expliqué à moi compliqué. » (Antonia)*

Malgré les compétences reconnues du professionnel de santé, la **barrière de la langue** était considérée comme un **frein majeur à l'établissement d'une compréhension mutuelle et d'un lien médecin-patient de qualité**, pouvant même amener le praticien à « ***passer la main*** » et proposer à la patiente un suivi par un confrère du fait des difficultés communicationnelles.

> *« Sometimes, if I speak, he don't understand. He speaks french. He's not speaking english. (...) Yes. Because I don't understand french. He speaks french every time (...) The doctor is good but I don't hear her first. If you want a doctor, with maybe somebody who's speaking english, than the (...) Yes, before he told that to me. He said that, he can no... difficult. » (Mirabelle)*

a. Le rôle des femmes : implication des patientes dans l'apprentissage du français

Ayant conscience des freins à la compréhension mutuelle du fait de la barrière de la langue, les patientes exprimaient un souhait vif d'apprendre le français, afin de faciliter les échanges avec autrui. Le temps permettait aux femmes de progressivement acquérir des connaissances de français, facilitant ainsi l'interaction avec les soignants.

> *« Avant c'est très très difficile pour moi de parler. Moi je parlais avec quelqu'un, tu parlais français. Moi pfiou (fait un geste au ciel) ! Moi je ne connais pas, moi je ne connais rien du tout ! Après je comprends. Si un peu je parle... (sourire). » (Kimberley)*

Par ailleurs, la plupart des patientes exprimaient s'être engagées dans l'apprentissage du français par l'intermédiaire des **cours de Français Langue Etrangères**.

« Oui c'est un peu compliqué, mais moi je pas restée longtemps, allée à l'école. Quand je suis arrivée ici, trois mois je commence à... parce que ça m'énerve quand tu parles avec personne et comprends pas. Et c'est ma faute, ici c'est pas mon... Ils parlent pas comme moi, il faut que j'allais apprendre. C'est pour ça je suis allée apprendre (...) Je suis obligée (rires). » (Marie)

Nous notions ainsi une volonté de lever la barrière de la langue et de maitriser le français, afin d'être **acteur de sa santé et de faciliter la communication avec les soignants**.

« At time I just say "Ok, let me try if I will understand". Because it's better for us to understand sometimes. Because most time you meet people who don't understand english. So I just want incorporate if I can... » (Success)

b. *Le rôle du soignant : un soin culturellement compétent, au-delà de la barrière de la langue*

La littérature fait état de l**'impact négatif potentiel des barrières linguistiques sur l'état de santé d'une population** : accès aux soins, qualité des soins, droits des patients, degré de satisfaction des patients et des soignants, efficience de la prise en charge et résultats de santé (65, 66). Ce constat trouve son origine dans les **difficultés communicationnelles** entre soignant et soignés inhérentes à la **barrière de la langue et à la rencontre de deux cultures**, présentant chacune son altérité en termes de représentations, de croyances et de codes d'interaction.
Dans une dynamique de prise en charge culturellement compétente, il était apprécié du praticien qu'il présente une ouverture d'esprit et une tolérance à l'altérité culturelle, en s'attachant à **prendre le temps pour se faire comprendre et faciliter la communication avec la personne.**

« Yes, (i feel good with) all of them. (rires) Even if they just speak french. There are sometimes, when they say something i don't understand very well. And they don't speak either "sorry I just make go to english you know ?" (...) They try to explain more better you know. » (Kimberley)

Malgré les efforts des femmes pour apprendre et maitriser le français, elles exprimaient une facilité d'interaction et un **lien privilégié avec un praticien s'efforçant à communiquer dans la langue du patient**, notamment pour les patientes anglophones. Il s'agissait d'une **attention** du médecin généraliste envers son patient qui était **reconnue et appréciée** comme facilitateur de la relation de soin.

« Because she speaks english very well for me ! Yes... She's trying, it's just ok, it's very nice. » (Mirabelle)

Nous notions par ailleurs que la maitrise de la langue pouvait être déterminante dans le **choix du praticien**, les femmes nigérianes exprimant notamment se tourner préférentiellement vers un professionnel anglophone.

> *« Of course yes, it's better when they speak english. You know, most of us don't understand french. So we prefer if you speak english. » (Success)*

Ce choix des patientes s'expliquait par leur maîtrise parfois partielle du français. La possibilité de pouvoir échanger dans leur langue était pour elles vecteur d'une **réassurance** et d'une **facilité** de communication.

> *« My doctor speaks english (...). Yes it's important. Yeah, 'cose now I can most... I'd like to understand french person. But sometimes (...) I forgot. » (Laura)*

Nous avons vu précédemment que la communication en santé passe par les moyens verbaux et non verbaux. En situation d'interculturalité, les patientes déclaraient **accepter l'utilisation de la communication non verbale** avec le praticien dans le but de faciliter la compréhension mutuelle.

> *« Même qui a des problèmes pour expliquer le français, je lui montrais ça me dérange pas. Même quand tu comprends pas tu montres. Dis "ça ça ça" et tu écoutes un peu des phrases de français, tu expliquais. Mais tu parles pas tu montrais, et les gens ils te comprend. » (Blanche)*

Une limitation de la communication à des **phrases courtes et aux moyens non verbaux** pouvait être **satisfaisante** pour les patientes, mais **restreignait** la consultation médicale aux **actes techniques et prescriptifs**, sans possibilité d'approfondissement de l'échange et du dialogue. Nous voyons ainsi se dessiner les limites de ce mode de communication, justifiant le recours à l'interprétariat en l'absence d'autre alternative afin de favoriser une démarche de soin globale et de limiter les incompréhensions éventuelles.

> *« Elle lui dit : "Ici ça fait mal, j'ai tombé", il regarde. "Où ?" Je montre : "Là, j'ai mal". Il regarde et après il prescrit. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)*

c. *Le rôle de l'interprétariat en consultation de médecine générale*

Le type d'interprétariat utilisé en consultation peut être de deux types, **informel** (membre de l'entourage, acteur d'une structure de santé, professionnel non qualifié dans l'interprétariat) ou **professionnel** (présentiel ou téléphonique). Nous retrouvions au travers de la parole des femmes

l'intérêt de l'intervention d'un interprète en consultation, qu'il soit informel ou professionnel. Les femmes estimaient que le recours à ce tiers avait été une aide lors de la consultation de médecine générale. Pour Mirabelle, anglophone, cela avait permis de **faciliter les échanges et la communication** avec le médecin généraliste et **d'expliquer ses symptômes**. Sandra expliquait quant à elle que la présence d'un interprète lui avait apporté un **soutien** et avait **facilité la relation de soin**.

« Because, that day I'm not feeling fine, I not talk. I caught. (...) It's my friend ! Took me to the doctor. Because, the doctor, he speaks french. My friend, he speaks french. » (Mirabelle)

« Gentil. (...) Hum y'en a là-bas interprète, qui parlait bulgare français. » (Sandra)

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LA NOTION DE SOIN CULTURELLEMENT COMPETENT

La question de l'interculturalité dans le soin émane de notre travail, du fait du recrutement de notre étude nous ayant amené à rencontrer principalement des femmes migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Europe de l'Est. La notion d'une prise en charge culturellement compétente repose sur l'idée que le praticien parvienne à une **démarche de soin non ethno-centrée empreinte de curiosité et d'ouverture à l'autre**, en tentant de se détacher de ses propres représentations culturelles.

Notre travail mettait en évidence que le suivi des patient.e.s d'une même culture était souvent assuré par le même praticien, témoignant d'une relation de soin privilégiée favorisant la transmission d'information par le bouche-à-oreille. La satisfaction des patients reposait notamment sur les **capacités du praticien à témoigner d'un intérêt pour la culture d'autrui**, et à limiter les freins de compréhension en lien avec la barrière de la langue, par le biais d'un **échange dans la langue du patient** ou de l'utilisation de la **communication non verbale**. Là encore, il était apprécié que le médecin **prenne le temps** de comprendre et de se faire comprendre.

Gardons en mémoire qu'en l'absence d'alternative, **l'utilisation de l'interprétariat** professionnel ou par l'intermédiaire d'un tiers en consultation apparaît comme un facilitateur de l'accès aux soins en favorisant une compréhension mutuelle, une adhésion à la démarche de soin et l'établissement d'une relation médecin-patient satisfaisante.

VI. Vers une libération de la parole des femmes dans un climat de confiance et de respect mutuel ?

Les rapports nationaux ainsi que les études réalisées sur l'état de santé des personnes prostituées en France et à l'international font état d'une exposition des patient.e.s à des risques sanitaires élevés, du fait de facteurs de vulnérabilités liés à leur activité prostitutionnelle et à des conditions socio-économiques parfois précaires. De ce fait, une évaluation de la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP) de la Haute Autorité de Santé mentionne dans son rapport de 2016 que « ***les interlocuteurs de premier recours en matière de santé des personnes en situation de prostitution (associations, professionnels de santé) doivent avoir pour objectif d'améliorer la santé globale de ces personnes*** *grâce à la prévention et au dépistage précoce non seulement des pathologies vis-à-vis desquelles ces personnes sont surexposées en raison de leur activité, comme certaines IST, mais également des pathologies susceptibles de les affecter en raison de leur âge, de leur genre ou de leur mode de vie, pour lesquelles des programmes de santé publique sont mis en place en population générale (ex. dépistage de cancers, risques cardio-vasculaires) »* (11).
Professionnel au cœur du système de soins primaires, le médecin généraliste semble être un des acteurs princeps de ces actions de santé publique décrites par la Haute Autorité de Santé.
Pourtant, la réalité des soins est tout autre, et rend difficile la mise en pratique d'actions de prévention et de dépistage auprès de cette population. En effet, la libération de la parole des patient.e.s sur leur activité prostitutionnelle est souvent difficile en consultation de médecine générale, du fait de l'intrication de facteurs : honte, peur de stigmatisation ou discrimination, expériences de soin négatives ou interaction personnelle avec les médecins généralistes jugées non satisfaisante, etc (1-23).

Nous avons vu précédemment les attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste en matière de compétences techniques, relationnelles et communicationnelles. Notre étude a permis d'explorer de manière plus précise **le vécu des femmes concernant la verbalisation de leur activité auprès du médecin généraliste**.
Nous verrons ainsi au travers de la parole des patientes la complexité potentielle d'aborder le sujet en consultation et les freins à la verbalisation. Or, il est ardu pour le médecin généraliste de proposer des actions de prévention et de dépistages sans connaître les facteurs de vulnérabilité que présente le patient qui lui fait face. Nous avons ainsi tenté de comprendre les différents facteurs pouvant permettre aux femmes d'aborder la question de leur activité et de l'impact potentiel sur leur prise en charge et la relation de soin médecin-patient ultérieure.
Nous verrons que nous retrouverons dans ce développement quelques-unes des notions précédemment abordées concernant les compétences relationnelles et communicationnelles attendues et appréciées du médecin généraliste.

1. *Une verbalisation difficile de l'activité prostitutionnelle*

Nous avons vu précédemment que l'activité prostitutionnelle était souvent maintenue cachée de la famille et de l'entourage. La **verbalisation de leur activité** dans un cadre de soin était également décrite comme **difficile** par les personnes concernées, bien qu'il s'agisse d'un métier existant depuis plusieurs centaines d'années.

« Oui avant Christ ! Mais c'est très dur. Pour parler, pour expliquer... » (Roxana)

a. *Omission volontaire de leur activité et adaptation de la réalité : vers une situation « socialement acceptée ».*

En cas de nécessité de soins en lien avec une prise de risque ou une situation de vulnérabilité médico-psychologique en lien avec l'activité prostitutionnelle, les femmes expliquaient élaborer des **alternatives** afin de ne pas avoir à mentionner leur activité. Pour les patientes, cela était justifié par l'idée que la prostitution reste un métier non accepté socialement, et sa verbalisation source d'une cristallisation de tous les aprioris sociaux associés.
Les patientes expliquaient ainsi **omettre volontairement** leur « *profession* » en cas de problématiques de santé induites par leur activité.

> *« Maintenant je suis quand même plus à même de trouver des arguments, d'aller chez un médecin, d'aller à l'hôpital. Je vais trouver quelque chose pour me soigner sans être obligée d'en arriver à dire… Euh voilà. » (Babette)*

Il s'agissait parfois d'un **refus d'en parler au médecin**, bien que celui-ci ait posé la question. Les tenants de cette réaction seront exposés plus loin.

> *« Oui c'est un jour la capote elle casse. Je dis "Quelqu'un couche avec moi. Moi connais pas lui. Je cherche médicament pour…" (…) Il dit : "tu travailles dans la rue ?". J'ai dit "non, juste donne-moi les médicaments, pour bu" ». (Jessica)*

Afin d'éviter de parler de leur activité les femmes expliquaient avoir l'habitude **d'adapter la réalité**, allant jusqu'au **mensonge** afin d'être soignées sans que la non-déclaration de leur travail influe sur leur prise en charge.
Elles expliquaient par exemple inventer une histoire qu'elles estimaient « *entendable* » par le praticien en cas d'accident de préservatif.

« Ah ben non ben là… Mais non mais là je vais… je vais aller… Je vais aller… Je vais aller voir mon médecin je vais lui dire "voilà j'ai eu mon copain, ma capote elle a craqué". Je vais pas aller lui parler de… » (Babette)

« Oui mais si je dis "Excusez-moi je partir à la disco et je connais une garçon et je partis tout de suite avec lui (rit) pas protégé, pas fait..." » (Roxana)

En cas d'interrogation du soignant sur l'activité professionnelle exercée, les femmes déclaraient **formuler un autre métier**, qu'elles estimaient socialement accepté. La difficulté de verbaliser son activité était retrouvée dans l'ensemble des corps soignants, médicaux et paramédicaux.

« Je partais le dentiste. Mais je lui dis pas que je travaille comme ça. Je lui dis je fais ménage. Je peux pas dire ! » (Roxana)

b. Un sentiment partagé entre le besoin de se confier et la difficulté d'expression de l'activité prostitutionnelle

Si les patientes développaient des alternatives avec une adaptation fréquente de la réalité afin de ne pas mentionner leur activité, elles exprimaient cependant un **besoin de se confier du fait de la difficulté de leur exercice.** Nous notions dans leur parole un **sentiment partagé et un tiraillement** entre l'envie de révéler cette réalité et la difficulté pour l'aborder.

« You know it's not a good life. So I want to say it sometimes... I just... "God i'm work at street". I can't talk about it. » (Success)

Les patientes mentionnaient **l'importance de parler de leur activité au professionnel de santé** (ici gynécologue), mais décrivaient des **freins majeurs à l'énonciation de leur pratique** et des prises de risques associées.

« Si je parlais je dis "Excusez-moi je travaille à la rue, ça m'a cassé le condom" comme ça je lui dit ? Nooooon ! (rires) (...) Je peux pas. Je pars dans gynécologue normal là-bas, et je lui dit.... il faut que je lui explique non ? "Excusez-moi je suis prostituée, je... travaille, je partis avec le client, je mets le condom" Nooooon je peux pas faire ça ! (rires). » (Roxana)

Par ailleurs, le mensonge induit par la complexité d'aborder la question de la prostitution était à l'origine d'un **ressenti douloureux** pour les patientes. Elles expliquaient le faire « *à contrecœur* », et **souffrir de cette impossibilité d'avoir une parole sincère et libérée**.

« Non j'arrive pas, pour parler. Avec un autre docteur, je peux pas parler de mon travail. Je peux mentir ! Oui mais... comme ça je commence à mentir. Et j'aime pas mentir. J'ai aime pas. Je préfère dire la vérité. Je sais que ça me fait mal, et après je commence pleurer. » (Roxana)

c. *Le « non-dit » en consultation, compréhension tacite du médecin généraliste.*

Du fait de la difficulté de verbalisation de leur activité, les femmes expliquaient avoir été confrontées à des consultations où leur exercice n'était pas évoqué, mais **tacitement compris** par le médecin généraliste.

« Non moi pas arriver ! (...) Non ! Tu pas parler travail première fois. Ça c'est difficile. Toi compris mon travail, je suis comme ça, toi compris elle passait avec 5, 7, 8 personnes par nuit. Elle met le préservatif. Hum c'est pour ça. » (Antonia)

Une patiente nigériane supposait que son médecin traitant était au courant de son activité, du fait de son **origine et de la connaissance des réseaux de traite** par le praticien.

« Maybe she knows but I don't explain (silence) what I did. (...) It's not difficult I believe she knows. So… I don't speak (...) I feel the white people always know that black girls, normal nigerian people they work on the street so… It's normal for me. » (Tracy)

Cela interroge sur la **stigmatisation potentielle induite par les représentations du praticien**, enfermant la personne dans une catégorie sociale du fait de sa nationalité. En effet, une autre patiente originaire de la même région du Nigéria ayant arrêté la prostitution, mettait en garde sur **l'importance de ne pas apposer une étiquette sur la personne du fait de ses origines.** S'informer de la situation actuelle de la patiente semblait alors essentiel à une prise en charge adaptée et non discriminante.

« The white people imagine that it's all of them. Not all… (...) I'm not one of those who do it. I know many people come here, from Afrique ; It's their life. It's what they do. But there are still people who doesn't do it. Be caution. » (Laura)

Afin de faire comprendre au praticien leur activité, les patientes déclaraient donner des **indices informels**, sans poser des mots précis sur leur situation. Cela pouvait passer par :

- **L'approvisionnement régulier en préservatif** :

« But if I collect condoms everytime, she understands ! (rires) Yes collect condoms everytimes, yes. » (Mirabelle)

- **L'explication des conditions de travail, et de l'usage fréquent de préservatifs**

« Je sais pas je ferai quelque chose pour t'expliquer je travaille la nuit, à boulevards, comme ça toi la tête faire le (penche la tête sur le côté) comme ça toi « c'est quoi 'spèce de travail là » (...) hum... madame moi travailler la nuit (rire gêné, hausse les épaules) j'utilise beaucoup de préservatifs ! Et toi l'es... comme ça... » (Antonia)

- **La déclaration d'un accident de préservatif**

« Hum... Euh moi je dis moi je travaille, comme ça comme... et... J'ai cassé préservatif, et humpf... et moi arrivée pour le test comme ça. » (Sandra)

- **La demande d'un « check up » complet de santé** (fréquemment retrouvé chez les femmes nigérianes)

« No no no. But I just told them, I just want to check everything was ok with me and myself. As you want yeah. » (Kimberley)

Parfois, la formulation de l'activité était facilitée par **l'intervention d'une personne de l'entourage,** permettant de présenter la situation au médecin généraliste.

« Il sait ! Il sait que je travaille ! C'est la femme, la femme blanche-là ! (...) C'est elle qui lui disait. Faire pour travail. Mais comme je te dis aussi c'est que elle aussi travaille. » (Donna)

«"Explique-moi quelles conditions travail toi". Puis regarde comme ça (mime un regard inquisiteur) bien sûr ! C'est pas possible pour expliquer moi. Ma copine l'est expliquait pour moi "je travaille la rue comme ça, contre les voitures." (...) Ma copine elle a expliqué tout tout. Moi juste comme ça ma copine parlait pour moi (rigole) ! » (Antonia)

Les situations où les patientes n'avaient **pas besoin de formuler leur profession** était considérées comme **confortables et appréciées des femmes**.

« Oui que c'était plus facile quand on a pas à formuler, qu'on a pas à dire quoi. Voilà voilà. Parce que alors là t'arrives, c'est c'est... (...) Moi je pense que les filles on se sent moins... quand on sait que... quand on sait les gens savent déjà ! Alors... pas besoin de lui dire ! Pas besoin que ça sorte de ta bouche, de le verbaliser là ! » (Babette)

Elles mentionnaient notamment les **lieux de soins dédiés à leur accompagnement**, dans lesquels l'activité de prostitution était, de fait, connue permettant de ne pas en parler, qu'il s'agisse des dispensaires d'autrefois, ou des associations actuellement présentes dans l'agglomération bordelaise.

« C'est que avant y'avait des gens, y'avait ces dispensaires justement qui était spécifiques. C'était pour nous ! Y'avait des gens, on pouvait leur parler. Et pourquoi alors ils ont supprimé ça si on revient ici. C'était très bien ce... ces trucs. (...) Non mais justement que ce soit une structure. Où les filles bééé h… que tu puisses y aller spontanément quoi ! Tu vois ce que je veux dire ? » (Babette)

d. Liberté d'expression, choix de se confier ou non spontanément

Finalement, nous notions une **diversité** chez les patientes dans l'appréhension de la verbalisation de leur activité auprès du médecin généraliste. Il était important de noter la mention du **libre-arbitre de chacune dans le choix d'aborder la question de leur « profession » en consultation de médecine générale ou non.**

Ainsi, si certaines refusaient catégoriquement de mentionner leur activité en consultation, d'autres s'estimaient à l'aise pour en parler, et déclaraient en avoir parlé librement à leur médecin.

- Refus de mentionner son activité au médecin généraliste :

« Hum hum (secoue la tête), I don't spoke with her. Because I don't want to speak about it, to start. So, to explain about it. » (Tracy)

- Absence de frein pour parler de la prostitution à son médecin généraliste :

« Ça ne me dérange pas. Non je le gardais pas. Je le disais parce que ça suffit, c'est la vie. C'est normal. » (Blanche)

« Oui oui même moi je lui ai dit aussi hein. Que j'étais une travailleuse euh... du cul quoi ! Ah moi j'ai mis carte sur table ! » (Babsy)

2. *Les freins perçus à une verbalisation de l'activité*

a. *Une activité honteuse, vectrice d'aprioris sociétaux et pourvoyeuse de souvenirs douloureux.*

Nous avons vu précédemment que les patientes exprimaient une souffrance psychologique du fait d'un **sentiment de honte** à exercer cette activité, considérée comme **« anormale » et non acceptée par la société**. Il s'agissait de notions que nous retrouvions plus précisément dans les **freins à la verbalisation** de leur travail auprès du médecin généraliste.

Les patientes exprimaient une **gêne et une pudeur** à l'énonciation de leur travail au médecin généraliste du fait d'un dégout et d'une honte ressentis.

> *« You know it's not a good life. (...) You know sometimes I don't feel telling anybody because I'm ashamed to say it. » (Success)*

Pour les femmes, ce travail était empreint de représentations sociales négatives. Bien qu'elle soit désormais légalisée, les patientes considéraient la **pratique prostitutionnelle comme un travail anormal et non accepté**, rendant difficile sa verbalisation auprès du médecin généraliste.

> *« Because I'm shy. Comment tu dis shy en Français (...) Timide. Je suis timide pas parler pour ce travail. Parce que ce travail c'est pas normal… C'est difficile travail, c'est pas... C'est pas facile, vendre ton corps. C'est pas facile pour parle pour ça. (...) L'est pas accepté ! Oui c'est pas accepté le débarque comme ça. Humm. Tu comprends ? L'est pas respecté. » (Roxana)*

Malgré les questions posées par le médecin généraliste, ce sentiment de gêne et de non considération de l'activité prostitutionnelle amenait les femmes à **nier leur situation**.

> *« Avant… j'ai dit "non". Ouais. Tout le temps avant. Si je dis je cherche quelque chose pour la règle. Elle dit tu travailles dans la rue. Après j'ai dit "non" (...) parce que c'est mon docteur normalement. Mais moi je sais que c'est pas bien je sais c'est pas un bon travail. » (Jessica)*

Du fait des aprioris sociétaux, les patientes déclaraient avoir des difficultés pour parler de leur activité au médecin, du fait d'une **crainte de stigmatisation et d'un jugement de valeur sur leur personne.**

> *« Si je lui dis que j'ai juste le connais. Lui va dire "Hum ça c'est une facile !" Non ? Elle le dit comme ça ! (éclat de rires) Ça c'est une fille facile, elle elle a connait une elle part "pim pim!"*

(éclat de rires). Probablement lui m'accepte parce que son travail, tu comprends. Mais probablement (...) C'est le dit "pourquoi c'est prostituée, probablement t'es malade, probablement..." Tu comprends. Et pour ça je me sens pas... je dis pas. » (Roxana)

Inévitablement, cette peur d'être stigmatisée du fait des représentations du professionnel aboutissait à l'inquiétude d'être victime de **discrimination et d'une prise en charge altérée et inégale** par rapport aux autres patientes.

« Je sais pas comment lui apprendre. Comme... Qu'est-ce que ... Elle pas m'accepte comme les autres clients. Tu comprends ? » (Roxana)

Pour certaines femmes nigérianes déclarant avoir **stoppé leur exercice**, l'évocation de leur activité était à l'origine de **reviviscences douloureuses** et justifiait qu'elles ne souhaitent pas aborder ce sujet en consultation.

« Hum... hum... Maybe I would not. Because it's my past ! Maybe I would not talk about the past again, you know. Yeah. I don't think I want to talk about it. Because it's past. And it's an horrible life. Like, I don't want to remember it. » (Kimberley)

« Quand on voit des choses... bizarre derrière. J'ai... je veux pas ! C'est... tout le monde c'est différent de... Pour moi je... C'est difficile à commencer à expliquer... » (Marie)

b. *Le médecin traitant non identifié en tant qu'interlocuteur privilégié et/ou compétent pour aborder la question de l'activité prostitutionnelle.*

Au-delà des freins liés à des ressentis et émotions personnelles, les patientes expliquaient ne jamais avoir mentionné leur activité en consultation ou ne pas pouvoir le faire du fait des **représentations du rôle du médecin généraliste et de ses compétences dans la prise en charge spécifique à l'activité de prostitution.** Le médecin généraliste était ainsi vu comme le soignant du corps, **non identifié comme un interlocuteur potentiel en cas de difficultés liées à l'exercice prostitutionnel**. Si le positionnement de certaines patientes n'était pas arrêté, voire changeant, d'autres émettaient d'emblée un avis tranché sur le fait qu'il n'était pas important que le médecin soit informé de leur activité.

« Même si lui connait pas connaît. La même chose non ? (...) Si je trouve quelqu'un, problèmes, comme ça sur la route je viens ici. Avec vous, j'aime bien partager tout ça, mais avec le docteur

non ! Juste les maladies que j'avais moi. Ça oui ! Juste ce travail je parlais que je fais juste ici avec vous. Sinon le docteur non. » (Rose)

Nous avons vu précédemment que le médecin généraliste était considéré par les patientes comme un technicien du corps, ayant des compétences cognitives et biomédicales. Il en résultait que certaines femmes **limitaient le rôle du médecin généraliste au domaine du soin « technique » et refusait de l'investir dans l'intimité de leur activité.**

« Non le médecin il ne sait pas. Avec aucun des médecins. Quand elle va voir le médecin, elle dit. Le travail c'est le travail et après il faut pas de ça se sache. Donc quand elle voit un médecin, elle n'en parle pas. (...) Non je ne pourrais pas te dire. Non non non non. (...) Moi je viens pour ça ça et ça et c'est tout, après il n'y a pas d'autres choses qui doit t'intéresser ». (Isabelle)

« I'm not telling them I have problem. Just the medical problem and finish. That's all. » (Tracy)

Considéré comme un technicien de la santé, les patientes expliquaient également ne pas avoir envisagé de mentionner leur activité à leur médecin généraliste, celui-ci étant **uniquement identifié comme un prescripteur, limitant l'ouverture du dialogue sur des aspects plus intimes de leur santé**.
Le praticien semblait avoir un **rôle** dans la construction de ces représentations et de cette configuration de la consultation, se plaçant comme l'acteur d'un **soin orienté** vers l'ordonnance finale.

«Lui aussi, il pose pas de questions ! C'est juste quand je dis "Docteur j'ai besoin médicaments, j'ai besoin Doliprane"... Parce que lui, c'est juste le médecin qui t'écrit le médicament, c'est tout. C'est pas... (...) Pour moi, j'ai pas pensé à parler avec lui. Pour des choses comme ça. C'est juste pour écrire médicaments. Quand j'ai besoin médicaments ou comme ça. » (Marie)

Par ailleurs, une des patientes, usagère de drogues, expliquait **craindre d'ajouter un travail supplémentaire** à son médecin généraliste, la prenant déjà en charge pour ses pathologies psychiatriques et somatiques.

« Ah ben si il me pose la question, ah ben voilà je lui répondrais euh... A ce que je ressens moi-même euh... Si euh... Ouais mais je trouve qu'il a beaucoup de chose avec moi hein. Ouais. » (Babsy)

c. *Une mauvaise relation médecin-patient, des compétences communicationnelles insatisfaisantes et une sensation de stigmatisation limitant la parole des femmes*

Nous avons vu précédemment que les patientes présentaient des attentes vis-à-vis du médecin généraliste en termes de compétences relationnelles et communicationnelles. Ces qualités étaient vectrices d'une relation de confiance avec leur médecin, et permettaient de faciliter les échanges.
Sans surprise, nous retrouvions **l'impact d'une mauvaise qualité relationnelle sur la libération de la parole des femmes concernant leur intimité et leur activité**.
Les femmes estimaient qu'il ne leur était pas possible de mentionner ces problématiques, du fait d'une **absence d'ouverture du dialogue, d'un manque d'écoute active et d'un temps limité passé en consultation**.

Une **absence de relation médecin-patient de confiance** était également un frein à la verbalisation de l'activité prostitutionnelle. La **non-connaissance du praticien** consulté dans l'urgence d'un accident de préservatif rendait difficile l'énonciation de la réalité du travail de rue. Là encore était mentionnée une **adaptation de la réalité**, afin d'être prise en charge sans avoir à verbaliser sa situation.

> « *Parce que… Par exemple la nana elle a pas de médecin, elle a rien. Bon le problème il arrive alors elle est là. Elle fait le client, la capote elle pète. Mais qu'est-ce qu'elle fait ? Alors elle prend rdv chez un médecin "Bonjour monsieur voilà euh…". Et ben ouais boh elle peut dire. "Je me suis euh… j'ai un copain j'ai mis la capote elle a pété. " Hum ! Mais tu te rends compte ! » (Babette)*

Babette faisait part lors de son entretien d'une **mauvaise relation avec son médecin généraliste actuel**, jeune médecin qu'elle considérait comme incompétent et ne prenant pas le temps nécessaire en consultation. À la question de l'évocation de son travail à ce praticien, elle répondait :

> *« Bon ben si il faut que j'aille chez un.... non mais j'irais pas, non j'irais pas chez mon médecin traitant. (...) Bé j'irais pas, non ! Pas chez mon médecin traitant c'est pas... m'enfin pas lui, c'est pas possible. C'est pas possible. Ah non ! Je vais pas lui dire... "ah ben voilà...", non. Ou alors je mentirais oui. Je vais lui dire "ah ben j'ai eu une petite aventure mon dieu quelle catastrophe la capote elle a pété euh... Je suis sûre de rien euh... ". » (Babette)*

Il était attendu du médecin généraliste qu'il adopte une attitude bienveillante, non stigmatisante et respectueuse de la personne. Un **comportement inverse était vecteur d'une fermeture du dialogue**. Marie nous parle d'une consultation avec un **praticien froid, hostile** auprès duquel elle ne s'était pas sentie en confiance.

« Il prend du temps avec... normalement quand... On va aller chez le médecin, il faut que je relaxer comme je suis avec personne, que je vais t'explique ma vie avec. Mais elle, c'est... hum elle fait comme ça (mime quelqu'un qui baisse la tête) je peux pas dire (...) parce que pour explique qu'est-ce qui se passe avec personne c'est difficile. Juste... Parler à les autres personnes. C'est docteur, il faut que je t'explique tout ! Qu'est-ce qui s'est passé dans mon... Oui ! Mais elle, elle a pas donné à moi de chances pour faire tout ça. Parce que quand j'ai vu comment elle fait, je peux pas le dire (marmonne). » (Marie)

Pour les femmes, il était ainsi important qu'elles n'aient **pas l'impression que le professionnel de santé les juge** afin de pouvoir parler des difficultés en lien avec leur activité.

« Mais it depends ! Ça, ça dépend de la personne comment elle parle. Si je vois une personne qui les tient ça comme ça (mime une personne qui regarde de haut) (...) Comme ça je dis "Pff". Tu comprends ? Je parle pas ! Mais si je vois une personne qui me parle, amicalement probablement je parle. » (Roxana)

3. *Moyens libérateurs de la parole et ouverture du dialogue sur l'activité prostitutionnelle*

Lors de nos entretiens, nous avons recueilli l'avis des femmes et leurs expériences en matière de verbalisation des questions portant sur l'intimité, la sexualité, les prises de risques et la prostitution en tant que telle. Il ressort de ces échanges une extrême complexité de l'abord de ces questions, tant pour les patientes que pour le praticien, en lien avec la pudeur et les perceptions de chacun entourant ces sujets. Malgré les difficultés d'énonciation de leur activité au médecin généraliste, les patientes rencontrées au cours des entretiens exprimaient qu'il serait **préférable que ces freins, inhérents aux représentations du soignant autant que du soigné, ne soient pas si prégnants dans la relation de soin**.

Si nous avons vu que certaines patientes étaient dubitatives de l'intérêt de la connaissance de leur activité par le médecin généraliste, nombreuses étaient celles qui estimaient **important le partage de cette information au soignant les prenant en charge.** Une **liberté de la parole** avec le praticien était considérée comme indispensable au bon déroulement de la consultation.

« Oui c'est très important parce que c'est la médecine. » (Jessica)

« Ah oui. Ah ben oui, d'être libre. De de... oui ! De pouvoir. Dire les choses, dire les choses simplement ! » (Babette)

Nous exposerons ci-après les différents moyens pouvant permettre **d'ouvrir le dialogue sur la question de la sexualité et de l'activité prostitutionnelle, dans le respect de la personne et de sa temporalité**.

a. Le rôle du médecin généraliste dans l'ouverture du dialogue sur la question de la prostitution : ouvrir un espace de parole en autorisant la confidence.

Nous avons vu qu'il était ardu pour les patientes de verbaliser leur activité, et les entretiens révélaient le rôle du médecin généraliste pour favoriser **l'instauration d'un climat de confiance et de respect permettant la libération de la parole concernant leur intimité et leur sexualité**.
La place du médecin de famille en tant que **sachant et expert de la santé**, dont la pratique est encadrée par un **cadre éthique et déontologique,** justifiaient pour les femmes que celui-ci soit informé et interroge ces aspects de la santé des femmes.
Cependant, la littérature fait état de **difficultés du médecin généraliste à aborder la question de la sexualité** ; du fait des représentations de chacun et d'un manque de formation énoncée (20, 25).
Dépasser ces freins propres à chacun, et parvenir à ouvrir la discussion sur les prises de risque des personnes en situation de prostitution et sur leurs facteurs de vulnérabilité apparait ainsi un aspect essentiel de leur prise en charge.

- *Rôle de sachant, tenu au secret médical justifiant le questionnement et d'être informé de l'activité prostitutionnelle.*

Pour nombre de patientes rencontrées, le médecin généraliste était considéré comme un professionnel **voué au bien-être physique et mental** des personnes et disposant d'un **savoir** important du fait de ses études. Cette représentation du praticien **justifiait que celui-ci s'informe des conditions de vie et de la santé de ses patients,** en les questionnant.

> *« Ça c'est normal. C'est un docteur vrai docteur. C'est normal qu'il va demander ça. (...) Pour moi j'ai pas de problème avec parler n'importe quoi le docteur. Parce que c'est pour ça tu allais chez le docteur. Pour t'expliquer ton problème, tout ça (...) Je préfère le docteur qui me demandait parce que lui il passait ça de... (réfléchit) Il a fait l'école tout ça, il connait son essence. (...) Normal le docteur qui va te demander. » (Blanche)*

Les **interrogations du praticien étaient acceptées par les patientes**, et justifiées par son **rôle de soignant nécessitant d'être informé de la situation afin de proposer une prise en charge adaptée**.
Pour les femmes, ces questionnements du soignant étaient motivés par la **préoccupation** de leur seul **bien-être physique et mental** et non par une curiosité mal placée et injustifiée.

« I won't be angry, because it's normal ! It's normal because, normal ! It's for your health. Normal for the doctor. If you ask me to him or her better, he would be able to help you. But if you don't speak, something happen, how would he help you ? So... I won't be shy for that, or be angry for that. No... Because, it's for my own good. It's for my own good, it's not for her, or he. (...) I better go to the doctor, to explain my situation. To the doctor, than… Talking to someone, I know him or her will help me. » (Joy)

Par ailleurs, les patientes exprimaient un **sentiment de confiance lié au cadre déontologique du secret médical**, leur assurant la confidentialité.

« Ben je crois qu'il faut le dire quoi ! Oui ! Et puis il est tenu au secret. Donc c'est pas ça qui me gêne de toute façon. » (Babsy)

- *Rôle du médecin généraliste pour créer un espace de confiance libérateur de la parole : savoir poser la question, proposer des outils d'information.*

Nous avons vu précédemment qu'il pouvait être difficile pour les femmes de mentionner spontanément leur activité en consultation ou de parler des facteurs de vulnérabilité et des prises de risque liées à leur travail. Or, il apparaissait que les patientes déclaraient accepter et comprendre les interrogations du praticien à ce sujet. Ainsi, pour les femmes, il pouvait être plus facile d'aborder leur intimité et leur sexualité si le médecin généraliste était moteur de la conversation. **Poser la question en consultation pouvait permettre de libérer la parole**, car les femmes déclaraient ne pas pouvoir le faire aisément d'elle-même, sans impulsion de la discussion par le praticien. Certaines patientes exprimaient ainsi la **possibilité d'aborder le sujet** de la prostitution et des prises de risques en cas de questionnement de la part du médecin.

« If she asks me, I tell her. yes (...) If she not asks me, I've not tell her. (rires) » (Mirabelle)

« Si il posait la question je réponds. » (Isabelle)

Les femmes déclaraient ainsi **préférer que ce soit le médecin qui aborde la question de la sexualité, des prises de risque et de leur activité**.

« Eh toi ! » (je préfère que ce soit toi qui poses la question) (Antonia)

Pour les patientes, de par son positionnement de sachant, le fait que leur médecin généraliste leur **pose la question les « autorisait » à aborder la prostitution, tandis** qu'**une absence d'orientation de la consultation sur cette thématique tendait à maintenir le silence sur le sujet.**

> *« Yeah, normal ! If he ask me. I would say to him ou her. Because... If he don't ask me, I can't say anything. (...) I let you ask me, I don't have the right to start talking and talking. If you ask me, so I have the right to speak to you. I think...I think so. Because, he is a doctor. So... He knows everything. So, if she don't ask me... » (Joy)*

Les femmes justifiaient ainsi de ne pas en avoir parlé en consultation du fait d'un **non-dit de la part du médecin.**

> *« Maybe... Maybe she hasn't ask me anything about that. That's why. (...) Yeah yeah I would tell her yes ! (Souffle) Though ! She has never ask me that. (...) Uh ! If she asks me huu... Yes. If she asks me "pourquoi why". I'll try to explain. » (Success)*

Mais alors, **comment aborder le sujet ?** Nous nous sommes intéressés à l'avis des femmes sur le sujet, en les mettant dans une situation de consultation où le médecin leur pose la question. Il était difficile pour les patientes rencontrées d'élaborer une « question type », et notre travail permet de montrer que la **réponse et réaction des femmes étaient davantage conditionnées par une attitude et un climat général de consultation**.
Poser la question du travail prostitutionnel de but en blanc pouvait paraître stigmatisant, et ne nous semblait pas pertinent. En effet, il n'existe pas de « profil » de personne en situation de prostitution et cette formulation expose au risque d'apposer une étiquette sur la personne, rompant ainsi toute relation de confiance.

> *« Ce qui est compliqué (...) C'est que... N'importe quelle femme… Tu vas pas lui dire… Toutes les femmes ne font pas ce boulot et... » (Babette)*

La **manière d'aborder la question en consultation et le comportement du praticien** semblaient être des facteurs décisionnaires de la libération de la parole des femmes.

> *« Some people about to ask you anything. You know. But it's depends of the other. If she's good enough to answer a question. You know sometimes... It's difficult to answer some questions. But... If she should. » (Success)*

Il semblait qu'aborder la **question de la sexualité sur le versant de l'existence de prises de risques** pouvait être acceptée et non stigmatisante.

> *« Ben non c'est tout à fait... Ouais c'est comme ça qu'il faut faire. "À risque" ! Oui (...) mais "à risque" c'est pas choquant c'est pas... C'est à dire mettons y'a des gens qui font, je l'ai déjà fait aussi, du libertinage, tout ça. C'est à risque. Ouais ! (...) Et je pense que tout le monde le comprend. Euh... comme je le comprends moi. Hum. » (Babsy)*

Gardons en tête qu'une formulation jugée adéquate n'était pas forcément l'assurance d'une réponse sincère, du fait du **libre-choix des patientes de répondre ou non**, comme nous le verrons plus tard.

> *« Oui peut-être. Peut-être mais (inspire) est ce qu'elle va te répondre ? Oui voilà mais bon là, le terme est juste. "Est-ce que vous avez une sexualité à risque ?". Après elle va te répondre oui, non, je sais pas... » (Babette)*

Une des femmes, la seule étant bien insérée socialement et ayant une connaissance du système de soin français, proposait la mise à disposition **d'outils d'information** permettant de signifier aux personnes la possibilité d'aborder la question de la sexualité et de l'activité prostitutionnelle en consultation.

> *« Ou alors, à vous les médecins, je sais pas de mettre un petit truc dans le cabinet, pas à l'extérieur du... mais que la personne quand elle rentre, elle puisse le voir. Parce qu'en fait il n'y aura que celle que ça concerne... voilà. (...) Que la personne si elle est dans cette situation, elle sent qu'elle pourra en parler. » (Babette)*

b. Le rôle des compétences relationnelles du médecin généraliste et de la qualité médecin-patient pour favoriser l'ouverture du dialogue

Nos entretiens nous ont permis d'explorer plus précisément le **ressenti et l'expérience des patientes sur la verbalisation de leur activité au médecin généraliste**. Les notions précédemment abordées dans les attentes générales des personnes prostituées vis-à-vis du médecin généraliste sont logiquement retrouvées dans ce paragraphe. Il nous a semblé important de développer dans un paragraphe spécifique les qualités requises du soignant et de la relation médecin-patient afin de favoriser l'ouverture du dialogue sur l'activité prostitutionnelle, du fait de la complexité de cette approche et de la diversité des ressentis des femmes sur cette question.

- *Qualité de la relation médecin-patient : pérennité de la relation, confiance relationnelle et connaissance mutuelle.*

Pour les patientes, il était nécessaire d'avoir construit **une relation de confiance** avec leur praticien pour pouvoir entendre son questionnement sur les prises de risques potentielles des femmes en lien avec l'activité prostitutionnelle.

> *« Si je te connais pour la première fois je te dis "Non, qu'est-ce que ça ? Pourquoi tu me demandes ça ?" (rires) (...) Mais si tu me connais et tu me le demandes, c'est différent. » (Roxana)*

Nous retrouvions la notion de la **temporalité du suivi** du patient, indispensable à une **mise en confiance progressive** permettant d'aborder des questions intimes ou sensibles. Une **relation de soin basée sur la durée** permettait la construction progressive d'une **connaissance mutuelle**, favorable à l'ouverture de la parole sur les questions d'intimité.

> *« Si je te connais je te dis oui, je travaille à la rue, tu comprends ? Je te dis. Mais je peux pas dire à une personne que je pas connais. Je peux pas (...) Je peux pas dire ! Mais c'est difficile, pour parler de mon vie avec une personne que je pas connais. » (Roxana)*

> *« Non c'est pas j'ai pas envie d'y répondre mais avant je connais pas elle mieux comme maintenant. (...) Ah oui, petit à petit, j'ai expliqué mon problème avec elle, j'ai expliqué, c'est comme ça. » (Jessica)*

Cependant, la durée de la relation de soin n'était pas le seul paramètre entrant en compte pour que les patientes se sentent en mesure de parler de leur intimité ou de leur sexualité.

> *« Oui alors qui est tout récent là, il est… bon ! Je ne me verrais pas lui parler de ma situation. Parce que bon le docteur π ça fait depuis que j'avais 25 ans ! Mais même à lui au docteur π, je ne lui avais jamais dit. (S'arrête) Que… (hésite). » (Babette)*

En effet, la qualité de la relation médecin-patient pouvait être perçue comme **plus importante que la fonction** du praticien en tant que telle. Lorsque nous avons demandé à Babette vers quel professionnel elle se tournerait en cas d'accident de préservatif, elle nous répondait ainsi :

> *« Je crois qu'il m'arriverait ce genre de truc maintenant. Je vais appeler ma cardiologue ! (rires) Ça n'a rien à voir ! Mais ouais parce que j'ai une bonne euh... mais je préfère encore le*

dire à ma cardiologue qui n'est pas au courant du tout. Mais je préfère encore lui dire à elle euh... qu'à mon médecin traitant hein ! » (Babette)

Les compétences relationnelles, affectives et communicationnelles avaient également toute leur importance dans la verbalisation de ces questions.

- *L'impact des compétences relationnelles et communicationnelles du médecin dans la libération de la parole des patientes : bienveillance, non-jugement, compréhension mutuelle, confiance partagée.*

En miroir des freins à la verbalisation que nous avons développés précédemment, nous retrouvions l'importance de la **bienveillance du praticien** afin de libérer la parole des femmes sur la prostitution.

« Que le docteur te parlait gentiment et qu'il te demandait gentiment, c'est pour moi, pour moi c'est normal. » (Blanche)

Là encore, nous notions l'impact potentiel d'un **comportement chaleureux et d'un caractère enjoué** du médecin sur la mise en confiance de la personne.

« Docteur β, je parle avec parce qu'elle est so souriante, elle est pleine de toutes les choses, avec elle rigoler. » (Roxana)

L'implication du soignant vers le bien-être physique et moral de la personne pouvait être un moteur de la libération de la parole des femmes.

« If something will give me hapiness I will discuss with somebody. » (Laura)

« Je pense qu'il faut quand même...Se sentir euh… Proté (gée) ! Enfin ouais ! Moi je sais que quand j'étais jeune c'était plus ça. Je sentais que ce monsieur, docteur ξ qu'il était bon quoi ! Qu'il était là pour, qu'il me voulait du bien en fait ! Voilà ! Je pense que c'est ça ! Sentir ça ! » (Babette)

Il était également nécessaire que le médecin fasse preuve de **respect et de non-jugement, dans un climat de confiance.**

« Toi tu me parles d'un médecin traitant et d'une patiente que tu suis régulièrement. Alors là oui a priori ! Le lien il peut s'établir. Mais il faut d'abord qu'elle sente que ce qu'elle va te dire

ne va pas te choquer ou que tu ne vas pas la juger. Que… que... voilà ! (…) *Ouais je pense quand même. Je pense que la gamine il va falloir qu'elle se sente en confiance ou chais pas. » (Babette)*

La **réassurance et sécurisation** de la personne en consultation pouvaient ainsi permettre l'ouverture de la parole des patientes en cas de vulnérabilité.

« Normalement quand... on va aller chez le médecin, il faut que je relaxer comme je suis avec personne, que je vais t'explique ma vie avec. » (Marie)

Sans surprise, **l'empathie** du praticien et le sentiment d'une **compréhension mutuelle** étaient également évoqués.

« Je préfèrerais parler avec personne, qui me comprend. Mais lui, c'est pas... » (Marie)

Les patientes énonçaient l'importance de la **temporalité** de la consultation, et d'un praticien **prenant le temps d'écouter la personne autorisant ainsi la confidence.**

« I like when people are happy and… (réfléchit) (...) I like when maybe when you go to see someone is happy with you, and furthermore maybe you can have more time to speak with him or she. And if he is not happy you are afraid to speak and this is the problem so… » (Tracy)

L'ensemble de ces compétences était à l'origine de la construction d'une **confiance partagée**, permettant aux patientes de parler librement au praticien de leurs problématiques liées à l'intime.

« Yes ! Sometimes it's difficult ! Like, me... Doctor β, can ask me anything, I'm ready to answer. You know why ? Because I just feel like telling her... Everything because for the first time I saw her, I feel like telling her everything. You understand ? So, that's it ! » (Success)

La **connaissance par le praticien de l'exercice prostitutionnel** et l'absence de frein à une parole claire et libérée pouvait faciliter l'échange et l'expression des problématiques de patientes.

« Tu vas à mon travail. Qu'est ce qui se passe pour toi le travail. Pour je t'ai expliqué comme ça moi pas gênée. Toi me dis "ok je connais ton travail dis-moi. Qu'est-ce qui se passe ?" » (Antonia)

c. *Réactions des femmes et ressentis en cas d'ouverture du dialogue par le praticien sur les questions d'intimité, de sexualité et de prostitution.*

Du fait d'un vécu parfois difficile, il nous a paru important d'explorer les réactions et les ressentis potentiels des patientes face à un praticien ouvrant le dialogue sur leur sexualité et situations de vulnérabilité liées à l'exercice prostitutionnel. Il s'agissait notamment d'évaluer la pertinence de ces questionnements et de l'impact potentiel sur les émotions et le vécu des femmes en consultation.
Si les patientes prostituées pouvaient estimer **important de parler de leur sexualité et des prises de risque liées à leur activité**, et **préféraient que la question vienne du médecin généraliste**, les réactions à l'évocation du travail du sexe étaient diverses, et parfois douloureuses.

- *Des sentiments parfois douloureux : mal-être, honte, gêne, incompréhension*

Du fait des difficultés d'acceptation potentielle de leur activité, vécue comme honteuse, humiliante ou non acceptée socialement, **la question du travail du sexe pouvait être pourvoyeuse de sentiments douloureux chez les patientes : mal-être (colère, pleurs), sensation de gêne ou de honte, incompréhension.** Nous avons conscience que l'expression de ces émotions est intimement liée aux conditions d'exercice des femmes rencontrées, pour la plupart victimes de réseaux de traites, de proxénétisme ou travaillant dans la rue par contrainte économique, et non par choix. Ce constat-là ne peut donc pas être extrapolé à la frange des personnes en situation de prostitution exerçant cette activité de manière libre et « consentie ».
Les patientes n'exprimaient généralement **pas de mécontentement ou d'animosité** vis-à-vis du médecin généraliste ayant abordé la question de leur intimité et de leur sexualité en consultation. Les sentiments induits par la mention de leur activité étaient **variables en fonction de chacune**, et témoignaient là encore de la dépréciation personnelle de leur activité et du vécu douloureux auquel elle est rattachée.
Nous notions ainsi l'évocation d'une **gêne** et d'une **timidité** induite par la mention de la prostitution en consultation.

> *« Hum (rires étouffés) un peu... difficile ! (...) Mide ! Un peu mide ! (...) Ouais. Quand des... je peux parler, rouge ! Et c'est... normal. » (Sandra)*

> *« Oui, non gênée ! Pas triste. Juste gênée. » (Antonia)*

Ce sentiment de gêne pouvait aller jusqu'à l'expression d'une **honte pourvoyeuse d'un mal-être et d'une tristesse** chez les patientes, principalement nigérianes.

« No I'm not be angry but… I feel… I don't know (…) I don't feel well. I can explain to her but sometimes I can feel sad to explain such of kind of things to her (…) So I explain to her (…) I feel a little bit sad or something. » (Tracy)

« Je je... après je tombe en colère hein ! J'aime pas... Oui... (...) Parce que quand je parle avec d'autres médecins, quand je parle avec... Quand je pars ! Je commence à... Sentir pas bien... Après je... Je... Je sais pas comment le dire. Ça... C'est... J'aime pas des... À parler de trucs ça c'est... » (Marie)

L'unique ressenti négatif vis-à-vis du médecin généraliste exprimé par les femmes pouvait être celui d'une **incompréhension de la question et de sa justification.**

« Je parle pas médecin je dis "Pourquoi elle me demande ça ? Pourquoi ?". Tu vois je me fais les questions. » (Roxana)

- *Libre choix dans la réponse au praticien*

Là encore, les femmes mettaient en avant un **libre choix de répondre au non** au médecin généraliste, en fonction du climat de consultation et de leur vécu de la situation de soin.

« Yes I will answer ! I would say "Ok I don't want to talk about my past" or "I want to say it". So. It's simple. C'est pas dur. (...) If I'm not ok with that, I will just say "I don't want to talk about it". But if I'm ok with you, so I can say what you want me to say. » (Kimberley)

Les patientes exprimaient également une **incertitude** dans la possibilité de répondre au médecin généraliste, et envisageaient les deux possibilités, sans qu'une alternative paraisse plus évidente que l'autre.

« It's something of once decision and choice. But I don't know. I don't know if I can tell her or not. Though... though by then I'll be have it hum two thoughts. Or should I tell her or not. No (tchip)... no. I might decide to tell her. I might decide not to. (...) So if really... I took the decision to tell her, I will explain everything. But if I don't want to, I don't want to talk about it I'm fine. » (Success)

Laura refusait de s'épancher sur le sujet en consultation car il s'agissait d'une **activité contrainte dans le cadre de la traite de l'être humain**. Elle expliquait ainsi ne pas souhaiter en parler car cette situation était douloureuse et liée à une condition d'asservissement.

« He asked me, I speak with him : I don't want, I dont' like and I don't want that you speaked about me. I'm working on the street because I'm doing it. Many people do it. It's their life ! It's all they want. Me I don't want. (Laura)

- *Des situations de vie changeantes, conditionnant la réponse des patientes.*

Par ailleurs, les réponses à la question des prises du risque et du travail du sexe pouvaient être **variables dans le temps** du fait des changements de conditions de vie des patientes, pouvant alterner entre des périodes de prostitution et des périodes d'arrêt.

« He asks me before, because that time I did not go to the street, I said no. Yes. Na na. I start now. (rires) He never ask me again ! If he asks me now, I will tell the truth because I don't have money to eat, and I need money to take care of myself. » (Mirabelle)

« Après je dis "oui avant", maintenant j'arrête. Ça fait longtemps maintenant. Moi c'est comme ça ! (rires) » (Jessica)

d. *Les alternatives à la consultation de médecine générale pour aborder les questions de la sexualité, des prises de risques et de la prostitution : structures associatives et groupes de parole*

Du fait du recrutement de notre étude, la plupart des patientes rencontrées connaissaient une **association dédiée à leur accompagnement** au sein de laquelle elles avaient la possibilité de se confier concernant les problématiques spécifiques en lien avec leur activité. Cela nous paraissait un point essentiel dans la mise en perspective de la parole des femmes sur la place du médecin généraliste dans l'appréhension de leur sexualité et de leur intimité. Les femmes mentionnaient ainsi **l'importance des associations spécialisées** dans leur prise en charge, identifiées comme lieu ressource en cas de prise de risque.

Du fait des représentations construites autour du médecin généraliste en tant que technicien du corps et prescripteur, elles préféraient parfois aborder ces sujets avec un **professionnel identifié comme compétent dans ces domaines et considéré comme « spécialisé » de la prostitution**.

« Non, c'est ici qu'elle vient (POPPY). C'est ici. Ici elle peut parler. Il y a des médecins. Le médecin au dehors, non. » (Isabelle, traduction par une interprète Bulgare)

« Parce que euh. Ce docteur-là pour moi il est prévu par rapport à mon traitement. Basta. Après euh. Je vais pas le mettre dans une configuration de sexe tu vois, nanana. Après y'a la CASE de prévue. Je vais voir les filles, si j'ai pris un risque tu vois. » (Babsy)

Ainsi, pour de nombreuses femmes, **le médecin généraliste travaillant dans une association dédiée à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution était considéré comme leur interlocuteur principal lors de problématiques de santé ou d'interrogations en rapport avec leur exercice**. La plupart des patientes expliquaient avoir pu parler de la prostitution au **médecin généraliste exerçant dans une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes prostituées**, sans avoir mentionné leur travail au médecin libéral.

« Il n'a pas à savoir tout ça. Parce que j'ai pas... c'est pas des choses... J'ai pas... (hésite) c'est juste le docteur α, parce que je venue ici pour lui. J'ai vu les autres, savaient pas. » (Marie)

Ce constat pouvait s'expliquer par le climat de confiance instauré dans ces lieux de soins. Les patientes faisaient ainsi part d'une **sérénité** pour parler de leur exercice à des professionnels ayant des **connaissances sur la prostitution**, et **respectueuses de leur situation**.

« J'aime bien viens ici avec vous, j'ai plus tranquille je suis comme ça, quand j'expliquais. Parce que vous déjà connais quel travail, et tout. » (Rose, mentionnant l'association POPPY)

Les patientes déclaraient également se sentir **en confiance, considérées et respectées** dans ces structures, sans crainte de jugement de valeur.

« Je pas connais ici avant, tu comprends. Mais c'est beaucoup plus facile parce qu'il y en a de l'intérêt pour nous, tu comprends ? » (Roxana, mentionnant l'association POPPY)

Par ailleurs, une des femmes prise en charge et hébergée dans un foyer expliquait avoir trouvé un lieu d'expression et d'échange au sein de cette structure d'accueil, ayant mis en place des **groupes de paroles avec un accompagnement pluridisciplinaire (médecin, éducatrice, assistant social).**

« I said yes, in my foyer. So they make some programs like... We discuss about it. Like girls talk. Girls. And with the doctor. We discuss everything you want to say. With the menstruation, having sex. So things like that. So... We make the meeting. (….) Yes, with doctors, the girls with the educatrice, the social worker, all of them. It's a nice program. Yes you can ask wathever. And the question remains there. It's safe ! So you can ask whatever you want to say. So... » (Kimberley)

La présence de structures de soin et lieux de parole « alternatifs » à la consultation de médecine générale pouvait ainsi expliquer que les femmes maintiennent le non-dit de leur activité prostitutionnelle, et/ou ne ressentent parfois par le besoin d'en parler à leur médecin généraliste.
La recherche de l'existence d'un accompagnement par une structure spécialisée peut assurer au praticien l'effectivité d'un suivi et d'un soutien par une équipe pluridisciplinaire experte et compétente dans les questions de réductions des risques en lien avec l'activité prostitutionnelle.

4. *Conséquences de l'ouverture du dialogue sur la prise en charge et la relation de soin.*

Cependant, la parole des patientes mettait en évidence l'intérêt d'une connaissance par le médecin généraliste de leur activité, permettant **d'adapter la prise en charge en fonction des risques et des facteurs de vulnérabilité en lien avec l'exercice**.

> *« Normal. Moi parler, toi t'es médecin, toi pas connaître mon travail. Je viens comme ça. Moi y'a la infection. Toi pas compris pourquoi moi y'a la infection. Par exemple le préservatif. Toi pas compris. Moi y'en a comme ça pour te dire "hum je suis prostituée". (...) Comme ça quand quelqu'un connait ton travail il connait "ah ! Faire le préservatif, prendre ce médicament, faire cette analyse c'est bon.". » (Antonia)*

Pour les patientes, la levée du « secret » entourant leur travail pouvait amener à un **soulagement,** permettant **l'accès rapide à des soins adaptés** en cas d'accident ou de prise de risque.

> *« Moi ça m'est arrivé une fois que le préservatif il pète. Je me rappelle... mais bon dieu merci j'avais encore mon vieux médecin, je l'ai appelé, il m'a dit "Viens !". » (Babette)*

Cela facilitait notamment :

- la **distribution de matériel de prévention et la réalisation de dépistages des infections sexuellement transmissibles**.

  > *« But the other doctor I see the last (...) So I explain to her she asks me some question, gives me some condoms and in that times yes. (...) But when she does the test and she told me every thing was ok I was… » (Tracy)*

- la prise en charge d'un accident d'exposition aux liquides biologiques avec **prescription d'une contraception d'urgence, et Traitement Post Exposition** en fonction de la situation.

« Sometimes, when you go to the street, you go it clients and condoms bursts, so. You to the doctor. To explain, to... I did that. To explain to her. With doctor φ. So she writes... » (Joy)

Par ailleurs, la libération de la parole était à l'origine de la **levée d'un « tabou» social** apprécié des patientes, permettant d'aborder le sujet avec humour dans le cas de Babsy.

« Ah si des fois il me dit "ça marche le tapin en ce moment? Parce que alors moi j'ai pas beaucoup de demandes hein !" (...) Et jdis "Oh bof, c'est un peu... Depuis que c'est passé à l'euro euh". On parle comme des commerçant ! » (Babsy)

A l'inverse, pour les femmes, la **méconnaissance par le praticien de leur travail de prostitution pouvait être nuisible à leur prise en charge.**

« Ça médecin c'est juste médecine que lui me donnait parce que je peux pas raconter toute la vérité, tu comprends. Probablement c'est pas ça la médecine que lui me donnait. Il faut que je raconte la vérité pour me donner quelque chose qui est... à moi ! Et oui ! » (Roxana)

Une des conséquences néfastes du « non-dit » autour de la prostitution était une **difficulté d'accès aux soins en cas de situation de vulnérabilité avec une mise en difficulté des patientes,** livrées à elles-mêmes en l'absence d'alternative évidente.

« Même maintenant… Si il m'a... Je sais pas… Même maintenant s'il m'arrivait que la capote elle pète ! Là franchement ! Bon je sais ce qu'il… mais je sais pas comment je me démerderais. » (Babette)

Par ailleurs, si nous avons vu qu'il était difficile pour les femmes d'énoncer leur activité, elles avaient également conscience de **l'impact potentiel sur leur prise en charge du mensonge induit par le maintien du « secret » autour du sujet.** Une parole bridée pouvait ainsi être à l'origine d'une prise en charge inadaptée, faussée par les « *non-dits* » et les barrières dressées entre chacun des protagonistes de la consultation. Une **absence de sincérité** entre le soignant et le soigné était ainsi considéré comme **néfaste à la relation médecin-patient, à la démarche médicale et à la cohérence des soins apportés**.

« En fait si tu dis pas la vérité. Tu prends ce qui est là, c'est un foutoir. Hum. Après tu sais plus où t'en es quoi tu vois. En plus, tu fais... tu fais...je tu fais ça, j'appelle ça le Chimini quoi. Ouais chimini, c'est baratin quoi. Je dis des trucs comme ça, t'endors Pierre Paul Jacques. » (Babsy)

Notre travail révèle l'existence de **freins potentiels à la verbalisation de l'activité prostitutionnelle** du fait d'un sentiment de honte, d'une crainte de stigmatisation et de discrimination, et des représentations du médecin généraliste en tant que technicien du corps, possiblement sans compétence reconnue pour l'accompagnement médico-psychologique des personnes en situation de prostitution. Malgré ces considérations, les patientes exprimaient la **nécessité de pouvoir parler librement de leur travail**, au vu des risques bien identifiés liés à l'activité prostitutionnelle. En vue d'une prise en charge adaptée aux situations de vulnérabilité rencontrées par les personnes en situation de prostitution, et afin de promouvoir des messages de prévention et de réductions de risques, il pourrait incomber au médecin généraliste **d'adapter sa pratique et de lever ses propres freins à l'abord de la sexualité** afin d'explorer ces questions, dans le respect de la personne et de ses souhaits personnels.

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LA LIBERATION DE LA PAROLE DES PATIENT.E.S EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

Si les recommandations officielles préconisent aux professionnels de santé d'accompagner les personnes en situation de prostitution vers une amélioration globale de leur santé, par le biais de la prévention et du dépistage des situations de vulnérabilité, il existe en pratique de nombreux freins à la réalisation de cette prise en charge du fait des représentations de chacun des protagonistes de la consultation, limitant la libération de la parole autour de l'intime et de la sexualité.

Du côté des patientes, nous notions une difficulté de verbalisation de leur activité, en lien avec un sentiment de **gêne** et une **pudeur** induits par les aprioris sociétaux d'une pratique considérée comme « déviante et anormale ». Cela était exacerbé par une **crainte de stigmatisation et de discrimination** de la part du praticien, à l'annonce de cette vérité difficilement avouable.

De ce fait, les patientes exprimaient **omettre volontairement** leur pratique en adaptant leurs discours à une réalité socialement acceptée, ou en donnant des **indices informels** permettant une compréhension tacite du praticien. Le non-dit autour de la prostitution pouvait ainsi être pourvoyeur de **ressentis douloureux** du fait d'une impossibilité de se confier et d'avoir une parole libre et sincère.

Bien que les patient.e.s estiment **important que le médecin soit informé des situations de vulnérabilité auxquelles elles peuvent être confrontées**, du fait de son **rôle d'expert de la santé tenu au secret médical,** aborder la question de la prostitution de leur propre chef était parfois ardu. Le rôle du médecin dans la construction des représentations de soin apparaissait comme fondamental. Pour les patientes **l'absence d'ouverture du dialogue par le praticien autour des sujets touchant l'intime et la prostitution les engageait à maintenir le non-dit**. Ce sentiment était exacerbé par un soin technique et déshumanisé, dont la seule finalité restait la prescription, donnant l'image d'un soignant non compétent dans l'écoute et la prise en charge de ces sujets. *A contrario*, **poser la question en consultation**, dans une dynamique de soin tournée vers le mieux-être de la personne « autorisait » la confidence. Le **questionnement du soignant était accepté** par les femmes du fait de son rôle de soignant justifiant qu'il s'informe des conditions de vie des personnes. **Généraliser le repérage des situations de vulnérabilité à toute consultation de médecine générale** et interroger la sexualité sur le versant des **prises de risque** était accepté par les femmes et considéré comme non stigmatisant. Là encore, le climat de consultation et l'attitude du praticien étaient deux vecteurs majeurs de la libération de la parole. Les femmes estimaient être en mesure de se confier si elles se sentaient **en confiance, considérées, écoutées et respectées** au sein d'une **relation de soin basée sur la durée,** favorable à une **connaissance mutuelle**. Par ailleurs, l'évocation de la question de la prostitution pouvait être à l'origine de ressentis négatifs (gêne, tristesse, honte) et justifiait de **respecter la temporalité de la personne** et son **libre-arbitre** dans le choix de se confier ou non.

Les patientes reconnaissaient que la possibilité de se livrer et l'ouverture du dialogue en consultation permettait d'avoir accès à une **prise en charge adaptée** et amenait un **soulagement interne** du fait de la levée d'un « tabou social » et d'un isolement douloureux face à des situations de grande vulnérabilité.

Nous notions par ailleurs **l'importance des lieux de soins dédiés** permettant une prise en charge pluridisciplinaire et compétente dans un climat de soin propice à la confidence où la personne pouvait se sentir considérée sans crainte de jugement et de stigmatisation.

DISCUSSION

I. Méthodologie : Forces et limites de cette étude

A. Forces de l'étude

1. *Originalité du sujet et choix de la méthode qualitative.*

Comme nous l'avons vu, bien que de nombreuses études aient été publiées sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution, peu de travaux se sont penchés sur l'exploration des attentes de ces patients en consultation de soins primaires. Ce travail de recherche s'inscrivait dans **une volonté originale de compréhension des dynamiques interactionnelles soignants-soignés survenant en consultation de médecine générale en s'attachant au point de vue des patients**. Il s'agissait de s'intéresser à leurs ressentis et à leurs expériences de soins afin de les **mettre en perspective dans la pratique de la médecine générale et de permettre au praticien d'acquérir une compréhension approfondie de ce public**, parfois exposé à des difficultés d'accès aux soins et des situations de vulnérabilités médico-psycho-sociologiques majeures.

L'approche qualitative occupe désormais une place grandissante dans les sciences humaines et sociales car elle vise à comprendre la réalité sociale des personnes et à explorer leurs comportements et leurs perceptions en circonstances réelles. Cette méthode s'est ainsi imposée comme la plus **adaptée à notre objectif de recherche** répondant à une volonté de donner la parole aux personnes concernées, afin d'appréhender leurs vécus et ressentis face au praticien. La technique des entretiens-semi-structurés avait pour avantage d'explorer des thèmes définis en fonction des objectifs de recherche, et la réalisation secondaire d'une analyse par théorisation ancrée nous a permis d'élargir le regard de notre étude et de développer de nouvelles perspectives.

2. *Validité externe de l'étude.*

Nous avons vu que le paysage prostitutionnel a subi de profondes évolutions depuis les années 1900, avec l'arrivée progressive de personnes migrantes, originaires d'Europe de l'Est ou d'Afrique Sub-Saharienne. Bien qu'affichant une surreprésentation de femmes nigérianes, l'échantillon de notre étude présentait un **visage de la prostitution assez varié**, en termes d'origines, d'âges, de conditions d'exercice et de situations sociales.

Des profils individuels et sociaux variés :

- Nous avons pu interroger des femmes originaires de **six pays différents** : France, Albanie, Roumanie, Bulgarie, Nigéria, Cameroun. Ce panel de nationalités semble assez représentatif des données issues des acteurs de terrain de l'agglomération bordelaise. Ce travail a été permis

par une maitrise du français, de l'anglais et de l'espagnol par la chercheuse, et par l'intervention d'une médiatrice et traductrice Bulgare.

- Les **âges étaient variés**, s'étendant de 19 à 60 ans.
- Les **conditions socio-économiques** des patientes rencontrées étaient également **multiples**.

  Sur le plan du séjour, les statuts étaient variables. Certaines femmes étaient en situation régulière, du fait d'une nationalité française ou étant ressortissantes européennes. D'autres disposaient d'un titre de séjour dans le cadre d'un Droit Au Séjour pour Etrangers Malades (DASEM) ou de leur inscription dans un parcours de sortie de la prostitution. Enfin, nombreuses étaient celles se trouvant en situation irrégulière, souvent dans les suites du rejet de leur demande d'asile.

  Sur le plan social, nous notions une grande variabilité des situations, allant de sujets insérés dans la société, réalisant parfois une activité annexe à la prostitution, à un public isolé socialement et dénué de ressources en dehors de la prostitution. Si certaines bénéficiaient d'un **logement** stable et individuel, d'autres expliquaient être sans domicile fixe, étant tantôt hébergées dans des structures d'accueil social, dans des squats et bidonvilles ou chez des « connaissances ».
- Préalables indispensables à l'accès aux soins, **l'état des droits de sécurité sociale et l'effectivité du suivi par un médecin généraliste attitré** étaient également variés.

Des expériences de la prostitution diverses :

- Les **modalités d'exercice de la prostitution** étaient diverses, allant de la prostitution de rue ou en camion, à un exercice « abrité » en hôtel ou en appartement. L'une d'entre elle témoignait d'une activité mêlant la prostitution de rue à une pratique « *Indoor* ».
- **La durée et l'expérience de la prostitution** étaient également variables, s'étendant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Certaines patientes déclaraient avoir arrêté la prostitution au moment de l'étude.
- Si notre étude était limitée géographiquement à l'agglomération bordelaise, les **lieux de prostitution** étaient multiples. Les espaces explorés concernaient différents quartiers de l'agglomération bordelaise.

  Par ailleurs, plusieurs femmes expliquaient ainsi avoir exercé dans de nombreuses villes de l'hexagone, ou bien s'être prostituées à l'étranger avant leur arrivée en France.
- Nous notions également une **diversité dans les conditions d'exercice et mode d'entrée dans la prostitution**. Si certaines revendiquaient une liberté d'exercice et un choix individuel, d'autres témoignaient de leur exploitation dans des réseaux de traite des êtres humains ou de proxénétisme. Parmi les femmes rencontrées, quelques-unes révélaient avoir le statut de souteneur. Si des femmes exprimaient un exercice libre, nous avons pu relever auprès de

plusieurs personnes le caractère contraint de leur activité, de part une situation socio-économique défavorable. L'une d'entre elles était usagère de substance et justifiait son exercice du fait de la nécessité de subvenir à ses consommations.

Du fait de la diversité des profils rencontrés et de l'étendue des expériences de prostitution chez les femmes rencontrées, il semble que les résultats de cette étude puissent être **extrapolables** à d'autres contextes similaires en France, assurant leur **transférabilité** telle que définie par Laperrière (67).

Notre implication au sein **d'associations différentes ayant des positionnements philosophiques ou politiques pluriels** nous a conduite à développer un regard ouvert et critique de notre approche. A noter que nous ne nous sommes pas rapprochés d'associations ayant des convictions religieuses.

Nous verrons par ailleurs que les résultats obtenus s'accordent avec les données actuelles de la littérature, témoignant de leur **fiabilité** et de leur **pertinence** pour les acteurs de terrain concernés.

3. Validité interne de l'étude

Mon expérience de terrain et mon implication au sein des associations accompagnant les personnes en situation de prostitution donne une certaine **légitimité à la question de recherche**. Afin de limiter les biais liés à une interprétation personnelle des situations rencontrées, un **travail préalable à l'étude** a été réalisé, auprès des professionnels des différentes associations accompagnant le public concerné. La parole des soignants et travailleurs sociaux a ainsi pu être recueillie, permettant préciser les perspectives de recherche et ajuster notre regard d'investigateur au plus près de la réalité de terrain.

Notre travail de recherche présentait **plusieurs dimensions exploratoires**. Si la majeure partie de l'étude a consisté en des **entretiens individuels**, nous avons également pu réaliser une **observation de terrain** en participant aux permanences des associations et aux maraudes diurnes et nocturnes, nous permettant de rencontrer des personnes sur leur lieu d'activité. Cela nous a permis d'aller au contact d'un public différent, que nous ne pouvions rencontrer en association. Un des entretiens a ainsi pu être réalisé dans ce contexte, lors d'une tournée diurne.

Du fait de mon immersion en association durant six mois, un **lien de confiance** avec les personnes concernées a pu s'établir, facilitant l'expression et évitant l'intervention de professionnels tiers pour établir le dialogue. L'expression du maintien de la **confidentialité** des propos des personnes ainsi que la réalisation des entretiens dans des **espaces intimes et sécurisant**s étaient des points fort des rencontres, permettant une réassurance et autorisant la confidence.

Afin de s'assurer de la validité des résultats, une **triangulation des données** a été réalisée grâce à une analyse en double codage par des professionnels de santé d'une part (chercheuse et directeur de thèse), et des chercheurs en sciences sociales d'autre part.

4. Aspects éthiques

Notre travail de recherche a un obtenu un **avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est** avant son initiation. Dans le cadre de cette demande d'autorisation, un **protocole de recherche** a été établi, nous ayant permis de définir précisément les modalités de réalisation de cette étude, et d'identifier au préalable les difficultés potentielles auxquelles nous pouvions être confrontés.

B. Limites de l'étude

1. Biais de recrutement

Du fait d'une difficulté d'accès au public concerné et pour des raisons de sécurité, la majorité des personnes ont été rencontrées via les structures associatives. **Une partie du paysage prostitutionnel nous est ainsi restée inconnue** : prostitution masculine et transgenre, prostitution étudiante, prostitution des mineurs, prostitution des personnes ne se rendant pas en association du fait de ressources personnelles ou d'un isolement important des pairs prostitué.e.s.

La réalisation de maraudes et la participation au dispositif 2.0 « *Indoor* » de l'association Poppy nous a permis de limiter ce biais de recrutement, nous amenant notamment à réaliser un entretien en camion auprès d'une femme française exerçant la prostitution depuis de nombreuses années et étant bien insérée socialement. Notre travail de terrain nous a conduits à rencontrer des personnes de sexe masculin, travestis ou transgenres, ainsi que des femmes originaires d'Afrique du Nord mais ceux-ci n'ont pas souhaité participer à nos entretiens. L'adhésion et la disponibilité physique et psychique de chacun étaient fondamentales à la conduite de notre étude, et nous avons respecté leur choix de ne pas nous rencontrer plus longuement. Nous avons pu nous entretenir avec des femmes ayant débuté la prostitution alors qu'elles étaient encore mineures, mais le versant du paysage prostitutionnel concernant la prostitution des mineurs nous est resté inconnu. Pour des raisons déontologiques et pratiques, du fait de la nécessité de recueil du consentement de l'autorité parentale en deçà d'un certain âge, la minorité était un critère d'exclusion de notre étude. Il nous semblait cependant important de spécifier ce point dans la discussion.

A noter que ces obstacles ne sont pas spécifiques à notre travail de recherche, et sont bien identifiés par les associations de terrain, travaillant également au quotidien à élargir leurs actions à un public restant invisible et difficile d'accès.

Malgré la sollicitation de médecins généralistes identifiés, comptant dans leur patientèle des personnes en situation de prostitution, aucune personne n'a pu être incluse par ce biais. *A posteriori,* les

praticiens ont pu exprimer leurs difficultés d'inclusion des patient.e.s du fait de contraintes temporelles inhérentes à leur exercice, rendant ardu la présentation de notre travail de recherche.
Nous nous sommes par ailleurs limités à une prise de contact avec les associations aconfessionnelles.

2. *Biais de déclaration*

Lors de la réalisation des entretiens, nous avons pu constater l'éventualité de biais de déclaration, en lien avec le contexte et sujet de l'étude, le positionnement du chercheur, et la situation des femmes au moment des entretiens.

Un premier biais de déclaration émanait du sujet même de l'étude et de la **difficulté de compréhension par les personnes des thèmes abordés**. Au fur et à mesure du déroulé des entretiens, il nous est en effet apparu que notre sujet de recherche était construit à partir des **représentations de la médecine générale occidentale**, dans laquelle le patient détient un droit de regard sur l'activité du praticien, et le médecin un devoir de compréhension des attentes et besoin du patient. Or, la majorité des femmes que nous avons pu rencontrer étaient originaires d'Europe de l'Est et d'Afrique Sub-Saharienne, ayant ainsi des représentations culturelles du système de soin et du médecin généraliste tout autres. Cette première **confrontation culturelle entre le chercheur et la patiente** induisait un biais de compréhension des questions posées et du fondement de celles-ci : « *quelle est donc ma légitimité pour juger de mon médecin ?* ». Afin de limiter ce biais, nous nous sommes attachés au cours de notre travail à faire évoluer le guide d'entretien afin de permettre une valorisation de la parole des femmes et des reformulations des questions. Si certaines femmes exprimaient un étonnement à l'énonciation de certaines questions, d'autres s'en saisissaient cependant immédiatement en élaborant des réponses spontanées. Les représentations et les attentes qu'elles formulaient, pouvaient aussi avoir été influencées par le fait qu'elles aient parfois identifié et choisi des médecins dont l'approche pouvaient être singulière car ayant un mode d'exercice adapté aux caractéristiques communautaires, en particulier vis-à-vis des populations précaires ou migrantes.

Un biais de compréhension des questions pouvait également émaner de la **barrière de la langue**. Nous notions en effet un frein à la perception adéquate des questions du fait d'une maîtrise parfois partielle du français par les femmes ou de l'anglais pour les deux parties. Il n'était pas rare de faire appel à une reformulation ou une répétition des échanges, afin de s'assurer d'une compréhension mutuelle.

Par ailleurs, la connaissance par les patientes de ma profession médicale pouvait également être à l'origine d'un biais de déclaration. Ayant réalisé une immersion de six mois dans les associations, les femmes avaient en effet pu me rencontrer au cours de consultations médicales en binôme, durant lesquelles j'étais uniquement observatrice. Du fait de ma **non-neutralité vis-à-vis du domaine**

médical et de ma connaissance de certains de leurs soignants, il était possible qu'elles éprouvent des réticences à me faire part d'expériences négatives de soins avec des médecins généralistes.

Le vécu et la situation des femmes lors des entretiens étaient également à l'origine d'un biais de déclaration. Un versant de notre étude consistait en effet à explorer le vécu des personnes sur la verbalisation de leur activité en consultation de médecine générale. Or, certaines femmes déclaraient « être sorties » de la prostitution au moment des entretiens, et pouvaient exprimer une **réticence voire un refus de se confier sur une période de vie difficile**, dont la simple évocation ou le souvenir étaient douloureux. Par ailleurs, deux entretiens ont été réalisés alors que les patientes étaient **sous l'emprise de substances** (alcool, opiacés) ayant pu influencer les échanges.

3. *Biais de recueil*

La réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés est un exercice ardu exposant à des **biais de recueil des données**. Nous avons vu précédemment que les échanges étaient parfois rendus difficiles du fait d'un manque de compréhension des patientes ou d'une réticence à répondre aux questions. Ces situations conduisaient à des reformulations ayant pu induire ou orienter les paroles des patientes.

Par ailleurs, si l'établissement d'un lien de confiance avec les femmes nous semblait un préalable à la conduite de l'étude du fait de la sensibilité des sujets abordés, la qualité des données recueillies a pu être affectée par mon lien avec elles et ma connaissance de leur histoire de vie.

4. *Biais d'analyse*

Il existe un probable **biais d'interprétation** dans cette étude du fait de mes propres représentations et de ma position en tant que soignante. En effet, le choix de ce travail de recherche émane de considérations issues de ma pratique professionnelle ayant fait émerger des questionnements intriquant des dimensions éthiques, philosophiques et idéologiques. Mon implication au sein d'associations, l'impact émotionnel induit par la rencontre de ces individualités aux histoires de vie complexes, assortis d'un militantisme pour l'accès égalitaire aux soins traduisent toute la subjectivité qui a pu émaner de mon travail. Ayant conscience de ce biais important, il nous a paru essentiel de réaliser une **triangulation de l'analyse par un double codage**. La portée de ce choix méthodologique s'illustrait par l'objectivité des autres investigateurs, n'ayant une connaissance que partielle du contexte de l'étude et du public concerné.

Au vu de la complexité et de l'hétérogénéité du phénomène prostitutionnel tel que nous l'avons décrit précédemment, il semble important de noter que le **caractère monocentrique de l'étude et la petite taille de l'échantillon** peuvent conduire à **considérer avec prudence une extrapolation** trop rapide des résultats à l'ensemble des personnes en situation de prostitution sur le territoire français.

II. Mise en perspective des résultats avec les données de la littérature

A. Caractéristiques de la médecine générale et attentes des patients : des invariables et des spécificités dans la relation de soin.

Selon notre étude, le médecin généraliste est considéré par de nombreuses patientes comme un soignant de premier recours, ayant une importance dans leur parcours de santé et leur accès aux soins. Les caractéristiques des soins primaires telles que définies dans la littérature ainsi que certaines attentes des patients vis-à-vis du soignant sont retrouvées dans notre travail, au travers de la parole des patientes, traduisant un regard invariable sur le médecin généraliste, quel que soit le profil de la personne et sa situation de vie. Cependant, les situations de vulnérabilité médico-psycho-sociales du public induisent des spécificités propres à chaque personne en fonction de ses conditions de vie et de son parcours individuel.

1. Définition du soin primaire et des caractéristiques du « médecin traitant ».

Les principales caractéristiques du médecin généraliste retrouvées dans la parole des femmes étaient :

- Son **accessibilité**, faisant de lui un des **premiers contacts avec le système de soin** et un des interlocuteurs *princeps* en cas de problématiques de santé.
- Son rôle de **continuité des soins et de suivi du patient** au sein d'une **relation pérenne et personnalisée** du fait d'une **connaissance approfondie du dossier médical du patient et de sa situation de vie.**
- Son rôle de **coordinateur du soin et d'orientation** vers des structures spécialisées adaptées aux problématiques du patient par l'utilisation adéquate de connaissances du système de santé.
- Ses capacités de **prise en charge globale de la personne, en considérant l'ensemble de ses dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles.**
- Ses **compétences en matière communicationnelles et relationnelles**, dans une dynamique de **prise en charge centrée sur la personne**.
- Sa **disponibilité et l'inconditionnalité des soins apportés**, dans une dynamique éthique et déontologique **d'humanisme et de solidarité**.

L'ensemble de ces éléments correspondent à la définition établie par la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians) en 2002 relevant 11 caractéristiques précises de la médecine générale (68) :

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Il semble important de souligner que cette définition répond en partie aux éléments décrits par Ware et ses associés dans leurs travaux sur l'évaluation de la satisfaction du patient vis-à-vis du praticien. Nous y retrouvons en effet des notions précédemment énoncées pouvant influencer la relation de soin : « relation interpersonnelle », « qualités et compétences techniques », « accessibilité », « continuité du soin » (32, 34, 35, 36). Les aspects financiers et la qualité de l'environnement étaient moins retrouvés dans notre travail.

Ces notions sont également retrouvées dans la thèse de Marie-Cécile Dedianne soutenue en 2001 portant sur les attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale (32). Réalisée auprès de patientèles issues de milieux ruraux et citadins, cette étude réalisée par focus groups témoignait d'attentes et représentations du médecin généraliste similaires à celles de notre travail. Là encore, le médecin traitant était ainsi considéré comme un soignant de 1er recours du fait de sa proximité et de son accessibilité tout en ayant un rôle de coordination du soin capable d'orienter vers les spécialistes. Les entretiens mettaient en avant son aptitude à réaliser une prise en charge globale du patient, ses compétences relationnelles et d'écoute, et sa capacité d'établir une relation de soin durable et privilégiée avec un suivi du patient et une tenue du dossier médical.

De la même manière la thèse de Jeremy Khouani (69), s'étant intéressé aux attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste au travers d'une étude observationnelle relève les compétences soignantes suivantes : « Appréhension globale de la santé », « Compétences cliniques issues d'un référentiel régulièrement mises à jour et adaptées au patient », « Réseau de Santé efficient » avec un partenariat entre les acteurs de terrain.
Les caractéristiques du *« médecin traitant »* telles que définies par les groupes d'experts semblent ainsi rejoindre les considérations des patient.e.s, et ce malgré des profils variés et des expériences de vie hétérogènes, sans lien avec l'activité prostitutionnelle.

Un élément important qui ressortait des témoignages des patientes était la notion de la **durée de la relation de soin, permettant une mise en confiance progressive des personnes et l'établissement d'un lien privilégié.** Inscrites dans un parcours de vie qu'elles jugeaient parfois honteux entrainant une mésestime de soi et des freins à la confidence, les femmes exprimaient être en mesure d'accorder leur confiance progressivement, au fur et à mesure des consultations, sur la base d'une connaissance et d'une confiance mutuelle. Ce constat est partagé par les acteurs associatifs, comme en témoigne l'ouvrage « Prostitution : guide pour un accompagnement social » (45). Basé sur des observations de terrain, ces professionnels témoignent de leur expérience, et relèvent l'importance d'une prise de contact progressive **en respectant la temporalité de la personne, dans une démarche « d'aller vers »**. Ils mentionnent ainsi qu'une fois le premier contact établi, dans le respect de la personne et de son activité, la régularité des rencontres, la capacité d'écoute et la disponibilité des professionnels permettent la construction d'une relation de confiance basée sur la durée : « *être présents, discuter de tout et de rien, écouter, être contenant, voire apaisants lorsque les circonstances y invitent, ces manières d'être s'inscrivent dans cette dynamique d'élaboration progressive du lien »* (45).
Nous voyons ici se dessiner l'importance de la place du médecin généraliste dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, au regard de ses missions lui permettant d'assurer une continuité du suivi et une pérennité de la relation de soin.

2. *Compétences attendues du médecin généraliste : biomédicales, relationnelles et communicationnelles.*

Si la parole des femmes dessinait un portrait du médecin généraliste correspondant aux caractéristiques données par la communauté scientifique, notre travail permettait d'approfondir les attentes des patientes vis-à-vis de leur praticien. Nous avons vu précédemment que les compétences du soignant étaient plurielles, englobant technicité et connaissances, relationnel et communication. Là encore, nous retrouvions au travers du témoignage des patientes des attentes similaires à celles relevées dans la littérature scientifique en matière de compétences techniques et relationnelles, indépendamment du profil individuel, du contexte social ou de l'activité de la personne.

a. *Une prise en charge globale du patient, en tenant compte des dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles du patient*

Le point de vue des femmes révélait l'importance d'une **prise en charge globale considérant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux du patient**. Le médecin généraliste s'inscrit ainsi pleinement comme un acteur des soins primaires tels que définis par l'Organisation Mondiale de la Santé lors de la conférence d'Alma en 1978 comme une « *approche globale de la santé et du bien-être centrée sur les besoins et les préférences des individus, des familles et des communautés. Elle recouvre des déterminants de la santé plus larges et met l'accent sur le bien-être et la santé physique, mentale et sociale, considérés dans leur ensemble et de manière interdépendante* » (26).

Sur le plan médical, les patientes témoignaient d'attentes spécifiques en matière de **compétences cliniques et d'expérience professionnelle** avec l'assurance d'une **prise en charge de qualité, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique**. Ces notions semblent invariables et sont connues depuis plusieurs décennies tant en France (69, 70) qu'à l'international, ayant déjà été relevées par Ware et al, et inscrites dans les questionnaires de satisfaction des patients à la fin du XXe siècle (34, 35, 36).
Nous avons vu dans l'introduction que l'activité prostitutionnelle est à l'origine d'une exposition des personnes à des risques sanitaires bien décrits dans la littérature : infections sexuellement transmissibles, pathologies uro-gynécologiques, violences physiques, sexuelles et psychologiques, etc. De ce fait, notre travail témoignait **d'attentes spécifiques des personnes en situation de prostitution rencontrées vis-à-vis du médecin généraliste**. En effet, il était apprécié que le soignant soit en mesure de fournir une réponse et une prise en charge adaptée face aux situations de **violences** (agression physique et sexuelle, vols, etc.), et aux **problématiques gynécologiques ou psychologiques**. Ses compétences passaient notamment par une capacité de **coordination et d'orientation vers des structures adaptées en fonction de chaque situation.**

Nos entretiens mettaient également en avant **l'importance de l'accompagnement psycho-social** des patientes par le médecin généraliste, compétences rendues primordiales du fait de la prévalence des troubles psychiques et des situations de vulnérabilités sociales rencontrées par le public. Ces qualités du médecin généraliste sont indépendantes du public concerné et applicables à toute consultation de soins primaires, comme en témoignent les définitions de l'OMS, de la WONCA (26, 68), et les résultats de la thèse du Dr Dedianne, retrouvant ces attentes auprès des patients indifféremment de leur activité professionnelle (32).
Bien que la prise en considération de leur contexte de vie et le soutien psychique soient appréciés des patientes, nous notions cependant une forme de **résignation face à un praticien non sensibilisé à ces questions et s'inscrivant dans un soin principalement technique.**

Le rôle de coordination du médecin généraliste vers des établissements de soins spécialisés et des structures d'accompagnement sociales et juridiques apparaissait comme fondamental dans la prise en charge du public rencontré. Cette notion était retrouvée dans le travail de thèse du Dr Khouani sur les attentes des personnes en situation de prostitution, sous le terme de « Réseau de santé efficient », correspondant à l'existence et l'effectivité de partenariats entre tous les acteurs de terrain accompagnant le public *« dans le but de tendre vers une prise en charge globale cohérente et fluide »* (69).

Du fait du recrutement de notre étude, concernant principalement des femmes migrantes en situation de prostitution, notre travail témoignait de spécificités dans la prise en charge de ce public : nous exposerons plus précisément ces notions au travers des différents chapitres de la discussion.

b. Compétences relationnelles et communicationnelles du médecin généraliste.

Nous avons vu que la rencontre entre le soignant et le soigné est à l'origine d'une relation duale, mettant en jeu des dynamiques relationnelles, interpersonnelles et communicationnelles. Cette interaction est influencée par le parcours de vie, les représentations et les attentes du patient d'un côté, et le positionnement du médecin de l'autre, porteur d'un savoir médical, mais aussi d'émotions et de croyances et de réactions propres à son individualité pouvant impacter la relation de soin.

La **relation centrée sur le patient**, telle que développée par Balint puis Rogers en 1957, est entrée dans le langage courant de la santé, et prend en considération ce partenariat dans la relation de soin, se basant sur **l'expertise du professionnel de santé et l'expérience du patient**. Ancrée dans une perspective humaniste elle accorde une **valeur intrinsèque à la personne** et prétend rendre cette dernière **actrice de sa prise en charge**. Cette approche trouve son origine et prend tout son sens dans la parole de Carl Rogers, qui déclarait en 1974 : « *En observant et en évaluant soigneusement mes expériences avec mes clients, puis-je de manière plus efficace apprendre à leur venir en aide dans la résolution de leurs problèmes de détresse personnelle, de conduite d'échec et de relations interpersonnelles autodestructrices ?* » (30).

Nous disposons par ailleurs depuis la fin du XXème siècle d'études permettant d'évaluer le niveau de satisfaction du patient au travers de questionnaires utilisables dans la population générale. Pour J.E Ware et ses collègues, « *les différences de satisfaction reflètent dans une large mesure les réalités des soins ; ces différences reflètent également les préférences personnelles ainsi que les attentes* ». (34)

Du côté du soignant, **l'empathie dans la relation de soin** est souvent décrite comme favorisant l'établissement d'un lien de confiance, englobant une attitude du médecin caractérisé par une **bienveillance et une attention portée au patient, dans un climat d'écoute et de non-jugement du patient**. Le témoignage des femmes sur leurs expériences positives et négatives de santé reflétait ces différents aspects de la relation de soin.

La **communication professionnelle en santé** est un aspect de la relation médecin-patient ayant été étudiée de manière approfondie depuis plusieurs décennies dans le domaine de la recherche en sciences humaines et sociales. Il est ainsi couramment admis que **les habiletés communicationnelles et relationnelles du soignant** sont un préalable nécessaire à la **qualité des soins** et en sont indissociables. En effet, les données actuelles de la littérature laissent supposer que certains comportements communicationnels ont une **influence positive sur les soins**, l'adhésion aux recommandations et la satisfaction du patient étant favorisée par une relation de collaboration et une réponse aux besoins d'information de la personne (29).

Pour faire face à la multitude et à la complexité des tâches qui lui incombent, le professionnel de santé se doit ainsi d'acquérir des compétences techniques et cliniques, mais également relationnelles et communicationnelles, permettant l'établissement d'une relation de confiance médecin-patient et une satisfaction du patient (34).

Les attentes des personnes en situation de prostitution rencontrées dans notre étude vis-à-vis du médecin généraliste en matière de relation interpersonnelle s'apparentaient souvent aux attentes de tout patient vis-à-vis de « *son* » médecin traitant : les travaux explorant les attentes des patients vis-vis du médecin généraliste rejoignent en effet nos résultats (32, 69). Les femmes témoignaient de leur **libre-choix de leur médecin, en fonction de la dynamique de rencontre entre les deux individualités et la qualité de relation de soin.** Nous retrouvions également les notions connues depuis les travaux de Balint et Rogers sur l'approche centrée patient, témoignant de l'universalité de cette approche auprès du public.

Les différentes dimensions de la relation de soin sur le plan communicationnel, émotionnel et relationnel ont été résumées sous la forme d'un tableau :

	Aspects positifs	**Aspects négatifs**
Contact et Attitude	Etre avenant, sympathique, chaleureux Paternalisme, Protection bienveillante Utilisation de l'humour	Attitude froide, hostile Manque de cordialité et d'amabilité
Communication non verbale	Sourire Echange visuel	Absence de sourire Mimique ou regard désapprobateurs Absence de lien visuel : sensation de manque de considération

Posture relationnelle	Intérêt ouvert et attention portée au patient Se placer « à la portée du patient » Investissement auprès du patient vers un mieux-être Compréhension mutuelle Respect de la temporalité et des émotions	Manque d'investissement Remise en question des symptômes du patient Injonction de soins inadaptée
Posture intellectuelle et émotionnelle	Recul et lucidité sur ses propres émotions	Faire preuve d'irritabilité, être pressé
	Attitude de non-jugement et de respect Soins standardisés sans jugement de valeur	Sensation de stigmatisation / discrimination en lien avec l'origine, le statut administratif, la profession
Posture éthique et déontologique	Humanisme et solidarité Disponibilité Rapports humains non sous-tendus par l'aspect financier	Absence de disponibilité Non réponse à l'urgence Refus de soin en l'absence de ressources
Communication	Ecoute active Considération des demandes et attentes spécifiques	Ecoute distraite Défaut de communication et d'échange
	Donner des conseils éclairés Fournir des explications adaptées Réassurance et réponses aux inquiétudes	Absence d'explication
Temporalité	Prendre le temps, ne pas être pressé, parler calmement Durée de la relation de soin	Rapidité de la consultation, absence de place au dialogue et à l'échange, finalité de prescription
Climat de consultation	Climat de confiance, de sérénité	Climat impersonnel
Environnement	Ponctualité	Temps d'attente Non-respect des rendez-vous

Notre travail mettait en exergue l'importance d'un contact chaleureux et d'une posture avenante du médecin généraliste, déterminant la première impression dans la relation de soin. **L'écoute et la considération des attentes spécifiques du patient** étaient mentionnées. Un rapport de recherche du Québec traitant des conséquences de la prostitution sur le bien-être des personnes va dans le sens de notre propos, en mentionnant un souhait des personnes prostituées que le professionnel prenne le temps d'établir avec elles un lien de confiance, qu'ils reconnaissent qu'elles ont besoin de temps et qu'il les traite avec « *considération, respect, compassion, authenticité et sans jugement* » (71). Les résultats de notre étude se rapprochaient fortement de ceux mentionnés dans l'article de Jego

et al sur les attentes des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME), retrouvant parmi les compétences attendues du médecin généraliste : une bonne qualité d'écoute, une relation privilégiée sur la confiance, une disponibilité, faire preuve d'humanisme et de bienveillance, savoir guider et conseiller les patients (72). Ces grandes similitudes peuvent s'expliquer du fait du recrutement de notre étude, réalisée auprès de femmes souvent migrantes et bénéficiaires de l'AME ou de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
Si les patientes mettaient en avant ces compétences de la part de certains praticiens, nous notions cependant une forme de paradoxe entre ces attentes et la réalité de leur accompagnement par leurs médecins traitants. Certaines femmes semblaient ainsi parfois accepter que le praticien s'inscrive dans une relation « impersonnelle », sans échanges approfondis, dont la finalité de la consultation restait la prescription. Les représentations individuelles et culturelles des patientes pourraient ainsi influencer la perception du médecin généraliste, avec l'acceptation d'une relation « ascendante » au sein de laquelle le médecin est détenteur du savoir et décisionnaire de la prise en charge (29). Les compétences relationnelles et communicationnelles du praticien seraient ainsi « un plus », inconstant, bien que reconnu comme bénéfique à la consultation. **Il semble ainsi du ressort du médecin généraliste de déconstruire les représentations d'un soin uniquement technique pour s'attacher à inscrire sa prise en charge dans une relation « horizontale » et tournée vers le patient.**

Parfois confrontées à des situations de grande vulnérabilité et de détresse, les patientes mettaient en avant la notion de **disponibilité et de réponse à l'urgence** du praticien. Un refus de soin suite à des violences vécues était à l'origine de ressentis négatifs : incompréhension, mécontentement, sentiment de non considération. Le phénomène de **victimisation secondaire** est largement décrit dans l'accueil des personnes victimes de violence au sein du système judiciaire (73). Décrit par Martin Symonds, ancien policier et psychiatre en 1980, ce concept fait référence à la perception de la victime de ne pas être soutenue ou acceptée par le professionnel du fait de réactions négatives à son égard. Bien que parfois non intentionnels, ces comportements sont à l'origine d'un **sentiment de rejet et d'isolement** (73). Si notre travail mettait en évidence ce phénomène lors du dépôt de plainte des femmes face aux autorités judiciaires, ce concept pouvait être élargi au domaine de la santé. La compréhension du processus de victimisation secondaire et de ses impacts pourrait permettre de faciliter l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de prostitution lorsqu'elle sont confrontées à des situations de violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

Nous notions la récurrence des situations de soins difficiles, en rapport avec une **sensation de discrimination ou de stigmatisation, en lien avec leurs origines, leur profession ou leur statut administratif**. Déjà isolées socialement, victimes d'une autodépréciation et d'une estime de soi altérée du fait de leurs situations respectives, ces dynamiques de soins pouvaient être à l'origine d'une exacerbation de leur mal-être et être responsables d'une rupture de prise en charge.

Les expériences négatives de soin autres, tel qu'une mauvaise relation de médecin-patient, une absence de confiance mutuelle, un manque de disponibilité, d'écoute, de considération du patient et d'explications aboutissaient à la même finalité : **un renoncement à la poursuite du suivi avec le praticien, responsable d'un éloignement du soin voire une errance médicale ultérieure.**
Notre étude avait ainsi la particularité de mettre en exergue l'importance d'un **positionnement éthique et déontologique** du médecin généraliste, devant être en mesure d'assurer une **inconditionnalité des soins dans une dynamique empreinte d'humanisme et de solidarité**. Le travail de thèse du Dr Khouani allait dans notre sens, en relevant l'importance d'un positionnement éthique du médecin par un questionnement permanent du soignant face au soigné du fait d'une méfiance particulière de ce public prégnante dans la relation de soin (69).
Il semble ainsi fondamental que dans ces situations de soin, le praticien soit en mesure de remettre en question sa pratique et de se détacher de ses représentations en s'interrogeant perpétuellement sur son positionnement éthique et déontologique en consultation.

Tout patient dispose de son libre arbitre dans le choix de son praticien. La qualité de la relation médecin-patient apparaît ainsi comme une condition indispensable à l'adhésion, au suivi et à la démarche de soin proposée. Il nous semble important de relever la **réalité de ce phénomène et de son impact auprès du public rencontré, déjà souvent confronté à des freins importants à l'accès aux soins et à un éloignement du système de santé.**
Bien que la relation soignant-soigné soit le fait de la rencontre de deux personnalités, **le rôle du médecin généraliste dans l'établissement de cette dynamique relationnelle n'est plus à prouver et devrait être une priorité pour tout praticien, qui plus est s'il est investi dans la prise en charge de patients éloignés du soin ou en situation de grande vulnérabilité.**
Lors de notre exploration des attentes des personnes en situation de prostitution, **le genre du médecin généraliste n'apparaissait pas comme un critère important**. **Nous ne retrouvions pas non plus la notion du respect de la pudeur de la personne**, lors de l'examen physique, notamment gynécologique et aucune expérience négative n'était exprimée en ce sens. Si cette spécificité de notre étude peut trouver son origine dans les bonnes pratiques des médecins rencontrés et dans le respect de la profession médicale justifiant les actes réalisés, il nous semble que le rapport propre au corps des personnes prostituées peut également expliquer ce constat. **Soumises à des infractions corporelles répétées, balayant toute forme de pudeur et effaçant la notion d'intime, le corps est instrumentalisé et devient un objet neutre et impersonnel**. Nous avons pu notamment remarquer au travers de notre expérience et des consultations réalisées la facilité de certaines femmes à se mettre à nu, exposant leur intimité spontanément, contrastant ainsi avec la pudeur habituelle exprimée lors d'un examen gynécologique. Nous énoncerons plus loin la notion de décorporalisation énoncée par le Dr Trinquart, corroborant et appuyant nos propos.

B. Le rôle spécifique du médecin généraliste dans l'accompagnement psychologique des personnes au travers du rapport au corps et à la psyché : santé mentale, décorporalisation, somatisation, préoccupations de santé

Sur le plan psychologique, notre travail témoigne **d'une grande prévalence des troubles psychiques et de pathologies psychiatriques** avec un **taux de 76 %** de personnes concernées, 13 personnes sur 17 ayant décrit une souffrance psychique et/ou étant suivies par un psychiatre dans notre étude.

Comme nous l'avons vu précédemment, les rapports officiels font état d'un manque de données quantitatives concernant la santé mentale (10, 23). Nos résultats concordent cependant avec les constatations des acteurs de terrain, faisant état de la **fréquence des troubles anxieux, des troubles du sommeil et de problématiques de somatisation** (11, 23). Nous notions par ailleurs une prévalence non négligeable de pathologies psychiatriques chez les femmes nigérianes (syndrome dépressif sévère, syndrome de stress post traumatique, etc.) avec un taux de 90 % soit 7 femmes sur 8 concernées par un suivi spécialisé.

Il semblait exister un lien entre les violences vécues et les souffrances psychiques présentées par les patientes. Si le caractère insécuritaire de la rue était nettement énoncé, nous constations également l'impact des traumatismes physiques et psychiques liés au parcours migratoire des femmes.

Les définitions du **psychotraumatisme** sont variables et ont évoluées au cours des années. Selon le DSM-V, il s'agit de troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs évènements traumatiques ayant menacés son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, et ayant entrainé des troubles psychiques durables liés à ce traumatisme (symptômes d'intrusion, évitement, altération des cognitions et de l'humeur, modification de l'état d'éveil et de réactivité) (74). Nous retrouvions ces éléments au travers de la parole des femmes, témoignant de l'impact du psychotraumatisme sur leur santé physique et psychique.

Les compétences du médecin généraliste dans l'accompagnement psychologique des patients sont décrites dans la définition des soins primaires et font partie intégrante des caractéristiques du médecin traitant (26, 68). Bien que les spécificités de notre recrutement et l'hétérogénéité du paysage prostitutionnel ne permette pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble du public prostitué, cette notion semble prendre tout son sens dans la prise en charge du public rencontré dans notre étude. En effet, si les patientes exprimaient tout d'abord un besoin de soutien et d'écoute au regard de leurs difficultés psychologiques, il paraît également nécessaire de souligner l'impact potentiel de ces souffrances sur l'état de santé des personnes et des spécificités de prise en charge en lien avec la somatisation fréquente des troubles observés. La prise en considération du rôle du psychotraumatisme sur la santé mentale des personnes en situation de prostitution apparaît comme un des éléments clefs de l'accompagnement psychologique de ce public.

La compréhension par le soignant des situations ayant conduit les personnes à la prostitution et les conséquences psychiques potentielles de leurs expériences de vie semblait fondamentale. Le rapport

scientifique du Québec mentionne ainsi qu'il était apprécié que « *les intervenants comprennent mieux les expériences qu'elles ont vécu et qu'ils reconnaissent les circonstances qui les ont menées à s'impliquer dans les activités de prostitution* » (71).

L'investissement du médecin généraliste dans l'exploration des troubles psychiques et du psychotraumatisme, l'expression de son soutien et de son engagement dans cet accompagnement par une écoute attentive, et la prise en considération de leur retentissement sur la santé des personnes apparaît comme une des priorités lors de la prise en charge de personnes répondant aux caractéristiques de la population rencontrée dans notre étude.

Notre travail mettait en exergue la **confiance portée au médecin généraliste** du fait de son savoir scientifique et de son statut social spécifique de « *soignant du corps et de la psyché* ». De ce fait, il apparaissait comme un **interlocuteur privilégié et recherché en cas d'interrogations ou d'inquiétudes** des patientes. Ce rôle du médecin généraliste était très fréquemment retrouvé dans nos entretiens, au même titre que **l'expression itérative de doutes, de préoccupations et de questionnements des femmes concernant leur santé**.

Nous pouvons trouver plusieurs facteurs expliquant ce constat. Tout d'abord, la plupart des patientes avaient une **conscience des risques sanitaires encourus** lors de leur activité, vectrice d'inquiétudes concernant leur intégrité physique et l'impact de ceux-ci sur leur santé. Par ailleurs, les **expériences de vie de chacune, pourvoyeuses de traumatismes multiples et d'effractions corporelles répétées**, tant lors de leur exercice de prostituées que lors de leurs parcours migratoires, semblaient s'exprimer au travers de **ressentis physiques et psychiques douloureux**, allant jusqu'à ce que nous avons appelé « **somatisation** ». À l'écoute de ces symptômes, les patientes tendaient à solliciter le soignant afin de trouver une explication à ces souffrances.

Notre travail porte un regard différent et met en perspective l'étude de Judith Trinquart, traitant sur les conséquences du phénomène de **décorporalisatio**n sur l'accès aux soins des personnes (75). Ce phénomène a été décrit pour la première fois dans sa thèse, et correspond à « *un processus de modification physique et psychique correspondant au développement de troubles sensitifs affectant le schéma corporel et engendrant simultanément un clivage de l'image corporelle, dont le résultat final est la perte de l'investissement plein et entier de son propre corps par une personne, avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé. Ce processus est provoqué par la nécessité de s'adapter à un contexte d'effractions corporelles répétées et régulières, ou imposant un vécu d'instrumentalisation extrême du corps de l'individu* ». De ce fait, la décorporalisation des personnes serait à l'origine d'une atteinte de l'image corporelle responsable d'une impossibilité de prendre soin de soi-même, « *la notion de mêmeté étant profondément lésée »,* avec des comportements d'auto-négligence voire d'autodestruction. Bien que le processus de décorporalisation soit nettement apparu dans notre travail au travers de la parole des femmes, celui-ci ne se révélait pas comme un facteur limitant l'accès aux soins de personnes de manière probante. Cela peut s'expliquer par le recrutement

de notre étude, la majorité des femmes étant déjà insérées dans un processus de soin, soit par un médecin généraliste, soit dans une association. Au contraire dans notre étude, les patientes rencontrées semblaient **« *concentrer* » leurs souffrances sur une image corporelle traumatisée, trouvant une expression et une traduction de celles-ci dans un symptôme répété et/ou inexpliqué.** Ce phénomène serait alors une autre expression du trouble du schéma corporel induit par la répétition de violences ou d'effractions physiques.

Pour le Dr Trinquart, la décorporalisation est à l'origine d'un « *mécanisme on-off* », à l'origine de perceptions sensitives antagonistes se traduisant de manière alternative, concernant la sensibilité nociceptive, sans lésion organique associée. *In fine*, ce phénomène conduirait à une « *asymbolie à la douleur (...) et une angoisse peu importante accompagnant le discours sur les symptômes* » (75). Nous ne constations pas ces traductions physiques dans notre étude, les femmes exprimant au contraire des **symptômes intenses et pourvoyeurs d'angoisses sur leur santé, justifiant un recours fréquent au médecin**.

Au-delà des douleurs ou de symptômes portant sur la sphère génitale, nous notions des sollicitations de consultations gynécologiques afin de **faire un « *chek-up* » complet et de s'assurer de leur « bonne santé ».** Cette notion est décrite dans la thèse de Marie Odendall traitant des obstacles à l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution à Paris (50). Elle mentionne notamment la fréquence des consultations de médecine générale motivées par un souhait de réaliser un bilan complet de leur santé gynécologique chez les femmes nigérianes. Notre expérience de terrain s'accorde avec ce constat, avec des **demandes fréquentes d'examens de dépistages ou de radiologie afin de s'assurer de l'absence de pathologie organique** : bilans biologiques hormonaux ou infectiologiques, échographies abdomino-pelviennes, etc.

L'absence de systématisation anatomo-physiologique des troubles et de lésions organiques associées décrites par le Dr Trinquart étaient quant à elles retrouvées dans notre travail, avec une expression des symptômes physiques floue et variée, fréquemment sans étiologie retrouvée malgré des investigations répétées : douleurs abdominales diffuses, céphalées non systématisées, troubles musculosquelettiques inexpliqués, etc.

La compréhension par le soignant de l'expression de ces troubles physiques et de leur lien avec les conséquences psychiques de souffrances itératives et de traumatismes répétés apparaît comme indispensable à une prise en charge globale et considérant la complexité médico-psychologique de ces plaintes.

C. Parcours de santé, inégalités sociales de santé et rôle spécifique du médecin généraliste en matière d'accompagnement social et juridique

Il n'est plus à prouver que les conditions de vie des personnes ont un impact direct sur la santé avec le **concept d'inégalités sociales de santé définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* »** (21, 76). Cette notion est basée sur le phénomène de gradient social, né du constat qu'il existe des « *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux »,* liées à une interaction de facteurs, définis sous le terme de déterminants de santé, pouvant être « structurels » ou « intermédiaires » (77). Selon l'OMS, les premiers sont liés au contexte économique et politique du pays et induisent une stratification sociale et économique du pays en fonction des revenus, de la profession, de l'éducation, du sexe et des origines ethniques des personnes. Les seconds en sont la conséquence directe et renvoient aux conditions matérielles (logement, environnement, alimentation, habillement), psychologiques (stress lié aux conditions de vie et de travail, tissu social), aux comportements (nutrition, activité physique, consommations de substances), aux facteurs biologiques et génétiques et au rôle de l'accès au système de santé (77, 78).

En ce sens, notre travail mettait en évidence que le **non-accès aux besoins fondamentaux** (alimentation, accès à l'eau, logement, ressources financières, soins) des personnes avait une **conséquence directe sur leur santé.** Nous notions des situations de **malnutrition, de non-accès à l'hygiène corporelle et buccodentaire, de troubles du sommeil et de stress induits par l'absence de logement fixe et par les freins à l'accès au monde du travail,** notamment chez les personnes en situation irrégulière.

Au travers de la parole des femmes se dessinaient deux **priorités fondamentales : avoir accès à une couverture maladie** leur permettant la poursuite de leur suivi coordonné par le médecin généraliste et **parvenir à une stabilité de leur situation socio-économique**, par le biais de l'obtention d'un **logement stable**, d'une **régularisation** de leur statut pour les personnes en situation irrégulière, et d'une **activité professionnelle autre que la prostitution**.

Ce constat concordait avec les résultats d'une étude explorant les représentations et les expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME), montrant que l'accès aux besoins fondamentaux (soins, logement, éducation, ressources financières) était la revendication principale des intéressés et que l'obtention d'une couverture maladie était valorisée comme une étape importante d'obtention de ces droits (72).

Le manque de ressource financière, l'irrégularité au regard du séjour, la soumission à des réseaux de traite de l'être humain et de proxénétisme, la pression économique familiale ou communautaire étaient autant de facteurs limitant la possibilité pour les femmes de trouver une alternative à l'activité prostitutionnelle pour survivre et répondre à leurs besoins fondamentaux. **Confrontées à une instabilité de vie, à une crainte fréquente d'être victime de stigmatisation sociale et de répression**

policière, et à la complexité du système administratif, les femmes exprimaient souvent des difficultés à avoir accès à leurs droits. Ces éléments venaient impacter leur santé physique et psychique, et limiter leur capacité de trouver les ressources nécessaires pour s'extraire de leur situation socio-économique.

Nous notions ainsi clairement l'influence des déterminants de santé sur le bien-être physique, mental et social des personnes. Selon l'OMS, la réduction des inégalités de santé passe notamment par l'amélioration des conditions de vie quotidiennes des personnes par l'accès (78) :

- A un travail décent au travers de pratiques équitables en matière d'emploi
- A un environnement salubre
- A une protection sociale et des soins de santé universels

Nous voyons ainsi se dessiner l'impact des décisions politiques et sociales d'un pays sur l'amélioration de la santé et l'accès aux soins de la population. **La promotion d'un système de santé permettant une équité de prise en charge des patients dans le droit commun, passant par l'ouverture des droits de sécurité sociale devrait être une priorité, dans un but de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé.** Ce constat est partagé par l'étude observationnelle du Dr Khouani auprès de personnes en situation de prostitution, mettant en avant des attentes en matière d' « *équité d'accès au droit commun* » par le biais de « *dispositifs de santé de droit commun garantissant une prise en charge équitable entre tous* » (69).

Bien qu'ayant une pratique influencée et déterminée par les politiques sociales et de santé, le médecin généraliste apparaît comme un acteur phare au cœur de cette problématique et se doit ainsi de considérer les déterminants de santé des personnes afin de fournir les messages de prévention, d'éducation et l'accompagnement nécessaire à la réduction de ces inégalités de santé et à l'accès au droit des personnes. **Au regard des situations de vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes en situation de prostitution, la considération et l'investissement du médecin généraliste dans la prise en charge du phénomène d'inégalités sociales de santé nous paraissent essentiels.**

Notre étude avait la particularité de porter un regard spécifique sur des patientes en situation de prostitution, migrantes et intégrées dans un parcours de soin complexe et semé d'embuches. En effet, nous mettions en évidence l'existence de **freins à l'accès aux soins** et d'un suivi par de multiples structures de santé. Cela témoignait d'une **non-effectivité de suivi par le médecin généraliste** responsable d'une **errance médicale et d'un recours aux structures de santé identifiées « précarité »** (PASS, associations etc.).

S'il est reconnu dans la littérature que **le système de consultations « sans rendez-vous »** est un facteur d'accès aux soins des personnes vulnérables, nous notions le **versant négatif** de ce système,

inducteur d'une attente, parfois considérée par les patientes comme trop importante et vectrice d'une insatisfaction et d'un abandon de suivi.

Par ailleurs, comme la littérature en témoigne, **l'obtention d'une couverture maladie n'était parfois pas suffisante pour permettre aux personnes d'intégrer un parcours de soin coordonné** et un suivi adapté (72). Ce constat pouvait s'expliquer par l'association de plusieurs facteurs.

- La **méconnaissance du rôle du médecin généraliste, du fonctionnement du système de santé français et des droits des personnes** était responsable d'un éloignement du soin voire d'un nomadisme médical.
- **L'absence de régularisation** des personnes **et la crainte de stigmatisation du fait de leur activité professionnelle** entrainaient fréquemment un renoncement aux soins par peur de discrimination par le soignant et de répression policière.
- **La barrière de la langue** influençait le **choix du médecin généraliste** et pouvait être un **frein à l'accès aux soins**.
- La **précarité socio-économique des personnes était à l'origine d'un abandon de soins,** dans une dynamique priorisant la survie et l'accès aux besoins fondamentaux (logement, nourriture, ressources financières).

Dans un premier temps, **un travail de médiation en santé promouvant le rôle du médecin généraliste et un accompagnement des personnes dans leurs démarches** apparaissaient comme une priorité pour favoriser l'accès à la santé et aux droits des personnes éloignées du soin. Du fait des facteurs précédemment énoncés, les patientes étaient confrontées à des **difficultés d'orientation dans le système de santé et administratif français associées à des freins à la compréhension des démarches à effectuer pour accéder à leurs droits.** À l'image de l'étude publiée par Jego et al, nous notions que la durée du séjour des personnes était associée à une connaissance plus fine des réseaux de soins facilitant l'orientation des personnes dans leur parcours de santé (72). Dans ces situations il est ainsi apprécié que le médecin généraliste prenne en compte le contexte social du patient et soit en mesure d'orienter les personnes vers des structures d'accompagnement social mais également juridique correspondant aux besoins du patient (72). En effet, notre travail pointe que les difficultés socio-économiques d'une personne sont à l'origine d'un renoncement aux soins du fait de préoccupations quotidiennes parfois envahissantes occultant la santé. **L'accompagnement médical d'un patient vulnérable et éloigné du soin ne peut se faire sans considérer son environnement de vie, déterminant ses capacités de prise en compte et de considération de sa santé.**

Nous notions l'importance de **l'environnement social** des personnes dans le recours aux soins et l'orientation vers un médecin généraliste. En effet, les femmes exprimaient souvent avoir trouvé leur médecin traitant par le biais du **« *bouche-à-oreille* » et d'une entraide entre pairs**. Si les femmes

exprimaient souvent avoir eu des difficultés à s'orienter dans le système de soin à leur arrivée en France, le soutien social et les liens communautaires étaient souvent décrits comme les premiers facteurs d'accès aux soins primaires. Le rôle des associations d'accompagnement médico-psycho-social était décrit dans une moindre mesure (72). **Cette transmission d'information était à l'origine de suivi préférentiel par des cabinets de médecine générale bien identifiés par une communauté**. Il était ainsi fréquent que les patientes d'une même nationalité soient suivies dans le même lieu de soin ou par le même praticien. Cela était en faveur de compétences spécifiques de certains médecins généralistes dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, favorisant la diffusion d'un message en faveur d'un soignant. Une prise en charge culturellement compétente, une sensibilité des médecins dans l'accompagnement de cette population assortie d'une posture bienveillante, non stigmatisante et dans le respect de la personne étaient autant de facteurs expliquant le suivi des patientes par ces praticiens.
Une sensibilisation de chaque praticien dans l'accompagnement et la prise en charge de ce public pourrait permettre d'élargir le champ des lieux de soins identifiés par les personnes en situation de prostitution, favorisant ainsi leur accès aux soins et leur suivi.

Les patientes interrogées mentionnaient par ailleurs **l'impact de la barrière de la langue sur leur prise en charge par le médecin généraliste**. Nous notions des difficultés de communication et de compréhension de la démarche de soin par les personnes allophones. Leur choix se portait ainsi préférentiellement sur un praticien parlant la même langue qu'elles ou acceptant d'utiliser une communication non verbale en prenant le temps de s'assurer de la compréhension des personnes. Certaines patientes exprimaient l'intérêt d'avoir eu recours à un interprète en consultation, soit informel (membre de la famille, ami), soit professionnel (téléphonique en association).

En 2017, la Haute Autorité de Santé écrivait déjà que « ***seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical*** » (79). Trois thèses de médecine générale abordant l'interprétariat dans les soins primaires vont dans le sens de ces propos. Ces travaux font état des **bénéfices de l'interprétariat sur la qualité de la relation de soin en apportant une satisfaction des deux protagonistes de la consultation du fait d'une meilleure communication et d'une compréhension mutuelle** (50, 66, 80).
Du côté du patient, la possibilité de bénéficier d'un interprète téléphonique en consultation apportait **un soutien et un réconfort** au patient, assurait le maintien de la **dignité** de la personne et favorisait **l'adhésion à la démarche de soin et à l'effectivité du suivi** (66, 80).

L'interprétariat professionnel semblait induire un **niveau de satisfaction plus important**, du fait de la **neutralité**, de l'assurance du **maintien de l'anonymat** et des **compétences** de ce dernier. Le recours à un professionnel permettait ainsi d'éviter la sollicitation d'un membre de la famille ou de l'entourage risquant de bafouer les droits du patient au respect de sa vie privée et du secret médical. Cette notion semble d'autant plus importante au sein de la population de personnes en prostitution, du fait des freins majeurs préexistants à la verbalisation de problématiques en lien avec leur intimité ou leur activité.

Du côté du praticien, l'usage de l'interprétariat était perçu comme **facilitateur de la prise en charge des patients allophones**, permettant d'avancer la démarche de soin, de fournir des informations et des notions d'éducation de santé et de prévention, de mieux percevoir les problématiques et de comprendre les demandes du patient.

L'usage de l'interprétariat permettrait ainsi de **favoriser une relation médecin-patient de qualité et une meilleure compréhension mutuelle.**

Pourtant, un rapport de l'IGAS publié en 2019 atteste de l'écart existant entre les pratiques professionnelles et les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Si les structures dédiées à l'accueil de patients migrants et précaires utilisent généralement ce service de manière adaptée, le rapport mentionne une utilisation minoritaire de l'interprétariat au sein des structures de droit commun. Ce constat peut s'expliquer par la non-accessibilité de ce service en milieu libéral et l'IGAS préconise ainsi que **le recours à l'interprétariat présentiel et à distance soit rendu accessible aux professionnels de santé, « *en tout point du territoire et à toute heure du jour ou de la nuit* » (81). Le recours à un interprète téléphonique apparaît ainsi comme un élément clef de la prise en charge des personnes, qui plus est lorsqu'elles sont dans des situations de vulnérabilité. Le praticien devrait garder à l'esprit que l'intervention d'un tiers en consultation ne permet pas à la personne de se livrer entièrement et expose au risque de transmission de mauvaise information ou de non-respect du secret médical.**

D. Vers une libération de la parole en consultation

1. *Le constat d'une parole souvent bridée par les représentations des protagonistes de la consultation*

Notre travail relève des freins importants à l'expression d'une parole libre des femmes, non bridée par les représentations de chacun des protagonistes de la consultation. Du côté des patientes, la verbalisation de leur activité ou le partage d'information concernant leur intimité pouvaient être rendus difficiles du fait d'un s**entiment de honte, de gêne et de pudeur**, d'une **peur de stigmatisation ou de discrimination** par le soignant, d'une impression que les **« sous-entendus » étaient suffisants**, et des **représentations d'un médecin généraliste prescripteur et technicien du corps** non concerné par ces problématiques. Du côté du médecin, son inscription dans un soin technique et prescriptif renforçait plus encore les représentations des patientes et il apparaissait comme le responsable d'une **relation médecin-patient parfois délétère à la confidence**. Nous notions ainsi l'impact d'une **attitude soignante hostile, froide, distante, de propos ou d'un regard stigmatisant et d'un manque d'écoute active** dans une dynamique de consultation rapide et « efficace », limitant la possibilité d'expression. **L'absence de lien privilégié**, **un climat de consultation non propice** à la mise en confiance de la personne et une **méconnaissance mutuelle** étaient également des critères limitant la prise de parole. Si certaines patientes exprimaient un **libre-choix dans le fait de ne pas mentionner leur activité,** nous notions cependant une récurrence dans l'expression d'un **sentiment partagé** entre le souhait de se confier et de maintenir le « non-dit ». Pour les femmes, **l'absence d'ouverture du dialogue par le médecin généraliste** sur le sujet était fréquemment un argument leur faisant adopter la deuxième solution. Dans son travail de thèse sur l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution, le Dr Odendall relevait également que de nombreuses femmes rencontrées n'avaient pas parlé de leur activité à leur médecin généraliste. Les arguments relevés étaient en accord avec nos résultats : sentiment de honte, difficultés à s'exprimer si le sujet n'a pas été évoqué, méconnaissance du médecin, sexe du médecin, non importance d'en parler, peur de stigmatisation (50).

2. *Le débat sur l'importance de restaurer la parole des personnes en situation de prostitution en consultation*

Du fait de la sensibilité et de la complexité du sujet, la question d'aborder la sexualité des personnes et leur activité prostitutionnelle en consultation peut se poser et des opinions divergentes peuvent émerger. La prise en considération de la parole de personnes concernées au travers de la littérature et de notre étude est indispensable à la construction d'une attitude soignante adaptée aux attentes du public concerné.

Nous notions que de nombreuses patientes estimaient qu'il était **important que le soignant soit informé** des situations de vulnérabilité auxquelles elles pouvaient être confrontées, du fait de sa **posture professionnelle et de ses connaissances scientifiques**, condition *sine qua non* pour permettre une **prise en charge adaptée**. Pour de nombreuses patientes, la connaissance de leur situation et de leur activité par le praticien était **justifiée par son rôle de soignant et d'expert de la santé** soumis au secret médical, justifiant que ce dernier s'informe des risques sanitaires auxquels elles pouvaient être confrontées, dans une démarche de **préoccupation de leur santé et de leur bien-être mental et physique**. Les bienfaits de la possibilité d'exprimer les problématiques de santé en lien avec leur activité étaient reconnus des patientes. Elles mentionnaient que cela permettait au praticien **d'adapter sa démarche de soin, et de leur donner un accès rapide à une prise en charge adaptée** à la situation : dépistages, contraception d'urgence, traitement post-exposition, distribution de matériel de prévention, etc. Le travail de thèse du Dr Odendall sur l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution, relevait des avis similaires et mentionnait que certaines patientes « *déclaraient qu'il était bon que le médecin soit au courant pour une prise en charge adaptée* » (50).

Dans son travail, le Dr Trinquart estime que la restauration de la parole des personnes en situation de prostitution est un premier pas vers une reconstruction individuelle, et déclare : « *les mots peuvent alors remplacer les maux et le processus de réappropriation de leur santé mentale et physique commencer »* (75). Son positionnement prend en compte la part non négligeable de personnes en situation de prostitution ayant subi des traumatismes multiples et des effractions corporelles répétées au cours de leur parcours de vie. Nous avons vu que le paysage prostitutionnel était hétérogène, et qu'il peut être contre-productif voire dangereux d'adopter une position intellectuelle immuable sur ce phénomène. Cependant, du fait du recrutement de notre étude intéressant des femmes migrantes impliquées dans des réseaux de proxénétisme et de traite de l'être humain, le processus de réappropriation du corps des femmes décrit par le Dr Trinquart fait sens. En effet, la plupart des femmes rencontrées décrivaient un parcours de vie semé de traumatismes, des éléments de soumission physique ou psychique les ayant conduites à la prostitution. Beaucoup énonçaient vouloir s'extraire de cette situation. Pour le Dr Trinquart, la possibilité de pouvoir s'exprimer librement et d'être entendues permet souvent d'entamer un processus de sortie de la prostitution. Elle relève que « *des espaces d'écoute privilégiée sont indispensables dans un premier temps pour entamer le processus de restauration de la parole. Toute plainte, même minime, mal formulée ou verbalisée, doit être prise en compte, en s'assurant bien sûr des instances structurantes qui doivent soutenir la prise de la parole pour qu'elle prenne place dans un cadre qui lui redonne sens »* (75).

Les acteurs de terrain et le public semblent s'accorder sur l'idée que la libération de la parole des personnes en situation de prostitution permettrait alors aux personnes de reconsidérer leur santé physique et psychique dans un processus de réappropriation de leur être, mais aussi de

permettre aux professionnels de santé de leur proposer une prise en charge adaptée : accès aux moyens de prévention (dépistages, vaccin, frottis cervico-vaginaux, contraception), aide à l'orientation diagnostique, soutien médico-social et juridique dans des situations de vulnérabilité, accès aux soins d'urgence (traitement post-exposition, contraception d'urgence) (50, 75).

3. *Moyens facilitateurs d'une libération de la parole du public : vers un accompagnement adapté, non stigmatisant et respectueux de la personne*

Au regard des difficultés de verbalisation des aspects de leur intimité et de leur sexualité, de la connaissance des risques encourus lors de la pratique prostitutionnelle et des représentations du rôle du médecin justifiant ses préoccupations sur la santé des patients, les femmes mentionnaient **préférer que ce soit le médecin qui ouvre le dialogue**. Poser la question de la sexualité des personnes en consultation autorisait les patientes à se confier sur les problématiques rencontrées en lien avec leur activité.

Aborder la question de la prostitution en consultation de médecine générale peut sembler difficile sans prendre le risque de stigmatiser la personne du fait de ses origines ou de sa situation socio-économiques et expose au danger d'ignorer une partie de la population prostituée invisible et souterraine. **L'ouverture du dialogue autour de la sexualité devrait donc s'adresser à tout patient en consultation de médecine générale, en sensibilisant les personnes sur la notion des prises de risque (rapports sexuels non protégés, accident de préservatifs, partenaires multiples, sexualité sous l'emprise de substance, etc.).** Notre travail témoigne de **l'acceptation par les patientes de la question d'une « activité sexuelle à risque »**, permettant de limiter le caractère stigmatisant d'une question portant directement sur la prostitution. Dans son rapport, la Haute Autorité de Santé mentionnait que certains participants s'accordaient sur l'intérêt d'aborder la question des pratiques sexuelles de manière générale (multiplicité des partenaires, utilisation des préservatifs), sans qu'il soit nécessaire d'interroger la personne sur une éventuelle activité prostitutionnelle (11). Le point de vue des participants de l'HAS nous semble pertinent et en accord avec les résultats de notre étude.
Au-delà de la question de la sexualité, nous avons vu que les personnes prostituées peuvent être confrontées à des situations de grande vulnérabilité en lien avec des conditions de vie insécuritaires, des violences répétées et des difficultés socio-économiques. **S'enquérir des conditions de vie des personnes (logement, entourage), interroger le vécu d'éventuelles violences antérieures ou actuelles ou demander à la personne si elle s'estime en sécurité sont autant de moyens de démontrer l'intérêt du praticien pour le bien-être de la personne et autoriser la confidence.**
Par ailleurs, dans son guide pour le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, la Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité (DRDFE) de la Préfecture de la région d'Ile-de-France mentionne que s'il n'existe pas de profil type de personne prostituée, la conjonction de certains signes peuvent amener à évoquer une situation de prostitution : précarité, état

de santé préoccupant, stress, flou sur l'origine des ressources, la situation d'hébergement ou l'emploi du temps, des attitudes de passivité, de refus ou d'agressivité au cours de l'entretien (82). Notre étude mettait en évidence des situations de soins lors desquelles les personnes estimaient « donner des indices » au praticien afin de lui suggérer leur activité : approvisionnement et usage fréquent de préservatifs, accident de préservatif, demande d'un bilan de santé complet concernant la santé sexuelle et gynécologique (le « check-up »). **Dans ces situations, une attention particulière du praticien pourrait-être portée sur le repérage de situations de vulnérabilité et d'insécurité en lien avec une éventuelle activité prostitutionnelle.**

Notre travail mettait en évidence l'importance de **respecter la temporalité de la personne, de ses capacités d'expression, et de son libre-choix de se confier** au praticien. Certaines patientes exprimaient en effet clairement avoir pris la décision de ne pas en parler au praticien, en raison d'un arrêt de la prostitution au moment de la consultation, du choix de ne pas se remémorer une période douloureuse, ou estimant que cela ne modifierait pas leur prise en charge ou que ce n'était pas au médecin généraliste d'avoir connaissance de leur situation.
Les compétences relationnelles du médecin généraliste et la temporalité de la relation étaient des déterminants majeurs dans la libération de la parole des femmes sur leur intimité et leur sexualité. Les patientes exprimaient être en mesure de se confier au sein d'une **relation de confiance**, basée sur un lien privilégié construit dans la durée avec le praticien. Un positionnement **éthique et non-jugeant** fondé sur la **bienveillance et l'empathie**, l'expression d'une **compréhension mutuelle**, et **l'investissement du praticien dans le bien-être de la personne** étaient autant de facteurs clefs favorisant une expression libre et éclairée du patient.
Par ailleurs, l'abord de la sexualité pouvait être à l'origine de ressentis négatifs (honte, tristesse, gêne, incompréhension) de la part des femmes. **Il paraissait ainsi important que le praticien justifie ses questionnements dans une attitude rassurante et englobante, en les intégrant dans un contexte général de prévention individuelle et expliquant qu'elle s'adresse à toute personne en consultation**. Nous apercevons ici toute l'importance du **positionnement du médecin généraliste**, dans une dynamique de **respect de la personne et de son choix**, en signifiant son **implication et son intérêt dans la compréhension de la situation** de la personne et en gardant en mémoire qu'il peut être nécessaire de **réitérer la question en fonction des motifs de consultation amenés**.

La littérature fait état de difficultés pour le médecin généraliste à aborder la sexualité des patients en consultation, du fait d'un défaut de formation ressenti sur les pratiques sexuelles à risque (10, 11, 25). Or, dans notre étude les patientes exprimaient pouvoir plus facilement aborder la question de leur pratique face à un **professionnel étant sensibilisé à la question de la prostitution et aux risques sanitaires associés, dans une approche respectueuse, sereine et non-jugeante de la situation**.

Du fait des problématiques d'accès aux soins des personnes en situation de prostitution, de leur exposition fréquente à des risques sanitaires élevés, et au vu des considérations précédemment énoncées sur le rôle du médecin généraliste dans l'ouverture du dialogue en consultation, **la promotion d'une formation des praticiens de soins primaires et de leur sensibilisation à la question de la sexualité et de la prostitution apparaît comme un élément phare de l'amélioration de l'accompagnement de ce public.** Les experts de l'HAS vont dans ce sens en mentionnant la nécessité de former les praticiens au « counseling » et à l'écoute active. Nous nous accordons sur le fait que « *les questions sur les pratiques sexuelles doivent être justifiées par la présence de symptômes ou par une démarche systématique et non découler de représentations sur les caractéristiques sociales des personnes ayant des pratiques à risque* » (11). L'orientation des personnes vers des associations dédiées à leur accompagnement pourrait permettre de pallier les freins perçus par un praticien n'étant pas à l'aise avec l'abord de la sexualité ou de la prostitution en consultation. Bien qu'il existe dans notre étude un biais de recrutement important, notre étude témoignait de l'importance de ces associations dans l'accompagnement des personnes.

Le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution peuvent-être rendus complexe par les représentations de chacun des protagonistes de la consultation influencées par les parcours de vie, les expériences individuelles et les idées reçues véhiculées dans la société actuelle autour de la prostitution. L'ensemble des considérations exposées au cours de notre travail peut permettre d'élaborer des conseils à destination des professionnels afin de les aider dans leurs prises en charge et leur accompagnement. **Il ne s'agit là en aucun cas d'établir des directives ou de prétendre à une vérité immuable sur un soin figé se targuant d'être optimal mais d'ouvrir un espace de réflexion sur notre pratique issu de la parole des femmes et des données de la littérature disponibles.**

III. Recommandations et perspectives

A. La construction d'une relation médecin-patient de qualité et l'instauration d'un climat de confiance…

LE ROLE DU PRATICIEN DANS LA CREATION DU LIEN MEDECIN-PATIENT

Compétences relationnelles et communicationnelles : développer une approche centrée-patient

- Adopter une **attitude bienveillante, avenante et chaleureuse** *(communication verbale et non verbale)*.
- Montrer son **investissement pour le bien-être de la personne** en **considérant ses plaintes, symptômes et demandes**. Se placer « à la portée du patient ».
- **Prendre le temps d'écouter la personne** en laissant au patient un espace de parole.
- Témoigner d'une **intention de comprendre autrui et considérer ses émotions**, dans une dynamique de soin empathique.
- Adopter un **regard non jugeant et non stigmatisant** : « *levée des tabous sociaux* ». Témoigner d'un soin standardisé et non influencé par la pratique, l'origine ou la situation sociale de la personne.
- Etre en mesure de donner des **explications adaptées** (démarches de soin, prévention, éducation) et **des conseils éclairés en cas d'inquiétude ou d'interrogation sur la santé.**
- **Savoir rassurer** en adoptant une **attitude englobante et sécurisante**.

INSCRIT DANS UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX SITUATIONS DE VULNERABILITE

Compétences techniques et place dans le système de soin

- Témoigner de son expérience et de ses **connaissances scientifiques** et savoir les utiliser dans une prise en charge adaptée aux attentes et besoins de la personne.
- Témoigner de sa **disponibilité** en cas de situation de vulnérabilité ou d'urgence ressentie.
- Savoir **reconnaître et prendre en charge les situations de vulnérabilités psychiques et socio-économiques** des personnes, et identifier leur impact éventuel sur la santé des personnes : *considérer les inégalités sociales de santé et savoir agir en conséquence, connaître le phénomène de décorporalisation et la traduction physique de certaines souffrances psychiques (somatisation), etc.*
- S'inscrire au sein d'un **réseau pluridisciplinaire avec des partenariats efficients**, en sachant orienter les personnes et coordonner leur prise en charge.
- S'inscrire dans une **démarche culturellement compétente.**
- **Considérer les bénéfices de l'interprétariat et savoir utiliser** ce service en cas de besoin : *recevoir la personne seule préférentiellement, utilisation d'un interprétariat professionnel.*

B. …Vers l'ouverture d'un espace de parole autorisant la confidence

REPERAGE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

- **Savoir repérer certaines situations pouvant témoigner d'une situation de prostitution (82)**
  - *Situation de précarité, flou sur l'origine des ressources ou la situation d'hébergement.*
  - *Etat de santé préoccupant, souffrance psychique, inquiétude sur la santé gynécologique.*
  - *Attitudes de passivité, de refus ou d'agressivité au cours de l'entretien (réactions de défense).*
  - *Approvisionnement et usage fréquent de préservatifs, mention d'un accident de préservatif.*

- **Savoir aborder et justifier que les questions sont posées sans *aprioris* ni jugements :**
  - Justifier le questionnement en **témoignant de son investissement pour le bien-être physique et mental de la personne**.
  - Préciser que ces questions s'inscrivent dans un **repérage collectif et généralisé.**
    Les questions sont motivées par un souhait du praticien de réaliser une prise en charge adaptée à la situation de la personne et s'adressent à toute personne en consultation.

  ⇒ Aborder la possibilité d'une **sexualité à risque** (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés, rupture de préservatif, etc).
  ⇒ Questionner une éventuelle **inquiétude sur la santé gynécologique ou sexuelle.**
  ⇒ Repérer l'existence de **violences antérieures ou actuelles ou une insécurité** dans le milieu de vie. Repérer les situations de vie précaires.

- **Valoriser les choix de la personne. Respecter sa parole et sa temporalité**. Laisser le temps à la personne de s'exprimer : *la prise de parole peut être difficile et ces questions évoquer des sentiments douloureux tels que la honte, la gêne ou la tristesse.*

- **Se montrer disponible** pour un échange ultérieur et témoigner de l'existence de **partenaires effectifs pour une prise en charge pluridisciplinaire** : *la prise de parole peut se faire après une mise en confiance et un temps de réflexion rendu possible par l'ouverture du dialogue.*

- Savoir **montrer son intérêt** et ses connaissances sur les situations de vulnérabilités sanitaires ou psycho-sociales que les personnes peuvent rencontrer. **Témoigner de ses compétences** : *les compétences du praticien permettent une mise en confiance et autorisent la confidence.*

- Savoir orienter vers ou repérer un accompagnement par **les associations spécialisées.**

C. Ouverture du dialogue : quelques exemples d'échanges en consultation.

LIBERATION DE LA PAROLE : DES EXEMPLES D'ECHANGES

Comment aborder certaines questions ?

Nous proposons quelques questions simples pouvant permettre d'ouvrir le dialogue sans forcer la parole. Ces propositions sont le fruit de réflexion issues des acteurs de terrain (82) et de notre propre expérience. Elles n'ont pas la prétention d'apporter une vérité mais une aide supplémentaire à la pratique de chacun .

PRESENTER LE CADRE ET LE CONTEXTE DU QUESTIONNEMENT

« Il s'agit de pouvoir vous prendre en charge au mieux et de vous apporter un soutien si nécessaire »
« Ces questions s'adressent à toutes les personnes en consultation, lorsqu'elles se présentent pour un motif similaire »

POSER DES QUESTIONS SIMPLES
SUR D'EVENTUELLES SITUATIONS DE VULNERABILITE

« Est-ce qu'il a pu vous arriver de prendre des risques dans votre sexualité ? »
« Est-ce qu'il a pu vous arriver de vous sentir en danger au cours des dernier.e.s mois / années ? »
« Est-ce que vous êtes inquiet.e de votre santé actuellement ? »
« Est-ce que vous avez pu traverser des moments de vie difficile, ou être confronté.e à de la violence ? »
« Est-ce que vous vous sentez en sécurité actuellement dans votre vie, là où vous vivez ?
« Est-ce que vous avez été amené.e à faire des choses que vous ne vouliez pas ? »

RESPECTER LE CHOIX ET LA TEMPORALITE DE LA PERSONNE

« Vous décidez de ce qu'il vous semble important de me dire »
« Vous n'êtes pas obligé.e de répondre à cette question »

TEMOIGNER DE SA DISPONIBILITE, LAISSER LE DIALOGUE OUVERT

« Nous pourrons en reparler si vous le souhaitez »
« Nous restons à votre disposition, si vous souhaitez échanger ou en ressentez le besoin »

D. Perspectives

Notre travail témoigne du rôle important du médecin généraliste dans l'accompagnement et le repérage des personnes en situation de prostitution, en mettant en lumière les attentes de ce public concernant leur prise en charge. Le parcours de soin des patientes était cependant façonné par leur condition sociale, leurs expériences médicales et leurs représentations du système de santé. Les freins à l'accès au droit commun en lien avec la complexité du système administratif et la rupture des droits sociaux associés à une méconnaissance des spécificités des soins étaient ainsi à l'origine d'une errance médicale et d'une multiplicité des acteurs de santé. Confrontées à des expériences de soin négatives, craignant d'être jugées et non considérées en cas de dévoilement de leur activité, les patientes de notre étude avaient trouvé au sein des associations dédiées des espaces de confiance et de confidence.
Notre travail met en exergue l'importance de ces structures dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution. Alliant un travail « d'aller-vers », identifié comme facilitateur de l'accès aux soins et une expertise pluriprofessionnelle sur la question de la prostitution, ces établissements apparaissent comme des structures ressources en cas de problématiques médicales, sociales ou juridiques. Du fait de l'expérience des professionnels exerçant en leur sein et de leur connaissance du public, les personnes en situation de prostitution considèrent ces lieux comme espaces de confiance permettant une prise en charge adaptée.
L'accompagnement des personnes en situation de prostitution s'inscrit ainsi dans une **perspective de soin pluriprofessionnelle**, associant les **praticiens de soins primaires aux acteurs de terrain associatifs et aux structures publiques médico-sociales**.
Nous soutenons les revendications des acteurs de terrain visant à favoriser la création ou le maintien de ces lieux de soins et nous pensons qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts de développements d'initiatives leur permettant d'atteindre une partie de la prostitution trop souvent cachée et méconnue (étudiante, mineur, *escorting*, etc.).

Permettre une efficience de prise en charge par le médecin généraliste et une inscription des personnes dans un parcours de soin coordonné implique par ailleurs de **réduire les freins à l'accès aux soins de ce public en limitant la complexité des démarches administratives permettant l'accès à une couverture maladie**.
La mise en place de l'interprétariat professionnel en consultation pour tous les praticiens de soins primaires serait une avancée supplémentaire vers une optimisation de l'accès aux soins et une amélioration de l'accompagnement des patients.

Nous constations que de nombreuses femmes rencontrées issues des mêmes communautés étaient suivies par le même médecin généraliste. Cela s'expliquait par une prise en charge de ces praticiens jugée compétente, tant en matière technique, relationnelle que culturelle. Les médecins

généralistes identifiés par les communautés étaient en mesure de proposer des soins adaptés aux situations de vulnérabilités médico-sociales rencontrées par les femmes lors de leur activité, et parvenait à s'inscrire dans une relation médecin-patient de confiance du fait de qualités relationnelles et communicationnelles permettant aux femmes de se sentir considérées.
A contrario, nous notions des ruptures de suivi en lien avec des prises en charge non satisfaisantes pour les patientes, du fait de ressentis néfastes à la construction d'un lien de confiance : attitude soignant hostile, absence d'écoute, impression de manque de considération, sensation de stigmatisation et de discrimination, prises en charge non adaptées au public, refus de soin dans des situations d'urgence, etc. La posture du soignant, influencée par ses propres représentations et émotions personnelles pouvaient ainsi induire un éloignement du soin primaire des personnes en situations de prostitution, voire une errance médicale et une sollicitation accrue des structures identifiées « précarité ».
Afin de faciliter l'accès aux soins primaires et la pérennité du suivi des personnes en situation de prostitution, il serait intéressant de réaliser une étude auprès des médecins généralistes afin d'explorer les freins, représentations et barrière à l'accueil et à la prise en charge de ce public. Si des études explorent ces dimensions auprès des médecins généralistes concernant l'accueil des publics précaires et/ou migrants, il existe peu de travaux s'étant intéressés à l'accompagnement des personnes prostituées du point de vue du médecin généraliste.

Nous avons vu que la libération de la parole des personnes est un vecteur de reconstruction personnelle et permet la réalisation de soins adaptés aux risques sanitaires auxquels elles sont confrontées.
La verbalisation de l'activité prostitutionnelle reste souvent difficile du fait de freins mutiples, inhérents aux représentations des deux protagonistes de la consultation. Du côté des patient.e.s, l'abord des questions touchant l'intime et la sexualité était facilité devant un praticien témoignant de ses compétences et de sa sensibilité pour ces situations. Le respect de la temporalité de la personne et de son souhait d'aborder ces sujets était un point clef de notre travail.
En ce sens, la présence d'outils d'information (flyers, affiches, etc) dans la salle d'attente ou dans le bureau de consultation pourrait être une manière de démontrer la sensibilisation du praticien pour ces questions et autoriser la confidence.

Par ailleurs, notre étude met en évidence que le médecin généraliste détient un rôle majeur dans l'ouverture du dialogue en consultation. Cela suppose cependant une connaissance des spécificités de prise en charge de ce public et une considération des éléments permettant de faciliter l'échange tels qu'énoncés ci-dessus. Or, de nombreux praticiens estiment ne pas être en mesure d'aborder la sexualité des patients, du fait d'une gêne personnelle ou d'un sentiment de manque de formation. Au

vu des spécificités de prise en charge de ce public, nous pouvons imaginer leur désarroi lors d'une consultation de repérage et d'accompagnement d'une personne prostituée.

Une formation des professionnels de santé et une sensibilisation aux spécificités de prise en charge de ce public apparaissent ainsi comme une priorité afin de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution. L'intégration d'un **enseignement spécifique** sur la question de la sexualité, comportant un volet traitant de la prostitution et des risques sanitaires qui y sont liés au **cursus universitaire de tout professionnel** pourrait être envisagée.

L'accompagnement des personnes en situation de prostitution n'est cependant pas le quotidien de tout médecin généraliste. Ces prises en charge semblent en effet influencées par le lieu d'exercice du praticien et par sa sensibilité à l'accueil de personnes vulnérables et/ou précaires, favorisant le maintien et la pérennité du suivi.

Considérant l'expertise des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, il pourrait être pertinent que les praticiens ayant une affinité particulière pour le sujet puissent être mis en lien avec ces lieux de soins, afin de développer des prises en charge et des accompagnements adaptés aux besoins de santé de ce public.

CONCLUSION

Aborder la prostitution peut s'avérer délicat et complexe du fait de l'hétérogénéité du phénomène prostitutionnel et des débats philosophiques, éthiques, politiques et moraux que ce thème réveille en chacun de nous. Notre travail ne prétend pas donner un regard exhaustif sur la situation prostitutionnelle dans l'agglomération bordelaise ni dresser un tableau de recommandations à destination des médecins. Donner la parole aux personnes prostituées est une manière de considérer leur avis et de mettre en perspective nos pratiques de soignants. L'exploration de leurs expériences de santé et de leurs attentes en matière de soins permet ainsi de mettre en lumière certaines dynamiques d'interactions entre soignants et soignés, au travers du prisme du public rencontré, sans permettre pour autant d'adopter un point de vue généralisable à l'ensemble des personnes prostituées. En ce sens, nos résultats sont à considérer avec précaution et doivent être maniés avec prudence.

Les attentes des personnes en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste s'apparentent en de nombreux points à celles de tout patient reçu en consultation de médecine générale et permettent l'établissement d'une confiance mutuelle : compétences techniques et biomédicales, coordination et travail de partenariat efficients, capacités relationnelles et communicationnelles. Le recrutement de notre étude, intéressant principalement des femmes migrantes en situation d'exploitation sexuelle témoigne cependant de certaines particularités, en lien avec les spécificités culturelles, les parcours de vie traumatiques, le stigmate porté par leur activité et leur situation sociale et les conditions socio-économiques souvent précaires des personnes.

Il n'était pas rare que le vécu d'expériences de soins négatives soit à l'origine de ruptures de suivi et d'un éloignement du système de santé, responsables d'une mise en difficulté des personnes en cas de problématiques médico-psycho-sociales. Nous voyons ainsi toute l'importance de considérer leur parole afin de développer une approche soignante permettant de créer une relation de confiance favorable à une pérennité du suivi. Si ce constat peut s'appliquer à tout lien thérapeutique, il prend toute son importance lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables et éloignées du soin.

Les éléments relationnels et communicationnels retrouvés dans notre étude peuvent sembler des évidences, mais notre travail témoigne de leur inconstance au sein des consultations et des conséquences de ce manque sur l'accès aux soins des personnes. En effet, notre pratique est soumise à des contraintes temporelles et administratives considérables, amenant à des attitudes et réactions soignantes vectrices de sentiments négatifs de la part des patientes. Par ailleurs, nous notions la marque indélébile du stigmate porté par les femmes, fruit d'un regard normatif et socialement construit, influençant la perception de leur propre individualité et de toute interaction soignante, avec une crainte constante du jugement de l'autre.

Le soignant détient une responsabilité dans le cheminement de la consultation et devrait garder en mémoire que toute consultation est à l'origine d'une interaction duale avec le soigné et met en jeu

deux individualités influencées par leur propres émotions, perceptions et expériences. Il est donc du ressort du médecin généraliste de s'inscrire dans une dynamique réflexive et de remettre en question sa pratique au quotidien. Une attention toute particulière est à porter sur les réactions verbales et non verbales de la personne, témoignant de son vécu et de son ressenti de la consultation. Mémorisons ainsi l'importance d'une attitude soignante avenante, sécurisante, respectueuse associée à une prise en considération de la parole des personnes et à une écoute attentive.
Par ces mots, il ne s'agit pas de réduire à une posture soignante spécifique l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, mais de mettre en évidence l'importance de celle-ci dans l'effectivité de l'accès aux soins des personnes confrontées à des difficultés inhérentes à leur situation.
Nous tempérons nos résultats avec la réalité des consultations de médecine générale. Souvent dépassé par le temps et des contraintes administratives, il peut être ardu pour le praticien de considérer l'ensemble de ces éléments. En ce sens, notre étude ne prétend pas donner une injonction de pratiques irréprochables mais de pointer l'intérêt d'une attitude réflexive et en constante évolution du soignant.

Le concept de la santé englobe une multitude de facettes intriquées les unes aux autres. Peut-être plus encore que dans les autres domaines de la médecine, la discipline des soins primaires se doit d'adopter un regard global sur la personne, en considérant toutes ses dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Du fait de la prévalence des situations de vulnérabilités médico-psycho-sociales rencontrées par les personnes en situation de prostitution, leur accompagnement s'inscrit dans cet optique de prise en charge globale et multidisciplinaire du patient.

En tant que soignant, nous avons rarement connaissance de l'activité de la personne en consultation. Nous avons interrogé la pertinence de l'ouverture du dialogue autour de la question de la prostitution. Une démarche d'investigation irréfléchie présente en effet le risque se positionner dans une « toute puissance sachante », en enfermant l'autre dans nos propres représentations et en lui rappelant ce « stigmate » qu'elle tente d'enfouir. Donner la parole à ce public permet de se détacher de nos considérations professionnelles, influencées par des impératifs de soins et des projections individuelles. Deux aspects principaux émanent de notre étude : le rôle du médecin généraliste dans l'ouverture du dialogue dans une optique bienveillante de soin, et la disparité des réactions individuelles des personnes, ne permettant pas de généraliser une démarche soignante spécifique. Bien que son intérêt soit reconnu des professionnels et du public lui-même, le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution doivent s'inscrire dans une dynamique de prise en charge globale de la personne sans circonscrire son individualité à « une personne prostituée » et sa santé à sa sexualité.

« La science conduit au savoir ; l'opinion conduit à l'ignorance. »
Hippocrate ; La loi, IV - IVe s. av. J.-C.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Underhill K, Morrow KM, Colleran C, Holcomb R, Calabrese SK, Operario D, et al. A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men : Implications for Biomedical HIV Prevention. J Urban Health. 2015 Aug;92(4):667–86.

(2) Taylor AK, Mastrocola E, Chew-Graham CA. How can general practice respond to the needs of street-based prostitutes ? Br J Gen Pract. 2016 Jun;66(647):323–4.

(3) Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes : a cross-sectional survey. BJOG. 2007 Jul;114(7):875–81.

(4) Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2005 Jun 1;16(2):345–61.

(5) Prince LM. Self-perceived healthcare needs for African American women in street-level prostitution : strategies for interventions. ABNF J. 2013;24(1):5–9)

(6) Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes : a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2004 Jul 1;54(504):515–9.

(7) Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution : a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:118

(8) Lafort Y, Lessitala F, Candrinho B, Greener L, Greener R, Beksinska M, et al. Barriers to HIV and sexual and reproductive health care for female sex workers in Tete, Mozambique : results from a cross-sectional survey and focus group discussions. BMC Public Health. 2016 Jul 20;16(1):608.

(9) Sou J, Goldenberg SM, Duff P, Nguyen P, Shoveller J, Shannon K. Recent im/migration to Canada linked to unmet health needs among sex workers in Vancouver, Canada : Findings of a longitudinal study. Health Care for Women International. 2017 May 4;38(5):492–506.

(10) INVS. 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]. Mars 2013 [cited 2017 Dec 3]. Available from: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9259

(11) Haute Autorité de Santé. Etat de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe. [Internet]. Janvier 2016. [cited 2017 Dec 3]. Available from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_etat_de_sante_des_personnes_en_situation_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_vf.pdf

(12) Mellor R, Lovell A. The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences : an exploratory study. Health Promot Int. 2012 Sep 1;27(3):311–22.

(13) O'Donnell E, Tierney E, O'Carrol A, Nurse D, Macfarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. International Journal for Equity in Health. 2016;15:197

(14) Baker LM, Wilson FL, Winebarger A. Une étude exploratoire sur les problèmes de santé, la stigmatisation, la satisfaction à l'égard de la vie et les compétences en littératie des travailleurs du sexe en milieu urbain. Femmes Santé. 2004;39(2):83-96.

(15) Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. Postgrad Med J. 2013 Jul;89(1053):371–5.

(16) Benoit C, Ouellet N, Jansson M. Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada. Can J Public Health. 2016 Oct 20;107(3):266–71.

(17) Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. N Z Med J. 2014 Mar 7;127(1390):30–7.

(18) Coma Auli N, Mejía-Lancheros C, Berenguera A, Pujol-Ribera E. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona : a qualitative study. BMJ Open. 2015 Jun 15;5(6):1-12

(19) Nguyen M, Venne T, Rodrigues I, Jacques J. Why and According to What Consultation Profiles Do Female Sex Workers Consult Health Care Professionals ? A Study Conducted in Laval, Quebec. Health Care for Women International. 2008 Feb;29(2):165–182

(20) Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms : GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 2004 Oct;21(5):528–36.

(21) Legifrance. Loi N° 2016-444 du 13 Avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. [Internet]. 2016 Apr. [cited 2018 Aout 4]. Available from : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032396046&categorieLien=id

(22) Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé. 2012;179:1-8

(23) Inspection générale des affaires sociales. Prostitution : les enjeux sanitaires. [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Aug 5]. Available from: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf

(24) Conseil National du Sida. VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. 2010 Sept. [Internet]. [cited 2018 Aug 5]. Available from: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2010-09-16_avi_fr_prevention.pdf

(25) Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes :

Presses de l'EHESP ; 2010.

(26) Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf

(27) Corinne Perdrix, Xavier Gocko, Catherine Plotton. La relation médecin-patient. Exercer. 2017;132:187-198

(28) Bergeron H. Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques. Colloque Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard. [Internet]. Mars 2007 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/bergeron-colloque-mars2007.pdf

(29) Richard C, Lussier MT. La Communication professionnelle en santé. Pearson. 2ème édition : Montréal ; 2016.

(30) Devonshire CM, Stora N, Suhner N. L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche. 16 août 2011;13(1):23-55.

(31) Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux. 2002 ; 29(2):213-37.

(32) Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. [Thèse de doctorat de médecine]. Grenoble ; 2001

(33) Moreau A, Dedianne MC, Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. La Revue du Praticien Médecine Générale. Décembre 2004;18(674/675):1-5

(34) Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning. 1983 Jan;6(3-4):247-63

(35) Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Social Science & Medicine. 1982 Jan;16(5):577-82.

(36) Marshall G, Hays R. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica : RAND Corporation ; 1994

(37) Safran DG. Switching Doctors : Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice. J Fam Pract. 2001 February;50(2):130-135

(38) DiBlasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes : a systematic review. The Lancet.10 March 2001;357(9258):757-762

(39) Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. The Journal of Family Practice. 1998 Sept;47(3):213-220

(40) Meakin R, Weinman J. Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. Family Practice. 2002;19(3):257-263.

(41) The General Practitioner in Europe. A Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice (Leuwenhorst Netherlands 1974). [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/general-practitioner-europe-statement-working-party-appointed-2nd-european-conference-teaching.pdf

(42) CNGE. Referentiel métier et compétences. Paris : Berger-Levrault ; 2010

(43) CNGE. Référentiel métier et compétences du médecin généraliste. La marguerite des compétences. [Internet]. Novembre 2011 [cité 13 Avril 2020]. https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909_1.pdf

(44) Taïbi N. Du corps des personnes prostituées. Sens-Dessous. 2007;1(1):30-42

(45) Ayerbe C, Dupré la Tour M, Henry P, Vey B. Prostitution : guide pour un accompagnement social. Toulouse : Eres ; 2011

(46) Mathieu L. Sociologie de la prostitution. Paris : La Découverte ; 2015

(47) Mathieu L. Prostitution, quel est le problème ? Paris : Textuel ; 2016

(48) Plumauzille C, Rossigneux-Méheust M. Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». Hypotheses. 2014;17(1):215-28.

(49) Rapport d'information Sénat n°46 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la situation sanitaire et sociale des personnes. Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard [Internet]. [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r13-046/r13-046_mono.html

(50) Odendall M. Les obstacles à l'accès aux soins des femmes se prostituant dans la rue : étude qualitative en région parisienne en 2015. [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. France : Université Paris Diderot Paris 7 ; 2016

(51) Prostitution en France : ampleur du phénomène et impact sur les personnes prostituées. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. N°7. [Internet]. Octobre 2015 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_no7_-_prostitution_-_oct_2015.pdf

(52) Rapport concernant la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains par la France. Deuxième cycle d'évaluation [Internet]. Juillet 2017 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur : https://rm.coe.int/rapport-concernant-la-mise-en-oeuvre-de-la-convention-du-conseil-de-l-/168073c728

(53) Lavaud-Legendre B. Prostitution nigériane. Entre rêves de migration et réalités de la traite. Paris : Karthala ; 2013.

(54) Droits de l'homme et traite de l'être humain. Fiche d'information n°36. Nation Unies droits de l'homme. [Internet]. 2014 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur : https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS36_fr.pdf

(55) Traite des êtres humains. Bus des femmes [Internet]. 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur : http://busdesfemmes.org/teh-traite-des-etres-humains/

(56) Simoni V, Apard E. Rapport de la visite réalisée au Nigeria du 23 Septembre au 30 septembre 2018. [Internet]. 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur : http://busdesfemmes.org/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-BDF-IFRA-BC-sep-2018.pdf

(57) Lavaud-Legendre B, Plessard C. Groupes religieux, sociaux et criminels dans la traite des filles et femmes nigérianes. Le cas des temples, des clubs de femmes et des groupes *cultists*. [Internet]. 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur : https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/3195/files/2019/04/WEB_rapport_nigeria_FR.pdf

(58) Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.

(59) Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. La réalisation de l'entretien : le « terrain ». Psycho Sup. 2013;49-101.

(60) Maslow A. L'accomplissement de soi ; de la motivation à la plénitude. Paris : Eyrolles ; 2004

(61) L'Assemblée « reconnaît » le droit à l'eau potable comme un droit fondamental et nomme Carman Lapointe du Canada Secrétaire générale adjointe au contrôle interne. Couverture des réunions & communiqués de presse [Internet]. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur : https://www.un.org/press/fr/2010/AG10967.doc.htm

(62) Parson T, Fox R. Illness, Therapy and the Modern Urban American Family. Journal of social issues. 1952;8(4):31-44

(63) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 7 - Non discrimination [Internet]. 2019 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination

(64) Ingrid Plivard. Psychologie interculturelle. Belgique : De Baeck ; 2014

(65) Flores G. The impact of Interpreter Services on the quality of health care : A systematc Review. Medical Care Research and Review. Juin 2005 ; 62(3) : 255-299.

(66) Soumana Ali Damiano M, Ducroz M, Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire dans les Pays de la Loire de Juillet 2017 à Février 2018. [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. France : Université de Nantes ; 2018.

(67) Barbier P-Y, LeGresley A. Pour faciliter la gestion de la validité interne de l'argumentation à l'occasion du processus décisionnel jalonnant le parcours de recherche et d'écriture. Recherche qualitative. 2011; 11 : 24-39

(68) Allen DJ, Heyrman PJ, Gay B, Crebolder H, Svab I, Ram P. Wonca Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. [Internet]. 2002 [cité 07 mars 2020]. Disponible sur : https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

(69) Khouani J. Perceptions et attentes en matière de santé par des personnes en situation de prostitution sur Montpellier et ses environs. [Thèse de doctorat de médecine]. Montpellier: Université de Montpellier UFR Médecine; 2018

(70) Carmoi T. Le médecin idéal : le point de vue des patients. [Internet]. [cité 30 nov 2019]. Disponible sur : http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/2013-1014/Seminaire%2010_01_14/medecin_ideal5.pdf

(71) Lanctôt N, Couture S, Couvrette A, Laurier C, Paquette G, Parent G et al. La face cachée de la prostitution : une étude des conséquences de la prostitution sur le développement et le bien-être des filles et des femmes. Rapport de recherche, programme actions concernées. [Internet]. 2016 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Violences/Rapport-scientifique-prostitution-2016.pdf

(72) Jego M, Touati1 S, Vergan S, Thery D, Gentile S et al. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. Exercer. 2019;154:244-9

(73) Wemmers J-A. 5. La seconde victimisation et les besoins des victimes. Introduction à la victimologie [Internet]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2018 [cité 5 mai 2020]. p. 79-89. Disponible sur: http://books.openedition.org/pum/10775

(74) DSM 5. Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10) [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf

(75) Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur dans l'accès au soins [Thèse de Doctorat de Médecine générale]. France : Université de Paris-Nord; 2002.

(76) Les Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport. Inspection générale des affaires sociales. [Internet]. Mai 2011 [cité 26 nov 2019]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf

(77) Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La santé de l'homme. 2008 ;397:17-18

(78) Organisation Mondiale de la Santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, rapport final. Combler le fossé en une génération : comment faire? [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur :
https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index1.html

(79) Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. [Internet]. 2017 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

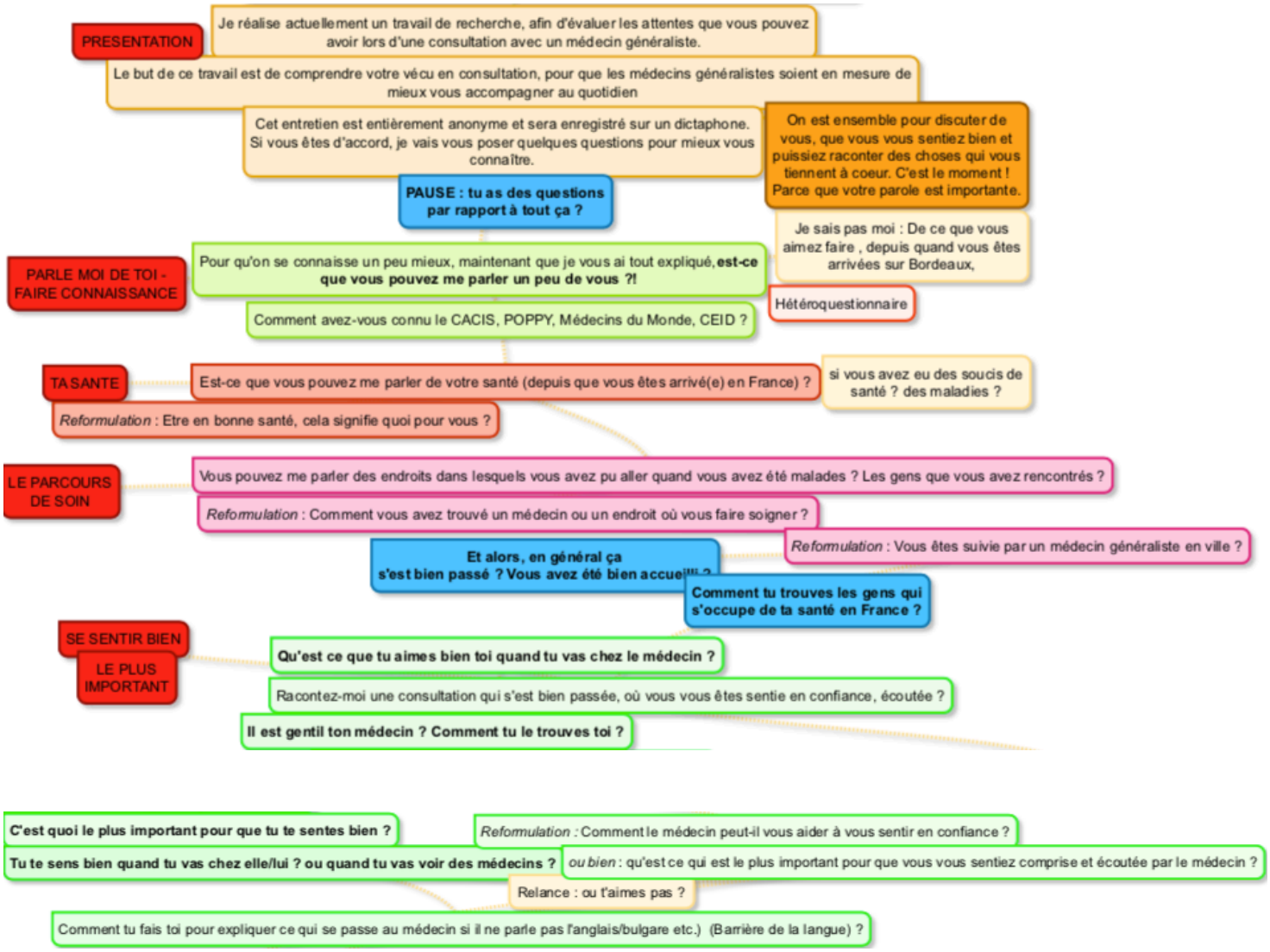
(80) Morice AE. Evaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux. [Thèse de doctorat de médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux UFR des Sciences médicales; 2019

(81) Inspection générale des affaires sociales. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé. [Internet]. Avril 2019 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-128R.pdf

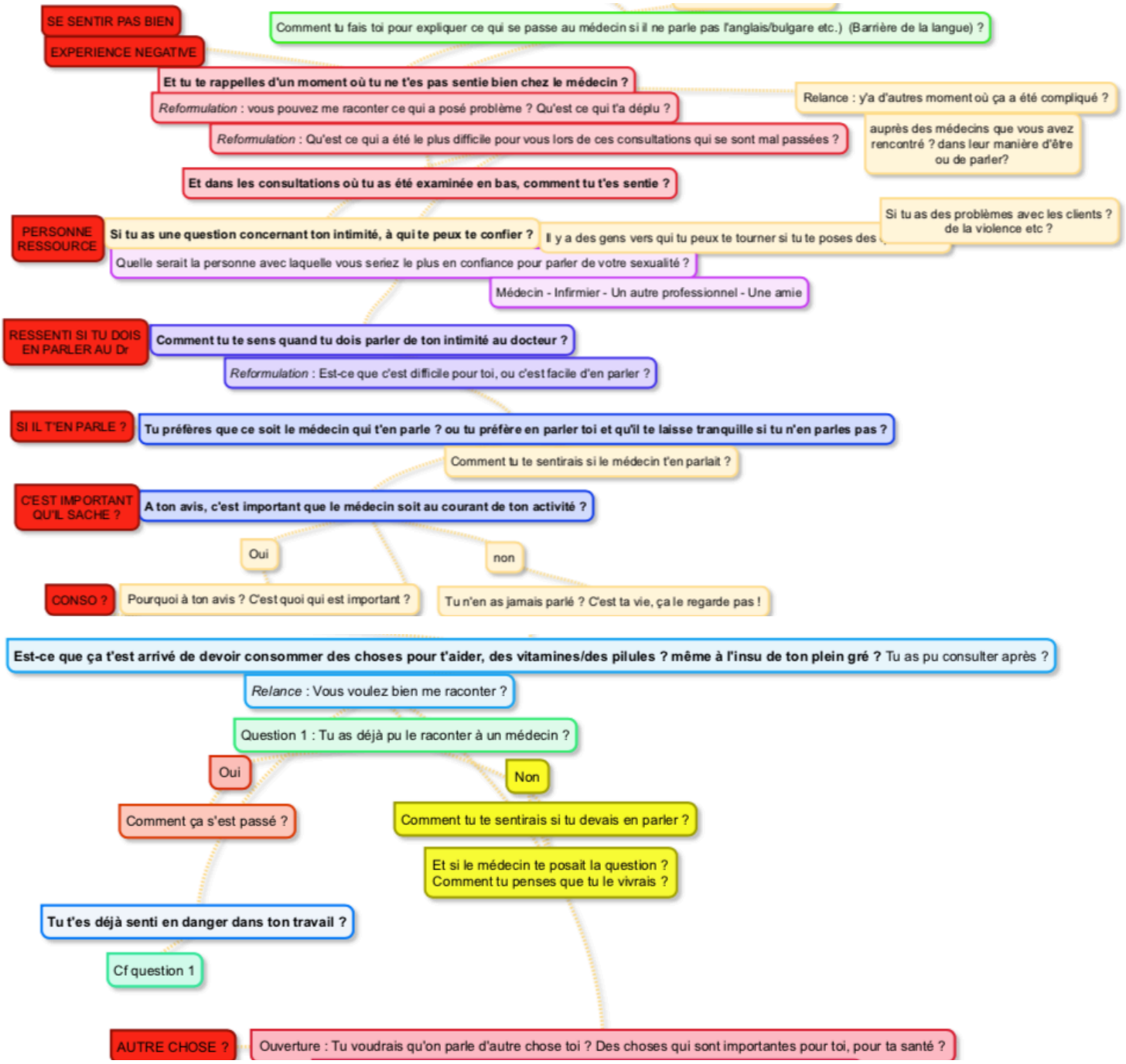
(82) Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité. Repérage et accompagnement des personnes en situation de prostitution. Guide pratique à destination des professionnels. [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur : http://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/50571/334568/file/Guide%20prostitution.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien, partie 1



Annexe 1 : Guide d'entretien, partie 2



Annexe 2 : Codage, partie 1

Sources : nombre d'entretiens citant le code
Références : nombre de références totales

Codes	Sources	Références
Représentation du médecin généraliste		
Coordinateur du soin	4	4
Connaissance du rôle du médecin généraliste et suivi effectif	4	6
Méconnaissance de la notion du « médecin de famille » et absence de suivi	4	4
Durabilité de la relation de soin, difficulté dans le changement de médecin	3	6
Accessibilité	6	7
Interaction humaine, évidence	1	1
Choix du médecin	3	3
Don de soi : solidarité et humanité	3	5
Devoir de soin	3	6
Technicien du corps et de la santé : Maintien de la bonne santé	4	5
Pluralité des compétences	3	4
→ Accompagnement psychologique	4	4
→ Gynécologie (suivi, dépistage IST)	3	3
→ Règles hygiéno-diététiques	1	1
→ Agression et violences	4	4
Personne ressource & interlocuteur privilégié	11	15
Confiance des patients en l'avis du médecin	5	5
Rôle de prescripteur	7	16
Notion de soin impersonnel, mécanisé	1	1
La qualité de la relation de soin influence le suivi du patient	2	5
Accès aux soins		
Réseau de soin :		
→ Médecins généralistes identifiés par une communauté	4	6
→ Réseau de soin : multiplicité des structures de suivi	15	26
→ Soins de premiers recours : urgences, 15, hôpital	6	6
Facteurs d'accès aux soins :		
→ Tissu social : le rôle des paires et de l'entourage, bouche à oreille	16	17
→ Proximité	2	4
→ Visibilité : plaque	2	2
→ Internet	1	1
→ Ouverture des droits de sécurité sociale	4	6
→ Gratuité des soins	2	2
→ Apprentissage de la langue	5	6
Freins à l'accès aux soins		
→ Méconnaissance du système de santé et isolement social	2	3
→ Absence d'ouverture des droits de sécurité sociale		
= Rupture de suivi : soins payants, peur de stigmatisation	3	5
= Difficulté d'accès aux traitements	2	2
= Lenteur du système administratif	3	3
= Recours aux structures identifiées « précarité » : PASS, associations	3	4
→ Irrégularité & peur de répression	2	4
→ Barrière de la langue = difficultés de communication et de compréhension	6	7
→ Soins payants	3	3
→ Système de rendez-vous, utilisation du téléphone	3	3
Le rôle des associations dédiées		
Coordination du soin	6	8
Accompagnement social et juridique	4	5
Suivi médical exclusif en association	3	4
Prise en charge médico-psychologique	6	9
Lieu ressource, de confiance	7	12
Travail de proximité, « l'aller vers » comme facilitateur de l'accès aux soins	5	6
Lieu identifié pour la RDR : IST, dépistages, fourniture de matériel de prévention	7	12
Prise en charge conjointe par un médecin généraliste et les associations dédiées	3	3
Les expériences positives dans le soin		
Compétences cliniques : efficacité des soins et traitements	8	11
Compétences de coordination	2	2
Médecin expérimenté	2	3
Travail de groupe	2	2
Compétences sociales	2	3

Annexe 2 : Codage, partie 2

Codes	Sources	Références
Les expériences positives dans le soin		
Attitude calme	3	3
Attitude bienveillante et avenante	7	8
Attitude positive et souriante, utilisation de l'humour	5	6
Protection bienveillante, la notion de paternalisme	3	4
Communication non verbale : le regard	2	2
Attitude empathique : Compréhension mutuelle & confiance relationnelle	8	14
Attitude d'intérêt ouvert avec respect et non jugement du patient	8	13
Soins « standardisés » non influencés par la pratique	2	2
Relation médecin-patient « privilégiée » et durable : connaissance du patient	7	9
Ecoute: Prise en considération des demandes et attentes du patient	13	18
Explications de soins, favoriser la compréhension du patient	5	10
Réassurance, répondre aux inquiétudes	4	5
Prendre le temps en consultation	4	6
Soins du patient primant sur l'intérêt financier	1	3
Soins inconditionnels	7	9
Disponibilité & accessibilité en situation d'urgence	2	2
Conséquences d'une relation médecin patient de qualité		
Fidélisation du soin	4	4
Facteur d'accès aux soins	2	2
Barrière de la langue et soin culturellement compétent		
Echange dans la langue du patient	5	5
Le rôle de l'interprétariat	2	2
Utilisation et acceptation de l'utilisation de la communication non verbale	2	4
Effort et temps passé pour se faire comprendre et communiquer	3	3
Intérêt porté et ouverture à la culture d'Autrui	2	2
Les expériences négatives dans le soin		
Mise en doute des compétences médicales : ordonnances, diagnostic, coordination	4	7
Mise en doute de l'intégrité du médecin : passage en justice	1	1
Soins incompétents (obligation de moyens et résultats)	4	6
Manque de bienveillance et d'empathie	2	4
Attitude soignante hostile, froide et distante	2	3
Communication non verbale : sourire, regard	2	2
Sensation de stigmatisation et/ou discrimination : prostitution/origine/irrégularité	5	6
Manque de considération : inadéquation entre attentes du patient et prise en charge	3	6
Méconnaissance du patient, manque d'investissement	1	1
Manque d'écoute, de communication, de compréhension et d'interaction mutuelle	9	11
Manque d'explications et d'informations	2	2
Rapidité des échanges : sensation d'absence d'écoute	3	6
Rapidité des échanges : sensation de manque d'investissement et de considération	3	5
Rapidité des échanges : défaut d'explications	1	1
Rapidité des échanges : image négative renvoyée au patient : énervé, non concerné	2	4
Consultation sous-tendue par le rapport financier	2	2
Manque de disponibilité, devoir de soin non effectif	2	5
Mauvaise gestion du temps – Attente	8	8
Mauvaise gestion des rendez-vous (oubli)	3	4
Conséquences d'une relation médecin-patient de mauvaise qualité		
Rupture de soin, changement de médecin	10	15
Perte de confiance en le praticien	6	6
Inducteur d'un ressenti négatif chez le patient : sensation de stigmatisation	3	3
Inducteur d'un ressenti négatif chez le patient : inducteur de stress	2	2
Libérer la parole – Ouvrir le dialogue sur la sexualité et l'activité prostitutionnelle.		
Verbalisation difficile : Omission volontaire / mensonge / adaptation de la réalité	6	9
Malgré un ressenti douloureux et un besoin de se confier	5	5
Verbalisation difficile : Verbalisation par Autrui	2	2
Situation plus agréable en l'absence de nécessité de verbalisation	2	3
→ Compréhension tacite du médecin	5	7
→ Indices informels donnés par la/le patient(e)	2	4
→ Intérêt des lieux dédiés	2	3
Certaines femmes sont à l'aise pour parler de leur activité à leur médecin	3	3

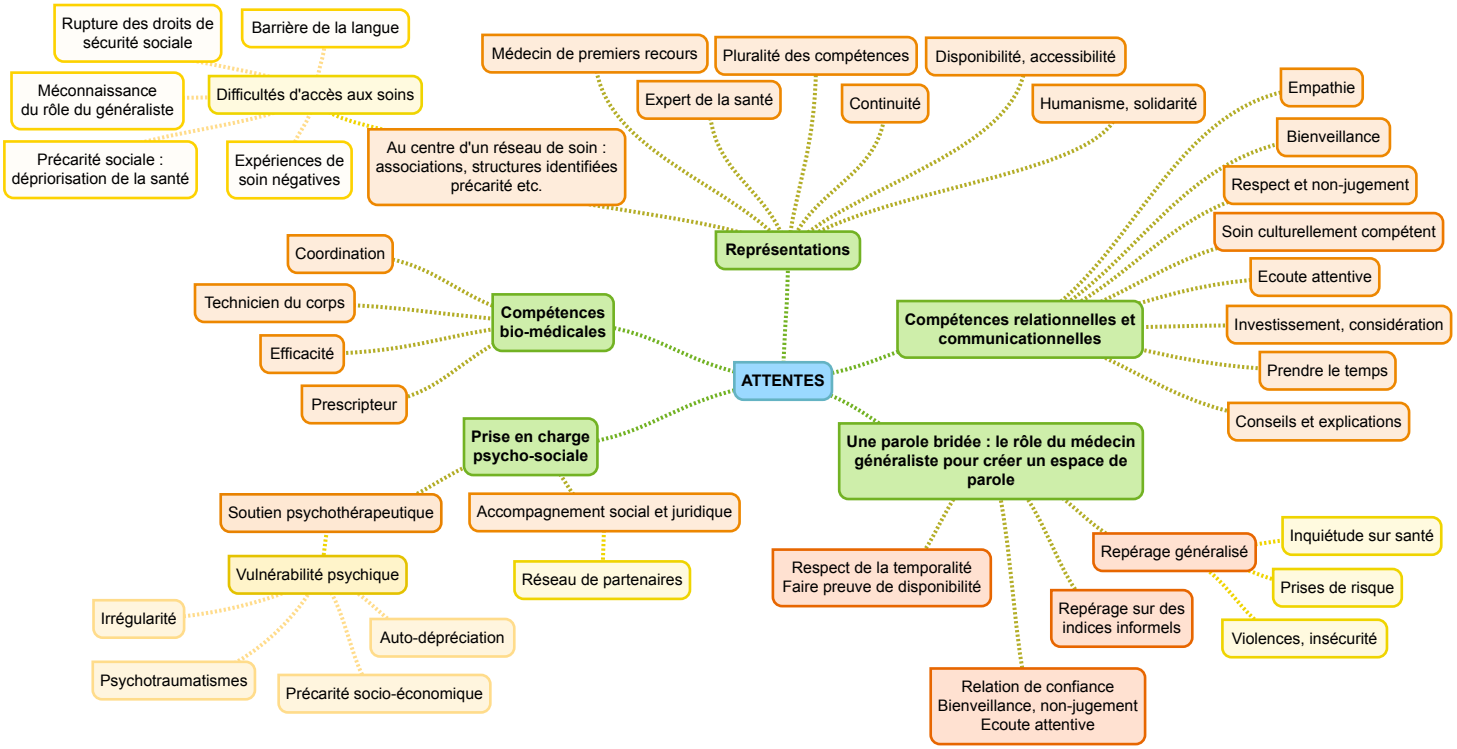
Annexe 2 : Codage, partie 3

Codes	Sources	Références
Freins à la verbalisation		
Métier honteux, considéré comme « anormal » par la personne, Métier stigmatisé par la société : Peur de stigmatisation	7	16
Evocation d'expériences négatives et douloureuses	2	2
Médecin non identifié comme un interlocuteur potentiel pour aborder la sexualité	3	4
= peur de « gêner » et ajouter un travail supplémentaire	2	2
= représentation du médecin généraliste en tant que prescripteur	5	5
= compétences techniques uniquement	3	3
Absence d'ouverture du dialogue par le praticien	3	3
Manque de temps et d'écoute du praticien	3	3
Absence de relation de confiance	2	3
Sentiment d'incompétence du praticien	1	1
Sensation de stigmatisation	4	5
Moyens libérateurs de la parole		
Attitude bienveillante et non jugeante	5	7
Humour	2	4
Relation de confiance basée sur la durée	5	8
Relation privilégiée : connaissance mutuelle	3	3
Attitude empathique et écoute : Compréhension mutuelle & confiance relationnelle	2	2
Attitude d'intérêt ouvert avec respect et non jugement du patient	3	4
Créer un climat de confiance	6	8
Prendre le temps	2	2
Explications de soins, favoriser la compréhension du patient	2	2
Statut du praticien autorisant le questionnement : tenu au secret médical	2	3
Rôle de soignant et sachant justifiant les questionnements et d'être informé	7	8
Rôle du médecin généraliste pour créer espace de confiance libérateur de la parole	2	4
Poser la question peut permettre d'ouvrir le dialogue	2	2
Intérêt du focus group	1	1
Médecin de l'association dédiée identifié comme un interlocuteur compétent	6	7
Outils d'informations	1	1
Intérêt d'un praticien sensibilisé et de questionnements éclairés	3	3
Poser la question peut permettre d'ouvrir le dialogue car la patient(e) n'abordera pas le sujet d'elle-même – acceptation du questionnement venant du praticien	9	10
Réitérer la question car situation changeante	5	5
Libre choix du patient de parler de son activité	7	7
Pourvoyeur potentiel de sentiments négatifs du fait d'un sentiment de honte personnelle et de peur de stigmatisation: mal-être, incompréhension.	9	9
La manière d'aborder la question est importante pour ouvrir le dialogue	2	2
Poser la question sur le versant d'une sexualité à risque est acceptable	2	3
Impact d'une libération de la parole et ouverture du dialogue autours de l'activité		
Prise en charge adaptée : Soins et prévention en cas de prise de risques	6	8
Prise en charge adaptée : Conseils et information	3	3
Prise en charge adaptée : Soulagement moral et soutien psychologique	3	3
Favorise une bonne relation médecin-patient : lien privilégié	1	1
Impact d'une absence d'ouverture du dialogue		
Frein à l'accès aux soins et à une prise en charge adaptée	4	4
Inducteur de mensonge	2	2
Etat des lieux de la santé		
Altération de la santé globale	2	2
Psychiatriques : anxio-dépression, troubles du sommeil, bipolarité	15	25
= Troubles du sommeil	7	10
= Anxiété et stress	10	44
= Tristesse, pleurs	9	14
= Bipolarité	1	1
Pulmonaires : asthme	2	2
Addictologique : consommation de tabac, alcool, psychotropes, morphiniques	7	10
Usage par les pair.e.s constatée	6	7
Lien entre prostitution et consommations de substances psycho-actives	2	4
Absence de consommation et regard critique sur la consommation	8	8
Douleurs chroniques	10	12

Annexe 2 : Codage, partie 4

Codes	Sources	Références
Etat des lieux de la santé		
= Céphalées	3	4
= Abdominopelviennes	3	4
= Musculo-squelettiques	3	5
Grossesses non désirées	4	4
Chirurgies abdomino-pelviennes	4	4
Gastrite – Ulcère gastroduodénal	2	2
Malnutrition, surpoids	2	2
Dysthyroïdie	1	2
Infections sexuellement transmissibles : VIH, VHB	1	1
Réalisation de dépistages réguliers	8	8
Usage de préservatifs régulier	9	9
Violences subies	13	29
Représentations de la santé		
Inquiétude sur la santé	8	12
Incompréhension et/ou méconnaissance des soins apportés	8	10
Représentation autours de la fécondité, de la contraception et des menstruations	4	6
Souffrance psychique et pathologies psychiatriques		
En lien avec la prostitution		
Activité déplaisante, honteuse	6	8
Atteinte à la dignité	5	7
Décorporalisation, détachement psychique	2	5
Mise en opposition de l'activité prostitutionnelle et d'un travail « normal »	6	9
Dépréciation des pair.e.s prostitué.e.s	1	3
Vision négative de la société	4	6
Activité tenue secrète de la famille et de l'entourage	4	5
Sensation de ne pas être respectée : stigmatisation et discrimination	3	6
Proxénétisme	4	5
Traite de l'être humain	6	15
Souhait d'arrêter la prostitution sans solution alternative : travail contraint	9	12
Milieu insécuritaire	7	9
Travail contraint par la précarité et l'absence d'alternative financière	10	20
Travail contraint par l'absence de droit au travail (irrégularité du séjour)	4	11
Travail contraint par la pression familiale	5	8
Difficultés de l'exercice, asthénie	7	11
Inducteur de stress	5	7
Isolement social, méfiance des pair.e.s	7	11
Somatisation	3	5
Parcours migratoire et souffrance psychique		
Isolement familial, contacts rares par manque de moyens	4	6
Désillusion et état de stress induit par les conditions de vie	4	5
Espoir d'une amélioration	2	2
Etat de stress induit par l'irrégularité	3	7
Stress induit par la peur de répression / contrôle policier	3	4
Difficulté pour obtention titre de séjour, droit au travail	4	9
Migration économique, rupture avec pays d'origine, notion de sacrifice	5	5
Inégalités sociales de santé – Retentissement sur la santé des conditions de vie		
Profils individuels et construction personnelle		
= Violences conjugales ou dans l'enfance	4	5
= Grossesse précoce, mariage précoce, mère isolée	5	5
= Consommation de drogue précoce, fugue du foyer familial	1	1
Absence de logement stable, précarité du logement	9	15
Irrégularité, difficultés administratives	4	4
Lien entre conditions de vie et stabilité permettant une construction personnelle	3	4
Indisponibilité psychique pour s'occuper de santé du fait des conditions de vie	6	7
Retentissement sur la santé des conditions socio-économiques		
= Dépendance à autrui / violences du fait d'une vulnérabilité	2	2
= Hygiène (non accès à l'eau et à un logement stable)	2	2
= IVG, oubli de pilule	2	2
= Malnutrition	3	3

Annexe 3 : Mind Map – Synthèse des résultats



Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 1

LONG-FORM PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE (PSQ-III)

These next questions are about how you feel about the medical care you receive.

On the following pages are some things people say about medical care. Please read each one carefully, keeping in mind the medical care you are receiving now. (If you have not received care recently, think about what you would expect if you needed care today.) We are interested in your feelings, good and bad, about the medical care you have received.

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
1. If I need hospital care, I can get admitted without any trouble.....	1	2	3	4	5
2. Doctors need to be more thorough in treating and examining me.....	1	2	3	4	5
3. I am very satisfied with the medical care I receive.....	1	2	3	4	5
4. I worry sometimes about having to pay large medical bills.....	1	2	3	4	5
5. It is easy for me to get medical care in an emergency.....	1	2	3	4	5
6. Doctors are good about explaining the reason for medical tests.....	1	2	3	4	5
7. I am usually kept waiting for a long time when I am at the doctor's office...	1	2	3	4	5
8. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care.....	1	2	3	4	5
9. The doctors who treat me should give me more respect.....	1	2	3	4	5
10. Sometimes it is a problem to cover my share of the cost for a medical care visit.....	1	2	3	4	5

Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 2

Patient Satisfaction Questionnaire
28

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
11. The medical care I have been receiving is just about perfect.....	1	2	3	4	5
12. Sometimes doctors make me wonder if their diagnosis is correct.....	1	2	3	4	5
13. During my medical visits, I am always allowed to say everything that I think is important.....	1	2	3	4	5
14. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially.....	1	2	3	4	5
15. When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me.....	1	2	3	4	5
16. It's hard for me to get medical care on short notice.....	1	2	3	4	5
17. The doctors who treat me have a genuine interest in me as a.person.....	1	2	3	4	5
18. Sometimes doctors use medical terms without explaining what they mean.....	1	2	3	4	5
19. Sometime I go without the medical care I need because it is too expensive.....	1	2	3	4	5
20. The office hours when I can get medical care are convenient (good) for me.....	1	2	3	4	5
21. There are things about the medical system I receive my care from that need to be improved.....	1	2	3	4	5
22. The office where I get medical care should be open for more hours than it is.....	1	2	3	4	5

Annexe 4 : Patient Satisfaction Scale (PSC), partie 3

Patient Satisfaction Questionnaire
31

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
50. My doctors are very competent and well-trained.....	1	2	3	4	5
51. I am able to get medical are whenever I need it.....	1	2	3	4	5

Annexe 5 : Flyers et affiches utilisés pour l'inclusion des patient.e.s (versions française, anglaise, bulgare et espagnole)

Annexe 6 : Déclaration de conformité à une méthodologie de référence

CNIL.
3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2209881 v 0

du 19 novembre 2018

Monsieur TUNON de LARA Manuel
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
35 PLACE PEY BERLAND
33000 BORDEAUX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Service :

Adresse : 35 PLACE PEY BERLAND

Code postal : 33000
Ville : BORDEAUX

N° SIREN ou SIRET :
130018351 00010

Code NAF ou APE :
8542Z

Tél. : 05 57 57 18 57
Fax. : 0557571413

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 19 novembre 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 7 : Avis du Comité de protection des personnes Sud-Est-1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-EST I

Président : M. Philippe RUSCH - Vice-Président : M. Francois FAISAN - Secrétaire : M. Maurice MINAIRE

Date du comité	**12/11/2018**	Référence CPP	**2018-100**

Projet relatif à	**PROJET DE RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE ET DE TYPE NON INTERVENTIONNELLE QUI NE COMPORTE AUCUN RISQUE NI CONTRAINTE (Article L.1121-1, 3° CSP)**		
Réception datée du	**15/10/2018**		
Demande d'avis concernant un	**PROJET INITIAL**		
Dans le cadre d'une	**Première soumission**		
Documents concernés (**Liste exhaustive en annexe)**	Protocole	**Version 2**	**06/10/2018**
	Résumé du protocole	**Version 2**	**06/10/2018**
	Notice d'information au patient	**Version 4**	**04/12/2018**
	Guide d'entretien	**Version 1**	**06/10/2018**
	Méthodologie de référence MR003		

Numéro EudraCT ou ID RCB	**2018-A02642-53**	Réf. Promoteur	
Titre du projet	**Exploration des attentes des sujets en situation de prostitution vis-à-vis du médecin généraliste : vers une prise en charge centrée sur le patient.**		
Promoteur	**UNIVERSITE DE BORDEAUX - Département de médecine générale**		
Investigateur	**Professeur William DURIEUX**		

Avis du comité après examen, réexamen ou prise en compte des réserves mineures émises lors de la délibération initiale	Conformément à l'Article L 1123-7, le comité a adopté la délibération suivante :	
	AVIS FAVORABLE	
	Article R.1123-26 (modifié par Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 - art. 9) Si, dans le délai de deux ans suivant l'avis du CPP, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc (Cf date ci-contre) : Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné.	**29/04/21**

Ont participé à la délibération	Membres du comité	Titulaires	Suppléants
1er collège	Qualifiés en recherche biomédicale		
		Dr C.BERGER	
		Pr P. FOURNEL	
	Compétents en biostatistique ou épidémiologie	**M. P. RUSCH**	
	Médecins généralistes	**Dr I. CARRIERE**	
	Pharmaciens	**M. X. SIMOENS**	**M. F. FORGES**
	Infirmiers	**M. M. BERNAUD**	
	Compétents en questions éthiques	**M. C. SOLER**	
	Psychologues		
2ème collège	Travailleurs sociaux		
	Juristes		
	Représentants d'associations agréées de malades et usagers du système de santé	**M. F. FAISAN**	**M. I. BRAUD**
		M. I. BRAUD	**M. M. MINAIRE**

A Saint-Etienne, le 30/04/19 **Le Président de séance, M. Philippe RUSCH**

Siège Social : CHU de Saint-Etienne - Direction des Affaires Médicales et de la Recherche
Hôpital Bellevue - Pavillon 31 - 42055 SAINT-ETIENNE Cedex 2
Téléphone : 04.77.12.70.09 - Télécopie : 04.77.12.70.15
email : cpp.sudest1@chu-st-etienne.fr

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Si les besoins de santé des personnes en situation de prostitution (PSP) et leurs difficultés d'accès aux soins sont à ce jour bien documentés, il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux explorant précisément leurs représentations et ressentis sur le recours aux soins primaires. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les attentes spécifiques des PSP dans une consultation de médecine générale.

METHODE : Une étude qualitative a été menée à Bordeaux de septembre 2018 à mai 2019 auprès de PSP recrutées par le biais d'associations de terrain. Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés, retranscrits, codés par deux chercheurs et analysés selon la théorie ancrée.

RESULTATS : 17 femmes ont été interviewées, âgées de 19 à 60 ans et de six nationalités différentes. Le médecin généraliste (MG) était reconnu comme un interlocuteur privilégié de la santé du fait de son accessibilité, de la continuité du suivi apporté et de la pluralité de ses compétences. Le parcours de soin était conditionné par la situation sociale des personnes justifiant le recours à de multiples structures de santé. Les patientes attendaient du praticien une prise en charge globale médico-psycho-sociale ainsi que des compétences relationnelles et communicationnelles : bienveillance, non-jugement, empathie, écoute attentive. La verbalisation de l'activité en consultation était difficile, du fait d'une crainte de stigmatisation et d'une pratique considérée comme honteuse par les femmes. Elle était cependant reconnue comme nécessaire à une prise en charge adaptée aux situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale rencontrées. Le MG détenait un rôle dans l'ouverture du dialogue et la libération de la parole des patientes.

CONCLUSION : La promotion d'une *« approche-centrée vers le patient »* est favorable à une prise en charge satisfaisante et à l'accès aux soins des PSP. Le MG doit s'inscrire dans une démarche de réflexion et de remise en question constante de sa pratique, permettant de déconstruire les représentations sociales et de lutter contre la stigmatisation. Favoriser une ouverture du dialogue en consultation est bénéfique à un accompagnement adapté et à la délivrance de messages de prévention, vers une amélioration de leur santé globale.

MOTS-CLEFS : prostitution, travailleurs du sexe, personnes en situation de prostitution, traite des êtres humains, relation médecin-patient, soins primaires, approche centrée-patient, accès aux soins.

ABSTRACT

INTRODUCTION : If the health needs of sex-workers and their difficulties in accessing healthcare are well documented, there are no studies exploring their representations and feelings about primary healthcare. The main objective of our study was to identify the specific expectations of sex workers in a general practice consultation.

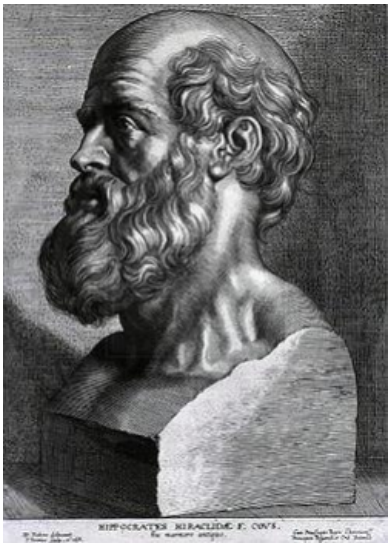
METHOD : A qualitative study was carried out in Bordeaux from september 2018 to may 2019 among sex workers recruited through field associations. The semi-structured interviews were recorded, transcribed, then two researchers coded and analysed the verbatims by grounded theory.

RESULTS : 17 women were interviewed aged 19 to 60 of six different nationalities. The general practitioner (GP) was recognized as a privileged health interlocutor because of his accessibility, the follow-up provided and the plurality of his skills. The care pathway was conditioned by people's social situation, explaining the use of multiple health facilities. Patients expected from the practitioner a global approach (with medical, psychological and social dimension) as well as relational and communication skills : kindness, non-judgement, empathy, active and accurate listening. Talking about prostitution in a medical consultation was difficult, due to fear of being stigmatized and to practising an activity considered shameful by women. However it was found necessary in order to provide care adapted to the health situations encountered. The GP had a role in initiating a dialogue and in allowing the patient to speak openly.

CONCLUSION : Promoting a « *patient-centred approach* » favors satisfactory healthcare and access to care for sex workers. The GP's reflection and questioning about his practice should be constant allowing to deconstruct social representations and fight against stigma. Promoting the opening of a dialogue in a medical consultation is beneficial in order to obtain adapted support for patients and to deliver prevention messages improving their overall health.

KEYWORDS : prostitution, sex workers, human trafficking, physician-patient relation, primary health care, patient-centred approach, access to health-care.

SERMENT D'HIPPOCRATE



Au moment d'être admis.e à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis.e dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu.e à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré.e et méprisé.e si j'y manque.

ATTENTES VIS-A-VIS DU MEDECIN GENERALISTE ET EXPERIENCES DE SOINS PREMIERS DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION DANS L'AGGLOMERATION BORDELAISE

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Si les besoins de santé des personnes en situation de prostitution (PSP) et leurs difficultés d'accès aux soins sont à ce jour bien documentés, il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux explorant précisément leurs représentations et ressentis sur le recours aux soins primaires. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les attentes spécifiques des PSP dans une consultation de médecine générale.

METHODE : Une étude qualitative a été menée à Bordeaux de septembre 2018 à mai 2019 auprès de PSP recrutées par le biais d'associations de terrain. Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés, retranscrits, codés par deux chercheurs et analysés selon la théorie ancrée.

RESULTATS : 17 femmes ont été interviewées, âgées de 19 à 60 ans et de six nationalités différentes. Le médecin généraliste (MG) était reconnu comme un interlocuteur privilégié de la santé du fait de son accessibilité, de la continuité du suivi apporté et de la pluralité de ses compétences. Le parcours de soin était conditionné par la situation sociale des personnes justifiant le recours à de multiples structures de santé. Les patientes attendaient du praticien une prise en charge globale médico-psycho-sociale ainsi que des compétences relationnelles et communicationnelles : bienveillance, non-jugement, empathie, écoute attentive. La verbalisation de l'activité en consultation était difficile, du fait d'une crainte de stigmatisation et d'une pratique considérée comme honteuse par les femmes. Elle était cependant reconnue comme nécessaire à une prise en charge adaptée aux situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale rencontrées. Le MG détenait un rôle dans l'ouverture du dialogue et la libération de la parole des patientes.

CONCLUSION : La promotion d'une *« approche-centrée vers le patient »* est favorable à une prise en charge satisfaisante et à l'accès aux soins des PSP. Le MG doit s'inscrire dans une démarche de réflexion et de remise en question constante de sa pratique, permettant de déconstruire les représentations sociales et de lutter contre la stigmatisation. Favoriser une ouverture du dialogue en consultation est bénéfique à un accompagnement adapté et à la délivrance de messages de prévention, vers une amélioration de leur santé globale.

MOTS-CLEFS : prostitution, travailleurs du sexe, personnes en situation de prostitution, traite des êtres humains, relation médecin-patient, soins primaires, approche centrée-patient, accès aux soins.

HEALTH CARE EXPECTATIONS FROM THE GENERAL PRACTIONER AND EXPERIENCES PRIMARY CARE AMONG SEX WORKERS IN BORDEAUX

ABSTRACT

INTRODUCTION : If the health needs of sex-workers and their difficulties in accessing healthcare are well documented, there are no studies exploring their representations and feelings about primary healthcare. The main objective of our study was to identify the specific expectations of sex workers in a general practice consultation.

METHOD : A qualitative study was carried out in Bordeaux from september 2018 to may 2019 among sex workers recruited through field associations. The semi-structured interviews were recorded, transcribed, then two researchers coded and analysed the verbatims by grounded theory.

RESULTS : 17 women were interviewed aged 19 to 60 of six different nationalities. The general practitioner (GP) was recognized as a privileged health interlocutor because of his accessibility, the follow-up provided and the plurality of his skills. The care pathway was conditioned by people's social situation, explaining the use of multiple health facilities. Patients expected from the practitioner a global approach (with medical, psychological and social dimension) as well as relational and communication skills : kindness, non-judgement, empathy, active and accurate listening. Talking about prostitution in a medical consultation was difficult, due to fear of being stigmatized and to practising an activity considered shameful by women. However it was found necessary in order to provide care adapted to the health situations encountered. The GP had a role in initiating a dialogue and in allowing the patient to speak openly.

CONCLUSION : Promoting a « *patient-centred approach* » favors satisfactory healthcare and access to care for sex workers. The GP's reflection and questioning about his practice should be constant allowing to deconstruct social representations and fight against stigma. Promoting the opening of a dialogue in a medical consultation is beneficial in order to obtain adapted support for patients and to deliver prevention messages improving their overall health.

KEYWORDS : prostitution, sex workers, human trafficking, physician-patient relation, primary health care, patient-centred approach, access to health-care.

UNIVERSITE DE BORDEAUX, 146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux. DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE.