



HAL
open science

Promouvoir la santé des personnes en situation de prostitution

Natacha Monteil

► **To cite this version:**

Natacha Monteil. Promouvoir la santé des personnes en situation de prostitution. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03173750

HAL Id: dumas-03173750

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03173750>

Submitted on 18 Mar 2021

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.

MONTEIL Natacha

Née le 30 juillet 1978

**Promouvoir la santé des personnes en
situation de prostitution**

Association La Case Bordeaux

Mars-juillet 2020

Master 2- Santé Publique

Parcours Promotion de la santé et développement social

Promotion 2019-2020



Remerciements

Merci à l'association La Case et à l'ensemble de l'équipe médico-sociale pour son accueil et pour la mission confiée. Un merci particulier à Marion pour son soutien tout au long du stage et ses conseils. Merci également à Marielle pour son précieux partage d'expérience, ainsi qu'à Stéphane et Camille pour leur bonne humeur et leur participation active lors des entretiens.

Merci aux femmes qui ont bien voulu échanger avec moi sur leur parcours parfois compliqué et sans qui cette réflexion n'aurait pas abouti de façon aussi riche.

Merci à ma famille et aux amis proches et moins proches qui n'ont eu cesse de me répéter que je pouvais y arriver ainsi qu'à mes petites collègues d'université qui m'ont porté tout au long de cette année chaotique et me donner confiance. Et puis quand même... on s'est bien marré !

Merci à Julien pour sa flexibilité tout au long de l'année et sans qui j'aurais encore plus couru !

Merci enfin et surtout à Camille et Pauline, mes deux petites fées qui ont su être patientes et accepter toutes les concessions qu'impliquait cette année de reprise d'études. Je suis tellement fière de vous.

SOMMAIRE

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations	7
Partie 1 : le stage	8
A. Présentation de la structure.....	8
1. Les dates clés de l'association :	8
2. Les principes d'intervention de l'association	8
3. Les différentes structures de l'association.....	9
3.1 Les ACT	9
4. 2 Le CAARUD.....	9
3.3 Le pôle RDC.....	10
3.4 Poppy.....	10
B. Mission de stage.....	11
1. Activités réalisées	12
2. Résultats obtenus.....	12
Partie 2 : Mémoire	14
A. Introduction.....	14
1. Cadre législatif et réglementaire	14
2. Etat des lieux de la prostitution en France.....	14
2.1 Un paysage hétérogène et complexe, inscrit dans un imaginaire collectif marqué par des représentations sociales fortes et une stigmatisation omniprésente	14
2.2 Contexte national	16
2.2.1 Profils et caractéristiques du public	17
2.2.2 Facteurs de vulnérabilité sanitaires et sociales des personnes en situation de prostitution.....	18
2.3 Des associations aux modalités d'organisation variées.	22
2.4 Le parcours de sortie de prostitution, la loi de 2016	22
2.5 La PrEP (prophylaxie pré exposition).....	23
2.6 Contexte local.....	23
2.7 Accompagnement des personnes prostituées sur Bordeaux et la métropole.....	25
B. Problématique, questionnements	25
1. Constats.....	25
2. Questionnements.....	27

3.	Objectifs	28
C.	Méthodologie de travail.....	28
1.	Cadre de l'enquête	28
2.	Choix de la population, échantillonnage.....	29
3.	Approches retenues	29
3.1	Recueil de données quantitatives	29
3.2	Observation participante.....	29
3.3	échanges informels	30
3.4	Entretiens semi-directifs.	30
4.	Collecte des données	30
4.1	Le recueil de données quantitatives	30
4.2	L'observation participante	30
4.3	Les entretiens semi-directifs	30
4.3.1	Elaboration des grilles d'entretiens semi-directifs.....	30
4.3.2	Réalisation des entretiens, stockage des données	31
5.	Analyse	31
5.1	Analyse des entretiens semi-directifs	31
5.2	Analyse de l'observation participante et des entretiens informels	32
D.	Résultats.....	33
1.	Caractéristiques des personnes accompagnées	33
2.	Description de l'échantillon d'étude	35
3.	Analyse des données recueillies avec les personnes qui se prostituent.....	35
3.1	L'expression des besoins	35
3.2	Les comportements face aux risques liés à l'activité prostitutionnelle	36
3.3	Un soutien communautaire difficile pourtant nécessaire.....	38
3.4	La crainte du jugement et de la stigmatisation	38
3.5	Un isolement de fait.	39
3.6	Une violence fréquente	40
3.7	La décorporalisation, l'image de soi.....	41
3.8	Perceptions de la loi de 2016	42
3.9	Les leviers possibles selon les personnes qui se prostituent	42
3.9.1	Le soutien communautaire.....	42
3.9.2	Une RDR qui s'adapte, une communication à travailler.	43
4.	Analyse des données recueillies avec les professionnels.....	44
4.1	La santé selon les professionnels, perception des missions	44
4.2	Besoins perçus.....	45

4.2.1	Un quotidien parfois complexe justifiant un accueil bas seuil.....	45
4.2.2	Des pratiques à risque liées à la précarité.....	45
4.2.3	L'importance du lien créé avec les usagers face à l'isolement et aux stigmatisations.....	46
4.2.4	Perception de la loi de 2016.....	46
4.2.5	Un manque d'autonomie	47
4.3	Difficultés exprimées par les professionnels.....	48
4.3.1	Une pratique prostitutionnelle difficile à aborder	48
4.3.2	Des freins institutionnels, un cadre de travail parfois mal défini.....	49
4.3.3	Une réorientation des personnes accueillies parfois complexe	50
4.4	Contexte spécifique de la prostitution sur internet.....	50
4.5	Les leviers possibles selon les professionnels	51
4.5.1	Travailler sur les représentations des professionnels, en interne et avec les partenaires	51
4.5.2	La réduction des risques, une nouvelle approche ?.....	51
5.	Synthèse	53
6.	Limites de l'étude	54
6.1	Echantillon	54
6.2	Diversité des publics rencontrés	54
6.3	Temps	54
6.4	Engagement personnel et propres représentations :	54
7.	Préconisations	55
7.1	La médiation	55
7.2	L'Elaboration de politiques pour la santé.....	56
7.2.1	Uniformiser et favoriser l'accès au parcours de sortie de prostitution	56
7.2.2	Mesurer l'impact de la loi de 2016 dans toutes ses dimensions.....	57
7.3	L'acquisition d'aptitudes individuelles.	57
7.3.1	Développer l'empowerment des salariés.....	58
7.3.2	Développer l'empowerment et l'autonomie des PSP	58
7.4	Le renforcement de l'action communautaire.....	60
7.5	La réorientation des services de santé	62
7.6	Restaurer l'image de soi.	63
	Conclusion	64
	Bibliographie	65
	ANNEXES.....	71
	Annexe 1 : grille d'entretien à destination des personnes qui se prostituent.....	71

Annexe 2 : grille d'entretien à destination des professionnels.....	72
Annexe 3 : synthèse des entretiens réalisés avec les personnes qui se prostituent	73
Annexe 4 : synthèse des entretiens réalisés avec les professionnels	79
Annexe 5 : Projet S.W.A.G.....	84

Abréviations

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS ; Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogue

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

DRDFE : Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCRTEH : Office Central pour la Répression de la Traite des Êtres Humains

Pôle RDC : Pôle de Renforcement des Compétences

PSP : Personnes en Situation de Prostitution

RDR : Réduction Des Risques.

STRASS : Syndicat du Travail Sexuel

SWAG : Sex Work Autodefensia Groupe

TDS : Travailleuses du Sexe

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Partie 1 : le stage

A. Présentation de la structure

La Case est une association Loi 1901, issue du programme de réduction des risques créé à Bordeaux par Médecins du Monde en 1994. Elle a été fondée et soutenue en 2006 par Médecins du Monde à l'occasion de la création des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues), La Case en ayant récupéré la gestion en 2007. Elle gère des établissements médico-sociaux agréés et financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et mène différentes actions en lien avec la Réduction des Risques (RDR) liés à l'usage de drogues et à la prostitution.

1. Les dates clés de l'association :

2006 : création de l'association La Case. Le programme RDR devient CAARUD.

2010 : Ouverture d'un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) pour la prise en charge de personnes usagères de drogues souffrant de pathologies chroniques lourdes.

2013 : Création d'une unité pour les personnes sortant de prison au sein du dispositif ACT.

2015 : La Case devient organisme de formation.

2016 : Ouverture d'une permanence d'accueil et de RDR de La Case au sein de la maison d'arrêt de Gradignan.

2016 : Développement du Pôle de Renforcement des Compétences (Pôle RDC) des usagers de drogues, au titre de l'expérimentation de projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé (Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). (1)

2018 : Ouverture du dispositif Poppy pour l'accueil et l'accompagnement à la réduction des risques et à l'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de prostitution.

2. Les principes d'intervention de l'association

La réduction des risques est une démarche qui a pour objectif de limiter les risques et dommages sanitaires et sociaux auprès de populations à risques au regard de l'infection au virus du SIDA et des hépatites virales. La Case intervient auprès de publics particulièrement vulnérables face à ces risques, pour la plupart en grande précarité, souvent exclus du système de santé. La Case a défini son cadre d'intervention sur l'accès « bas seuil » des usagers de drogues et des personnes en situation de prostitution. Les personnes sont reçues de façon anonyme et gratuite, sans jugements ni contraintes, dans le respect de leur mode de vie. Cette approche s'applique à l'ensemble des dispositifs de l'association qui s'inscrivent dans les principes suivants :

- La garantie des droits des personnes, le respect de leurs choix de vie, et le renforcement de leurs capacités d'agir.
- Le principe de l'aller-vers.

- Une approche de santé intégrée : approche globale de la santé considérant l'ensemble des facteurs environnementaux et sociaux dans l'accompagnement.
- Une approche collaborative et partenariale.

3. Les différentes structures de l'association

3.1 Les ACT

Le dispositif dispose de 14 places et a pour objectif d'héberger à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Il s'appuie sur une double prise en charge psychologique et sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale. La Case a ainsi défini le cadre d'intervention de ses ACT comme pouvant accueillir toute personne :

- Atteinte d'une ou plusieurs pathologies chroniques lourdes (VIH, VHC, cancers, etc.) hors addictions et pathologies psychiatriques seules.
- Concernées par l'usage de drogue et / ou sortant de prison.
- En situation de précarité et de fragilité psycho-sociale et dont l'absence de logement constitue un obstacle à l'accès au traitement de cette pathologie ou au maintien du traitement en cours.

4. 2 Le CAARUD

Le CAARUD reçoit toute personne concernée par un usage ou une dépendance aux drogues, hors cannabis et alcool seul. Ses missions sont :

- La prévention et l'information sur les drogues.
- La distribution de matériel (seringues, produits désinfectants, pipes à crack...) ainsi que la récupération de matériel usagé.
- Une aide et un soutien social.
- Un accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins.
- Un accès aux soins : soins infirmiers, consultations médicales, consultations psychiatriques, orientation vers les services de soins de ville ou hospitaliers.
- Dépistage des IST, vaccination, fibroscan.

L'équipe est composée : d'un coordinateur, de deux infirmières, un médecin un psychiatre, deux éducateurs spécialisés, deux travailleurs sociaux et une assistante sociale.

En plus de l'accueil sur le local, le CAARUD effectue du travail de proximité dans la rue et en squats deux fois par semaine.

Une permanence en prison est également assurée une fois par semaine.

3.3 Le pôle RDC

Au-delà de ses missions de réduction des risques, La Case a souhaité mettre en place des stratégies qui visent à recentrer la position de l'utilisateur dans le dispositif de prévention en travaillant sur l'*empowerment* des usagers et en développant l'action communautaire. Cet accompagnement à l'autonomie en santé dans de nouvelles approches de RDR s'est traduit par la création du pôle de renforcement des compétences en 2015. Il s'inscrit dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation de projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé, en application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

Ce projet s'appuie sur 4 axes d'intervention développés sur le CAARUD :

La littératie en santé : appropriation d'outils de connaissances en santé :

- Ateliers de prévention et de RDR co-construits avec les usagers.
- Analyse de drogues et informations sur les produits.
- Formation à la prévention des décès par overdose.
- Formation des usagers aux premiers secours.

La participation communautaire :

- Action de prévention communautaire : action collaborative de ramassages de seringues en partenariat avec la Mairie de Bordeaux et le CCAS.
- Participation bénévole des usagers à l'accueil.

Le soutien à l'expression et à la mobilisation des usagers

- Le Conseil de Vie Sociale.
- Médiation artistique et culturelle : mise en œuvre de projets avec les usagers.
- Bibliothèque autogérée par les usagers.

Life and social skills

- Soutien communautaire dans l'accompagnement social et à la vie quotidienne.
- Accès aux TIC (technologies de l'information et de la communication) : faciliter l'accès à internet.

3.4 Poppy

Le pôle a ouvert en 2018, avec pour objectifs principaux :

- Accueillir et aller à la rencontre de toute personne en situation de prostitution sans jugement ni contrainte.
- Informer et prévenir les risques infectieux, sexuels et psychosociaux liés à la prostitution.
- Réduire les risques et les dommages sanitaires, psychologiques, juridiques et sociaux associés à la pratique prostitutionnelle.
- Faciliter l'accès aux soins.
- Favoriser l'accès aux droits fondamentaux, à l'insertion sociale et professionnelle.
- Favoriser l'accès à un soutien juridique.
- Proposer un accompagnement global et pluridisciplinaire.
- Promouvoir l'*empowerment* du public.
- Développer des actions de médiation sociale.

Le dispositif est financé par : l'ARS (Agence Régionale de Santé), Bordeaux Métropole, le Conseil Départemental Gironde, le CDAD (Conseil Départemental d'Accès aux Droits), le Conseil Régional de la Nouvelle Aquitaine, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de la Gironde, la DRDFE (Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité), le FIPD (Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance), les Mairies de Bègles et de Bordeaux, le Sidaction et Solidarité Sida.

L'équipe est composée d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'un éducateur spécialisé à temps plein. Un médecin intervient deux après-midis par semaine, un psychiatre une après-midi par semaine, et une juriste de l'association ALIF assure une permanence une après-midi toutes les deux semaines.

Ses activités sont :

- La prévention et l'information sur la santé sexuelle.
- La distribution de matériel de RDR (préservatifs, gels lubrifiants etc.).
- L'accès aux droits sociaux.
- L'accès au dépistage des IST, hépatites et SIDA, les vaccinations.
- L'accès aux soins et aux traitements : soins infirmiers et consultations médicales, soins de santé sexuelle et reproductive (soins gynéco, contraception, IVG médicamenteuse, etc.), consultation psychiatrique.
- Le soutien psychologique.
- Le soutien juridique.
- La médiation sociale.

Le travail est organisé selon trois modalités :

- Les permanences sur le local : elles ont lieu tous les après-midis du lundi au vendredi. Elles reposent sur l'accueil bas seuil, c'est-à-dire un accueil sans condition autre que celle de se prostituer.
- Les maraudes : Elles ont lieu une matinée et une soirée par semaine sur les lieux repérés de prostitution de Bordeaux et du département, les lieux repérés de la prostitution de rue tendant de plus en plus à s'excentrer et à s'installer en périphérie.
- L'intervention 2.0 : l'équipe réalise des tournées virtuelles deux fois par semaine afin d'essayer d'entrer en contact avec les personnes qui se prostituent via internet.

Le reste du temps est consacré à l'élaboration de projet, la création d'outils, au lien avec les partenaires et aux tâches administratives.

B. Mission de stage

Le pôle RDC créé en 2016 a élaboré un projet ayant pour objectif de renforcer les compétences des usagers de drogue reçus au local autour de plusieurs axes : la littératie en santé, l'action communautaire, l'*empowerment*, le life and social skills (Cf. A.3.3).

Ce projet en cours d'évaluation crée une nouvelle dynamique des usagers entre eux comme de l'équipe médico-sociale avec les personnes accueillies et oblige à repenser les pratiques et la place de chacun dans l'accompagnement des usagers.

La mission de stage confiée a consisté à élaborer et proposer un projet visant à renforcer les compétences des personnes en situation de prostitution reçues par Poppy en conservant les 4 axes fixés au départ avec les mêmes objectifs poursuivis.

1. Activités réalisées

La première partie du stage (deux semaines) s'est déroulée sur le CAARUD et m'a permis de rencontrer l'équipe, de prendre connaissance du projet initial mis en place par le pôle RDC auprès des usagers de drogue. Le stage a ensuite été interrompu pendant deux mois du fait de la crise sanitaire.

La deuxième partie du stage s'est déroulée au sein de l'accueil prostitution pendant les mois de juin et juillet 2020. Ce temps m'a permis de faire connaissance avec le public, de me familiariser avec les spécificités de l'accompagnement et de la RDR auprès des personnes qui se prostituent (PSP). L'immersion sur le terrain a été primordiale pour comprendre l'organisation des équipes, identifier la population et ses besoins, déconstruire mes propres représentations et rencontrer les PSP sur l'agglomération bordelaise accompagnées par le dispositif.

Une revue de la littérature a été réalisée dans un premier temps, afin de repérer le type d'actions mises en place auprès des personnes qui se prostituent dans différentes associations et structures accompagnant des personnes en situation de prostitution. La réalisation d'entretiens avec la personne en charge du projet et les professionnels de Poppy a été essentielle pour identifier les leviers possibles, les limites des actions mises en place et pouvoir les adapter au mieux et surtout en proposer de nouvelles ; La plupart des actions mises en place au sein du CAARUD n'étaient en effet pas transférables des usagers de drogue aux personnes qui se prostituent, les caractéristiques des personnes et leurs besoins étant assez éloignés, et les actions proposées pour la plupart en lien direct avec l'usage des drogues et les risques associés.

Plusieurs temps de travail ont été organisés avec les membres de l'équipe afin d'échanger sur le projet initial, ses objectifs et de proposer un projet qui soit co-construit avec l'équipe et dont elle pourra se saisir pour sa mise en place.

Enfin, les entretiens avec les personnes qui fréquentent le local ont permis de recueillir leurs besoins et attentes vis-à-vis de l'association.

2. Résultats obtenus

Les échanges avec l'équipe, l'observation et la participation aux différentes actions de l'association mais surtout les échanges avec les personnes accueillies ont permis de proposer plusieurs leviers d'actions permettant de respecter les objectifs imposés. Les propositions sont concrètes, réalisables, tant sur le plan organisationnel que financier et tentent de répondre aux besoins exprimés par les PSP mais aussi des constats faits durant le stage. Elles tentent par ailleurs à chaque fois d'être accessibles à l'ensemble des PSP, quelle que soit leur situation, leur langue et leur degré d'autonomie.

Ces propositions ont été établies en concertation avec l'ensemble de l'équipe médico-sociale avant présentation à la direction.

→ Concernant la littératie en santé et l'appropriation d'outils et de connaissances, la mise en place d'ateliers de prévention a été repensée pour répondre à l'impossibilité pour un grand nombre de PSP de s'engager sur des temps prédéterminés. La création d'outils visuels et ludiques accessibles à tous a également été repensée. Concernant internet, de nouvelles

modalités pour atteindre ce public ont également été pensées et restent à mettre en œuvre (maillage territorial, permanences virtuelles etc.).

→ Sur la question de la participation communautaire, plusieurs actions ont été proposées comme l'élaboration d'un guide à destination des clients réalisé par les PSP avec le soutien de l'équipe. Un partenariat avec le G.I.P. (Groupement d'Intérêt Public) Bordeaux Métropole Médiation concernant la prostitution de rue et les nuisances dont se plaignent les riverains ou encore le soutien et la mobilisation des PSP entre elles pour des démarches simples en dehors du local ont également été proposés.

→ sur le soutien à la mobilisation et à l'expression des usagers, la mise en place du CVS est impérative parce que prévue par la loi de 2002¹. Par ailleurs, l'expérience menée sur le CAARUD a démontré que le CVS avait un réel intérêt dans l'expression des usagers mais aussi dans la mobilisation de leurs propres compétences. L'idée de la bibliothèque a été conservée, et la mise en place d'une activité artistique (art thérapie, musicothérapie, relaxation etc. dans l'idée d'une réparation de l'image corporelle et d'une valorisation de l'estime de soi) a été proposée ainsi que d'autres actions à visée plus culturelle.

→ concernant l'axe qui vise à répondre aux modes de vie des personnes accompagnées, la mise en place d'ateliers d'auto-défense mis en place par une PSP a été proposée. (Ce projet sera développé plus en détail plus loin).

La durée limitée du stage ne m'a cependant pas permis d'approfondir certaines modalités de mise en œuvre, certaines idées commençant à émerger après plusieurs semaines d'immersion et d'échanges avec l'équipe. Certains axes sont donc à retravailler, pour une mise en place des actions effective (temporalité, intervenants, rencontres avec les partenaires, budgets etc.).

Enfin, la référente de stage étant absente tout le mois de juillet, aucun temps d'échange sur le projet n'a pu être organisé au moment de sa remise, tant pour observations que pour modifications. Le retour du travail effectué à distance du stage m'a permis tout de même d'avoir un avis sur l'effectivité possible de certaines actions et des quelques modifications de fond et / ou de forme à apporter au projet proposé. Les réajustements seront donc assurés par l'équipe, qui a prévu de mettre en place le CVS dès la rentrée 2020 et de se mettre en lien avec certains partenaires comme le GIP. Une rencontre entre la direction et la personne porteuse du projet S.W.A.G. est également prévue.

Ce travail m'a en tout cas permis malgré un temps de travail restreint de mener à bien une grande partie de la mission confiée et de proposer un projet correspondant à ce que souhaitait la direction. Il m'a également permis de travailler en collaboration étroite avec l'ensemble de l'équipe médico-sociale qui a su de saisir du projet et des enjeux qu'il représente pour améliorer l'accompagnement des personnes qui se prostituent sur la métropole bordelaise.

¹ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le Conseil de la Vie Sociale est un outil destiné à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de l'établissement d'accueil.

Partie 2 : Mémoire

A. Introduction

Cette introduction vise à présenter le paysage actuel de la prostitution en France, son cadre légal, et d'apporter un éclairage concernant la santé des personnes qui se prostituent (PSP).

1. Cadre législatif et réglementaire

L'approche légale de la prostitution, en France comme ailleurs dans le monde est variable, et oscille entre abolitionnisme, réglementarisme et prohibitionnisme.(2)

- Position abolitionniste (France, Norvège, Islande, etc.) : les prostituées sont des victimes devant être protégées, les proxénètes étant considérés comme des criminels. Des sanctions sont prévues par la loi concernant ces derniers.
- Position réglementariste (Allemagne, Pays bas, suisse etc.) : la prostitution est considérée comme une activité professionnelle que l'Etat contrôle et régule dans un cadre légal (droits des travailleurs, prévention des abus etc.).
- Position prohibitionniste (Iran, Tunisie, Egypte etc.) : les prostitués, les proxénètes et les clients sont considérés aux yeux de la loi comme des criminels et peuvent être sanctionnés.

La prostitution en France demeure un sujet de controverse sur l'espace public. L'Etat français a récemment réaffirmé une position abolitionniste avec l'adoption de la proposition de loi de lutte contre le système prostitutionnel en avril 2016. (3)

Cette nouvelle loi est fondée sur 4 piliers :

- Renforcer la lutte contre le proxénétisme.
- Favoriser un changement de regard.
- Pénaliser le client.
- Le parcours de sortie de prostitution.

L'adoption de cette loi démontre une volonté de ne plus sanctionner mais d'accompagner les personnes qui se prostituent avec entre autres l'annulation du délit de racolage.

2. Etat des lieux de la prostitution en France

2.1 Un paysage hétérogène et complexe, inscrit dans un imaginaire collectif marqué par des représentations sociales fortes et une stigmatisation omniprésente

Lilian Mathieu, sociologue, témoigne dans ses nombreux travaux de la complexité du paysage prostitutionnel, qu'il décrit comme hétérogène devant la diversité des publics, des situations et conditions d'exercice. Les différentes études récentes témoignent en effet d'une prostitution composite, dont la connaissance exacte ne peut être exhaustive. D'âge, de genres, 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. Si

certaines personnes 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 traite 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. (4) (5).

L'établissement d'une définition univoque de la prostitution apparaît donc comme un non-sens, qui ne permettrait en aucun cas de rendre compte de l'ensemble des facettes du paysage prostitutionnel.

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 (6). La personne prostituée n'est souvent perçue qu'à travers l'activité prostitutionnelle, au détriment de son identité propre. « L'autre » est maintenu à distance par « les gens ordinaires », permettant ainsi « l'instauration d'une ligne de partage dans l'espace moral : entre le pur et l'impur, entre le bon et le mauvais, entre le tolérable et l'intolérable » (7). La prostitution s'inscrit donc dans un imaginaire collectif lourd de préjugés. Elle a longtemps été et reste encore parfois, une pratique considérée comme déviante, en rupture avec les normes sociales et relationnelles communément admises. Elle interroge 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 moreaux distincts* ». (8) La prostitution porte ainsi le stigmate de la déviance sexuelle par rapport à la norme dominante acceptée par la société.

Une part majoritaire des personnes qui se prostituent tentent aujourd'hui de lutter contre cette stigmatisation, se définissant beaucoup plus volontiers comme des travailleu(r)(se)s du sexe que comme des prostitué(e)s, reprenant ainsi le terme « travail du sexe » (sex work) défini en 1978 par Carol Leigh. (6).

La mise en œuvre de mesures visant à améliorer la santé des personnes qui se prostituent semble se heurter à de nombreux obstacles. Les données disponibles dans la littérature pointent d'importantes difficultés d'accès aux soins pour les personnes prostituées, du fait de leur situation administrative parfois mais aussi d'une méfiance particulière vis-à-vis des administrations et de la crainte du jugement. (9) (10) (11) (12). Les différentes études récentes confirment ce constat, et attestent d'une difficulté à révéler l'activité prostitutionnelle par peur de la stigmatisation et d'éventuelles discriminations. L'étude Pro-Santé menée par l'InVS et la FAS (Fédération des Acteurs de la Solidarité) estimait ainsi que dans plus de la moitié des cas, les professionnels de santé n'étaient pas informés de la situation des personnes rencontrées ce qui n'est pas sans conséquences sur la santé physique et psychique des personnes. (9)

Ainsi, malgré des besoins en santé importants et une grande vulnérabilité, les personnes qui se prostituent s'inscrivent dans une complexité de prise en charge. La méconnaissance de l'activité prostitutionnelle par les professionnels de santé viendrait donc potentiellement limiter l'accès à la prévention, aux actions de réduction des risques, contribuant ainsi à l'augmentation des inégalités sociales de santé (13) (14) (15).

2.2 Contexte national

Le contexte de la prostitution a fortement évolué ces vingt dernières années, bien que nous ne disposions pas de données objectives quant à l'état réel du phénomène prostitutionnel en France. Différents rapports publics ont été commandés 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. (9)
- Le rapport de l'IGAS de décembre 2012 sur les enjeux sanitaires de la prostitution.(11)
- Le rapport d'information du Sénat enregistré en octobre 2013.(16)
- L'évaluation de santé publique de la HAS validé en janvier 2016.(10)

Par ailleurs, Médecins du Monde a récemment publié une enquête « Que pensent les travailleu(r)(se)s du sexe de la loi prostitution ? »(17) Cette enquête a été menée par deux chercheurs en collaboration avec onze associations afin de documenter l'incidence de la loi sur la santé, les droits et les conditions de vie des personnes prostituées en France.

La prostitution en France est difficile à apprécier quantitativement, les données disponibles émanant des autorités publiques et des associations portant 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. L'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH)² rapporte que 20 000 à 40 000 personnes seraient en situation de prostitution en France en 2010 alors que le Syndicat du Travail Sexuel (STRASS) évalue ce nombre à 400 000. (18) (19)

La prostitution en France se caractérise par une hétérogénéité dans les profils de populations et une diversité dans les pratiques et modes d'exercices : prostitution de rue, bars à hôtesse et salons de massage, prostitution à domicile ou à l'hôtel avec prise de contact sur internet. L'activité prostitutionnelle peut être une source unique de revenu ou complémentaire à une autre activité exercée en parallèle.

Les personnes prostituées sont en majorité des femmes avec une proportion d'hommes et de personnes transsexuelles et transgenres estimée à environ 10% selon les différentes sources.

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 ». Ainsi, entre 80 et 90% des personnes se prostituant seraient de nationalité étrangère alors qu'elles n'étaient que 20% au début des années 90. Selon l'OCRTEH, elles sont pour la plupart originaires de Roumanie, Bulgarie, Nigéria, Brésil et de Chine. Nombreuses sont en situation irrégulière et exercent soit au sein de réseaux familiaux ou mafieux, soit pour rembourser une dette contractée auprès de réseaux de passeurs.

L'exercice de la prostitution dans la rue demeure la plus répandue et identifiée des services de Police et des associations bien qu'il soit rapportée une tendance à l'éloignement périphérique des centres urbains rendant cette pratique moins repérable par les services de proximité. La prostitution qui se pratique à l'intérieur, au domicile ou à l'hôtel, dans des bars ou salons de massage, est de fait non visible et moins identifiable et serait sous-évaluée.

² L'OCRTEH est rattaché à la direction centrale de la police judiciaire et exclusivement compétent dans le domaine de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle. Données fournies par La CASE.

2.2.1 Profils et caractéristiques du public

Les données disponibles ne permettent pas d'avoir une vision précise de la diversité des profils et caractéristiques des publics concernés, ni de leurs conditions de vie très contrastées. A partir des données collectées par l'OCRTEH, certaines formes de prostitutions et groupes de populations se dégagent :

La prostitution dite « traditionnelle » ne représente aujourd'hui plus que 10% de la prostitution de rue. Ce sont essentiellement des femmes, françaises, d'environ 60 ans, qui revendiquent une activité maîtrisée et autonome. Cette forme de prostitution tend à évoluer vers une pratique *Indoor*, bien qu'elle semble néanmoins disparaître au profit des réseaux d'exploitation.

Le phénomène d'une prostitution de personnes vieillissantes est observé et son ampleur serait sous-évaluée. Le nombre de personnes de plus de 60 ans est estimé à 4%, ce sont principalement des femmes qui exercent la prostitution depuis longtemps et qui ne sont pas en mesure d'arrêter faute de ressources suffisantes.

La prostitution étrangère a beaucoup augmenté et s'inscrit souvent dans le cadre de réseaux d'exploitation :

La prostitution de femmes africaines est liée à des vagues migratoires. La première, dans les années 80-90, de camerounaises et ghanéennes arrivées en France sans intermédiaire, dont la situation a été régularisée, et pour lesquelles la prostitution vient compléter des revenus d'emplois précaires. La deuxième, à la fin des années 90, de jeunes nigérianes vendues par leur famille à des réseaux (8 000 à 14 000€) ou attirées par l'Europe. Sous tutelles de « mamas » ou de la « madam », elles sont instrumentalisées par des rites vaudous en contrepartie d'une protection contre le mauvais sort et sont tenues de rembourser une dette (jusqu'à 65 000€) par le biais de la prostitution. (20) (21). Il ne faut pas négliger l'emprise de ces « mamas » sur les personnes accompagnées. Il faut également préciser que certaines sont d'anciennes prostituées qui ont parfois été accompagnées par l'association et qui se voient attribuer ce nouveau rôle lorsqu'elles ne peuvent plus se prostituer du fait de grossesses par exemple.

Une prostitution féminine en provenance de pays de l'Est s'est beaucoup développée dans les années 90 venant concurrencer par des tarifs très bas la prostitution dite traditionnelle. Ce sont souvent de jeunes femmes en situation de précarité et de vulnérabilité psychologique, séduites et introduites dans le réseau par la promesse de faux contrats. Elles subissent de nombreuses violences et abus de la part des proxénètes et sont contraintes par une dette souvent impossible à rembourser. (16)

Une prostitution d'origine chinoise se développe à Paris depuis le début des années 2000, elle tend à s'étendre à d'autres villes de France. Ce sont des femmes d'environ 40 ans, venues en France pour travailler dans la restauration ou la confection, ne parvenant pas à envoyer suffisamment d'argent à leur famille.

La prostitution de personnes en provenance d'Amérique latine concerne essentiellement de jeunes transsexuels soumis en partie à des proxénètes qui leur proposent de payer le trajet vers la France ainsi que leur opération.

La prostitution étudiante représenterait 40 000 personnes selon une enquête de Sud-Etudiant en 2006 (22), 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 hôtesse 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 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.(11)

La prostitution en France revêt plusieurs réalités alors difficiles à appréhender. La diversification des modes d'exercice de la prostitution, notamment par le biais d'Internet et des réseaux sociaux, et la lutte contre la prostitution de rue alors trop visible pour les pouvoirs publics, viennent accroître l'opacité du phénomène.

2.2.2 Facteurs de vulnérabilité sanitaires et sociales des personnes en situation de prostitution

Bien qu'il n'existe pas de données précises sur la situation sanitaire et sociale des personnes se prostituant, les pratiques prostitutionnelles induisent des problèmes et besoins en termes de santé, associés à des facteurs de risques variables en fonction des modes et conditions d'exercice. Les personnes qui se prostituent sont pour une partie d'entre elles en situation de grande vulnérabilité sanitaire et sociale. (9) (11) (10) (16)

→ Risques inhérents à l'activité prostitutionnelle

Tout exercice de la prostitution implique des risques potentiels en termes de santé sexuelle ou résultant de faits de violences.

- Santé sexuelle et risques infectieux :

Le VIH/Sida demeure la problématique la plus connue. La prévalence du VIH est très variable, le taux de contaminations n'est pas significativement plus élevé que chez certaines catégories de publics. Selon les études(10), les usagers de drogues, les hommes, les transgenres et les personnes d'origine étrangères seraient exposés à un sur risque de contaminations mais les données sont insuffisantes pour l'évaluer.

Les contaminations aux IST représentent le risque infectieux le plus problématique avec une prévalence bien plus élevée qu'en population générale pour la chlamydia, la gonococcie, la syphilis et le papillomavirus. Cette prévalence témoigne de prises de risques dans les pratiques sexuelles. Les IST étant génératrices de lésions génitales, les personnes infectées sont d'autant plus exposées aux risques de contaminations au VIH. Ces risques touchent les personnes se prostituant et les clients avec, de fait, une probable incidence vers un public plus large.

Hépatites : il n'existe pas de données exploitables concernant la prévalence des hépatites B et C parmi ce public bien que le sur risque d'exposition soit à prendre en compte notamment pour l'hépatite B. L'hépatite C touche plus spécifiquement les personnes usagères de drogues.

Problèmes gynéco-obstétricaux : les femmes en situation de prostitution sont particulièrement exposées à des troubles uro gynécologiques : vaginose, candidose, inflammations pelviennes, infections urinaires, anomalies cytologiques, douleurs ovariennes, problèmes de fertilité, cancer du col de l'utérus (rapports sexuels précoces, multiplicité des partenaires...), grossesses non désirées, etc.

Contraception et santé reproductive : le préservatif serait le mode de contraception le plus utilisé par les femmes prostituées. D'après certaines études (Rapport HAS), seulement 30% utiliseraient une contraception orale. L'étude Pro Santé fait apparaître un recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie pour 61% des femmes interrogées contre 40% dans la population générale.

- Violences

Des violences de la part des clients, des proxénètes, des réseaux ou encore des personnes prostituées entre elles, de détraqueurs, de riverains ou même de passants sont rapportées. De nombreuses PSP ne porteraient pas plainte par peur ou méconnaissance des institutions. Ces violences subies peuvent être physiques, sexuelles, verbales ou psychologiques, elles sont souvent sous-estimées ou les personnes renoncent aux soins par crainte d'être identifiées.

Selon l'étude Pro-Santé, 51% des personnes interrogées auraient subi des violences physiques dans le cadre de l'exercice de la prostitution de rue ; 61% ont subi des violences psychologiques. Un tiers parmi les personnes enquêtées ont déjà subi un viol au cours de leur vie.

- Exposition aux risques (11) (10)

L'incidence des risques sanitaires serait différente selon les modes d'exercice de la prostitution. Bien qu'il n'existe pas de données probantes sur la question, la prostitution de rue est souvent considérée comme plus à risques. Cependant, les niveaux de vulnérabilités sont très variables en fonction des profils des personnes, la prostitution *Indoor* n'excluant pas une exposition aux risques accrue du fait de l'isolement des personnes. Les personnes en situation d'exploitation sexuelle au sein de réseaux de proxénétisme ou de traite sont considérées comme les plus vulnérables et exposées aux risques les plus graves (exposition aux risques infectieux aggravés par la concurrence, violences physiques et sexuelles avérées, troubles psychiques graves). Les personnes débutant leur activité ou exerçant une activité occasionnelle sont aussi très exposées aux risques sanitaires en raison d'une méconnaissance des pratiques de prévention et d'une situation d'isolement davantage marquée.

- Utilisation du préservatif

La majorité des études sur le sujet rapporte un usage déclaré systématique du préservatif lors de rapports sexuels avec les clients par les personnes prostituées, ces données déclaratives étant à prendre avec précaution.

En effet, l'usage du préservatif serait assez fréquent chez les femmes lors de rapports avec pénétration mais beaucoup moins lors des rapports bucco-génitaux. Les prises de risques sexuels seraient plus importantes parmi la population homosexuelle masculine et parmi les personnes transgenres qui se prostituent avec un niveau de protection plus faible, soit parce que les personnes ne se sentent pas concernées par le VIH et les IST, soit parce que les personnes sont particulièrement fragiles et soumises à la demande du client de rapports non protégés. Il revient que le préservatif serait peu utilisé par les publics dans le cadre de leur vie privée (moins de 50%). Les prises de risque seraient également plus importantes chez les personnes toxicomanes et chez les personnes migrantes. (23)

- Méconnaissance des messages et pratiques de prévention

Les publics se prostituant n'ont pas tous accès aux messages et pratiques de prévention ni aux structures de première ligne, soit du fait de la barrière de la langue pour certaines populations, soit du fait de l'isolement de certains publics dans leur mode d'exercice de la prostitution. De fait, certains publics ont une faible connaissance des IST et des pratiques de prévention.

- Une demande des clients de rapports sexuels non protégés

Il est signalé une demande croissante des clients de rapports sans préservatifs, une demande qui serait en augmentation depuis la pénalisation des clients. Il est ainsi rapporté un haut niveau de prises de risques sexuels chez les clients avec des prévalences supposées de VIH et d'IST supérieures à la population générale dont ils sont alors vecteurs potentiels. La non-

utilisation du préservatif devient alors l'objet d'un service tarifé. Ces pratiques à risques seraient plus importantes chez les personnes en situation de grande précarité pour qui négocier avec le client l'usage du préservatif serait de fait plus complexe. (24)

- Un faible recours au dispositif de prévention et de soin

Bien qu'il soit difficile d'évaluer le niveau d'accès des publics au dépistage et à la prévention, les études sanitaires et les associations de terrain font état d'un recours au dépistage insuffisant estimé entre 68% et 83% pour le VIH et 60% pour le VHC selon les études (InVS 2013, OFDT 2004). (16) (25)

Les personnes se prostituant dans la rue ont plus difficilement accès à un suivi médical et gynécologique et le recours aux soins est d'autant plus problématique que leur situation est précaire avec pour une incidence : un faible accès au dépistage des IST et du cancer du col de l'utérus, un non recours au traitement prophylactique suite à un rapport à risque, un non recours aux soins suite à des violences physiques ou sexuelles, demandes d'IVG tardives, etc.

Enfin, il semble qu'un niveau de grande précarité vienne souvent reléguer la santé au second plan, les besoins primaires comme l'alimentation ou le logement reléguant les soins au second plan et amenant les personnes à se préoccuper de leur santé qu'en cas d'extrême nécessité. (24)

- Autres facteurs d'exposition aux risques

La consommation de substances : les consommations de drogues, d'alcool ou de médicaments psychotropes induisent des prises de risques plus importantes dans les rapports sexuels.

Les troubles psychiques : l'usage du préservatif serait moins systématique chez les personnes présentant une vulnérabilité psychique.

La violence : une corrélation est supposée entre rapports sexuels non protégés et violence des clients.

→ **Autres risques sanitaires non nécessairement imputables à la prostitution**

- Troubles observés dans le cadre de la prostitution de rue

Un ensemble de troubles sont observés dans le cadre spécifique de la prostitution de rue : affections respiratoires (infections broncho-pulmonaires, asthme, tuberculose), dermatoses fréquentes, troubles hépatiques liés à la consommation d'alcool, des troubles digestifs liés au stress, troubles musculo-squelettiques consécutifs à l'activité de rue ou à des violences subies, troubles spécifiques rencontrés au sein des publics transgenres dans le cadre de leur parcours de transformation (complications faisant suite à l'hormonothérapie ou à l'injection de silicone), troubles alimentaires, manque d'hygiène, etc.

- Troubles psychiques

Des troubles psychiques sont également relevés : troubles psychosomatiques, troubles anxio-dépressifs, dépression, états de stress post-traumatique, etc. Ils peuvent être imputés à l'exercice de la prostitution, en lien avec les violences et les pressions de l'environnement (réseaux de traite, violences de la rue, clients) ou encore à la stigmatisation et à l'isolement, mais aussi à une vulnérabilité psychique antérieure, à un parcours migratoire, à des problématiques identitaires, à la consommation de substances, à un parcours de transformation sexuelle, ou encore à une situation de grande précarité et d'exclusion.

- Addictions

Il est rapporté des consommations d'alcool fréquentes chez les femmes qui se prostituent (usage quotidien variant de 20 à 30% en moyenne (11)). Des enquêtes de l'Observatoire

français des drogues et des toxicomanies en 2004 sur la consommation de produits psychoactifs dans les milieux de la prostitution faisaient état d'une consommation régulière d'alcool pour 42% des femmes et 79% des hommes interrogés(25) (26); 20% des femmes et 7 % des hommes consommaient des médicaments psychotropes. L'usage de drogues est néanmoins beaucoup moins important que dans les années 80/90 parmi ces publics depuis l'arrivée des traitements de substitution.

- Précarité

Les personnes en situation de précarité cumulent davantage de facteurs de risques que ce soit en lien avec l'activité prostitutionnelle ou associés à des caractéristiques individuelles ou sociales et sont davantage en difficulté pour recourir au dispositif de prévention et de soin. Les personnes précaires subissent d'autant plus la pression de la concurrence et des clients avec une forte exposition aux risques infectieux et à la violence.

→ Les freins à l'accès aux droits et aux soins

L'accès aux droits et aux soins lié à l'accès à une couverture maladie semble très hétérogène au regard de la diversité des situations sociales et juridiques des personnes en situation de prostitution. Sur le principe, les personnes relèvent des dispositifs de droit commun en fonction de leur statut : affiliation au RSI en tant qu'indépendant, affiliation en tant que salarié dans le cadre d'une activité salarié parallèle, inscription à la CMU et CMUc ou accès à l'AME.

Dans la réalité, il apparaît que les personnes en situation de précarité et plus spécifiquement les personnes de nationalité étrangère sont en difficulté pour accéder à une couverture sociale. Le risque de renoncement à faire valoir ses droits et par conséquent aux soins est une problématique réelle et préoccupante, signalée par l'IGAS et l'IGF dans un rapport sur l'AME en 2010. (27)

Plusieurs facteurs impactant l'accès aux droits fondamentaux sont en cause et soulevés par les institutions et les associations de terrain :

- L'activité prostitutionnelle implique de fait des revenus non déclarés, une protection sociale moindre, une difficulté dans l'accès aux droits au séjour, un accès au logement limité, etc. L'irrégularité du séjour va constituer un facteur aggravant de la situation sanitaire et sociale de la personne.
- La complexité et les délais propres aux démarches administratives viennent renforcer le risque de renoncement à l'accès aux droits fondamentaux.
- La méconnaissance des droits et des institutions, la barrière linguistique ainsi que l'exclusion sont des facteurs récurrents de nonaccès aux dispositifs de droit commun.
- Une défiance vis-à-vis des institutions et parfois des structures de première ligne est parfois observée par les acteurs, soit par crainte liée à une situation d'irrégularité sur le territoire français, soit par pression des réseaux d'exploitation et de traite ou encore par peur des stigmatisations. Les différentes études confirment ce constat, et attestent d'une difficulté à révéler l'activité prostitutionnelle par peur de la stigmatisation et d'éventuelles discriminations. (9)
- Le turn-over et la forte mobilité géographique des personnes, notamment au sein des réseaux de prostitution ainsi que l'absence de logement représentent des obstacles dans l'accès à une domiciliation et par conséquent empêchent l'accès aux droits.
- Les contraintes et modes de vie des publics sont souvent en inadéquation avec les horaires d'ouvertures des administrations et services sanitaires et sociaux.

L'ensemble de ces facteurs cumulés à des conditions de vie précaire et d'isolement social pour une partie du public en situation de prostitution viennent aggraver des situations sanitaires et sociales déjà problématiques et compliquent l'intervention des associations de proximité (13) (14) (15) et la mise en œuvre de mesures visant à

améliorer la santé des personnes qui se prostituent semble se heurter à de nombreux obstacles. (9) (10) (11)

2.3 Des associations aux modalités d'organisation variées.

Le secteur associatif a historiquement développé des structures d'accompagnement visant à favoriser l'accueil, l'accompagnement, l'insertion et l'hébergement des PSP. L'épidémie de VIH / SIDA a fait émerger de nouveaux dispositifs plus spécifiquement orientés sur la prévention et l'accès aux droits et aux soins. Progressivement, de nombreuses associations créées par les PSP ou non ont élargi leur périmètre d'intervention aux questions plus globales d'accès aux droits et d'accompagnement social. (28)

Il existe aujourd'hui des associations dites communautaires reposant sur l'implication des PSP elles-mêmes et des associations dites de « tradition sociale » qui adoptent plus ou moins une approche globale fondée sur des compétences multiples et mobilisant plus ou moins la participation directe de la communauté. D'autres structures plus récentes et novatrices dites paritaires émergent cependant, associant des membres de la communauté aux actions de prévention et aux soins. Des associations communautaires comme Grisélidis à Toulouse ou Cabiria à Lyon associent le soutien de la communauté à des accompagnements plus spécifiques par une infirmière ou un travailleur social par exemple.

2.4 Le parcours de sortie de prostitution, la loi de 2016

Comme citée précédemment, la loi de 2016 prévoit plusieurs mesures d'accompagnement en faveur des personnes qui se prostituent. Le quatrième volet de la loi prévoit notamment un parcours de sortie de prostitution. Ce dispositif propose un hébergement, un revenu minimum et un accompagnement social via une association accréditée sur le territoire concerné. Il doit permettre entre autres d'obtenir un titre de séjour de 6 mois et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé dans un objectif de formation et d'insertion professionnelle. Cette loi a fait l'objet d'une évaluation en 2019 et il semble exister de fortes disparités territoriales, la décision de validation du parcours étant soumise aux préfet(e)s. (29)

La ville de Bordeaux n'a pas répondu à l'enquête, mais le dispositif Poppy n'aurait présenté qu'un seul dossier depuis la création de cette modalité d'accompagnement, et 3 parcours de sortie étaient en cours en juillet 2020. Sur le territoire français, le dispositif ne concernait que 230 personnes en juin 2019 ce qui est peu au regard du nombre de personnes potentiellement concernées. Selon la commission d'évaluation, il existe d'importantes disparités en fonction des territoires concernant les critères d'entrée dans le parcours, aucune circulaire ne venant préciser les critères d'admissibilité. Certaines préfectures n'ont ainsi refusé aucune demande là où certaines ont un taux de refus de plus de 50%. Il semble que cette réalité conduise certaines PSP à se domicilier dans des départements plus favorables à l'acceptation de leur dossier. Par ailleurs, l'exigence de l'arrêt de la prostitution préalable à l'acceptation d'entrée dans le dispositif de parcours de sortie fait également débat, notamment concernant les populations migrantes pour qui l'activité prostitutionnelle est la seule source de revenus.

Dans un rapport de 2018, Médecins du Monde rapporte les effets néfastes de cette loi mettant en avant une recrudescence des violences et un repli encore plus important des personnes en situation de prostitution rendant cette population encore moins visible et plus éloignée des dispositifs d'accès aux soins. (30) La loi aurait comme effet néfaste de précariser encore plus les personnes d'un point de vue financier et de ce fait d'augmenter les pratiques à risque.

Selon les données collectées auprès des personnes (583 personnes en situation de prostitution interrogées) et les auteurs du rapport, le volet répressif de la loi serait néfaste, entraînant une baisse d'activité, une baisse de revenus et une « perte de pouvoir dans la relation avec le client », ce dernier imposant ses propres conditions puisqu'étant celui qui prend les risques. (17). Les mesures prévues par la loi de 2016 sont également perçues de manière négative car « établies avec une vision abolitionniste ayant pour objet de faire sortir les personnes de la prostitution, réfutant l'idée d'une part de prostitution choisie, liée à des traumatismes antérieurs ou à une situation sociale et financière précaire ». (31)

2.5 La PrEP (prophylaxie pré exposition)

Comme évoqué précédemment, il semble qu'il existe des conduites à risque en lien avec une grande précarité, l'usage du préservatif pouvant faire l'objet de négociations tarifaires importantes. La prophylaxie pré exposition par Truvada® instaurée depuis 2018 en France était plus particulièrement destinée aux HSH (hommes ayant des relations avec d'autres hommes) ou aux personnes transgenres, mais également aux personnes qui se prostituent, comme le précise la Stratégie Nationale de Santé sexuelle 2017- 2030. (32) La première délivrance de ce traitement doit être réalisée en milieu hospitalier au sein d'un service spécialisé. (33). Les premiers rapports évaluant l'utilisation de la PrEP et son incidence démontrent une baisse globale du taux de contamination au VIH de 7%. Cependant, cette baisse ne concerne pas les femmes hétéros sexuelles nées à l'étranger. (34). Par ailleurs, les nouvelles recommandations de 2018 concernant la prescription de la PrEP aux personnes en situation de prostitution ne font l'objet de recommandations qu'au cas par cas. (35).

Si la PrEP semble aujourd'hui relativement répandue auprès des HSH et d'une partie de la population transgenre, elle semble en revanche peu concerner les personnes qui se prostituent, en particulier les femmes migrantes, pourtant particulièrement exposées aux conduites à risque. Les PSP semblent avoir peu connaissance de l'existence du dispositif et la délivrance hospitalière en complexifie par ailleurs l'accès.

2.6 Contexte local

Le contexte bordelais de la prostitution est proche du contexte national. Les éléments d'information sur la prostitution à Bordeaux reposent d'une part sur un travail d'observation réalisé par les équipes de La CASE et d'autre part, sur des informations recueillies auprès des autorités publiques.

Depuis janvier 2018, les équipes de professionnels et de bénévoles de La CASE effectuent un travail de proximité au sein des lieux de prostitution de rue de la métropole bordelaise en vue de prendre contact avec les publics et d'identifier leurs besoins et les problématiques auxquelles ils sont confrontés. Chaque semaine, un binôme de professionnels de compétences sanitaires et sociales effectue une tournée de nuit sur des lieux identifiés de prostitution, principalement sur Bordeaux et Bègles avec pour objet de mettre en place un travail de prévention et de réduction des risques sanitaire et sociaux auprès du public.

Les équipes ont pu entrer en lien avec un certain nombre de personnes : 922 personnes différentes ont été rencontrées sur l'ensemble des modalités d'intervention en 2019. ³

³ Données issues du bilan d'activité 2019, dispositif Poppy, La CASE.

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

- Des pays d'Europe de l'Est : ce sont principalement des femmes d'origine bulgare et albanaise d'en moyenne 30 ans. La plupart d'entre elles vivent à l'hôtel ou en campement et sont soumises à un réseau de prostitution familial dont il est difficile de s'extraire.
- D'Afrique subsaharienne anglophone : majoritairement des femmes nigérianes, mineures et jeunes majeures vivant dans des appartements partagés. Elles sont souvent approchées en groupe par les équipes de terrain, il est parfois difficile d'échanger avec elles de manière individuelle, souvent surveillées par les « mamas ». Ainsi le CASO de Médecins du Monde a récemment vu arriver de jeunes nigérianes sans hébergement et extrêmement vulnérables et précaires. Par ailleurs, plusieurs affaires d'agressions avec violences et d'agressions sexuelles ont été rapportées, notamment de femmes nigérianes qui avaient déporté leur activité de rue vers une activité en appartement.
- D'Afrique francophone : femmes camerounaises entre 40 et 50 ans, arrivées en France dans les années 80 et 90 et régularisées. Certaines ont une activité salariée parallèle, la prostitution vient compléter des ressources insuffisantes et/ou permet d'envoyer de l'argent à la famille restée au pays.

D'autres profils de public sont observés :

- Femmes françaises plus âgées (60-70 ans) qui exercent une prostitution dite « traditionnelle » depuis de nombreuses années.
- Travestis et transgenres ou transsexuels : à priori dans des pratiques très à risques, ils sont très exposés aux risques de VIH avec des demandes des clients plus extrêmes dans les pratiques sexuelles.
- La prostitution masculine est moins présente dans la rue. Des hommes jeunes voire mineurs, certains provenant des pays de l'Est se prostitueraient dans la rue ou en squat. La prostitution masculine serait davantage répandue *Indoor*.
- Une population originaire d'Amérique Latine a été identifiée au sein de la prostitution de rue mais elle est peu représentée sur Bordeaux. Ce sont principalement des femmes.
- La prostitution chinoise est surtout présente à Paris. Il existe quelques cas connus à Bordeaux, dans des salons de massage. Elle apparaît comme particulièrement clandestine, et il n'est pas exclu qu'elle soit davantage présente à Bordeaux ou qu'elle se développe dans les années à venir.
- Une prostitution étudiante est présente mais peu visible même si le travail d'investigation des équipes sur internet semble mettre en avant une population de plus en plus jeune.

Les acteurs associatifs estiment à plus de 1000 le nombre de personnes se prostituant dans la rue à Bordeaux. ⁴

Le public rencontré sur la métropole semble être sensiblement le même qu'au niveau national. Par ailleurs, les besoins en termes de santé et d'accès aux droits fondamentaux sont les mêmes que ceux soulevés au niveau national.

⁴ Données issues du bilan d'activité 2018 du dispositif Poppy, association La CASE.

2.7 Accompagnement des personnes prostituées sur Bordeaux et la métropole.

Il n'existe à ce jour aucune autre proposition d'accompagnement global des publics en situation de prostitution sur la métropole bordelaise que celui effectué par le dispositif Poppy. Des associations proposent des services aux prostituées sur des champs spécifiques d'intervention, correspondant à leurs compétences et missions associatives. La controverse autour de la prostitution est aussi présente au niveau local, et se lit dans les orientations prises par les associations de terrain (abolitionniste, réglemmentariste...).

L'accompagnement de La CASE se veut complémentaire et davantage orienté sur un accueil de prévention, de réduction des risques sanitaires et de promotion de la santé sexuelle. Au regard de la diversité des profils identifiés et des problématiques individuelles observées parmi les publics en situation de prostitution, il lui est apparu nécessaire de proposer une approche globale, sans jugement ni contrainte, qui tient compte du parcours de la personne et de sa trajectoire de vie. Aussi, il s'agit de s'adapter aux situations individuelles et de développer une réponse pluridisciplinaire au plus près des problématiques sociales, sanitaires, juridiques et psychologiques rencontrées par les personnes.

Dans le même champ médico-social, le CEID (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions) propose un accueil autour de la prévention des risques infectieux une après-midi par semaine auprès de ce public.

L'association Ruelle intervient spécifiquement dans le champ de lutte contre la traite des êtres humains (prostitution, mendicité, servitude, délinquance forcée, etc.) et propose à ce titre un accompagnement social, psychologique et juridique aux victimes d'exploitation sexuelle.

Des associations confessionnelles à visée humanitaire ou caritative vont à la rencontre des personnes en situation de prostitution à Bordeaux. Les associations Le Mouvement du Nid et Aux captifs, la libération s'inscrivent dans la lutte contre le système prostitutionnel et soutiennent la sortie de la prostitution et la réinsertion sociale. L'association Betsaleel Femmes d'ombre et de Gloire propose l'accueil, l'aide et la restructuration de la femme en situation de prostitution. La Société de Saint-Vincent de Paul va au contact des personnes prostituées avec des boissons chaudes

B. Problématique, questionnements

1. Constats

Le projet du dispositif Poppy s'appuie sur plusieurs mesures récentes prévues pour l'accompagnement des PSP et portées par la nouvelle loi de lutte contre le système prostitutionnel adoptée en avril 2016 ainsi que par le décret du 2 mars 2017 qui approuve le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées :

● Loi n°2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (1)

Elle contient notamment les mesures suivantes :

- Améliorer la prise en charge globale des personnes prostituées et la protection dont elles peuvent bénéficier (soutien au logement, revenu de substitution, protection, etc.) et proposer un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle. (Chapitre II)

- Améliorer la prévention et l'accompagnement vers le soin des personnes prostituées pour une prise en charge globale en appliquant la politique de réduction des risques relatifs à la prostitution (Chapitre III, art. 17)
- Mettre en place une prévention plus importante des pratiques prostitutionnelles et du recours à la prostitution par des mesures de sensibilisation et d'éducation (Chapitre IV)

● Décret n°2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique (36)

Il définit le cadre, les objectifs et les modalités d'intervention de la réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution.

« La réduction des risques (RDR) pour les personnes en situation de prostitution vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux résultant des pratiques prostitutionnelles. Elle s'adresse à toute personne en situation de prostitution.

La réduction des risques repose à la fois sur des interventions visant directement les personnes prostituées et sur une mobilisation des administrations et/ ou des associations pouvant favoriser leur accès aux droits et à la santé globale. »

Le décret du 2 mars 2017 précise ainsi les objectifs des actions de réduction des risques auprès des personnes en situation de prostitution :

1. De prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, les pathologies somatiques non infectieuses et les pathologies psychiques ;
2. D'orienter en fonction des besoins les personnes vers les services de soins généraux, de soins spécialisés, les services d'addictologie, les services de santé mentale, les services sociaux et d'urgence, les associations agréées chargées de la mise en œuvre du parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle ;
3. D'améliorer leur état de santé physique et psychique ;
4. D'améliorer leur insertion sociale (accès au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle, à l'accès au logement, aux droits sociaux, à la santé, aux systèmes de protection et d'assistance et aux services sociaux) ;
5. De favoriser la participation des personnes dans la définition et la réalisation des actions de RDR dans une démarche de santé communautaire ;
6. De contribuer au recueil de données ou à l'amélioration des connaissances sur la santé des personnes en situation de prostitution.

Ces dernières mesures semblent démontrer qu'au-delà de simples mesures de réduction des risques, les politiques de santé semblent aujourd'hui vouloir se préoccuper davantage de la santé globale des personnes qui se prostituent. (11) (37)

Les rapports officiels 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 mais aussi de conditions de vie parfois dégradées. 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 sur lequel le dispositif Poppy tente de s'appuyer aujourd'hui. (9) (11)

Dans le cadre des missions de stage qui m'ont été confiées, j'ai été amenée à rencontrer l'équipe médico-sociale du dispositif ainsi que les personnes en situation de prostitution accueillies sur la ville de Bordeaux et la communauté urbaine. La population accueillie au sein du local est constituée de 90% de femmes dont la moyenne d'âge est de 29 ans.⁵ La plupart

⁵ Données issues des bilans d'activité 2018 et 2019, dispositif Poppy, La CASE.

des personnes sont en situation de grande précarité et la majorité des personnes sont d'origine étrangères. Nombreuses sont sans droit au séjour de façon stable, sans hébergement et l'activité prostitutionnelle constitue la seule source de revenus, le statut administratif ne permettant d'accéder à aucune forme d'aide sociale ni à aucune autre ressource que celle obtenue par la prostitution.

Malgré son ouverture récente, le lieu est bien identifié par les PSP de la ville de Bordeaux et le travail de proximité des travailleurs médico-sociaux permet à l'équipe « d'aller vers » les personnes sur le lieu de leur activité et permet une première approche de proximité, un premier lien facilitant un passage ultérieur sur le local.

J'ai pu dans un premier temps constater sur de nombreuses permanences que les femmes qui se présentaient au local étaient de jeunes mères de famille ne se prostituant plus depuis plusieurs mois, l'équipe répondant à des demandes du type renouvellement de CMUc, déclaration d'impôts... Ces personnes avaient pour la plupart un suivi social extérieur à l'association et n'avaient donc plus vocation à être suivies par l'équipe.

Pour rappel, l'équipe a également une mission consistant à atteindre l'ensemble des PSP de la métropole bordelaise, y compris la prostitution non visible comme celle d'internet via les tournées virtuelles. Les membres de l'équipe ont plusieurs fois évoqué les difficultés à aller vers cette forme de prostitution peu visible et difficile à atteindre. En effet, l'équipe passait plusieurs heures par semaine à cibler les sites d'annonce et à envoyer des textos ou emails présentant l'association et ses missions avec un taux faible de retour et même une baisse significative du nombre de personnes contactées via les tournées virtuelles : environ 15 en 2019 vs 7 en 2018, avec un taux de retour faible (8%).⁶ Entre autres, elle souligne les difficultés à atteindre la population internet qu'elle décrit comme plus mobile, les personnes se déplaçant au sein de la région ou de la France ainsi qu'à l'étranger.

Enfin, j'ai pu constater que la question de la réduction des risques liés à la pratique prostitutionnelle qui est pourtant au cœur des missions des travailleurs sociaux semblait souvent difficile à aborder en dehors d'entretiens individuels réalisés lors de dépistages.

2. Questionnements

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la définition de la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».(38) Elle est influencée par de nombreux facteurs que sont les déterminants sociaux de santé. (39). L'interaction complexe entre ces déterminants va déterminer l'état de santé des individus. Selon le modèle de Dahlgren et Whitehead (40), il existe douze déterminants :

- Le niveau de revenu et le statut social.
- Les réseaux de soutien social.
- L'éducation et l'alphabétisme.
- L'emploi et les conditions de travail.
- Les environnements sociaux.
- Les environnements physiques.

⁶ Données issues des bilans d'activité 2018 et 2019, dispositif Poppy, La CASE.

- Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles.
- Le développement de la petite enfance.
- Le patrimoine biologique et génétique.
- Les services de santé.
- Le sexe.
- La culture.

Si on prend en considération les données recueillies concernant l'état de santé des personnes qui se prostituent, il semble qu'un certain nombre de ressources préalables nécessaires à une bonne santé ne soient pas réunies.

La Case ayant pour objectif d'atteindre la prostitution bordelaise dans son ensemble, y compris sur internet, en essayant d'adapter sa prise en charge à la diversité des parcours de vie et des problématiques associées, il m'a semblé intéressant de me questionner sur les besoins des personnes rencontrées, et d'identifier les leviers possibles pour répondre à ces besoins et ainsi améliorer la santé globale des PSP.

Je me suis donc demandé face à la diversité des publics et des situations rencontrées d'une part, les missions confiées d'autre part, comment au-delà de sa mission première de réduction des risques l'équipe pouvait agir favorablement sur la santé des personnes accompagnées.

3. Objectifs

Cette réflexion et ces questionnements m'ont amené à définir un objectif principal pour mon travail de mémoire :

Définir les modalités de promotion de la santé adaptées aux besoins des personnes reçues au sein de l'association.

J'ai fixé les objectifs spécifiques suivants :

- **Décrire les caractéristiques des personnes prostituées accueillies au sein de l'association**
- **Identifier leurs besoins.**
- **Identifier les freins et leviers possibles permettant de répondre à ces besoins**

C. Méthodologie de travail

1. Cadre de l'enquête

Une étude de la littérature a été réalisée en amont afin de recueillir des données sur le sujet et d'orienter au mieux ma réflexion et mon questionnement. Ce travail préalable a permis de fixer la méthodologie utilisée et d'élaborer les grilles d'entretien. Enfin elle a permis d'enrichir l'analyse et les préconisations proposées.

2. Choix de la population, échantillonnage

La population cible que représentent les personnes qui se prostituent et accompagnées par l'association. L'objectif étant de cibler l'ensemble des PSP, j'ai souhaité rencontrer des personnes rencontrées via les maraudes mais également via les tournées 2.0. Pour cela, l'équipe m'a orientée plus particulièrement vers un certain nombre d'utilisateurs du dispositif susceptibles de bien vouloir participer à l'étude. Les personnes ont été contactées lors de leur passage au sein du local ou par téléphone. Au total, 6 personnes ont été contactées.

La population secondaire que représentent les professionnels a été naturellement intégrée à la recherche et les 3 salariés en charge de l'accompagnement global ainsi que le médecin ont répondu favorablement à mes sollicitations.

3. Approches retenues

3.1 Recueil de données quantitatives

Pour définir les caractéristiques de la population qui fréquente l'association, il m'a paru dans un premier temps intéressant de me servir des bilans d'activité disponibles. Le « paysage » de la prostitution peut selon l'équipe changer assez rapidement et j'ai décidé de recueillir les données du premier semestre 2020 afin de donner des caractéristiques plus actuelles du public. Il ne s'agit pas de donner la nationalité des personnes, ni de faire un recueil de données statistiques mais plutôt de décrire si les personnes sont francophones ou non, de constater la fréquence de fréquentation, de repérer les motifs de fréquentation, les actes réalisés et d'avoir une vision globale des personnes rencontrées par l'équipe.

3.2 Observation participante

L'observation participante est une méthode qualitative de recueil de données définie comme « une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers » et qui permet de rassembler un certain nombre de données. (41)

Ma présence sur le local sur les temps de permanence me permet d'être en lien direct avec l'équipe et les PSP, et de participer aux missions de l'association. Elle me permet d'être au plus près de la réalité du travail de terrain des équipes et d'observer et de recueillir des données concernant les demandes des usagers, les modalités des réponses apportées. L'observation notamment lors des maraudes m'a permis de mieux appréhender la réalité concernant la prostitution de rue.

Par ailleurs ma présence a permis de créer moi-même du lien avec les PSP en vue d'entretiens ultérieurs.

3.3 échanges informels

Le quotidien au sein de l'association permet d'échanger avec l'équipe de façon spontanée sur divers sujets : les pratiques professionnelles, leur vision de la réduction des risques et de la promotion de la santé, les difficultés rencontrées, les projets en cours.

Avec les usagers, ces échanges me permettent de repérer les demandes, de recueillir des informations générales sur les personnes, leurs conditions de vie etc. avec des personnes qui ne souhaitent pas forcément faire d'entretiens formels mais qui échangent plus facilement sur les temps d'accueil et lors d'échanges collectifs. Ils permettent une prise de notes généralement après les échanges tout au long du stage venant enrichir ma réflexion concernant les thèmes fixés dans le cadre de l'étude mais également des thèmes peu ou moins abordés lors des entretiens.

3.4 Entretiens semi-directifs.

Dans le cadre de l'étude qualitative, les entretiens semi-directifs semblent les plus pertinents pour recueillir les propos des usagers et des salariés concernant la problématique posée de façon globale. Ils permettent d'orienter l'échange selon des thèmes posés au départ en laissant la possibilité aux répondants de développer librement leurs propos. Ils permettent une grande liberté d'expression de faits, d'opinion de la part des personnes interrogées face aux thématiques fixées et une expression libre des besoins. (42).

4. Collecte des données

4.1 Le recueil de données quantitatives

Il a été réalisé avec les bilans d'activité fournis par La CASE concernant les années 2018 et 2019. Le recueil de données concernant le premier semestre 2020 a été réalisé via les logiciels de transmission du dispositif et grâce aux équipe qui m'ont fourni les données souhaitées.

4.2 L'observation participante

Aucun guide n'a été élaboré pour cette partie du travail, la participation aux différentes activités de l'association a permis un recueil de données d'observation, de questionnements en lien avec l'expression des besoins, les difficultés des professionnels etc.

4.3 Les entretiens semi-directifs

4.3.1 Elaboration des grilles d'entretiens semi-directifs

Deux guides d'entretien ont été élaborés, un à destination des PSP et un à destination des professionnels (Annexes 1 et 2).

Le guide à destination des PSP a été élaboré selon les thèmes suivants :

- La situation de la personne, son parcours.
- Le lien avec le dispositif, les motifs de fréquentation.
- L'expression des besoins, la santé perçue.
- Les attentes vis-à-vis du dispositif, les pistes d'accompagnement.

Le guide à destination des professionnels a été élaboré selon les thèmes suivants :

- Les missions au sein de la structure, leur mise en œuvre.
- La perception des besoins des PSP selon les professionnels.
- Les difficultés rencontrées.
- Les leviers possibles pour répondre aux besoins.

Chaque partie a fait l'objet de plusieurs questions permettant d'orienter le discours, en fonction des données recueillies dans la littérature mais aussi des premières données recueillies lors de l'observation et de ma volonté d'orienter mon travail sur certains thèmes spécifiques.

4.3.2 Réalisation des entretiens, stockage des données

L'ensemble des entretiens ont été réalisés au sein du local de l'association. Ils ont été enregistrés avec l'accord préalable de chaque personne interrogée. Il a été précisé à l'ensemble des participants que ces enregistrements ne feraient l'objet d'aucune diffusion et qu'ils seraient supprimés après retranscription. Ils permettent d'être fidèle au discours des personnes et de reprendre les verbatims nécessaires à l'analyse.

5. Analyse

5.1 Analyse des entretiens semi-directifs

Après réalisation de l'ensemble des entretiens, chaque personne interrogée s'est vu attribuer un code anonyme pour préserver l'anonymat. La retranscription des entretiens a été réalisée en respectant les termes utilisés et de façon complète.

La relecture de l'ensemble des entretiens a permis d'identifier les thèmes récurrents et jugés pertinents dans le cadre de l'étude et des objectifs poursuivis. Certains thèmes ont été divisés en sous thèmes pour faciliter et rendre plus claire l'analyse. L'ensemble des verbatims associés aux différentes thématiques ont été rassemblés dans deux tableaux récapitulatifs : un pour les PSP et un pour les salariés. (Annexes 3 et 4).

Les thèmes inhérents aux entretiens réalisés avec les PSP sont les suivants :

Thème 1 : Besoins exprimés.

- Besoins primaires.
- Santé perçue.

Thème 2 : Les comportements face aux risques liés à l'activité prostitutionnelle.

Thème 3 : Le soutien communautaire.

Thème 4 : Le jugement et la stigmatisation.

Thème 5 : L'isolement.

Thème 6 : Les violences.

Thème 7 : La décorporalisation.

Thème 8 : Perception de la loi de 2016.

Thème 9 : les attentes vis-à-vis de l'association, les leviers possibles.

Les thèmes inhérents aux entretiens réalisés avec les professionnels sont les suivants :

Thème 1 : La santé, quelle définition.

Thème 2 : Les besoins perçus.

- Les difficultés du quotidien.
- Les pratiques à risque.
- L'importance du lien face à 'isolement.
- La loi de 2016.
- Le manque d'autonomie.
- La violence.

Thème 3 : La réduction des risques

Thème 4 : Les freins institutionnels.

Thème 5 : La réorientation des usagers.

Thème 6 : La prostitution via internet

Thème 7 : Les leviers possibles

- Travailler sur les représentations.
- Possibilités au sein du local.
- Possibilités sur la prostitution 2.0.

5.2 Analyse de l'observation participante et des entretiens informels

Le recueil de données réalisé tout au long du stage a permis de relever de nombreux éléments concernant les demandes des personnes rencontrées, les caractéristiques des personnes, les réponses apportées par professionnels. Ce recueil a permis d'enrichir et d'approfondir la réflexion concernant certaines thématiques, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail, les relations avec les partenaires etc. Ces éléments de recueil et de réflexion ont été intégrés à l'analyse globale et aux préconisations globales de l'enquête.

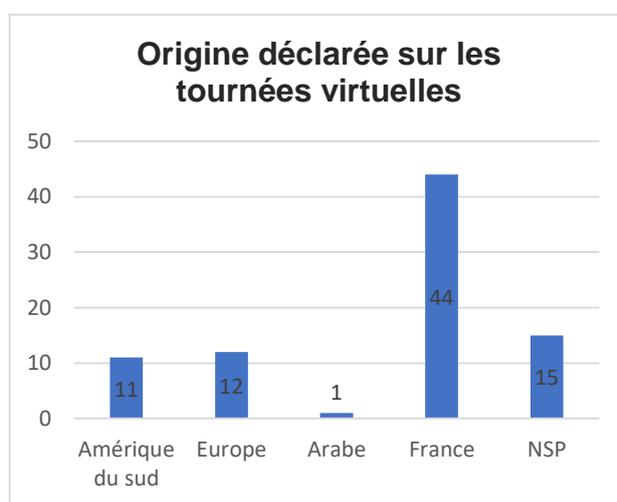
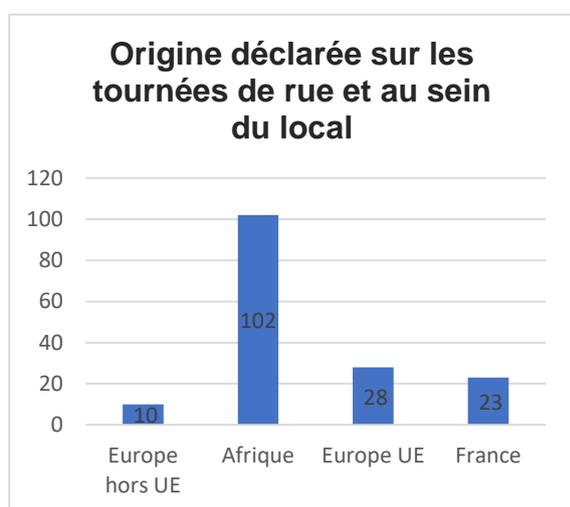
D. Résultats

1. Caractéristiques des personnes accompagnées

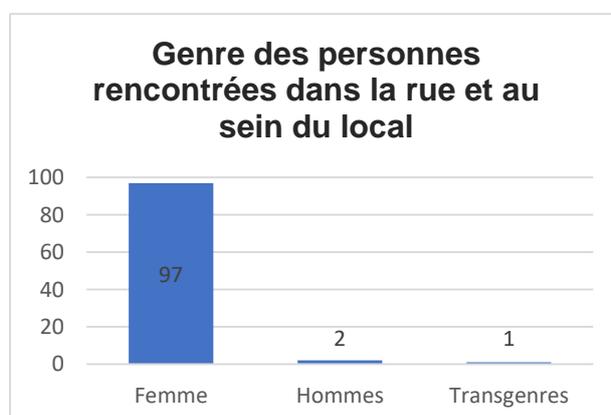
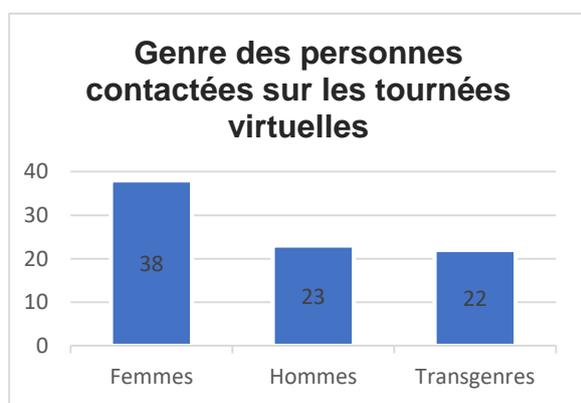
Les données recueillies via les logiciels de l'association, concernent la période de Janvier à juin 2020. Il est à noter qu'elles sont en corrélation avec les données des années précédentes concernant la question des origines, de genre et d'âge. Il existe en revanche une nette baisse d'activité concernant le nombre de personnes contactées sur les périodes d'avril et de mai 2020 en lien avec la crise sanitaire. L'activité sur les mois de juin et juillet correspond à celle des années précédentes. Les chiffres s'expriment en nombre de personnes différentes rencontrées.

On peut constater que selon les modalités d'accompagnement, l'origine des personnes est assez variable. Concernant la prostitution de rue et l'activité au sein du local, la population française est quasiment inexistante, la prostitution de rue sur Bordeaux et la Métropole étant exclusivement composée de femmes d'origine subsaharienne ou d'Europe de l'Est.

Sur les tournées virtuelles en revanche, l'origine des personnes est plus variée.



Sur la question du genre, les différences sont extrêmement marquées selon les modalités d'accompagnement. Les personnes rencontrées au sein du local sont exclusivement des femmes, les hommes et les personnes transgenres n'étant rencontrés quasiment que sur les tournées virtuelles.



La moyenne d'âge des personnes rencontrées est d'environ 29 ans sur le local et les tournées de rue et de 28 ans sur les tournées virtuelles. En revanche, on constate une représentation assez importante de la classe d'âge 20-25 ans sur internet qui serait en augmentation.

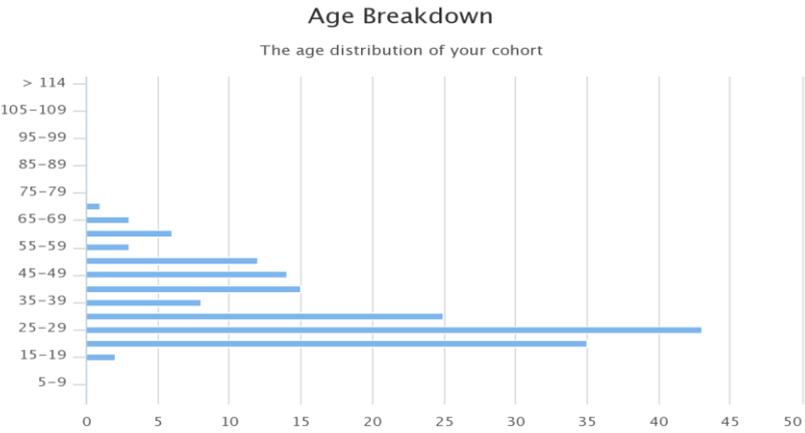


Figure 1age des personnes au sein du local et des tournées de rue

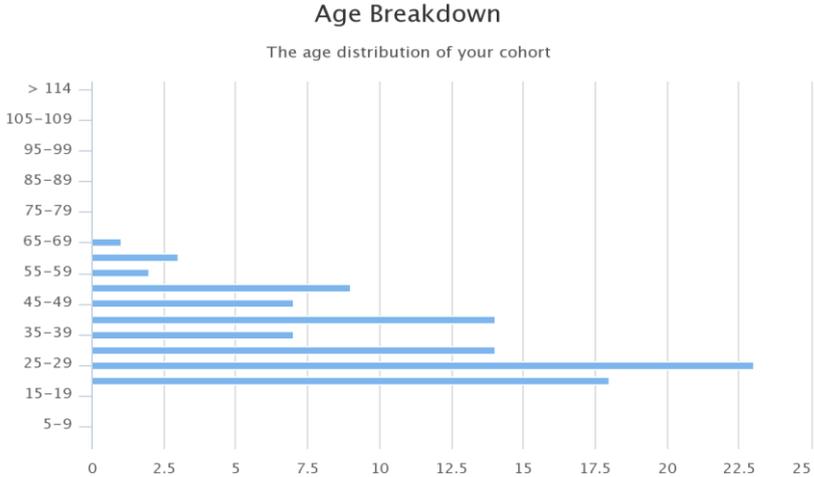


Figure 2Age au sein des tournées virtuelles

Il n'existe pas de données chiffrées sur le fait que les personnes qui se déplacent au sein du local soient réellement en situation de prostitution. Malgré tout sur les deux mois de présence en stage, l'équipe a pu me confirmer qu'un nombre important d'entre elles notamment des jeunes femmes d'origine d'Afrique sub-saharienne en situation précaire et souvent enceintes ou avec des enfants en bas âge fréquentaient le local alors même qu'elles ne dépendaient plus du dispositif d'accompagnement car ayant cessé leur activité prostitutionnelle. Cet élément sera traité plus précisément lors des entretiens, concernant les missions et les difficultés d'orientation des personnes.

2. Description de l'échantillon d'étude

Dans ce travail, 4 femmes qui se prostituent ont pu être rencontrées pour des entretiens semi-directifs.

Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques de ces dernières, interrogées pendant les mois de juin et juillet 2020

Code	Age	Nationalité	Nombre d'années dans la prostitution	Prostitution
A	34	Française	5	Via internet
E	38	Bulgare	13	De rue (initialement via les réseaux de traite, dette remboursée).
J	26	Française	1	Via internet
S	28	Nigériane	4	De rue (initialement via les réseaux de traite, dette remboursée)

Par ailleurs 4 salariés ont été rencontrés pour des entretiens, le tableau ci-dessous permet d'avoir une vision globale de leurs missions au sein de la structure.

Code	Profession	Temps de travail	Ancienneté
C	Assistante sociale, coordinatrice	Temps plein	Deux ans
M	Infirmière	Temps plein	Deux ans
S	Educateur spécialisé	Temps plein	3 mois
MA	Médecin généraliste	6 heures par semaine	Deux ans

3. Analyse des données recueillies avec les personnes qui se prostituent

Avertissement : La nécessité de rester fidèle aux propos tenus par les personnes interrogées et de les retranscrire sans les modifier fait que certains verbatims peuvent parfois heurter.

3.1 L'expression des besoins

Les deux personnes qui se prostituent dans la rue sont sans hébergement fixe et ne possèdent pas de titre de séjour. Les besoins exprimés par ces dernières sont centrés sur les besoins

primaires : la nécessité de trouver un lieu où dormir et de pouvoir bénéficier d'un titre de séjour pérenne. L'incertitude et l'insécurité permanente ne leur permet pas d'exprimer d'autres besoins, qui ne pourront apparaître qu'une fois ces besoins primaires assurés.

E : « d'une maison, d'un appartement, comme ça je me sens bien. Un appartement, et probablement quelque chose pour faire les papiers ».

S : « La seule chose dont j'ai besoin est d'avoir des papiers et arrêter la prostitution. Pour aujourd'hui, pour demain, après-demain, c'est avoir des papiers. Parce que si j'ai les papiers, je peux arrêter la prostitution, apprendre le français et trouver un bon travail. »

Ce qui est intéressant de constater en revanche, c'est que les personnes qui se prostituent sur internet et qui sont dans une situation plus stable ont conscience de la grande précarité des personnes qui exercent leur activité dans la rue. De ce fait, elles ont tendance à se considérer comme privilégiées et à ne pas se trouver légitimes à solliciter l'association concernant leur santé ou la réduction des risques.

A : « La plupart des personnes qui travaillent sur internet elles se considèrent comme privilégiées ou pas à sauver entre guillemets par rapport aux filles qui travailleraient dans la rue... et c'est sûr que quand on prend 200 euros de l'heure forcément on se sent moins... En danger... Que quelqu'un qui enchaîne dehors dans le froid et pourtant il y a autant de prises de risques... »

J : « Il y en a des besoins en tout cas... mais moi je suis un peu dans... ne pas me sentir légitime à venir... au début je me disais ça... parce que c'est pas pour moi, parce que je travaille pas dans la rue... mais même quand je viens je m'excuse j'ai l'impression de prendre à des gens qui en ont plus besoin que moi... alors que j'ai aussi besoin de ... d'avoir un suivi médical dans lequel je me sente à l'aise... »

« Et encore c'est mon point de vue de meuf privilégiée qui travaille sur internet ».

Ce constat peut en partie expliquer pourquoi les personnes contactées via les tournées virtuelles se déplacent peu. Par ailleurs une ouverture de droits effective et l'accès aux dispositifs de droits communs peut amener certaines personnes à penser qu'aucun suivi spécifique en lien avec l'activité prostitutionnelle n'est nécessaire et à nier leurs besoins. Ainsi une des personnes interrogées déclare :

A : « Sur la conscience que y a un besoin. C'est là-dessus qu'il faut travailler. Parce que les filles qui bossent chez elles elles bricolent une pilule, un médecin, un machin etc. mais... si tu discutes comme ça avec quelqu'un aujourd'hui elle te dira moi j'en ai pas besoin, elle te dira j'achète mes capotes, j'ai un médecin qui me prescrit la pilule et quand j'ai une galère je me débrouille. »

3.2 Les comportements face aux risques liés à l'activité prostitutionnelle

Les personnes interrogées semblent avoir une certaine notion des risques auxquels elles s'exposent dans leurs pratiques. Pour autant les connaissances semblent assez variables, et les besoins nombreux. Par ailleurs, l'accès à l'information ne semble pas toujours aisé.

E : « je connaissais tout ça avant et j'utilise toujours des préservatifs. »

A : « Maintenant il y a beaucoup de latinas, de trans... sur internet elles sont beaucoup moins dépendantes mais bon... il y a des gens qui ont pas forcément les bonnes informations non plus sur la réduction des risques ... sur à quoi on peut avoir accès... à un traitement... »

S : « Mais pas beaucoup... Quand tu arrives tu as des choses à apprendre... Je savais pour la prévention du HIV.... Pour se protéger de certaines IST, mais pour la chlamydia... quand on embrasse, pour la salive...pour les relations annales et la fellation.... J'ai eu des infections et ensuite j'ai fait des tests.... Et on m'a expliqué... »

J : « En plus moi je suis bisexuelle et je me posais plein de questions les risques avec la bouche etc.... Et du coup les risques ... j'ai quand même toujours fait très attention, je me suis systématiquement protégée, dans le cadre du travail je ne fais pas de fellation nature, parce que j'ai pas envie et je fais hyper attention à l'autre : parce que genre y a des mecs qui veulent enlever la capote... donc je suis assez vigilante sur le truc. Dans le travail il n'y a aucun contact entre leur sexe et mon sexe si y a pas de préservatif, pas de frottement rien et je fais hyper attention à ça. Et je pratique le sexe annal aussi et donc je suis hyper protégée. Mais c'est vrai que mes ressources c'est moi qui les ai trouvées toute seule, en parlant avec des amies, en faisant des recherches... et ici aussi. Quand je prends un risque ou que j'ai des questions je viens ici. Mais encore maintenant pour moi il y a plein de choses qui ne sont pas claires hein Donc euh...c'est toujours utile parce que y a plein de trucs que je sais pas encore. Il y en a des besoins en tout cas... parce que savoir qu'il faut mettre une capote c'est pas savoir la mettre... et connaître les risques... »

Pour autant dans les faits, en cas de prise de risque rares sont celles qui semblent avoir les réactions adaptées à ces derniers. Ainsi à plusieurs reprises sur le local des jeunes femmes sont venues hors délai pour la mise en place de traitements post exposition (TPE) par ailleurs non délivrés par l'association. La pratique à risque est identifiée mais la conduite à tenir non intégrée et / ou non comprise. Cela aboutit souvent à un bricolage des usagers entre l'équipe de Poppy, les structures hospitalières et la médecine de ville.

On constate qu'il existe également un écart entre le fait d'être informé, l'appropriation de l'information pour soi-même et les pratiques qui en découlent. Pour certains, la nécessité de bénéficier d'un revenu minimum (pour se nourrir, se loger, par pression...) Aboutit à la quasi-impossibilité de refuser certaines pratiques à risque, risque majoré par la multiplicité des partenaires. Au-delà de la réduction des risques et de la délivrance d'une information utile qui puisse être absorbée et utilisée, il s'agit de déconstruire les représentations générales du sexe, de l'image de soi...

S déclare ainsi : « J'ai des pratiques dangereuses. » *Pourquoi ?* « Parce qu'ils payent plus. »

Les échanges avec les professionnels et les personnes accompagnées confirment que ces pratiques à risque sont fréquentes dans la rue, la précarité poussant les personnes qui se prostituent à accepter les risques. Il faut souligner que la période de la crise sanitaire a encore plus précarisé les personnes, les amenant à baisser leurs tarifs et de ce fait accepter encore plus les pratiques à risques.

3.3 Un soutien communautaire difficile pourtant nécessaire.

La nécessité pour les PSP de partager au sujet de leur activité est évidente. Cependant, le soutien des PSP entre elles peut facilement tomber sous la loi de la lutte anti-proxénétisme et limite de ce fait les possibilités d'échanges en dehors d'un cadre institutionnel ou associatif. En effet, l'article 225-5 du Code Pénal (43) définit ce que l'on appelle le proxénétisme par aide, assistance ou protection. Le fait d'apporter de l'aide et une protection comme la fourniture d'un véhicule ou de locaux constitue ce que l'on appelle un proxénétisme de soutien. Le partage de véhicules entre deux PSP peut être considéré comme de l'aide et également poursuivi. Le délit est caractérisé alors même que l'auteur n'en retire aucun profit.

A : « on a un groupe Facebook de plusieurs centaines de personnes sur toute la France... voilà j'en parle mais c'est pas... Parce que c'est ça tombe sous le coup de la loi anti-proxénétisme donc on n'a pas le droit normalement de s'entraider. Je ne peux pas travailler ou faire un duo avec une collègue ou aider une collègue. C'est l'aider à se prostituer et donc ça tombe sous le coup de la loi contre le proxénétisme. Il y a une jurisprudence avec les assos, les assos elles ont le droit parce qu'on est dans une autre démarche. Mais la démarche communautaire entre guillemets on est border line sur la loi contre le proxénétisme...si par exemple je loue un appart à deux avec une collègue pour pouvoir travailler ensemble la plus âgée ou la plus expérimentée sera considérée comme la proxénète de l'autre. Donc ce groupe ça nous permet d'échanger, d'avoir un espace de discussion. »

« J : Même pour se donner des conseils nous sur le réseau on se demande ben vous pensez quoi de ça et sur des choses super variées quoi... qui vont du marketing à la santé à des échanges sur les clients etc. » Moi si j'avais pas eu ces amies je serais pas venue ici j'en aurais pas entendu parler. Parce que moi y a plein de choses que j'ai appris soit ici soit par mes réseaux de la communauté tout ça quoi... »

3.4 La crainte du jugement et de la stigmatisation

Que ce soit dans l'accès aux soins ou dans leur vie personnelle, la crainte du jugement et des stigmatisations liées à l'activité prostitutionnelle a été beaucoup évoquée. Les expériences vécues et la crainte de les vivre encore peut pousser certaines des personnes rencontrées à renoncer aux soins pour ne pas avoir à parler de leur parcours de prostitution.

A : « c'est le fait qu'il y ait un besoin en matière de santé, et ce besoin c'est le fait de pouvoir être vu par des professionnels de santé qui soit non jugeant. Parce que trouver des personnels de soins... trouver des personnels de soins qui soient sensibilisés à la question de la prostitution qui te regardent pas de travers quand tu dis que tu te prostitues ... »

J : « Même au CEGID la dernière fois on a parlé de contraception y avait un jeune, un mec, et quand on a parlé contraception et que j'ai dit que j'en prenais pas c'est tout de suite le jugement, elles essayent pas de savoir pourquoi, elles te disent que c'est pas une bonne idée... il y a des façons de faire les choses, de les dire et de réagir... parler des options possibles etc... »

J : « Ben j'ai du mal à aller voir les professionnels de la santé... parce que ça me met mal à l'aise et euh... Je pense que... j'ai de très mauvaises expériences avec les médecins... enfin c'est un peu difficile... Je ne vais jamais chez le médecin. J'avais vu une gynéco une fois mais j'y suis jamais retournée. Je viens ici quoi. »

« Et en fait je me sens à l'aise quand je suis ici, enfin autant que je puisse me sentir à l'aise. C'est cool. Et je me sens pas jugée... c'est important d'avoir un lieu comme ça quand même. »

E : *Pourquoi ne vas-tu pas ailleurs qu'ici ?* parce que je ne veux pas, si j'ai besoin de quelque chose je viens ici. Je veux pas parler de ça. Ici elles savent tout de moi, je ne suis pas jugée, je me sens bien ici. Aller ailleurs ça ne me plaît pas. Ici je suis tranquille. Ici les filles viennent parce qu'elles se sentent bien. »

Et as-tu un médecin traitant ? « Un quoi ? »

Un médecin en ville qui te suit ? « Non je n'ai que ici. C'est ici mon docteur. »

Et pourquoi tu n'as pas de médecin en ville ? « Parce que je veux pas ! parce que je me sens bien ici (rires). Parce que ici il connaît tout de moi donc euh je suis plus libre. Je parle tranquillement, parce qu'il connaît déjà. Ici je leur dit tout. Je me sens pas bien si je vais voir un autre médecin. »

Tu as essayé ? « Non non non, Je veux pas. Je veux pas essayer. »

S : « Parce que si je dis que je suis nigériane : ah tu viens du Nigéria, tu es prostituée. Ils ne me respectent pas. »

3.5 Un isolement de fait.

La stigmatisation vécue par les personnes rencontrées ou ressentie comme telle crée un isolement important. Cet isolement peut être également lié à un lien social quasi inexistant en particulier chez les personnes migrantes. Dans l'ensemble, si certaines personnes déclarent aller dans des associations (cours de français, de couture...) et ainsi créer un peu de lien, la majorité n'échangent en dehors de l'association qu'avec des personnes exerçant la même activité qu'elles, et considèrent généralement ce lien comme une relation d'intérêt ou de fait mais rarement comme une relation de confiance ou de partage. Cet isolement semble moins systématique en ce qui concerne les personnes qui se prostituent via internet. Elles ont parfois un réseau amical important, certaines pouvant évoquer au moins partiellement de leur activité à leur entourage. Pour autant, même si certaines revendiquent la pratique prostitutionnelle comme activité professionnelle et ne souhaitent pas y renoncer, le rejet de cette activité par l'entourage proche et moins proche crée un isolement quasi systématique des personnes :

- Un isolement « volontaire » pour éviter de parler de son activité,
- Un isolement subit également, la personne qui se prostitue n'étant considérée qu'à travers l'activité prostitutionnelle au détriment de l'identité individuelle, des compétences personnelles ou de ses difficultés. Enfin comme évoqué précédemment, le soutien communautaire est complexe dès lors qu'il n'est pas encadré au sein d'une association.

Cet isolement a par ailleurs un impact sur la façon dont les personnes investissent la ville en général et leur environnement : Les personnes rencontrées connaissent souvent peu de choses en dehors du « bout de quartier » au sein duquel elles exercent leur activité. Elles n'ont parfois aucune connaissance de leur environnement, ne savent pas ou peu s'orienter dans la ville, ne la parcourant que par nécessité administrative et / ou médicale.

A : « les filles qui travaillent sur internet elles travaillent très seules très seules... il y a beaucoup de solitude... je pense que la demande elle se fait surtout sur la question de la solitude. »

J : « Ces temps-ci j'ai rencontré quelqu'un, je sais que je peux pas lui dire et du coup j'ai l'impression de mentir... donc la relation va s'arrêter parce que... pour plein de raisons mais aussi parce que je peux pas lui dire et je peux pas mentir... je peux pas ni l'un ni l'autre... donc y a des moments quand même où c'est pas des moments faciles... »

J : « Y a plein de jeunes qui font ça toutes seules... et si t'as personne à qui en parler dans tes amis proches... mais tu peux être, t'es encore plus isolé très vite quoi... »

E : « Je ne connais qu'ici. Les filles du travail juste. Dehors et ici, c'est tout... c'est tout c'est tout. »

S : « Je n'ai pas de vie sociale. Je n'ai rien. »

3.6 Une violence fréquente

L'ensemble des personnes interrogées évoquent les violences auxquelles elles sont exposées, que ce soit dans la rue ou sur internet.

A : « Depuis 2016 j'ai été agressée 4 fois alors que l'année ou j'ai commencé, je n'ai jamais été agressée. Il y a moins de clients mais les agresseurs sont restés. »

E : « Je me suis fait agresser beaucoup de fois. C'est les gens qui viennent pour te voler... Mais jamais de problèmes avec les clients. »

J : « Tu fais quoi quand tu as un client qui euh... à part me défendre contre un mec qui fait trois fois mon poids, à part m'isoler dans une partie de l'appartement, fuir c'est un peu compliqué... Mais ouais t'as pas de ressources. Il faut être hyper ferme parce que sinon ça peut s'inverser vite et partir en... »

S : « Ils t'agressent parfois à plusieurs pour te prendre ton argent, ne pas te payer... c'est comme ça. Dans la rue j'ai déjà été menacée avec un couteau. Il me l'a mis dans le cou. »

Ces agressions sont intégrées chez les personnes interrogées comme inhérentes à leur activité et de ce fait acceptées, d'autant plus qu'elles sont souvent confrontées à une difficulté à faire reconnaître ces violences lorsqu'elles tentent de porter plainte.

A : « Je me suis dit je fais quand même un métier étrange parce que quand il a mis sa main sur mon cou je me suis dit « ah ouf c'est pas pour m'étrangler ». Tu vois y a une conscience permanente du risque et en... en fait quand on est face à un client on est seule face à un potentiel agresseur. Les collègues chinoises ont intégré cette notion de violence. Elles te disent j'ai fait gratuit, elles ne considèrent pas ça comme un viol. »

S : « La violence elle est là. C'est comme ça. »

E : « Et après tu ne peux pas aller à la police... c'est trop difficile... parce qu'ils ne te croient pas. Quand tu es dans ma situation personne ne te croit. Tu ne peux pas les appeler. Alors je ne les appelle pas. Et je n'y vais pas. »

J : « en plus je vais peut-être pas avoir envie d'aller porter plainte après... pour plein de raisons mais parce qu'aussi j'ai des amies qui se sont fait agresser et qui sont allées porter plainte et ça a pas été... ouais non...Moi je sais que je vais dans un appart si ça se passe mal ben ça se passe mal quoi... »

Pendant mon stage j'ai pu entendre le récit d'une jeune femme migrante sans droit au séjour déclarant avoir été violée avec d'autres colocataires par le propriétaire des lieux. L'agent de police aurait refusé de prendre sa plainte, arguant du fait que dans la mesure où elle était prostituée elle ne pouvait pas avoir été violée. L'agent de police aurait également proposé de lui payer son billet d'avion pour rentrer dans son pays. Cet exemple démontre de la violence supplémentaire parfois exercée par la société à l'égard des PSP et par les instances censées les protéger.

La difficulté pour les personnes qui se prostituent à se faire reconnaître en tant que victimes en cas d'agression les poussent donc à intégrer cette violence dans leur activité.

3.7 La décorporalisation, l'image de soi.

L'activité prostitutionnelle associée au parcours de vie parfois poly traumatique des personnes rencontrées n'est pas sans conséquences. Les PSP ont souvent une image assez dégradée d'elles-mêmes, et les manifestations somatiques liées aux traumatismes subis sont multiples : troubles du sommeil, céphalées, anxiété, troubles somatiques divers. Par ailleurs, le phénomène de décorporalisation est fréquent chez les personnes qui se prostituent et est ainsi défini : « processus de modification physique et psychique correspondant au développement de troubles sensitifs affectant les schémas corporels 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 conséquence 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. » (44) Cela entraîne une augmentation significative du seuil de tolérance à la douleur, une hypoesthésie voire une anesthésie et peut conduire à une grande négligence vis-à-vis de son corps, le corps n'étant réparé que si rien ne va plus. Même si elles ne l'expriment pas ainsi, certaines des personnes interrogées évoquent ce rapport au corps particulier :

J : « La partie sexuelle pour moi sauf des fois où c'est fatigant... et où j'ai besoin de repos... mais... en vrai ça j'arrive bien à le gérer... je dois juste des fois gérer le fait que je me laisse un peu trop faire... Enfin si j'ai mal par exemple... y a un petit instant avant de me dire euh... donc faut que je dise que j'ai mal... et qu'il arrête de me faire ce qu'il est en train de me faire... c'est pas un réflexe que j'ai tout le temps faut que je sois assez vigilante sur ça. »

E : « Quand je me sens mal mal je vais à l'hôpital mais après je viens ici toujours. »

J'ai pu observer cette notion plusieurs fois au cours du stage, les personnes attendant le dernier recours pour consulter et de ce fait souvent en urgence. Chez certaines PSP, on peut observer également une certaine négligence vis-à-vis de l'hygiène voire une incurie.

3.8 Perceptions de la loi de 2016

Pour les personnes qui connaissent la loi de 2016, elles évoquent les conséquences de celle-ci sur leur activité. En effet, la pénalisation des clients semble non seulement raréfier la clientèle, mais surtout pousse les personnes qui se prostituent à se rendre encore moins visibles et elles l'ont évoqué spontanément lors des entretiens.

A : « La loi pénale elle a quand même énormément changé les choses en termes de clientèle et de ... on a moins de clients et des clients moins... moins corrects. Ils sont conscients qu'ils prennent un risque. Et ce risque là ils te le font payer. Soit ils sont plus exigeants, soit ils négocient plus... en tout cas ce risque ils te le font payer à un moment donné ou à un autre. »

J : « Il y a moins de clients depuis 2016... Mais les agresseurs sont restés. »

3.9 Les leviers possibles selon les personnes qui se prostituent

Les entretiens avec les personnes qui se prostituent ont été riches dans le sens où si elles identifient parfaitement leurs besoins, elles ont une idée parfois assez précise des leviers possibles pour améliorer leur propre santé.

3.9.1 Le soutien communautaire

Le soutien communautaire apparaît selon les personnes interrogées comme un levier essentiel pour développer le pouvoir d'agir des personnes qui se prostituent. Cependant, ce levier semble difficile à activer s'il n'est pas encadré au niveau institutionnel ou associatif. A., très concernée par le sujet et très investie sur la question des violences notamment, a participé à l'élaboration du projet S.W.A.G.(Cf. annexe 5) qu'elle souhaite pouvoir mettre en place au sein de Poppy. Par ailleurs, elle a entrepris des démarches auprès de la direction de La Case pour intervenir au sein de l'association en tant que travailleur pair et intervenir au sein du local ainsi que sur les tournées virtuelles ou dans la rue.

Au sujet du projet S.W.A.G. :

« on a été éduquées en tant que femmes à être souvent des victimes... l'idée c'est de casser ces représentations... et donc elle a fait une formation à Bruxelles, et puis avec un groupe de personnes prostituées aussi on a établi une méthode en partant des besoins, c'est-à-dire quels étaient les besoins, souvent les besoins c'était qu'est-ce que je fais si y a un couteau, qu'est-ce que je fais si on a un étranglement, qu'est-ce qu'in fait si on a une fellation forcée ou qui dégénère etc... parce que voilà sortir les dents y a des risques en termes de contamination... »

« Il y a une deuxième session qui va commencer en octobre normalement, l'idée s'est d'avoir des femmes nigérianes, des trans, latina, chinoise, pour avoir le maximum de mixité possible ensuite, qu'on puisse faire des cours en anglais, en espagnol, en chinois et aussi parce que chacune sera plus au fait de quelles sont les problématiques de chaque communauté et être au plus près de ... et d'adapter sa technique. L'idée c'est qu'on a des

techniques, qu'on les donne aux formatrices, et après chacune peut se les réapproprier en fonction de sa communauté et avec laquelle elle va coenseigner. »

Au-delà de ce projet spécifique, c'est l'idée du soutien communautaire dans sa globalité qui est mise en avant comme un véritable outil d'*empowerment*.

« Ce qui est hyper intéressant aussi c'est que ça crée des espaces de rencontre en dehors d'une demande de simplement « aide moi », on n'est pas dans une démarche d'aide mais dans une démarche de s'entraider, très vite les filles elles comprennent qu'on n'est pas des soignants, qu'on n'est pas des AS (assistantes sociales) mais qu'on est des personnes comme elles en fait. L'idée et ... là où je pense que ça coince au niveau des financements aussi hein, c'est que nous on propose des espaces en non-mixité, en non-mixité prostituées. Moi je propose que par exemple y ai pas forcément de soignants qui accèdent aux ateliers, parce que l'idée c'est de permettre justement que la parole se libère à ce moment-là à cet endroit-là... et que y ai pas de jugement entre guillemets même si je sais que les personnes qui travaillent sont là ici par exemple sont bienveillantes et sont pas du tout dans le jugement ça change quand même quelque chose de dire on crée un espace ou tout le monde ici est au même niveau et est prostitué... et on est entre nous... » «

Au sujet du soutien communautaire :

A : « j'ai proposé un moment donné qu'on travaille ensemble mais en travaillant ... d'avoir un peu de travailleur pair pour pouvoir cibler les personnes sur internet et faire en sorte qu'il y ait plus de venue parce que... »

J : « Moi je pense que plein de choses sont possibles ici même si on part d'autre chose... moi je pense que y des partenariats sont possibles, je pense qu'y a plein de choses qui sont possible et envisageables, mais il faut qu'en deuxième instance, il faut que les décideurs se disent que c'est nécessaire... admettre qu'on n'est pas maître du sujet pour les décideurs c'est compliqué... »

A : « Alors avec les migrantes c'est plus compliqué parce qu'il y a aussi cette différence de langage et de parcours et moi je peux plus facilement être considérée comme une aidante ou comme accompagnatrice que comme une paire simplement je crois... oui mais y a déjà un commun, c'est-à-dire que quand -on s'est retrouvé avec les formatrices à discuter de comment on planque l'argent c'est plein de plein de détails comme ça comment on planque l'argent comment on gère une négociation comment... et Ben là à ce moment-là les filles elles se rendent compte que... Ah bah oui il y a énormément de commun. L'idée pour nous c'est de créer une communauté c'est-à-dire que moi des personnes que j'ai rencontrées qui travaillaient dans la rue j'ai appris énormément de choses et vice et versa sur les techniques sur des petites choses très pratiques ... comment plier un billet en en tout petit ouais c'est tout con hein mais pour voir le planquer ouais voilà ce genre de petit détail... l'idée c'est de créer cette communauté sur Bordeaux »

3.9.2 Une RDR qui s'adapte, une communication à travailler.

Sur la question de la réduction des risques et notamment sur internet, là encore les PSP sont réellement à interroger et savent parfaitement identifier les moyens possibles à mettre en œuvre pour améliorer leur accompagnement.

A : « Je pense que le... l'ancien éducateur qui travaillait là il avait pour projet de faire un blog mais je pense que c'était une excellente idée ... »

J : « Donc je sais pas comment elles écrivent leurs trucs mais... c'est important parce qu'ici on appelle un chat un chat et ça c'est super important... ailleurs j'oserais pas... Ici elle me met à l'aise... ça fait du bien cette liberté de parole qui simplifie les choses. »

« Pouvoir être vu par des professionnels de santé qui soient non jugeants c'est là-dessus que j'insisterais... moi j'insisterais sur le fait qu'il y a un médecin deux fois par semaine c'est énorme ! qui fait des poses de stérilet, il faut préciser l'accès à telle et telle chose... pour moi ça ferait tilt plus facilement que vous pouvez avoir l'accès à un médecin ! Pour quoi faire... donc à mon avis il y a vraiment un travail à faire sur l'information. Et sur les médias d'informations. Mais je pense que c'est sur ce genre de chose qu'il faut mettre l'accent en fait : Aujourd'hui tu peux rencontrer un psychiatre qui te regardera pas de travers ! et je pense que ça c'est précieux. Si tu regardes les atouts c'est vraiment ça si tu rajoutes les ateliers d'auto-défense à un moment donné et qu'on arrive à créer quelque chose avec un groupe qui puisse un petit groupe qui devenir une force de proposition il peut y avoir des choses vraiment géniales. »

A : « Je pense que non. Je pense que concrètement, non, que c'est compliqué. Moi j'ai trouvé Poppy parce que je cherchais le CAARUD au départ. Et je suis tombée sur Poppy. »

A : « Si y a une vraie « comm » qui peut être faite sur le fait qu'il y ait des médecins qui soient non jugeants et le fait qu'il y ait une permanence je sais pas justement sur des ateliers d'auto-défense et une volonté d'existence d'une petite communauté, peut-être qu'à ce moment il y aurait plus de demandes, parce que je pense que la demande elle se fait surtout sur la question de la solitude et la présence du psychiatre est importante. »

J : « A distance ... ouais ça c'est bien, on peut ne pas se déplacer sans être vu mais avoir des infos... parce que y en a qui se déplaceront pas... ; enfin pas tout de suite... Je pense que les filles d'internet elles le savent pas déjà que ce lieu-là existe déjà, mais il faudrait avoir un moyen peut être de communiquer avec ces personnes et leur faire savoir que y a des choses qui existent parce qu'il y a parfois des filles qui sont très jeunes quoi, j'ai vu y a des meufs qui ont 21 ans, donc elles sont...enfin... il y a des étudiantes. »

4. Analyse des données recueillies avec les professionnels

4.1 La santé selon les professionnels, perception des missions

Les salariés interrogés ont donné une définition de la santé assez proche de celle définie par l'OMS. Ils ont conscience de la nécessité de prendre en compte l'ensemble des déterminants dans leur travail et de l'impact sur la santé lorsqu'un ou plusieurs de ces déterminants ne sont pas satisfaits.

C : « La santé je dirais que c'est global... comment prévenir, et ça regroupe toute l'alimentation, le sommeil, le bien-être au travail, le bien être chez soi, tout ce qui est hygiène aussi tu vois. C'est aussi ben avoir des infos régulièrement, et je pense que dans la population générale c'est pareil en fait, c'est avoir accès à toutes les informations nécessaires pour être en bonne santé pour prévenir des petites maladies ou des grandes maladies ; et euh... se sentir bien quoi. »

S : « un esprit sain dans un corps sain ! ça va passer par le corps mais y a le mental aussi. Ça peut être ouvrir des droits pour se soigner, ça peut être des soins au sens propre, ça peut être prévention aussi, ça peut être donner un peu d'estime de soi, c'est plein de choses la santé. »

Ma : « et bien ce n'est pas l'absence de maladie ; c'est euh... un état de bien être qui regroupe à la fois la santé physique mais aussi une certaine stabilité et sécurité dans ce qui constitue le quotidien de la personne ; donc ça va être au niveau des relations sociales, au niveau euh, économique, au logement, la culture. »

4.2 Besoins perçus

Certains besoins perçus par les salariés sont en accord avec les besoins exprimés par les personnes qui se prostituent. Ainsi ont été évoqués :

4.2.1 Un quotidien parfois complexe justifiant un accueil bas seuil

Les usagers sont accueillis au sein du dispositif sur le principe de l'accueil bas seuil, c'est-à-dire qu'il n'existe aucune exigence autre que celle de se prostituer. Les salariés connaissent parfaitement les situations de grande précarité dans laquelle se trouvent certains usagers et pour lesquels le local est parfois le seul lieu de repos et de répit.

M : « On est vraiment sur du bas seuil. Ça justifie les échelles d'urgence de survie en fait où en premier il faut un toit... la sécurité ou le repas. »

Ma : « Elles sont enfermées dans une vie bourrée de contraintes... parfois atroces au quotidien... parce qu'il faut manger, il faut travailler, il faut aller voir le travailleur social, il faut se loger, il faut les papiers... »

S : « Après euh... le frein à la santé beaucoup, c'est toutes les contraintes qui peut y avoir dans leur quotidien ... elles sont fatiguées...et elles ont plein de contraintes qui nous nous échappent... »

4.2.2 Des pratiques à risque liées à la précarité

La grande précarité de certains usagers et les pratiques à risque qui peuvent en découler sont bien identifiées par les professionnels. Même si elles ont moins été évoquées lors des entretiens, l'ensemble des professionnels lors des échanges informels confirment la fréquence de ces pratiques à risque dans l'activité prostitutionnelle, et la grande précarité de certaines PSP, avec une détérioration notable des conditions de vie depuis le début de la crise sanitaire.

Ma : « Le problème c'est la contrainte du non-choix. Quand elles ont le choix c'est les premières à mettre les présos pour tout, et les changer machin... quand elles peuvent imposer elles imposent. Là le problème il vient pas des meufs... et pourquoi elles prennent le risque... elles le font pas spontanément ! c'est parce que le gars il va leur dire je te file 200 euros si tu me sucas sans présos. C'est difficile de dire non quoi... sinon il faut en sucer 10 pour avoir la même chose... »

S : « Quand tu vois que pendant le confinement elles taillaient des pipes à 5 balles sans préservatif pour pouvoir bouffer... »

4.2.3 L'importance du lien créé avec les usagers face à l'isolement et aux stigmatisations

L'importance d'un accueil non jugeant et non stigmatisant est décrit comme un des socles de base de leurs missions par les salariés. La conscience de l'isolement créé par cette stigmatisation et / ou par le parcours de vie des PSP amène l'équipe à réfléchir sur l'importance du lien existant au sein du dispositif mais également la nécessité de pouvoir amener les usagers à recréer ce lien social ailleurs.

C : « C'est pas parce que t'es inséré ++ que tu gagnes bien ta vie que au niveau de ta santé t'es pas dans des conditions précaires parce que tu es isolé et que tu peux pas en parler. Donc je dirais que on peut dire quand même que ce sont des personnes isolées ; tous milieu social confondus, que ce soit des filles de la rue, que ce soit des étudiantes, que ce soit des trans... et du coup peu... qui ont peu l'occasion de pouvoir parler de leur activité avec qui que ce soit. »

«C : « leurs demandes c'est avant tout du lien social... en demande contact humain avant tout. » « Besoin de lien et besoin de confiance... ouais je dirais la confiance. »

S : « Je pense que c'est un principal besoin de les laisser parler, de les laisser s'exprimer et qu'elles aient un lien non jugeant et non stigmatisant... et qu'elles se sentent libres... autant qu'elles peuvent se sentir libres. »

M : « Ben c'est dur quoi elles sont très isolées. C'est compliqué. Elles savent qu'elles vont avoir en face d'elles le racisme de base parce que ce sont des femmes migrantes et en plus elles sont noires. Et en plus elles sont prostituées... c'est très dur. »

S : « Et les filles en recherche de papiers elles sont là depuis des années et elles parlent trois mots de français ! c'est dingue ! c'est bien qu'elles ont de contact avec rien de la France à part le trottoir ! Elles doivent apprendre la langue, comprendre la culture... parce que quand tu la comprends, tu peux avoir un rapport citoyen... tu vois... moi ce que je regrette ici c'est qu'on... on le fait pas encore... j'espère que ça va venir et qu'on va en prendre conscience de cette importance-là de les amener sur l'extérieur, et pas que pour les accompagnements médicaux. »

4.2.4 Perception de la loi de 2016

Contrairement aux personnes qui se prostituent, la loi de 2016 est surtout évoquée par les professionnels concernant les parcours de sortie de prostitution, qui ont donné lieu à de nombreux échanges au moment de la publication de l'évaluation de la loi en mai 2020. (29)

S : « Après ce qui pourrait être démotivant aussi... C'est aussi le fait que depuis que la PSP existe, 3 d'acceptées ! Qu'est-ce que tu veux qu'on se démotive pas avec ça ! Faut qu'elles soient déjà françaises quoi... et on sent un certain racisme ... et on sent une certaine impossibilité à euh... sortir quelqu'un de la rue parce qu'elle est étrangère tout simplement, et qu'elle est sans papier. Donc heureusement que nous on se démotive pas, mais y a de quoi quand même dire attend... Alors le PSP est peut être satisfaisant ailleurs mais pas à Bordeaux ! Mais limite peut être notre travail c'est orienter vers d'autres villes ! Très bien tu veux sortir mais va falloir aller à la Rochelle ou je ne sais où ! »

Ce parcours de sortie de prostitution est perçu comme un véritable levier pour les personnes migrantes notamment qui permettrait d'accéder à des ressources minimums pour cesser l'activité prostitutionnelle. Néanmoins, les difficultés à faire rentrer les personnes accompagnées au sein de ce parcours semble décourageant. La crainte de créer un appel d'air avec un afflux de demandes notamment des personnes migrantes à la rue pousse parfois l'équipe à ne pas évoquer l'existence de ce dispositif. Le risque de se voir refuser l'accès au parcours de sortie et de décourager des personnes souvent mises à mal dans l'ensemble de leurs démarches les poussent également à ne pas évoquer cette possibilité avec certaines PSP déjà en grande difficulté. Une seule personne suivie par l'association était intégrée à un parcours de sortie pendant mon stage et un nouveau dossier allait être monté à la rentrée 2020.

4.2.5 Un manque d'autonomie

Les salariés ont évoqué le manque d'autonomie des personnes accompagnées, notamment chez les plus précaires. Ce manque de mobilisation des PSP semble surtout en lien avec une crainte à laisser les personnes faire seules leurs démarches mais aussi par facilité parfois.

Ma : « Mais on les surprotège un peu aussi... et on fait vachement à la place de... on ne fait pas avec eux, de prendre un rendez-vous avec eux, de les envoyer là-bas seuls... et c'est important qu'elles apprennent à gérer l'attente, qu'elles s'autonomisent et nous on se laisse avoir par ça... on les laisse dans une espèce de dépendance... alors que c'est ça l'*empowerment* aussi... Même si elles savent faire elles ont souvent besoin d'être accompagnées et on les rend peu autonomes face aux possibilités. »

C : « Des fois on cherche même pas à comprendre, et on répond à la demande sans faire avec... la personne arrive, qu'est-ce que je peux faire pour toi, je te le fais, ciao... »

S : « Elles sont et restent dans une position où elles se font toujours aider ; alors qu'elles aussi elles peuvent donner des trucs, mais non, elles ne font que recevoir ces filles là, ce qui n'aide pas non plus à avoir une belle estime de soi, parce que c'est euh... je suis dépendante des autres... qu'est-ce que tu veux avoir une bonne estime de toi alors que t'es dépendante ! Rien ! elles reçoivent que de l'aide et elles arrivent pas à... à se dire moi aussi je peux aider les gens moi aussi j'ai des choses à donner moi aussi j'ai...des compétences à moi... »

Il est important de noter que les questions de la violence et du soutien communautaire ont été peu évoquées lors des entretiens avec les salariés.

Une seule salariée a parlé de ces violences au sujet de l'application Jasmine, application récente créée par Médecins du Monde qui permet aux personnes qui se prostituent de repérer les potentiels agresseurs via leurs numéros de téléphone ou plaques d'immatriculation et alimentées par les PSP elles-mêmes. L'application liste par ailleurs les structures d'accueil existant en France.

Ma : « Par exemple l'application Jasmine... c'est quelque chose qui est revenu très souvent... et même maintenant que ça existe on n'en parle pas vraiment... »

L'importance du soutien communautaire a souvent été abordée de façon informelle mais surtout lors des échanges liés à la construction du projet réalisé dans le cadre du stage puisqu'il s'agissait d'un des axes de travail de ce dernier. Les salariés adhèrent à l'idée qu'il peut constituer un vrai levier dans leurs démarches d'accompagnement des usagers et pour favoriser l'empowerment. L'association envisage depuis plus d'un an déjà la collaboration avec A. comme travailleuse paire. Cependant et comme l'a bien exprimé A. précédemment, il semble exister quelques réticences à l'idée de laisser la place à un non professionnel dans certaines démarches d'accompagnement. Entre autres, l'idée de groupes ou d'ateliers qui puissent être réalisés en non-mixité ne semble pas encore tout à fait admise par l'équipe.

4.3 Difficultés exprimées par les professionnels

Lors des entretiens, les salariés ont surtout exprimé les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leurs missions.

L'ensemble de ces difficultés ne sont pas ou peu évoquées par le médecin, qui exerce ses missions dans une relation duelle avec les usagers dans le cadre de consultations médicales. Elle est de ce fait un peu plus éloignée des questions de l'accès aux droits par exemple, de gestion du quotidien ou du lien avec les partenaires. Son expérience plus importante dans la réduction des risques auprès de publics en situation de prostitution et sa formation initiale lui permettent peut-être également d'aborder plus aisément certaines questions sur les pratiques sexuelles des PSP.

4.3.1 Une pratique prostitutionnelle difficile à aborder

Les salariés évoquent des difficultés dans leurs missions de réduction des risques liés à la pratique prostitutionnelle, en particulier lorsqu'il s'agit de les aborder de façon collective. Ils ont parfois l'impression de ne pas aller au bout de leurs missions concernant la réduction des risques. Ils ont plusieurs fois évoqué le fait que leurs propres représentations pouvaient être en partie à l'origine de ces difficultés, un sentiment d'être intrusif dans la vie de l'autre, mais également un manque de connaissance qui les freine dans leurs missions.

S : « Pour les gens qui viennent là ça reste donner des préservatifs avec une petite phrase d'information. Mais je trouve que c'est compliqué...il y a quand même des questions... pas si simples à aborder... tu rentres dans leur intimité et des fois c'est plus ou moins gênant. »

C : « Parce que c'est hyper intrusif ce qu'on propose ici ; on ne propose que du médical hyper intrusif : de la psychiatrie, de la gynécologie, du dépistage... On est intrusifs sans pour autant être efficaces dans l'intégration de l'information. »

Ma : « Nous-mêmes on se met des barrières en fait... parfois je me dis je vais être ultra intrusive...au départ on se disait faut pas qu'y ait de tabou, faut questionner... mais ça vient pas naturellement en fait. C'est quelque chose d'intime donc on a pas forcément envie de parler de nous, de notre intimité, et on projette sur l'autre... y a beaucoup de ça...et je pense que c'est un sujet qu'il faut aborder très régulièrement... jusqu'où on va dans l'information... quel est le juste milieu entre on est autour de la table on discute de la pluie et

du beau temps et où est ce que tu vas dans le cru de bon alors comment tu fais pour la sodomie par exemple... pour avoir un échange sain et constructif. »

Ma : « Donc discret j'essaye de voir si elles ont pris des risques, si elles ont une capote qui a craqué, ou si elles ont pas pu mettre de capote... ou avec qui... si c'est un client ou un petit copain... »

Au-delà de cette difficulté à entrer dans l'intimité de l'autre, les salariés semblent manquer d'une part de maîtrise concernant la réduction des risques, et d'autre part d'un cadre de travail. Il n'existe aucune modalité fixe d'organisation d'ateliers par exemple ni de supports pouvant aider à aborder la pratique prostitutionnelle et les risques associés à celle-ci.

Ma : « La question de la sexualité ça se travaille... parce qu'en réalité on est pas si à l'aise que ça, et tous ! On maîtrise même pas le sujet nous-mêmes en interne... à part M... et pour mettre à l'aise les autres faut qu'on le soit nous-mêmes avant... et moi je reconnais que je suis pas au point. Même nous on peut éviter le mot prostitution parfois. Ma mission première c'est quand même de leur délivrer des messages en santé sexuelle. Comment je m'y prends ! »

S : « Souvent on fait au feeling en fait... et c'est ça qui n'est pas terrible. »

4.3.2 Des freins institutionnels, un cadre de travail parfois mal défini

L'équipe médico-sociale lors des entretiens mais également tout au long du stage a exprimé les difficultés à pouvoir être force de proposition. Ils se perçoivent comme de simples exécutants. Ils semblent par ailleurs avoir parfois du mal à savoir quelles sont les limites de leurs missions. J'ai pu constater lors de l'élaboration du projet qu'il n'existe ni projet de service, ni règlement intérieur concernant l'accueil des usagers, ni de procédure d'accueil fixant l'accompagnement des personnes accueillies.

C : « On a des possibles, on a plein de possibles qui s'ouvrent, mais en fait on est bridés. On a peu de possibilités d'initiatives. Et c'est hyper douloureux sur le plan intellectuel aussi. On ne crée pas les projets tu vois... on a aucune délégation, aucune prise d'initiatives. »

Ma : « Dès qu'il y a un colloque, dès qu'il y a une possibilité d'échanger avec d'autres structures y a que V. et O. qui y vont. Alors que les destinataires principaux de ce genre de trucs c'est les gens qui sont sur le terrain. »

S : « A l'accueil on n'aborde même pas l'essentiel et notre mission première. Sauf que quand tu viens ici la base c'est d'expliquer ce qu'on fait... et qu'on ne fait pas aussi du coup... et comme c'est beaucoup dans le bouche à oreille on a intérêt à bien définir nos missions de départ et bien leur expliquer. »

J'ai pu observer un premier accueil au sein du local et constater qu'il n'existe pas de procédure ou d'outil permettant de recueillir des informations et permettant de présenter les missions de l'association hormis la plaquette de présentation lors d'un premier accueil. Après le départ de la personne, le salarié s'est rendu compte qu'il n'avait même pas demandé à la personne si elle se prostituait. On constate à travers cet exemple que l'accueil qui est pourtant souligné comme essentiel par les salariés ne fait l'objet d'aucun cadre précis.

4.3.3 Une réorientation des personnes accueillies parfois complexe

La question de l'orientation des PSP vers les acteurs du droit commun a été maintes fois abordée et sous plusieurs angles. L'équipe continue parfois à accompagner des personnes qui ne se prostituent plus et qui de fait devraient pouvoir bénéficier d'un suivi social auprès d'autres acteurs comme les MDSI ou les CCAS. Même s'il semble exister un partenariat de qualité quand il est possible, certains freins semblent malgré tout subsister. Ces freins peuvent être dus à :

- La crainte du jugement et des stigmatisations qui amènent les salariés eux-mêmes à surprotéger et à ne pas réorienter vers l'extérieur :

M : « Tu imagines pas ce qu'on entend ailleurs... après je comprends hein, c'est tellement un sujet dans l'affect ça parle sexe et plein de choses en fait... souvent le partenariat médical c'est... navrant... le problème c'est que la perception qu'elles pensent qu'on a d'elles... euh... mais c'est vrai en fait... le problème avec les partenaires c'est de leur faire comprendre que ce n'est pas une identité en fait... ce n'est pas une identité. C'est une activité... c'est faire comprendre que l'activité prostitutionnelle c'est une activité. »

C : « Parfois on est beaucoup dans l'exclusivité... alors que on pourrait réorienter vers le médecin traitant. Et la travailler avec eux cette question du droit commun. »

Ma : « c'est une question de représentations en fait : parce que c'est difficile d'aborder la question de la prostitution... c'est le premier contact qui est à travailler. »

S : « après il y a les professionnels : il y a de la gêne partout, quand tu as des partenaires, tu sens bien la gêne qu'ont les professionnels à en parler parce que c'est pas des choses qui arrivent souvent, et qu'il sont pas formés, ils sont pas habitués, ils savent pas comment prendre les choses. Je pense que pour certains professionnels c'est quelque chose de très grave tu vois. »

- Une communication et / ou une coordination insuffisante avec les partenaires

Ma : « Le délire là en ce moment sur les avis d'impôts... elles se passent toutes le mot et on ne fait que ça... alors que certaines ont des AS qui les suivent, alors que ce serait l'occasion de faire du lien avec les partenaires... mais pour ça, il faut réfléchir à ses pratiques et se remettre en question... pareil pour les AME. »

S : « Mais c'est vrai que c'est aussi un problème parfois de continuer à les accompagner alors qu'elles ne se prostituent plus. On est parfois largement au-delà de nos missions. On essaye de faire le relai sur le droit commun mais c'est vrai que c'est difficile. »

C : « il y a l'accueil qu'on doit réserver aux personnes ici mais y aussi notre façon d'aller les défendre un peu à l'extérieur. Parce que justement ça permet de lever tous les freins à l'accès. Mais ça c'est à faire et à alimenter. »

4.4 Contexte spécifique de la prostitution sur internet

Atteindre la prostitution exercée via internet constitue un véritable enjeu pour l'équipe aujourd'hui. Des budgets spécifiques sont en effet alloués pour les tournées virtuelles et la

réduction des risques concernant la prostitution 2.0 sur l'ensemble de la région. Pour autant, ces financements sont aujourd'hui remis en question par ce qui est considéré comme un manque de résultats par les financeurs, c'est-à-dire un taux de retour insuffisant aux tentatives de prises de contact de l'équipe.

L'équipe est consciente de ses difficultés et de la nécessité de réfléchir à d'autres leviers possibles pour atteindre cette forme de prostitution et de repenser les modalités de mise en œuvre de la réduction des risques auprès d'une population moins visible et plus mobile.

C : « Parce qu'en fait là ce qu'on fait pendant les tournées virtuelles c'est épuisant, c'est laborieux, et c'est inefficace. »

S : « Tu en as sur internet qui vont prendre énormément de risques mais qui ne veulent pas euh... qui ne sont pas vraiment dans le soin tu vois. Qui continuent leurs prises de risques et qui occultent toutes les prises de risques qu'elles prennent... et qui ne se déplaceront jamais. »

4.5 Les leviers possibles selon les professionnels

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de leurs missions, les salariés ont évoqué plusieurs leviers possibles pour promouvoir la santé des personnes qu'ils accompagnent et répondre à leurs besoins.

4.5.1 Travailler sur les représentations des professionnels, en interne et avec les partenaires

Ma : « Il faut vraiment réfléchir sur nos représentations à nous... clairement. Et je pense que c'est quelque chose qui se re-questionne très souvent. On parle de sexualité, mais pas de sa propre sexualité, on ne projette pas sur la personne... on a beau essayer de se le dire ça revient assez vite et assez souvent. »

S : « Peut-être qu'il faut qu'on nous forme aussi, tout simplement pour aborder ces sujets là... pouvoir parler de nous, de nos propres représentations. »

C : « Je dirais qu'il faut qu'on se remobilise pour aller à la rencontre des partenaires extérieurs... et travailler sur les représentations. »

4.5.2 La réduction des risques, une nouvelle approche ?

Comme évoqué précédemment, les salariés expriment le fait d'être en difficulté dans ce qu'ils proposent en termes de réduction des risques et d'éducation à la santé sexuelle, avec la nécessité de prendre en compte des formes de prostitution variées et parfois difficiles à atteindre. Ils identifient un certain nombre de choses à mettre en place pour l'améliorer :

Au sein du local :

La nécessité de mieux identifier les besoins :

C : « Je dirais que la priorité absolue à la rentrée... ; c'est de créer un évènement ou un outil ou on récupère leurs besoins. »

S : « Je dirais qu'il faut vraiment que les personnes soient au cœur de ce qu'on fait, mais c'est-à-dire dès le départ quoi. Qu'ils soient plus acteurs... mais ça ne se fera pas sans passer par la case euh... quels sont vos besoins les gars ? »

Ma : « il faut vraiment réussir à prendre en compte leurs contraintes... »

La nécessité de mieux connaître les pratiques pour adapter son discours

M : « il faut juste leur apporter les solutions adaptées à leurs pratiques en fait donc ça veut dire qu'il faut qu'elles aient un lieu où elles peuvent vraiment parler des pratiques sinon tu peux pas l'adapter. Il faut développer nous nos échanges en rapport avec les pratiques parce que ça change etc mais vraiment régulièrement réinterroger les pratiques pour qu'elles aient un lieu où elles peuvent vraiment en parler et poser les vraies questions. Si tu as ce discours là ça marche tout le temps. Et dire tout le monde suce sans présos : tu peux me dire non mais en pratique c'est ce qui se passe donc qu'est-ce que tu as mis en place pour que ça se passe bien et les je me rince la bouche avec de la javel c'est pas les meilleurs trucs donc qu'est ce qu'on propose... enfin essayer de déconstruire le truc par exemple c'est pas parce que ça fait mal que ça désinfecte etc.. La vraie RDR elle est là. »

S : « La mise en place de la PREP aussi... Là il faut vraiment y aller. Je comprends pas pourquoi on l'a pas déjà... mais ça ça va être une vraie avancée... là il y a un gros travail à faire et je comprends pas qu'elles le prennent pas toutes ! parce que pour d'autres choses y a des traitements mais là c'est un truc de dingue cette PREP qui existe et personne ne l'a ! Donc il y a un vrai travail à faire même avec les professionnels, parce que pour les filles ça leur permet de bosser sans capote si elles n'ont pas le choix ou si ça craque. Y a une façon de penser à remettre en question parce que ça reste de la prévention ! mais il faut déconstruire, communiquer et sortir des anciennes pratiques. »

Sur internet :

Là encore, l'équipe se questionne sur les nouvelles façons de pouvoir faire de la RDR avec une population peu visible et mobile.

Ma : « Pour moi c'est vraiment de la visibilité mais même aux yeux du grand public ! Il faudrait que... comme AIDES ! MDM ! tout le monde connaît et sait à quoi ça sert ! Même à la fac ! Regardez personne ne sait qu'on est là ! »

Ma : « C'est un public qui ne se déplace pas, c'est un public qui est très caché, y en a aussi une grosse partie qui est très itinérante... donc euh... pour pouvoir identifier un lieu quand tu te déplaces tous les 3-4 jours ou toutes les semaines ... c'est juste impossible ! moi je pense qu'il faut faire de la prévention directement sur internet. »

C : « « Il faudrait un support hyper alimenté où les personnes pourraient... un lieu ressource, enfin un espace ressource... un peu comme un Poppy virtuel quoi. S'adapter en version 2.0. C'est inévitable... et puis moi j'ai vraiment l'impression que la prostitution de rue est amenée à disparaître. C'est une population invisible donc euh... va donc forcément trouver des moyens pour les trouver. Et ne pas s'occuper que des personnes de la rue que tous les acteurs de terrain comme les mairies où même les riverains ont repéré. »

S : « Et il faut avoir une certaine visibilité sur les réseaux sociaux. »

5. Synthèse

L'ensemble des données recueillies permettent de mettre en évidence un certain nombre de facteurs défavorables à la santé des personnes rencontrées. Quel que soit le public et même si la précarité est moindre chez certaines PSP, les besoins identifiés et exprimés sont sensiblement les mêmes et en accord avec les données recueillies dans la littérature.

Pour une partie d'entre elles, la nécessité de se loger, de se nourrir ou d'accéder à une situation administrative stable laisse peu de place à une réelle mobilisation. La grande précarité vient par ailleurs générer des comportements à risques dans l'activité prostitutionnelle qui ne sont pas sans conséquences sur la santé physique et psychique.

La stigmatisation et la crainte du jugement sont omniprésentes, et la quasi-impossibilité à pouvoir évoquer l'activité prostitutionnelle en dehors du cadre de l'association semble souvent freiner voire entraver les PSP dans leur parcours de vie et de soins. Il en résulte un isolement de fait, éloignant les PSP des parcours de droit commun, de l'accès à l'information mais aussi parfois de toute forme de vie sociale et culturelle.

L'exposition à la violence est quant à elle omniprésente, en lien direct avec l'activité prostitutionnelle et quel que soit le mode d'exercice de cette dernière.

Par ailleurs, les professionnels comme les PSP semblent s'accorder sur le fait que la loi de 2016 et notamment la pénalisation des clients vient accroître l'isolement et les violences auxquelles les PSP sont exposées.

Quel que soit le mode d'entrée dans la prostitution, que l'on parle de prostitution choisie ou non, il semble que l'activité prostitutionnelle ne soit pas sans conséquences sur la santé psychique des PSP, en particulier sur l'estime de soi et sur le rapport au corps.

Ce qu'il est important de souligner en revanche, c'est la capacité des PSP à proposer des solutions adaptées à leur propre réalité d'exercice lorsqu'on leur donne la possibilité de s'exprimer et de prendre part à la réflexion concernant les leviers d'accompagnement et de soutien possibles. Il sera essentiel lors des préconisations de s'appuyer sur ces réflexions.

Le parcours de sortie de prostitution prévu par la loi de 2016 peut sembler difficile à mettre en œuvre, alors qu'il pourrait permettre de répondre à la volonté de certaines PSP d'arrêter l'activité prostitutionnelle en permettant : l'accès au logement et à des revenus minimums d'une part mais également l'obtention pour certaines d'un titre de séjour ainsi que le suivi social nécessaire à un parcours de formation et / ou d'insertion professionnelle.

Enfin, il est important de prendre en considération les nombreuses difficultés que rencontrent les salariés pour mener à bien leurs missions. Même s'ils semblent bien identifier les besoins et difficultés que les PSP rencontrent et la nécessité de proposer un accompagnement global aux personnes rencontrées, les échanges et observations mettent en avant un certain isolement des salariés eux-mêmes au-delà de la complexité à être force de proposition et à pouvoir agir. L'ensemble des préconisations devront prendre en compte ces difficultés et ces freins et s'adapter à la réalité de terrain dans laquelle ils se trouvent.

6. Limites de l'étude

6.1 Echantillon

L'échantillon de la population lors des entretiens ne peut en aucun cas être considéré comme représentatif de l'ensemble des personnes qui se prostituent et de leurs besoins.

6.2 Diversité des publics rencontrés

La décision de cibler l'ensemble de la population des PSP dans les objectifs de départ s'est avérée être une vraie difficulté dans l'analyse et le traitement des données recueillies. En effet, il est parfois difficile de mettre en lien les besoins d'une personne sans aucun droit au séjour ayant un accès aux droits limité et parfois sous l'emprise d'un réseau de proxénétisme avec ceux d'une personne qui se prostitue de façon occasionnelle mais qui a un accès possible à l'emploi, au logement, et possède un réseau social et / ou familial etc. Même au sein de la population d'origine française et insérée, il peut être difficile de mettre en lien les besoins d'un(e) étudiante avec ceux d'une « escort girl » à 300 euros de l'heure.

6.3 Temps

Le temps de stage effectif au sein de l'accueil prostitution n'a été au final que de deux mois, ce qui est peu.

Le temps d'observation nécessaire à l'élaboration des objectifs de travail n'a été que de deux semaines, ce qui m'a amené à fixer des objectifs très généraux. Un temps plus long m'aurait sans doute permis de mieux orienter mon travail de recherche. L'objectif initial de promouvoir la santé des personnes qui se prostituent dans leur ensemble s'est avéré être peu pertinent et surtout trop vaste devant la diversité des publics et devant les formes très diverses que peut avoir la prostitution. Le temps disponible aurait peut-être nécessité de n'orienter ma recherche que sur une partie du paysage prostitutionnel actuel, comme par exemple s'intéresser aux moyens d'atteindre les nouvelles formes de prostitution difficilement accessibles.

6.4 Engagement personnel et propres représentations :

Comme tout à chacun, j'ai été moi-même avant le stage et tout au long de mon travail confrontée à mes propres représentations et il a parfois été nécessaire de remettre un peu de distance face à certaines situations pour garder de l'objectivité dans mon travail d'analyse, l'objet du travail n'étant pas de remettre en question le positionnement politique de la France vis-à-vis de la pratique prostitutionnelle et de pouvoir la reconnaître ou pas comme une activité professionnelle à part entière comme elle est revendiquée par certains, ni de discuter dans ce travail de la contrainte ou du choix qui a été soulevée par les personnes rencontrées. Ces questions m'ont néanmoins été utiles pour mieux connaître les personnes, leur parcours et ont enrichi ma réflexion personnelle sur ce vaste sujet.

7. Préconisations

Les données disponibles et l'ensemble du travail réalisé permettent de faire émerger des pistes intéressantes permettant de promouvoir la santé des personnes qui se prostituent en prenant en compte les besoins exprimés par les PSP mais en considérant également les réalités de terrain des professionnels. Ces préconisations ont été construites grâce aux différentes réflexions émanant de la présente étude mais également au regard des préconisations existantes. Elles visent à être en accord avec les grands principes définis dans la charte d'Ottawa (45) pour promouvoir la santé des individus.

7.1 La médiation

Un des principes fondateurs de la promotion de la santé est que « Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. »(45)

De façon générale, un travail de sensibilisation, d'information et de médiation concernant la prostitution est nécessaire. Cette médiation doit contribuer à déconstruire les représentations concernant la prostitution, à lutter contre les stigmatisations dont les PSP font l'objet, et ainsi contribuer à des prises en charge plus concertées et plus efficaces.

La médiation avec les instances comme les MDSI et les CCAS doit notamment permettre à l'équipe de faciliter les orientations parfois hasardeuses des PSP vers les structures dont elles dépendent. La Case ne peut à elle seule assurer l'ensemble du suivi des PSP de Bordeaux Métropole et encore moins poursuivre le suivi lorsque les personnes sont sorties de la prostitution.

La médiation avec les services de police doit permettre une meilleure reconnaissance ainsi qu'une meilleure prise en charge des violences subies par les PSP.

La médiation avec les établissements du secondaire doit permettre une prise de conscience de l'existence d'une prostitution plus jeune particulièrement vulnérable et de mieux accompagner et surtout atteindre la population étudiante.

La médiation avec les services hospitaliers doit permettre une meilleure prise en charge et assurer la continuité des soins des PSP lorsque cela s'avère nécessaire.

Par ailleurs, si ces recommandations ont déjà été mentionnées lors de l'évaluation de la Loi de 2016, il me paraît important au niveau local de travailler sur deux points essentiels :

→ Un meilleur accès aux soins primaires

On l'a vu, les membres de l'équipe médicosociale semblent relativement isolés des partenaires, que ce soit concernant d'autres associations de terrain du territoire, la médecine de ville, mais également des partenaires comme les MDSI, la mairie de Bordeaux etc. Par

ailleurs, on a pu constater la complexité à orienter les PSP vers les dispositifs de droit commun et à rendre effectifs certains accompagnements. Par ailleurs, le maintien d'un suivi exclusif au sein de Poppy révèle les propres craintes de l'équipe vis-à-vis des stigmatisations vécues par les personnes qu'elles accompagnent, les amenant parfois à des attitudes de surprotection et rendant les usagers très dépendants du dispositif. Il est pourtant essentiel, notamment pour les personnes migrantes de pouvoir s'approprier et investir l'ensemble des acteurs du territoire existant en dehors du dispositif. L'accès aux soins primaires à commencer par un médecin traitant peut contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et constitue surtout une vraie porte d'entrée dans l'accès aux soins en dehors de l'association. (46)

→ Une coopération renforcée avec la ville de Bordeaux dans l'accès à la citoyenneté

Il existe une coopération de La Case avec la ville de Bordeaux. Cependant, ce partenariat est surtout efficace dans le cadre du repérage des lieux de prostitution ou comme on l'a vu pour alerter sur les dégradations et les nuisances sonores générées par la présence des PSP dans certains quartiers. On l'a vu, les PSP ont un rapport souvent très limité avec leur environnement, leur rapport à la ville se limitant souvent aux lieux d'exercice de la prostitution, leur lieu de vie et le local de l'association. Le Groupement d'Intérêt Public Bordeaux Métropole Médiation qui fait partie de la ville et qui intervient en tant que médiateur avec les riverains est régulièrement en lien avec les PSP et les riverains. Il pourrait être intéressant d'imaginer un partenariat entre le GIP et La Case afin d'agir favorablement auprès des PSP mais aussi des riverains. Cette prise en compte de l'environnement dans une optique de responsabilisation citoyenne est essentielle afin que la ville de Bordeaux maintienne sa tolérance vis-à-vis de la présence des PSP dans certains quartiers, au risque de se voir dans l'obligation de devoir s'éloigner des centres villes et de les exposer encore plus à la violence et à l'isolement.

7.2 L'Elaboration de politiques pour la santé.

Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé « inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. »

On l'a vu, la loi de 2016 et sa récente évaluation mettent en exergue des disparités de territoire en termes d'accès aux parcours de sortie, mais également des conséquences de certains volets de la loi sur l'exposition aux risques des PSP.

7.2.1 Uniformiser et favoriser l'accès au parcours de sortie de prostitution

Nous avons pu constater que la Loi de 2016 vise à mieux accompagner les PSP notamment via la mise en place du parcours de sortie prostitution. Ce dernier permet de façon théorique de répondre à un certain nombre de préalables nécessaires à la santé comme la nécessité de se loger, de se nourrir ou d'obtenir un revenu minimum. Du point de vue de la commission d'évaluation elle-même, la mise en place du dispositif reste insuffisante et très inégale selon les territoires, sa mise en place au niveau départemental ne faisant l'objet d'aucune circulaire précise notamment concernant les critères d'admission. Une uniformisation du dispositif et des moyens alloués paraît donc nécessaire afin de garantir un accès équitable quelle que soit la

domiciliation des PSP et leur situation administrative. De même, la condition préalable de la cessation de toute activité prostitutionnelle au moment de la présentation du dossier devant les commissions est peut-être à interroger, cette dernière créant d'emblée des inégalités d'accès pour celles dont l'activité prostitutionnelle constitue la seule source de revenu.

Même si ce dispositif est encore peu utilisé et peut sembler insuffisant, il appartient aux travailleurs sociaux de peut-être plus l'activer avec les personnes accompagnées quand elles le souhaitent et surtout qu'elles en aient connaissance.

Il appartient également aux acteurs de terrain de plus alerter les pouvoirs publics et les décideurs concernant la grande précarité et les conséquences sur la santé des individus dans leur mission de plaidoyer et sur l'ampleur de ces situations. En effet, ces situations de très grande précarité ne constituent pas des exceptions et il est important de sensibiliser les décideurs sur la complexité à agir sur la santé des individus lorsqu'ils sont sans hébergement, sans revenus et bien souvent sans droit au séjour depuis parfois de nombreuses années.

7.2.2 Mesurer l'impact de la loi de 2016 dans toutes ses dimensions

Il est primordial de renforcer comme le prévoit la loi les dispositifs et les moyens de lutte contre la traite des êtres humains et les réseaux de proxénétisme auxquelles sont soumises bon nombre de PSP.

Néanmoins, la réaffirmation de la position abolitionniste de la France vis-à-vis de la prostitution a entre autres amenés les pouvoirs publics à prévoir de nouvelles mesures comme la pénalisation du client. Si l'abandon du délit de racolage semble aller en faveur des PSP, il convient également de réinterroger cette mesure concernant les clients et ses conséquences sur les conditions d'exercice de la prostitution. L'évaluation ne porte en effet que sur le nombre d'infractions constatées et de sanctions prises et en aucun cas sur ses conséquences. Force est de constater que les acteurs de terrain comme les PSP elles-mêmes font état d'une dégradation de leurs conditions d'exercice, aggravant l'isolement et les violences subies. Le client déjà difficile à atteindre concernant les messages de prévention devient inatteignable.

Les mesures d'impact des lois devraient donc interroger davantage les acteurs de terrain et les PSP en termes de conditions de vie et d'établir les ponts nécessaires entre la pénalisation et ses possibles conséquences en termes de violences subies et de précarité.

7.3 L'acquisition d'aptitudes individuelles.

Selon la charte encore, « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »

7.3.1 Développer l'empowerment des salariés

Le travail d'enquête mais aussi les données recueillies dans la revue de la littérature démontrent de la difficulté pour les salariés d'aborder la pratique prostitutionnelle et ce pour plusieurs raisons : parce qu'ils s'estiment insuffisamment formés, parce qu'ils sont eux-mêmes aux prises de leurs propres représentations dont ils ont parfois du mal à se distancer mais également parce qu'il existe une demande de participation et d'autonomie peu entendue. Il paraît donc nécessaire de proposer des réponses adaptées aux professionnels :

→ L'accompagnement des professionnels

La notion de représentations a largement été évoquée par l'équipe et semble constituer un frein dans la façon dont ils peuvent aborder les pratiques sexuelles et mener à bien leurs missions de réduction des risques. Comme dit le psychologue Emmanuel Sorbé, « les représentations confondent prostitution et personne prostituée. A ce titre, elles peuvent envahir notre imaginaire et notre regard, jusqu'à nous conduire à des postures idéologiques et tranchées, voir clivées. Ces positions risquent de congédier la personne elle-même, dans toute la complexité de son histoire, de son parcours, de ses déterminants sociaux culturels, affectifs, de son désir et de ses aspirations. »(47)

Interroger ses propres représentations apparaît donc comme une nécessité pour les professionnels afin de replacer les personnes au cœur de la prise en charge en la reconnaissant comme sujet et en s'éloignant d'une construction purement idéologique de la prostitution. La mise en place de groupe d'analyses des pratiques ou de supervision apparaît essentielle afin de permettre aux salariés d'exprimer leurs difficultés, de prendre du recul sur leur travail et de les placer dans une position plus confortable.

→ La formation des professionnels

L'amélioration du repérage et de l'accueil des personnes qui se prostituent tels que préconisés par les différents rapports suppose une implication des soignants dans l'exploration des facteurs de vulnérabilité des personnes. Or les soignants semblent parfois être en difficulté dans leur accompagnement et la prise en charge de la santé sexuelle, s'estimant insuffisamment formés. (48). Par ailleurs, il apparaît évident que les discriminations auxquelles sont soumises les PSP constituent un frein dans leur accompagnement et limitent l'accès aux soins. (49). Il apparaît donc qu'une meilleure formation des professionnels de santé en lien avec les problématiques rencontrées par les personnes qui se prostituent puisse favoriser leur accès aux soins et leur accompagnement. (50) (14) (51) (52) (53). L'équipe devrait à ce titre pouvoir bénéficier de formations concernant les risques bien sûr, mais également concernant la façon d'aborder la santé sexuelle, les outils possibles, l'animation de groupes etc.

7.3.2 Développer l'empowerment et l'autonomie des PSP

L'autonomisation a été définie comme « un processus d'action sociale qui facilite la participation des individus, des organisations et des communautés pour donner plus de moyens d'action aux individus et aux communautés, pour une plus grande efficacité politique, pour une vie en communauté de meilleure qualité et pour plus de justice sociale. » (54)

Le processus d'autonomisation a des effets positifs en termes de prévalence de la contamination au VIH et aux IST mais également sur les conditions de vie et la santé globale

des PSP. (55). Il apparaît donc essentiel de replacer la personne au cœur du dispositif et de lui permettre de prendre en charge sa santé. (56)

→ **Identifier les besoins mais aussi reconnaître les compétences pour favoriser l'empowerment.**

Lors des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire mais également lors de l'élaboration du projet autour du renforcement des compétences, il a été mis en évidence que même si les besoins semblent être bien identifiés par l'équipe, cette dernière est généralement dans une démarche descendante sans une réelle prise en considération des attentes de la population qu'elle rencontre.

Le projet réalisé dans le cadre du stage a permis de rendre effective la mise en place d'un CVS dès la rentrée 2020, pour bien sur être en conformité avec la loi de 2002 mais également permettre de recueillir les attentes des PSP. L'intérêt est bien sûr de recueillir les attentes en favorisant l'expression des usagers, mais aussi de favoriser l'*empowerment*.

Pour favoriser le développement de l'*empowerment*, il est important de faire prendre conscience aux personnes accompagnées qu'elles ont développé des compétences et des connaissances, que ce soit via leurs expériences de vie mais également par le biais de l'activité prostitutionnelle. Les compétences acquises dans le cadre de l'activité prostitutionnelle sont nombreuses, incluant par exemple la gestion du risque, la nécessité de se maîtriser, de travailler de nuit, de négocier etc. La valorisation de ces compétences doit notamment permettre une re-narcissisation des personnes nécessaire à leur mobilisation.

Cette approche nécessite pour les professionnels de :

- Reconnaître les PSP comme des personnes actives capables de prendre des décisions pour elles-mêmes et de ne pas les victimiser et les discriminer plus qu'elles ne le sont déjà au regard de la société
- Se positionner comme soutien et facilitateur en opposition à une position hiérarchique venant infantiliser la personne et le mettre dans une simple position de consommateurs de soins ou de services
- Développer des projets collectifs qui constituent un élément central pour l'empowerment (57)

Il s'agit pour l'équipe de repenser sa façon de travailler en incluant de façon plus systématique les PSP dans les actions proposées.

→ **Le travailleur pair comme levier d'empowerment pour les PSP**

Plusieurs études semblent démontrer que l'éducation par les pairs semblent montrer leur efficacité en permettant aux PSP de devenir actrices de leur santé. Il s'agit d'augmenter l'empowerment de la population et de ce fait d'améliorer la santé sexuelle, les connaissances en matière de réduction des risques et l'accès aux soins et aux dépistages. (58) (59) (60)

Il apparaît que dans un cadre bien défini, l'intégration d'un travailleur pair constitue une véritable plus value pour les équipes et pour les personnes accompagnées amenant une plus grande polyvalence, une meilleure compréhension des publics et donc un accompagnement plus proche des besoins réels du public. L'intégration du travailleur pair permet une meilleure participation des usagers en participant à la reconnaissance des compétences des usagers. (61).

L'intégration d'un travailleur pair peut constituer par ailleurs un vrai levier pour entrer en lien avec les personnes qui se prostituent dans la rue comme sur internet. Devant une population de moins en moins visible et méfiante vis-à-vis des institutions, le travailleur pair peut en effet aider à lever certaines craintes de départ. Enfin, le travailleur par le lien qu'il crée permet de potentialiser la prévention dans la durée en :

- Favorisant le rapprochement entre l'usagers-ères et les services d'accompagnement
- Favorisant le suivi dans l'accès aux soins par les partenariats avec les services d'affiliation sociale et de soins,
- Prenant en considération l'ensemble des PSP. (62)

Au sein de La Case, l'intégration d'un(e) ou plusieurs travailleur(r)(se)s pair(e)(s) permettrait une meilleure prise de contact dans la rue comme sur internet.

L'intégration d'un travailleur pair de la même origine que le public rencontré notamment dans la rue permettrait enfin de lever les barrières de langue et parfois culturelles rencontrées par les professionnels.

→ **Améliorer l'accès à l'information**

De manière générale, l'accès à l'information doit être étendu de façon globale. Cet accès doit concerner la santé sexuelle bien sûr mais également l'accès aux droits et les dispositifs existants. Ainsi, il paraît essentiel que l'ensemble des PSP puissent avoir une information complète concernant :

- L'accès aux soins, les structures et les traitements pré et post exposition par exemple
- L'accès aux droits, notamment en cas de violence subies. On pourrait imaginer qu'une information soit livrée de façon collective par la juriste et que des échanges puissent avoir lieu sur cette thématique.
- Les possibilités d'accès au parcours de sortie de prostitution.

La mise à disposition d'une information dont les PSP puissent se saisir doit s'élargir à l'ensemble des PSP et pas seulement à celles qui auraient des demandes individuelles de dépistage. Les ateliers collectifs doivent donc être favorisés, et des outils accessibles à tous quel que soit la langue et le degré de connaissances (documents traduits, pictogrammes etc...) doivent être créés.

L'accès à l'information doit également passer par la mise à disposition de moyens essentiels comme l'interprétariat sans qui la délivrance d'une information claire et compréhensible est impossible.

Enfin, l'accès à l'information doit également passer par une meilleure visibilité notamment sur les réseaux, dans les établissements du secondaire, dans les centres hospitaliers etc.

7.4 Le renforcement de l'action communautaire.

La charte d'Ottawa précise également que « La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des

décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. »

« Une approche communautaire, fondée sur l'idée de développement communautaire, pour l'établissement des priorités, pour la prise de décisions, ainsi que pour la planification et la mise en œuvre de stratégies permet à la communauté des professionnel(le)s du sexe de défendre les intérêts de ses propres initiatives et d'exercer un contrôle sur sa destinée. » (63)

Cette recommandation de l'ONU SIDA précise la nécessité de développer la mobilisation des membres de la communauté en faveur de la prévention. Elle permet de faciliter la rencontre et l'accueil et de gagner la confiance des personnes prostituées, particulièrement les personnes isolées ou méfiantes à l'égard des organisations. Elle contribue, en outre, à consolider des liens de solidarité au sein de la communauté, mais aussi de mieux identifier et répondre aux préoccupations et aux besoins des personnes en termes de prévention, de médiation ou de formation. L'engagement de la communauté a un impact avéré sur les pratiques de prévention et la lutte contre le VIH/sida et les IST, (28) (64) les personnes issues de la communauté pouvant faciliter l'accès aux soins, à la prévention et aux droits de leurs pairs. Elle contribue également à la sensibilisation de l'ensemble des intervenants auprès des PSP en particulier les médecins, les médecins-urgentistes, les travailleurs sociaux,(28).

La Case n'étant pas une association communautaire, il ne s'agit pas de remplacer les spécificités des professionnels nécessaires à l'accompagnement global proposé par l'association mais de développer les actions communautaires en son sein et de rendre effective la participation des PSP au sein du dispositif.

Pour cela, il s'agit pour l'équipe d'accepter l'idée d'une non-mixité à certains moments mais surtout que les PSP connaissent leurs besoins, que la communauté possède des moyens et des stratégies d'adaptation spécifiques notamment vis-à-vis des violences qu'il est nécessaire de pouvoir partager. Il s'agit donc de reconnaître les savoirs expérientiels des PSP, et de co-construire les accompagnements, sans pour autant que ce dernier vienne se substituer aux missions spécifiques de chacun (infirmier, médecin etc.). (65). Enfin, cette approche communautaire permet de favoriser une dynamique collective permettant de laisser une logique d'assistance à la personne au profit d'une démarche solidaire et renforçant l'autonomie et les capacités auto-organisationnelles.

Enfin, on a vu que la violence pouvait être intégrée chez une partie de PSP comme faisant partie de l'activité prostitutionnelle. Le partage d'expérience que permet la collectivité peut à minima permettre une prise de conscience que ces violences subies ne doivent pas être considérées comme acquises. L'exemple du projet S.W.A.G. évoqué précédemment est un bon exemple de projets pouvant répondre aux besoins des PSP, car construits par elles-mêmes. Au-delà de répondre à la problématique des violences, il permet la création d'un espace de parole nécessaire entre les PSP. Ce partage d'expérience permet également un accès plus global à l'information concernant l'accès aux soins et aux droits et contribue de ce fait à réduire les inégalités. Cet exemple concret démontre en tout cas la capacité des PSP à se mobiliser pour elles-mêmes et à mobiliser leurs compétences. Néanmoins, la participation des acteurs de terrain à la mise en place en termes de moyens (locaux, financements) est nécessaire.

7.5 La réorientation des services de santé

La charte d'Ottawa précise que « Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. »

→ Un accès plus large à la PrEP et au TPE.

Comme on l'a vu, même si l'accès à la PrEP semble se développer petit à petit, il est loin d'être accessible au plus grand nombre, et encore moins à celles qui ont les pratiques à risque les plus importantes. La majorité des PSP rencontrées dans la rue n'en ont même pas connaissance alors que ce sont elles qui face à leur situation particulièrement précaire vont avoir des comportements à risque. En ce qui concerne le TPE, les PSP viennent souvent au local avant de se rendre à l'hôpital ce qui retarde souvent les prises en charge, même lorsqu'elles ont intégré l'information. Ces traitements ne peuvent être prescrits que dans le cadre hospitalier (pour la PrEP le renouvellement est possible au sein de la médecine de ville). Afin de faciliter l'accès à ces traitements, il faut donc envisager des modalités d'accès qui puissent s'adapter.

La Case est actuellement en lien avec l'Hôpital Saint André pour faciliter l'accès à ces différents traitements. Les difficultés pour les PSP à évoquer leur activité prostitutionnelle avec les professionnels de santé et à se rendre au sein des structures hospitalières, il s'agit de discuter de l'accès aux traitements directement au sein du local de La Case pour rendre les suivis efficaces et éviter les ruptures de soin. Cette nouvelle vision de « l'hôpital hors les murs » qui permettrait à l'hôpital d'aller vers les PSP sera probablement une des conditions nécessaires à l'accès à la PrEP des PSP tant qu'il fera l'objet que d'une prescription hospitalière.

→ Des nouvelles modalités d'action au sein de La Case.

Le paysage prostitutionnel est, on l'a vu, en permanente modification dans ses modalités, dans les publics rencontrés etc. ces modifications exigent des équipes une adaptation à ces changements.

Atteindre les personnes qui se prostituent via internet constitue un véritable enjeu puisque certains financements du dispositif sont directement liés à la réduction des risques auprès de ce public spécifique. Pour ses tournées virtuelles, le dispositif dispose de financements visant à atteindre l'ensemble de la région Nouvelle Aquitaine. Cela nécessite plusieurs choses :

- Réaliser un maillage territorial préalable afin de lister l'ensemble des acteurs du territoire et des dispositifs existant concernant, les soins, l'accès aux droits, l'accès aux dépistages, aux traitements ou aux différents dispositifs de prévention.
- Utiliser les réseaux de communication comme outils de prévention et pas seulement comme moyen de rentrer en communication avec les PSP car bon nombre d'entre elles ne se déplaceront pas pour des raisons géographiques mais également par volonté de rester anonyme. Il faut nécessairement aujourd'hui s'appuyer sur l'idée que la réduction des risques n'a pas pour finalité de faire déplacer les personnes mais de donner aux PSP la possibilité d'accéder à l'information et d'échanger sur leurs

pratiques. La mise en œuvre pourrait se faire via un blog comme cela a été évoqué lors des entretiens. La mise en place de permanences virtuelles pourrait être envisagée, avec la création d'espaces de paroles et d'échanges qui viendrait se substituer à la délivrance d'une information descendante peu adaptée aux besoins.

7.6 Restaurer l'image de soi.

Comme on l'a vu, l'image de soi des PSP est souvent altérée, en lien avec l'activité prostitutionnelle mais aussi du parcours de vie parfois poly traumatique. L'activité prostitutionnelle engendre des atteintes du schéma corporel, la décorporalisation. Ce détachement vis-à-vis du corps peut amener à une négligence de la prise en compte de sa santé globale et de ne pas prendre en compte des signaux d'alerte comme la douleur. Cette désappropriation de soi et ce rapport au corps particulier vient entretenir une image souvent dégradée de la personne rendant toute démarche (administrative, de soins etc.) encore plus difficile. La restauration de l'image corporelle est donc à considérer comme un des préalables à une réappropriation de son propre corps et donc au prendre soin.

Il apparaît donc important de prendre en compte cette décorporalisation dans les propositions d'accompagnement faites au sein de La Case.

Il s'agit dans un premier temps de libérer la parole que la présence du psychiatre au sein de La Case doit permettre.

Ensuite, plusieurs leviers comme l'art-thérapie, la socio esthétique ou la relaxation existent et permettent de prendre soin de soi et de sa santé, de retrouver une identité propre et de réinvestir son corps. Cette proposition d'accompagnement au sein de La Case a par ailleurs fait partie des axes à développer dans le travail élaboré lors du stage.

Conclusion

L'ensemble du travail réalisé a permis de proposer des recommandations cohérentes avec la réalité de terrain, le vécu des PSP elles-mêmes mais également en lien avec les données existantes dans la littérature. Si les pouvoirs publics semblent aujourd'hui s'intéresser aux diverses problématiques rencontrées par les PSP sur le territoire, il n'en reste pas moins que les obstacles restent nombreux si on veut rendre effectif l'accès aux droits et aux soins et réduire les inégalités. L'amélioration de la santé des PSP doit nécessairement passer par une participation effective de ces dernières à l'élaboration des programmes qui leur sont destinées, afin de favoriser leur autonomie mais également d'être aux plus près de leurs besoins. La sensibilisation de l'ensemble des acteurs doit se poursuivre pour lutter contre les stigmatisations et replacer les PSP en tant que sujets à part entière dans la société. Enfin, il apparaît essentiel que les pouvoirs publics puissent prendre en compte dans leurs évaluations la parole des PSP et des acteurs de terrain et les conséquences de certains volets des lois mises en place par des données autres que purement sanitaires. Enfin, la situation administrative parfois inextricable de certaines PSP ne permet qu'un accès restreint voire inexistant aux dispositifs de droit commun qu'il convient d'étudier peut-être sur d'avantage sur le droit au séjour que sur l'accès aux droits et aux soins.

Il m'a été pour ma part extrêmement intéressant de pouvoir aborder cette thématique au sein de l'association et de me confronter aux réalités du vécu des professionnels et des PSP. J'ai pu moi-même constater la complexité que d'accompagner les PSP et de faire des propositions adaptées devant la diversité des personnes et des situations rencontrées. Enfin, il m'a été gratifiant de pouvoir recueillir la parole des PSP qui ont participé activement à l'élaboration de mon travail en se rendant disponibles et surtout en faisant part d'une grande confiance en me livrant des éléments intimes de leur parcours de vie. Les professionnels ont également enrichi ce travail en acceptant d'évoquer leurs difficultés et de remettre en question leur pratique professionnelle. Promouvoir la santé des PSP n'est pas chose aisée tant la question de la prostitution vient interroger nos propres représentations, mais également parce qu'elle est particulièrement hétérogène et complexe à appréhender notamment à cause de son manque de visibilité. Néanmoins, la mise en commun des expériences de chacun et la participation de tous à une réflexion commune pourra certainement participer à l'amélioration de la santé globale des PSP, que ce soit par la mise en place de moyens nouveaux ou par des adaptations structurelles à tous les niveaux.

Bibliographie

1. LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. 2016-444 avr 13, 2016.
2. Taïbi N. Du corps des personnes prostituées. *Sens-Dessous*. 2007 ;1(1):30-42.
3. Texte adopté n° 716 - Proposition de loi, adoptée, par l'Assemblée nationale, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0716.asp>
4. Mathieu L. Sociologie de la prostitution [Internet]. Paris: La Découverte; 2015. 128 p. (Repères). Disponible sur : <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-prostitution--9782707179159.htm>
5. Mathieu L. Prostitution, quel est le problème ? [Internet]. Textuel ; 2016 [cité 17 juin 2020]. (Petite encyclopédie critique). Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01371265>
6. Plumauzille C. Prostitution. In: Encyclopédie critique du genre [Internet]. Paris : La Découverte ; 2016. p. 499-510. (Hors collection Sciences Humaines). Disponible sur : <https://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782707190482-p-499.htm>
7. Mayer S. Construction sociale de la « prostitution » et des « prostituées » par les riverains. *Déviance et Société*. 2011 ;35(1):35-58.
8. Plumauzille C, Rossigneux-Méheust M. Le stigmaté ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*. 2014 ;17(1):215-28.
9. LOT F, HAJMAN E, LE GRAND L, FENDER L, CIRBEAU C, LABICH F, et al. Étude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales [Internet]. *Santé Publique France*. 2013 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/etude-prosante-2010-2011-sur-l-etat-de-sante-l-acces-aux-soins-et-l-acces-aux-droits-des-personnes-en-situation-de-prostitution-rencontrees-dans-d>
10. État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615057/fr/etat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-prostitution-et-des-travailleurs-du-sexe-et-identification-des-facteurs-de-vulnerabilite-sanitaire
11. AUBIN, C, JOURDAIN-MENNINGER, D, EMMANUELLI J. Prostitutions : les enjeux sanitaires - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. IGAS ; 2012 déc [cité 5 avr 2020] p. 147. Report No.: RM2012-146P. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000667.pdf>
12. cnsadmin. VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2010 [cité 21 juin

- 2020]. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prevention/vih-et-commerce-du-sexe-garantir-lacces-universel-a-la-prevention-et-aux-soins-2/>
13. Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007 ;114(7):875-81.
 14. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. juill 2004;54(504):515-9.
 15. Mastrocola E, Taylor A, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: A qualitative study Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC family practice*. 4 sept 2015 ;16:118.
 16. Godefroy J-P, Jouanno Chantal. Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2020] p. 115. Report No : 46. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r13-046/r13-046.html>
 17. Le Bail H, Giametta C, Rassouw N. QUE PENSENT LES TRAVAILLEUR.S.E.S DU SEXE DE LA LOI PROSTITUTION ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel » [Internet]. 2016 [cité 8 juin 2020] p. 99. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/Rapport-prostitution-BD.PDF>
 18. Odendall M. Les obstacles à l'accès aux soins des femmes se prostituant dans la rue : étude qualitative en région parisienne en 2015 [Internet]. 2015 [cité 7 juin 2020]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4997_ODENDALL_these.pdf
 19. Lettre-ONVF-n7-prostitution-oct-2015.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/05/Lettre-ONVF-n7-prostitution-oct-2015.pdf>
 20. Lavaud-Legendre B. Prostitution nigériane. KARTHALA Editions ; 2013. 250 p.
 21. Lavaud-Legendre B, Plessard C. Groupes religieux, sociaux et criminels dans la traite des filles et femmes nigériennes [Internet]. Association ECPAT ; 2019 [cité 27 août 2020]. 180 p. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02485477>
 22. Dequiré A-F. Le monde des étudiants : entre précarité et souffrance. *Pensée plurielle*. 2007;14(1):95-110.
 23. Le journal du SIDA. La prostituée, le client et le préservatif [Internet]. 1995 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.journaldusida.org/dossiers/prevention/populations-cle/la-prostituee-le-client-et-le-preservatif.html>
 24. Serre A. L'influence des conditions de vie des prostituées sur les comportements face aux risques [Internet]. 1996 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : https://www.pistes.fr/transcriptases/43_310.htm
 25. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine. Octobre 2004. - OFDT [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2004/la-consommation-de-drogues-dans-le-milieu-de-la-prostitution-masculine-octobre-2004/>

26. OFDT. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Octobre 2004. [Internet]. [Cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2004/la-consommation-de-drogues-dans-le-milieu-de-la-prostitution-feminine-octobre-2004/>
27. IGAS. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat (2010) [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article135>
28. CNS. VIH ET COMMERCE DU SEXE GARANTIR L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION ET AUX SOINS [Internet]. p. 52. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2010-09-16_avi_fr_prevention
29. Ministère de l'Intérieur. Evaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents/Evaluation-de-la-loi-du-13-avril-2016-visant-a-renforcer-la-lutte-contre-le-systeme-prostitutionnel-et-a-accompagner-les-personnes-prostituees>. [Cité 24 août 2020]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents/Evaluation-de-la-loi-du-13-avril-2016-visant-a-renforcer-la-lutte-contre-le-systeme-prostitutionnel-et-a-accompagner-les-personnes-prostituees>
30. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018 [Internet]. 2018 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
31. PROSTITUTION & PARCOURS DE SORTIE EN NOUVELLE-AQUITAINE [Internet]. [Cité 24 août 2020]. Disponible sur : <https://safed24.fr/134-prostitution-parcours-de-sortie-en-nouvelle-aquitaine>
32. DGS, DGOS, DGCS, SGMAS, DSS, MIPROF. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
33. Haute Autorité de Santé. La prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques
34. vih.org. La rédaction de. Chiffres du VIH en France : L'impact de la PrEP [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://vih.org/dossier/chiffres-du-vih-en-france-limpact-de-la-prep/>
35. Prise en charge du VIH - Recommandations du groupe d'experts - Conseil national du sida et des hépatites virales [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
36. Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique [Internet]. 2017-281 mars 2, 2017. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034134336&categorieLien=id>

37. Underhill K, Morrow KM, Collieran 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*. Août 2015;92(4):667-86.
38. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. 1948.
39. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies, Arbetsrapport. 1 janv 1991 ;14.
40. (PDF) Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 1 [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/252203552_Concepts_and_Principles_for_Tackling_Social_Inequities_in_Health_Levelling_Up_Part_1
41. Barus-Michel J, Enriquez E, Lévy A. Vocabulaire de psychosociologie [Internet]. Toulouse : ERES; 2002. 592 p. (Hors collection). Disponible sur : <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749206851.htm>
42. Groupe Eyrolles. Les études qualitatives. 002592754.pdf [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur : <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
43. Code pénal - Article 225-5. Code pénal.
44. TRINQUART J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur à l'accès aux soins [Internet]. 2001. Disponible sur : <http://ecvf.online.fr/IMG/pdf/Trinquart.pdf>
45. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. [cité 28 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
46. Leleu H, Bourgueil Y, Jusot F. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2012 [cité 25 juillet 2020];(179). Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01593726>
47. PROSTITUTION & PARCOURS DE SORTIE EN NOUVELLE-AQUITAINE [Internet]. [cité 24 juillet 2020]. Disponible sur : <https://safed24.fr/134-prostitution-parcours-de-sortie-en-nouvelle-aquitaine>
48. 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*. oct 2004;21(5):528-36.

49. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. *N Z Med J.* 7 mars 2014 ;127(1390):30-7.
50. Prince LM. Self-perceived healthcare needs for African American women in street-level prostitution : strategies for interventions. *ABNF J.* 2013 ;24(1):5-9.
51. Mellor R, Lovell A. The lived experience of UK street-based sex workers and the health consequences: an exploratory study. *Health Promot Int.* sept 2012;27(3):311-22.
52. Benoit C, Ouellet N, Jansson M. Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada. *Can J Public Health.* 20 oct 2016 ;107(3):e266-71.
53. Coma Auli N, Mejía-Lancheros C, Berenguera A, Mayans MV, Lasagabaster MA, Pujol-Ribera E. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers living in Barcelona : a study protocol. *BMJ Open [Internet].* 29 juill 2013 [cité 21 août 2020];3(7). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731713/>
54. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot.* févr 1992;6(3):197-205.
55. OMS, UNFPA, ONUSIDA, nswp. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE Recommandations pour une approche de santé publique. 2012;52.
56. OMS, UNFPA, ONUSIDA, nswp, La Banque mondiale, PNUD. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : APPROCHES PRATIQUES TIRÉES D'INTERVENTIONS COLLABORATIVE [Internet]. 2013 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWIT_fr_UNDP%20logo%281%29.pdf
57. Cabiria. Femmes et migrations en Europe - Stratégies et empowerment - Cabiria [Internet]. 2004 [cité 7 juin 2020]. Disponible sur : <http://cabiria.asso.fr/article/femmes-et-migrations-en-europe>
58. Sexually Transmitted Infection Control with Sex Workers: Regular Screening and Presumptive Treatment Augment Efforts to Reduce Risk and Vulnerability | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [Cité 24 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/8932520_Sexually_Transmitted_Infection_Control_with_Sex_Workers_Regular_Screening_and_Presumptive_Treatment_Augment_Efforts_to_Reduce_Risk_and_Vulnerability
59. Lee DM, Binger A, Hocking J, Fairley CK. The incidence of sexually transmitted infections among frequently screened sex workers in a decriminalised and regulated system in Melbourne. *Sex Transm Infect.* oct 2005;81(5):434-6.
60. Jana S, Rojanapithayakorn W, Steen R. Harm reduction for sex workers. *The Lancet.* 11 mars 2006 ;367(9513):814.
61. Guide – Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement | Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [Cité 25 août 2020]. Disponible sur : <https://federationsolidarite-aura.org/2018/12/13/guide-developper-le-travail-pair-dans-le-champ-de-la-veille-sociale-de-lhebergement-et-du-logement/>

62. catalogue en ligne médiathèque des Crips [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur : http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=search_result
63. Le VIH et le commerce du sexe : note d'orientation de l'ONUSIDA. :32.
64. Le journal du SIDA. Les nouveaux risques du « trottoir » [Internet]. 2013 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.journaldusida.org/dossiers/prevention/populations-cle/les-nouveaux-risques-du-trottoir.html>
65. Pianese S. Émergence du travail pair dans le travail social : impacts d'un métier nouveau dans un espace en recomposition. 2017 ;115.

ANNEXES

Annexe 1 : grille d'entretien à destination des personnes qui se prostituent

- Date de l'entretien :
- Initiale prénom :
- Langue parlée :
- Présentation générale de mon travail : qui je suis, formation, objectifs du travail.
- Rappel sur l'anonymat de l'ensemble des échanges, du nom.

1^{ère} partie : mieux connaître la personne

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand vous prostituez vous ?
- Quelle est votre situation administrative (si cela se pose) ?
- Avez-vous des ressources financières :
- Avez-vous un logement stable ?
- Avez-vous une couverture sociale (CMU ou AME) ? :

2^{ème} partie : fréquentation du local

- Comment avez-vous connu le local de Poppy ?
- Depuis quand venez-vous ici ?
- A quelle fréquence ?
- Pourquoi venez-vous généralement ici ? que venez-vous chercher (informations, matériel, consultation) ?

3^{ème} partie : santé perçue et besoins exprimés

- Avez-vous un médecin traitant ?
- Que signifie pour vous être en bonne santé ?
- Avez-vous des besoins particuliers en ce qui concerne votre santé ?
- De manière générale vous considérez vous en bonne santé ?
- De quoi auriez-vous besoin de manière générale pour vous sentir en bonne santé de façon prioritaire ?

+ question des violences, de l'isolement : état psychologique.

+ réseau social.

4^{ème} partie :

- De quel type d'informations bénéficiez-vous de la part de l'équipe de Poppy ?
- Quel type d'informations souhaiteriez-vous avoir, quel accompagnement vous semblerait pertinent à développer ? (Personnes, interventions, matériel, supports...).

Commentaires :

Annexe 2 : grille d'entretien à destination des professionnels

Introduction :

Fonction :

Ancienneté dans la structure

Partie 1 : missions des salariés

Quelles sont vos missions au sein de Poppy ?

Partie 2 :

- Selon vous, quelles sont les caractéristiques principales des personnes qui se prostituent que vous rencontrez ?
- Quelle est pour vous la définition de la santé ?
- Quels sont leurs principales demandes et besoins en termes de santé ?
- Quelles sont les principales barrières dans l'accès aux soins des personnes accueillies ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos missions ?

Partie 3 :

- Quels leviers pour améliorer cet accès aux soins et répondre aux besoins des personnes accueillies ?
- Quelles sont les actions visant à promouvoir la santé des personnes reçues sur le local déjà en place ?
- Quelles sont les actions qui vous semblent importantes à développer pour promouvoir la santé des personnes accueillies ?
- Quelles sont les priorités aujourd'hui selon vous pour l'association pour promouvoir la santé de l'ensemble des personnes concernées par vos actions de manière générale ?

Commentaires :

Annexe 3 : synthèse des entretiens réalisés avec les personnes qui se prostituent

thèmes	Mots clés	Verbatims associés
Besoins exprimés	Besoins primaires : logement, situation administrative stable	<p>E : « d'une maison, d'un appartement, comme ça je me sens bien. Un appartement, et probablement quelque chose pour faire les papiers ».</p> <p>S : « La seule chose dont j'ai besoin est d'avoir des papiers et arrêter la prostitution. Pour aujourd'hui, pour demain, après demain, c'est avoir des papiers. Parce que si j'ai les papiers, je peux arrêter la prostitution, apprendre le français et trouver un bon travail. »</p> <p>A : « La plupart des personnes qui travaillent sur internet elles se considèrent comme privilégiées ou pas à sauver entre guillemets par rapport aux filles qui travailleraient dans la rue... et c'est sûr que quand on prend 200 euros de l'heure forcément on se sent moins... En danger... Que quelqu'un qui enchaîne dehors dans le froid et pourtant il y a autant de prises de risques... »</p> <p>J : « Il y en a des besoins en tout cas... mais moi je suis un peu dans... ne pas me sentir légitime à venir... au début je me disais ça... parce que c'est pas pour moi, parce que je travaille pas dans la rue... mais même quand je viens je m'excuse j'ai l'impression de prendre à des gens qui en ont plus besoin que moi... alors que j'ai aussi besoin de ... d'avoir un suivi médical dans lequel je me sente à l'aise... »</p> <p>« Et encore c'est mon point de vue de meuf privilégiée qui travaille sur internet ».</p> <p>Ce constat peut en partie expliquer pourquoi les personnes contactées via les tournées virtuelles se déplacent peu. Par ailleurs une ouverture de droits effective et l'accès aux dispositifs de droits communs peut amener certaines personnes à penser qu'aucun suivi spécifique en lien avec l'activité prostitutionnelle n'est nécessaire et à nier leurs besoins. Ainsi une des personnes interrogées déclare :</p> <p>A : « Sur la conscience que y a un besoin. C'est là-dessus qu'il faut travailler. Parce que les filles qui bossent chez elles elles bricolent une pilule, un médecin, un machin etc. mais... si tu discutes comme ça avec quelqu'un aujourd'hui elle te dira moi j'en ai pas besoin, elle te dira j'achète mes capotes, j'ai un médecin qui me prescrit la pilule et quand j'ai une galère je me débrouille. »</p>
	Santé perçue	<p>S : « Pour moi je n'ai pas une bonne santé. Parce que j'ai toujours l'impression d'être malade... et quand je vais voir le médecin je n'ai jamais rien... mais je ne me sens pas bien. Finalement, depuis aussi longtemps que je me prostitue je ne suis pas en bonne santé... »</p> <p>E : « Est-ce que tu te trouves en bonne santé ? Je me sens pas bien</p> <p>Parce que ici (montre son thorax) je peux pas respirer bien je... Je me sens pas bien. Je me sens fatiguée.... Tout le temps. Je ne me sens pas forte... »</p>
Les comportements face aux risques		<p>E : « je connaissais tout ça avant et j'utilise toujours des préservatifs</p> <p>A : maintenant il y a beaucoup de latinas, de trans... sur internet elles sont beaucoup moins dépendantes mais bon... il y a des gens qui ont pas forcément les bonnes informations non plus sur la réduction des risques ... sur à quoi on peut avoir accès... à un traitement... »</p>

		<p>S : « Mais pas beaucoup... Quand tu arrives tu as des choses à apprendre... Je savais pour la prévention du HIV.... Pour se protéger de certaines IST, mais pour la chlamydia... quand on embrasse, pour la salive...pour les relations annales et la fellation.... J'ai eu des infections et ensuite j'ai fait des tests.... Et on m'a expliqué... »</p> <p>J : « En plus moi je suis bisexuelle et je me posais plein de questions les risques avec la bouche etc.... Et du coup les risques ... j'ai quand même toujours fait très attention, je me suis systématiquement protégée, dans le cadre du travail je ne fais pas de fellation nature, parce que j'ai pas envie et je fais hyper attention à l'autre : parce que genre y a des mecs qui veulent enlever la capote... donc je suis assez vigilante sur le truc. Dans le travail il n'y a aucun contact entre leur sexe et mon sexe si y a pas de préservatif, pas de frottement rien et je fais hyper attention à ça. Et je pratique le sexe annal aussi et donc je suis hyper protégée. Mais c'est vrai que mes ressources c'est moi qui les ai trouvées toute seule, en parlant avec des amies, en faisant des recherches... et ici aussi. Quand je prends un risque ou que j'ai des questions je viens ici. Mais encore maintenant pour moi il y a plein de choses qui ne sont pas claires hein Donc euh...c'est toujours utile parce que y a plein de trucs que je sais pas encore. Il y en a des besoins en tout cas... parce que savoir qu'il faut mettre une capote c'est pas savoir la mettre... et connaître les risques... »</p> <p>S déclare ainsi : « J'ai des pratiques dangereuses. » <i>Pourquoi ?</i> « Parce qu'ils payent plus. » »</p>
Le soutien communautaire		<p>A : « on a un groupe Facebook de plusieurs centaines de personnes sur toute la France... voilà j'en parle mais c'est pas... Parce que c'est ça tombe sous le coup de la loi anti-proxénétisme donc on n'a pas le droit normalement de s'entraider. Je ne peux pas travailler ou faire un duo avec une collègue ou aider une collègue. C'est l'aider à se prostituer et donc ça tombe sous le coup de la loi contre le proxénétisme. il y a une jurisprudence avec les assos, les assos elles ont le droit parce qu'on est dans un autre démarche. Mais la démarche communautaire entre guillemets on est border line sur la loi contre le proxénétisme...si par exemple je loue un appart à 2 avec une collègue pour pouvoir travailler ensemble la plus âgée ou la plus expérimentée sera considérée comme la proxénète de l'autre. Donc ce groupe ça nous permet d'échanger, d'avoir un espace de discussion. »</p> <p>« J : Même pour se donner des conseils nous sur le réseau on se demande ben vous pensez quoi de ça et sur des choses super variées quoi... qui vont du marketing à la santé à des échanges sur les clients etc. » Moi si j'avais pas eu ces amies je serais pas venue ici j'en aurais pas entendu parler. Parce que moi y a plein de choses que j'ai appris soit ici soit par mes réseaux de la communauté tout ça quoi... »</p>
Le jugement, la stigmatisation		<p>A : « c'est le fait qu'il y ait un besoin en matière de santé, et ce besoin c'est le fait de pouvoir être vu par des professionnels de santé qui soit non jugeant. Parce que trouver des personnels de soins... trouver des personnels de soins qui soient sensibilisés à la question de la prostitution qui te regardent pas de travers quand tu dis que tu te prostitues ... »</p> <p>J : « Même au CEGID la dernière fois on a parlé de contraception y avait un jeune un mec, et quand on a parlé contraception et que j'ai dit que j'en prenais pas c'est tout de suite le jugement, elles essayent pas de savoir pourquoi, elles te disent que c'est pas une bonne idée... il y a des façons de faire les choses, de les dire et de réagir... parler des options possibles etc... »</p>

		<p>J : « Ben j'ai du mal à aller voir les professionnels de la santé... parce que ça me met mal à l'aise et euh... Je pense que... j'ai de très mauvaises expériences avec les médecins... enfin c'est un peu difficile... Je ne vais jamais chez le médecin. J'avais vu une gynéco une fois mais j'y suis jamais retournée. Je viens ici quoi. » « Et en fait je me sens à l'aise quand je suis ici, enfin autant que je puisse me sentir à l'aise. C'est cool. Et je me sens pas jugée... c'est important d'avoir un lieu comme ça quand même. » E : <i>Pourquoi ne vas-tu pas ailleurs qu'ici ?</i> parce que je ne veux pas, si j'ai besoin de quelque chose je viens ici. Je veux pas parler de ça. Ici elles savent tout de moi, je ne suis pas jugée, je me sens bien ici. Aller ailleurs ça ne me plaît pas. Ici je suis tranquille. Ici les filles viennent parce qu'elles se sentent bien. » <i>Et tu as un médecin traitant ?</i> Un quoi ? <i>Un médecin en ville qui te suit ?</i> Non je n'ai que ici. C'est ici mon docteur. <i>Et pourquoi tu n'as pas de médecin en ville ?</i> parce que je veux pas ! parce que je me sens bien ici (rires). Parce que ici il connaît tout de moi donc euh je suis plus libre. Je parle tranquillement, parce qu'il connaît déjà. Ici je leur dis tout. Je me sens pas bien si je vais voir un autre médecin. <i>Tu as essayé ?</i> « Non non non, Je veux pas. Je veux pas essayer. » S : « Parce que ici si je dis que je suis nigériane : ah tu viens du Nigéria, tu es prostituée. Ils ne me respectent pas. »</p>
L'isolement		<p>A : « les filles qui travaillent sur internet elles travaillent très seules très seules... il y a beaucoup de solitude... je pense que la demande elle se fait surtout sur la question de la solitude. » J : « Ces temps-ci j'ai rencontré quelqu'un, je sais que je peux pas lui dire et du coup j'ai l'impression de mentir... donc la relation va s'arrêter parce que... pour plein de raisons mais aussi parce que je peux pas lui dire et je peux pas mentir... je peux pas ni l'un ni l'autre... donc y a des moments quand même où c'est pas des moments faciles... » J : « Y a plein de jeunes qui font ça toutes seules... et si tas personne à qui en parler dans tes amis proches... mais tu peux être, t'es encore plus isolé très vite quoi... » E : « Je ne connais qu'ici. Les filles du travail juste. Dehors et ici, c'est tout... c'est tout c'est tout. » S : « Je n'ai pas de vie sociale. Je n'ai rien. »</p>
Les violences		<p>A : « Depuis 2016 j'ai été agressée 4 fois alors que l'année ou j'ai commencé, je n'ai jamais été agressée. Il y a moins de clients mais les agresseurs sont restés. » E : « Je me suis fait agresser beaucoup de fois. C'est les gens qui viennent pour te voler... Mais jamais de problèmes avec les clients. » J : « Tu fais quoi quand tu as un client qui euh... à part me défendre contre un mec qui fait trois fois mon poids, à part m'isoler dans une partie de l'appartement, fuir c'est un peu compliqué... Mais ouais t'as pas de ressources. Il faut être hyper ferme parce que sinon ça peut s'inverser vite et partir en... » S : « ils t'agressent parfois à plusieurs pour te prendre ton argent, ne pas te payer... c'est comme ça. Dans la rue j'ai déjà été menacée avec un couteau. Il me l'a mis dans le cou. » A : « je me suis dit je fais quand même un métier étrange parce que quand il a mis sa main sur mon cou je me suis dit « ah ouf c'est pas pour m'étrangler ». Tu vois y a une conscience permanente du risque et en... en fait</p>

		<p>quand on est face à un client on est seule face à un potentiel agresseur. Les collègues chinoises ont intégré cette notion de violence. Elles te disent j'ai fait gratuit, elles ne considèrent pas ça comme un viol. »</p> <p>S : « la violence elle est là. C'est comme ça. »</p> <p>E : « et après tu ne peux pas aller à la police... c'est trop difficile... parce qu'ils ne te croient pas. Quand tu es dans ma situation personne ne te croit. Tu ne peux pas les appeler. Alors je ne les appelle pas. Et je n'y vais pas. »</p> <p>J : « en plus je vais peut-être pas avoir envie d'aller porter plainte après... pour plein de raisons mais parce qu'aussi j'ai des amies qui se sont fait agresser et qui sont allées porter plainte et ça a pas été... ouais non... Moi je sais que je vais dans un appart si ça se passe mal ben ça se passe mal quoi... »</p>
La décorporalisation		<p>J : « la partie sexuelle pour moi sauf des fois ou c'est fatiguant ... et où j'ai besoin de repos... mais ... les rapports sexuels que j'ai dans le cadre du travail il se passe des fois souvent pas grand-chose donc ... Donc euh... en vrai ça j'arrive bien à le gérer...et puis j'ai un rapport au sexe qui est pas... qui est assez léger ... enfin assez tranquille... donc cette partie-là me... je dois juste des fois gérer le fait que je me laisse un peu trop faire.... Enfin si j'ai mal par exemple... y a u petit instant avant de me dire euh.. .. Donc faut que je dise que j'ai mal ... et qu'il arrête de me faire ce qu'il est en train de me faire... c'est pas un réflexe que j'ai tout le temps faut que je sois assez vigilante sur ça. »</p> <p>E : « quand je me sens mal mal je vais à l'hôpital mais après je viens ici toujours »</p>
Perception de la loi de 2016 par les personnes qui se prostituent		<p>« A : la loi pénale elle a quand même énormément changé les choses en termes de clientèle et de ... on a moins de clients et des clients moins... moins corrects. Ils sont conscients qu'ils prennent un risque. Et ce risque là ils te le font payer. Soit ils sont plus exigeants, soit ils négocient plus... en tout cas ce risque ils te le font payer à un moment donné ou à un autre. »</p> <p>J : « Il y a moins de clients depuis 2016... Mais les agresseurs sont restés. »</p>
Attentes vis-à-vis de l'association, leviers possibles	Le soutien communautaire, le travailleur pair.	<p>« on a été éduquées en tant que femmes à être souvent des victimes... l'idée c'est de casser ces représentations... et donc elle a fait une formation à Bruxelles, et puis avec un groupe de personnes prostituées aussi on a établi une méthode en partant des besoins, c'est-à-dire quels étaient les besoins, souvent les besoins c'était qu'est ce que je fais si y a un couteau, qu'est ce que je fais si on a un étranglement, qu'est-ce qu'in fait si on a une fellation forcée ou qui dégénère etc... parce que voilà sortir les dents y a des risques en termes de contamination... »</p> <p>« Il y a une deuxième session qui va commencer en octobre normalement, l'idée s'est d'avoir des femmes nigérianes, des trans, latina, chinoise, pour avoir le maximum de mixité possible ensuite, qu'on puisse faire des cours en anglais, en espagnol, en chinois et aussi parce que chacune sera plus au fait de quelles sont les problématiques de chaque communauté et être au plus près de ... et d'adapter sa technique. L'idée c'est qu'on a des techniques, qu'on les donne aux formatrices, et après chacune peut se les réapproprier en fonction de sa communauté et avec laquelle elle va coenseigner. »</p> <p>Au-delà de ce projet spécifique, c'est l'idée du soutien communautaire dans sa globalité qui est mise en avant comme un véritable outil d'empowerment.</p>

		<p>« Ce qui est hyper intéressant aussi c'est que ça crée des espaces de rencontre en dehors d'une demande de simplement aide moi, on est pas dans une démarche d'aide mais dans une démarche de s'entraider, très vite les filles elles comprennent qu'on est pas des soignants, qu'on est pas des AS mais qu'on est des personnes comme elles en fait. L'idée et ... là où je pense que ça coince au niveau des financements aussi hein, c'est que nous on propose des espaces en non mixité, en non mixité prostituées. Moi je propose que par exemple y ai pas forcément de soignants qui accèdent aux ateliers, parce que l'idée c'est de permettre justement que la parole se libère à ce moment-là à cet endroit-là... et que y ai pas de jugement entre guillemets même si je sais que les personnes qui travaillent sont là ici par exemple sont bienveillantes et sont pas du tout dans le jugement ça change quand même quelque chose de dire on crée un espace ou tout le monde ici est au même niveau et est prostitué... et on est entre nous... » «</p> <p>Au sujet du travailleur pair :</p> <p>A : « j'ai proposé un moment donné qu'on travaillent ensemble mais en travaillant ... d'avoir un peu de travailleur pair pour pouvoir cibler les personnes sur internet et faire en sorte qu'il y ait plus de venue parce que... »</p> <p>J : « Moi je pense que plein de choses sont possibles ici même si on part d'autre chose... moi je pense que y des partenariats sont possibles, je pense qu'y a plein de choses qui sont possible et envisageables, mais il faut que en deuxième instance, il faut que les décideurs se disent que c'est nécessaire... admettre qu'on est pas maître du sujet pour les décideurs c'est compliqué... »</p> <p>« alors avec les migrantes c'est plus compliqué parce qu'il y a aussi cette diff de langage et de parcours et moi je plus facilement être considérée comme une aidante ou comme accompagnatrice que comme une paire simplement je crois oui mais y a déjà un commun, c'est-à-dire que quand -on s'est retrouvé avec les formatrices à discuter de comment on planque l'argent serait c'est plein de plein de détails comme ça on planque l'argent comme on gère une négociation comment et Ben là à ce moment-là les filles elle se rend compte que Ah bah oui il y a énormément de commun. L'idée pour nous c'est de créer une communauté c'est-à-dire que moi des personnes que j'ai rencontrées qui travaillaient dans la rue j'ai appris énormément de choses et vice et versa sur les techniques sur des petites choses très pratique comment je verrai comment plier un billet en en tout petit ouais c'est tout con hein mais pour voir le planquer ouais voilà ce genre de petit détail l'idée c'est de créer cette communauté sur Bordeaux »</p>
	<p>Une RDR qui s'adapte... Une communication à travailler.</p>	<p>A : « Je pense que le... l'ancien éducateur qui travaillait là il avait pour projet de faire un blog mais je pense que c'était une excellente idée ... »</p> <p>J : « Donc je sais pas comment elles écrivent leurs trucs mais... c'est important parce que ici on appelle un chat un chat et ça c'est super important... ailleurs j'oserais pas... Ici elle me met à l'aise... ça fait du bien cette liberté de parole qui simplifie les choses. »</p> <p>« Pouvoir être vu par des professionnels de santé qui soit non jugeant et c'est là-dessus que j'insisterais moi j'insisterais sur le fait qu'il y a un médecin deux fois par semaine c'est énorme ! qui fait des poses de stérilet, il faut préciser l'accès à telle et telle chose... pour moi ça ferait tilt plus facilement que vous pouvez avoir l'accès à un médecin ! Pour quoi faire... donc à mon avis il y a vraiment un travail à faire sur l'information. Et sur les médias d'informations. Mais je pense que c'est sur ce genre de chose qu'il faut mettre l'accent en fait : Aujourd'hui tu peux rencontrer un psychiatre qui te regardera pas de travers ! et je pense que ça c'est précieux.</p>

		<p>Si tu regardes les atouts c'est vraiment ça si tu rajoutes les ateliers d'auto-défense à un moment donné et qu'on arrive à créer quelque chose avec un groupe qui puisse un petit groupe qui devenir une force de proposition il peut y avoir des choses vraiment géniales. »</p> <p>A: « Je pense que non. Je pense que concrètement, non, que c'est compliqué. Moi j'ai trouvé Poppy parce que je cherchais le CAARUD au départ. Et je suis tombée sur Poppy. »</p> <p>A : « Si y a une vraie comm qui peut être faite sur le fait qu'il y ait des médecins qui soient non jugeants et le fait qu'il y ait une permanence je sais pas justement sur des ateliers d'auto-défense et une volonté d'existence d'une petite communauté, peut-être qu'à ce moment il y aurait plus de demandes, parce que je pense que la demande elle se fait surtout sur la question de la solitude et la présence du psychiatre est importante. »</p> <p>J : « A distance ... ouais ça c'est bien, on peut ne pas se déplacer sans être vu mais avoir des infos... parce que y en a qui se déplaceront pas... ; enfin pas tout de suite... Je pense que les filles d'internet elles le savent pas déjà que ce lieu-là existe déjà, mais il faudrait avoir un moyen peut être de communiquer avec ces personnes et leur faire savoir que y a des choses qui existent parce qu'il y a parfois des filles qui sont très jeunes quoi, j'ai vu y a des meufs qui ont 21 ans, donc elles sont... enfin... il y a des étudiantes.»</p>
--	--	--

Annexe 4 : synthèse des entretiens réalisés avec les professionnels

Thèmes	Mots clés	Verbatims associés
Définition de la santé		<p>C : la santé je dirais que c'est global... comment prévenir, et ça regroupe toute l'alimentation, le sommeil, le bien-être au travail, le bien être chez soi, tout ce qui est hygiène aussi tu vois. C'est aussi ben avoir des infos régulièrement, et je pense que dans la population générale c'est pareil en fait, c'est avoir accès à toutes les informations nécessaires pour être en bonne santé pour prévenir de petites maladies ou des grandes maladies ; et euh... se sentir bien quoi. »</p> <p>S : « un esprit sain dans un corps sain ! ça va passer par le corps mais y a le mental aussi. Ça peut être ouvrir des droits pour se soigner, ça peut être des soins au sens propre, ça peut être prévention aussi, ça peut être donner un peu d'estime de soi, c'est plein de choses la santé. »</p> <p>Ma : « et bien ce n'est pas l'absence de maladie ; c'est euh... un état de bien être qui regroupe à la fois la santé physique mais aussi une certaine stabilité et sécurité dans ce qui constitue le quotidien de la personne ; donc ça va être au niveau des relations sociales, au niveau euh, économique, au logement, la culture. »</p>
Besoins perçus	Quotidien complexe	<p>M : « On est vraiment sur du bas seuil. Ça justifie les échelles d'urgence e survie en fait où en premier il faut un toit... la sécurité ou le repas. »</p> <p>Ma : « Elles sont enfermées dans une vie bourrée de contraintes... parfois atroces au quotidien... parce qu'il faut manger, il faut travailler, il faut aller voir le travailleur social, il faut se loger, il faut les papiers... »</p> <p>S : » Après euh... le frein à la santé beaucoup, c'est toutes les contraintes qui peut y avoir dans leur quotidien ... elles sont fatiguées...et elles ont plein de contraintes qui nous nous échappent...</p>
	Pratiques à risques	<p>« Le problème c'est la contrainte du non-choix. Quand elles ont le choix c'est les premières à mettre les présos pour tout, et les changer machin... quand elles peuvent imposer elles imposent. Là le problème il vient pas des meufs... et pourquoi elle prennent le risque... elles le font pas spontanément ! c'est parce que le gars il va leur dire je te file 200 euros si tu me sucés sans présos. C'est difficile de dire non quoi... sinon il faut en sucés 10 pour avoir la même chose... »</p> <p>S : « Quand tu vois que pendant le confinement elles taillaient des pipes à 5 balles sans préservatif pour pouvoir bouffer... »</p>
	L'importance du lien face aux stigmatisations et l'isolement	<p>C : « c'est pas parce que t'es inséré ++ que tu gagnes bien ta vie que au niveau de ta santé t'es pas dans des conditions précaires parce que tu es isolé et que tu peux pas en parler. Donc je dirais que on peut dire quand même que ce sont des personnes isolées ; tous milieu social confondus, que ce soit des filles de la rue, que ce soit des étudiantes, que ce soit des trans... et du coup peu... qui ont peu l'occasion de pouvoir parler de leur activité avec qui que ce soit. »</p> <p>«C : « leurs demandes c'est avant tout du lien social... en demande contact humain avant tout. »</p> <p>« Besoin de lien et besoin de confiance... ouais je dirais la confiance. »</p> <p>S : « Je pense que c'est un principal besoin de les laisser parler, de les laisser s'exprimer et qu'elles aient un lien non jugeant et non stigmatisant... et qu'elles se sentent libres... autant qu'elles peuvent se sentir libres. »</p>

		<p>M : « Ben c'est dur quoi elles sont très isolées. C'est compliqué. Elles savent qu'elles vont avoir en face d'elles le racisme de base parce que ce sont des femmes migrantes et en plus elles sont noires. Et en plus elles sont prostituées... c'est très dur. »</p> <p>S : « Et les filles en recherche de papiers elles sont là depuis des années et elles parlent trois mots de français ! c'est dingue ! c'est bien qu'elles de contact avec rien de la France à part le trottoir ! elles doivent apprendre la langue, comprendre la culture... parce que quand tu la comprends, tu peux avoir un rapport citoyen... tu vois... moi ce que je regrette ici c'est qu'on... on le fait pas encore... j'espère que ça va venir et qu'on va en prendre conscience de cette importance là de les amener sur l'extérieur, et ps que pour les accompagnements médicaux. »</p>
	Loi de 2016	<p>S : « Après ce qui pourrait être démotivant aussi... C'est aussi le fait que depuis que la PSP existe, 3 d'acceptées ! qu'est ce que tu veux qu'on se démotive pas avec ça ! faut qu'elle soit déjà français quoi/// et on sent un certain racisme ... et on sent une certaine impossibilité à euh... sortir quelqu'un de la rue parce qu'elle est étrangère tout simplement, et qu'elle est sans papier. Donc heureusement que nous on se démotive pas, mais y a de quoi quand même dire attend... Alors le PSP est peut être satisfaisant ailleurs mais pas à Bordeaux ! Mais limite peut être notre travail c'est orienter vers d'autres villes ! très bien tu veux sortir mais va falloir aller à la Rochelle où je ne sais où ! »</p>
	Manque d'autonomie	<p>Ma : « Mais on les surprotège un peu aussi... et on fait vachement à la place de... on ne fait pas avec eux, de prendre un rendez vous avec eux, de les envoyer là bas seuls... et c'est important qu'elles apprennent à gérer l'attente, qu'elles s'autonomisent et nous on se laisse avoir par ça... on les laisse dans une espèce de dépendance... alors que c'est ça l'empowerment aussi... Même si elles savent faire elles ont souvent besoin d'être accompagnées et on les rend peu autonomes face aux possibilités. »</p> <p>C : « Des fois on cherche même pas à comprendre, et on répond à la demande sans faire avec... la personne arrive, qu'est ce que je peux faire pour toi, je te le fais, ciao... »</p> <p>S : « Elles sont et restent dans une position où elles se font toujours aider ; alors qu'elles aussi elles peuvent donner des trucs, mais non, elles ne font que recevoir ces filles là, ce qui n'aide pas non plus à avoir une belle estime de soi, parce que c'est euh.. je suis dépendante des autres... qu'est ce que tu veux avoir une bonne estime de toi alors que t'es dépendante ! Rien ! elles reçoivent que de l'aide et elles arrivent pas à... à se dire moi aussi je peux aider les gens moi aussi j'ai des choses à donner moi aussi j'ai...des compétences à moi... »</p>
	Les violences	<p>Ma : « Par exemple l'application Jasmine... c'est quelque chose qui est revenu très souvent... et même maintenant que ça existe on n'en parle pas vraiment... »</p>
La RDR dans la pratique prostitutionnelle		<p>S : « Pour les gens qui viennent là ça reste donner des préservatifs avec une petite phrase d'information. Mais je trouve que c'est compliqué...il y a quand même des questions... pas si simples à aborder... tu rentres dans leur intimité et des fois c'est plus ou moins gênant. »</p> <p>C : «Parce que c'est hyper intrusif ce qu'on propose ici ; on ne propose que du médical hyper intrusif : de la psychiatrie, de la gynécologie, du dépistage... On est intrusifs sans pour autant être efficaces dans l'intégration de l'information. »</p> <p>Ma : « Nous-mêmes on se met des barrières en fait... parfois je me dis je est être ultra intrusive...au départ on se disait faut pas qu'y ait de tabou, faut questionner... mais ça vient pas naturellement en fait. C'est quelque chose d'intime</p>

		<p>donc on a pas forcément envie de parler de nous, de notre intimité, et on projette sur l'autre... y beaucoup de ça...et je pense que c'est un sujet qu'il faut aborder très régulièrement... jusqu'où on va dans l'information... quel est le juste milieu entre on est autour de la table on discute de la pluie et du beau temps et où est ce que tu vas dans le cru de bon alors comment tu fais pour la sodomie par exemple... pour avoir un échange sain et constructif.»</p> <p>Ma : « Donc discret j'essaye de voir si elles ont pris des risques, si elles ont une capote qui a craqué, ou si elles ont pas pu mettre de capote... ou avec qui... si c'est un client ou un petit copain... »</p> <p>Au-delà de cette difficulté à entrer dans l'intimité de l'autre, les salariés semblent manquer d'une part de maîtrise du sujet de la réduction des risques, et d'autre part d'un cadre de travail.</p> <p>Ma : « la question de la sexualité ça se travaille... parce qu'en réalité on est pas si à l'aise que ça, et tous ! on maîtrise même pas le sujet nous-mêmes en interne... à part M... et pour mettre à l'aise les autres faut qu'on le soit nous-mêmes avant... et moi je reconnais que je suis pas au point. Même nous on peut éviter le mot prostitution parfois. Ma mission première c'est quand même de leur délivrer des messages en santé sexuelle. Comment je m'y prends ! »</p> <p>S : « Souvent on fait au feeling en fait... et c'est ça qui n'est pas terrible. »</p>
Freins institutionnels		<p>C : « on a des possibles, on a plein de possibles qui s'ouvrent, mais en fait on est bridés. On a peu de possibilités d'initiatives. Et c'est hyper douloureux sur le plan intellectuel aussi. On ne crée pas les projets tu vois... on a aucune délégation, aucune prise d'initiatives. »</p> <p>Ma : « Dès qu'il y a un colloque, dès qu'il y a une possibilité d'échanger avec d'autres structures y a que V. et O. qui y vont. Alors que les destinataires principaux de ce genre de trucs c'est les gens qui sont sur le terrain. »</p> <p>S : « A l'accueil on aborde même pas l'essentiel et notre mission première. Sauf que quand tu viens ici la base c'est d'expliquer ce qu'on fait... et qu'on ne fait pas aussi du coup... et comme c'est beaucoup dans le bouche à oreille on a intérêt à bien définir nos missions de départ et bien leur expliquer. »</p>
Réorientation des usagers		<p>M : « Tu imagines pas ce qu'on entend ailleurs... après je comprends hein, c'est tellement un sujet dans l'affect ça parle sexe et plein de choses en fait... souvent le partenariat médical c'est... navrant... le problème c'est que la perception qu'elles pensent qu'on a d'elles... euh... mais c'est vrai en fait... le problème avec les partenaires c'est de leur faire comprendre que ce n'est pas une identité en fait... ce n'est pas une identité. C'est une activité... c'est faire comprendre que l'activité prostitutionnelle c'est une activité. »</p> <p>C : « Parfois on est beaucoup dans l'exclusivité... alors que on pourrait réorienter vers le médecin traitant. Et la travailler avec eux cette question du droit commun. »</p> <p>Ma : « c'est une question de représentations en fait : parce que c'est difficile d'aborder la question de la prostitution... c'est le premier contact qui est à travailler. »</p> <p>S : « après il y a les professionnels : il y a de la gêne partout, quand tu as des partenaires, tu sens bien la gêne qu'ont les professionnels à en parler parce que c'est pas des choses qui arrivent souvent, et qu'il sont pas formés, ils sont pas habitués, ils savent pas comment prendre les choses.. je pense que pour certains professionnels c'est quelque chose de très grave tu vois. »</p>

		<p>Ma : « Le délire là en ce moment sur les avis d'impôts... elles se passent toutes le mot et on ne fait que ça... alors que certaines ont des AS qui les suivent, alors que ce serait l'occasion de faire du lien avec les partenaires... mais pour ça, il faut réfléchir à ses pratiques et se remettre en question... pareil pour les AME. »</p> <p>S : « Mais c'est vrai que c'est aussi un problème parfois de continuer à les accompagner alors qu'elles ne se prostituent plus. On est parfois largement au-delà de nos missions. on essaye de faire le relai sur le droit commun mais c'est vrai que c'est difficile. »</p> <p>C : « il y a l'accueil qu'on doit réserver aux personnes ici mais y aussi notre façon d'aller les défendre un peu à l'extérieur. Parce que justement ça permet de lever tous les freins à l'accès. Mais ça c'est à faire et à alimenter. »</p>
internet		<p>C : « parce qu'en fait là ce qu'on fait pendant les tournées virtuelles c'est épuisant, c'est laborieux, et c'est inefficace. »</p> <p>S : « Tu en as sur internet qui vont prendre énormément de risques mais qui ne veulent pas euh... qui ne sont pas vraiment dans le soin tu vois. Qui continuent leurs prises de risques et qui occultent toutes les prises de risques qu'elles prennent... et qui ne se déplaceront jamais. »</p>
Les leviers possibles	Travailler sur les représentations	<p>Ma : « Il faut vraiment réfléchir sur nos représentations à nous... clairement. Et je pense que c'est quelque chose qui se re-questionne très souvent. On parle de sexualité, mais pas de sa propre sexualité, on ne projette pas sur la personne... on a beau essayer de se le dire ça revient assez vite et assez souvent. »</p> <p>S : « Peut-être qu'il faut qu'on nous forme aussi, tout simplement pour aborder ces sujets là... pouvoir parler de nous, de nos propres représentations. »</p> <p>C : « je dirais qu'il faut qu'on se remobilise pour aller à la rencontre des partenaires extérieurs... et travailler sur les représentations. »</p>
	Au sein du local	<p>C : « Je dirais que la priorité absolue à la rentrée.. ; c'est de créer un événement ou un outil ou on récupère leurs besoins. »</p> <p>S : « Je dirais qu'il faut vraiment que les personnes soient au cœur de ce qu'on fait, mais c'est-à-dire dès le départ quoi. Qu'ils soient plus acteurs... mais ça ne se fera pas sans passer par la case euh... quels sont vos besoins les gars ? »</p> <p>Ma : « il faut vraiment réussir à prendre en compte leurs contraintes... »</p> <p>La nécessité de mieux connaître les pratiques pour adapter son discours</p> <p>M : « il faut juste leur apporter les solutions adaptées à leurs pratiques en fait donc ça veut dire qu'il faut qu'elles aient un lieu où elles peuvent vraiment parler des pratiques sinon tu peux pas l'adapter. Il faut développer nous nos échanges en rapport avec les pratiques parce que ça change etc. mais vraiment régulièrement réinterroger les pratiques pour qu'elles aient un lieu où elles peuvent vraiment en parler et poser les vraies questions. Si tu as ce discours là ça marche tout le temps. Et dire tout le monde suce sans préso tu peux me dire non mais en pratique c'est ce qui se passe donc qu'est-ce que tu as mis en place pour que ça se passe bien et les je me rince la bouche avec de la javel c'est pas les meilleurs trucs donc qu'est-ce qu'on propose... enfin essayer de déconstruire le truc par exemple c'est pas parce que ça fait mal que ça désinfecte etc.... la vraie RDR elle est là. »</p> <p>S : « La mise en place de la PREP aussi.... Là il faut vraiment y aller. Je comprends pas pourquoi on l'a pas déjà... mais ça ça va être une vraie avancée... là il y a un gros travail à faire et je comprends pas qu'elles le prennent pas toutes ! parce que pour d'autres choses y a des traitements mais là c'est un truc de dingue cette PREP qui existe et</p>

		<p>personne ne l'a ! Donc il y a un vrai travail à faire même avec les professionnels, parce que pour les filles ça leur permet de bosser sans capote si elles n'ont pas le choix ou si ça craque. Y a une façon de penser à remettre en question parce que ça reste de la prévention ! mais il faut déconstruire, communiquer et sortir des anciennes pratiques. »</p>
	<p>Sur internet</p>	<p>Ma : « Pour moi c'est vraiment de la visibilité mais même aux yeux du grand public ! Il faudrait que... comme AIDES ! MDM ! tout le monde connait et sait à quoi ça sert ! Même à la fac ! regardes personne ne sait qu'on est là ! » Ma : « C'est un public qui ne se déplace pas, c'est un public qui est très caché, y en a aussi une grosse partie qui est très itinérante... donc euh... pour pouvoir identifier un lieu quand tu te déplaces tous les 3-4 jours ou toutes les semaines ... c'est juste impossible ! moi je pense qu'il faut faire de la prévention directement sur internet. » C : « Il faudrait un support hyper alimenté où les personnes pourraient... un lieu ressource, enfin un espace ressource... un peu comme un Poppy virtuel quoi. S'adapter en version 2.0. C'est inévitable... et puis moi j'ai vraiment l'impression que la prostitution de rue est amenée à disparaître. C'est une population invisible donc euh... va donc forcément trouver des moyens pour les trouver. Et ne pas s'occuper que des personnes de la rue que tous les acteurs de terrain comme les mairies où même les riverains ont repéré. » S : « et il faut avoir une certaine visibilité sur les réseaux sociaux. »</p>

Annexe 5 : Projet S.W.A.G.

S.W.A.G. (Sex Work Autodefensia Groupe)

S.W.A.G. est à la fois une méthode, un outil de réflexion et un réseau solidaire. Sur la base des principes de l'autodéfense féministe, SWAG développe depuis 2015 une méthode d'autodéfense par et pour les TDS (travailleurs et travailleuses du sexe), valorisant l'expertise des TDS ils et elles-mêmes, l'échange de stratégies de prévention, la solidarité et le partage de techniques adaptées aux besoins de chacun(e) selon son contexte de vie et de travail.

SWAG est un outil communautaire qui crée du lien entre les TDS de toutes communautés (travailleur.se.s de rue/bois/internet, migrantes, trans, etc), en les réunissant autour des sujets essentiels de la sécurité, du soin de soi et de nos pair(e)s. L'autodéfense SWAG est un outil puissant d'émancipation, en ce qu'il révèle les ressources d'une communauté trop souvent considérée avec condescendance : nous déployons ensemble un savoir-faire précieux, venant contrer les clichés et dénonçant, par son existence-même, les conséquences désastreuses des lois répressives.

SWAG lutte contre les violences, contre la stigmatisation des TDS, et se pose en outil fondamental d'*empowerment*.

SWAG, c'est :

- **Des ateliers à format et contenu adaptable** : fixe/mobile, jour/nuit, en plusieurs langues (français, anglais, mandarin, espagnol, portugais). Un panel d'activités est disponible, et s'adapte et s'enrichit en fonction des attentes et apports des participant(e)s.
- **Des formations de format(eur)(ice)s** : un premier groupe termine sa formation à l'été 2019, une seconde édition débutera en 2020. Les groupes sont constitués de TDS aux profils et parcours complémentaires, afin de représenter au mieux la richesse de notre communauté et assurer aux participant(e)s des ateliers en non-mixité, avec des format(eur)(rice)s auxquels ils / elles peuvent s'identifier.
- **Des temps de réflexion** : la méthode s'enrichit de l'expérience et des attentes des TDS eux-mêmes, lors de groupes de recherche constitués de TDS de différentes communautés. L'autodéfense par et pour les TDS offre une perspective intersectionnelle riche d'enseignements : au croisement de la putophobie, du sexisme, du racisme, de la transphobie, de l'homophobie, de la sérophobie (etc), nous prenons en compte les violences dans leur globalité et dans leurs spécificités.
- **Des missions** : nous développons des contenus spécifiques, en fonction des besoins qui émergent de nos ateliers et discussions, par exemple : autodéfense pour les TDS usager(e)s de drogues, autodéfense pour les TDS trans, autodéfense verbale pour les TDS migrant(e)s non-francophones, etc...
- **De l'outreach** : nous allons à la rencontre de communautés TDS en France et à l'international pour diffuser notre outil, proposer notre méthode à nos collègues qui peuvent la transformer et l'adapter selon leurs besoins. Cela nous permet de créer du lien, de renforcer le réseau international via des expériences communes, mais aussi de comparer les conséquences des différents contextes légaux dans lesquels le travail du sexe peut s'exercer.
- **Des partenariats** : SWAG est soutenu par Médecins du Monde depuis ses débuts, dans le cadre du programme Jasmine. Le projet se développe en lien avec de nombreuses associations de santé communautaire TDS : le Bus des Femmes, Acceptess-T, Arcat, le Lotus Bus, Paloma, Utsopi, ScotPep, Tampep, le réseau ICRSE, etc. L'association Chaffle, qui porte le programme SWAG, fait partie de la Fondation Parapluie Rouge.

Self-care

Les ateliers d'auto-défense sont un temps de non-mixité précieux, où nous prenons le temps de discuter, d'échanger, dans un souci de soin de soi et de soin mutuel.

Non-mixité

Passer du temps ensemble, en non-mixité, libère la parole. Le cadre que nous posons (respect de soi et des autres, confidentialité), permettent aux TDS de s'exprimer sans craindre d'être jugé(e)s. Le sentiment de confiance vient en grande partie du fait que toutes les personnes présentes sont elles-mêmes TDS. Nous avons une expérience commune de ce que cela signifie d'être un(e) TDS dans la vie quotidienne, et cette complicité crée un contexte unique où nous cultivons la bienveillance, l'écoute et l'entraide.

Adaptation aux besoins

L'autodéfense que nous pratiquons et partageons se base sur les principes de l'autodéfense féministe, qui prend en compte les violences sexistes sous toutes leurs formes : verbales, psychologiques, physiques, morales. Nous avons remanié, adapté et enrichi cette méthode en prenant en compte nos besoins spécifiques au travail du sexe. Fortes de presque 4 ans d'animation d'ateliers auprès de différents publics TDS (migrantes, traditionnelles, escorts, trans, etc) et de rendez-vous de groupe dédiés à la réflexion, nous remodelons le contenu des ateliers aussi souvent que nécessaire. La flexibilité est essentielle, et nous nous adaptons autant que possible aux attentes des participant(e)s.

Les ateliers peuvent prendre différentes formes, fixes ou mobiles, de jour ou de nuit, à durée variable et à contenu adapté. Nous prenons en compte la précarité que peuvent connaître les TDS, aussi nous acceptons que les participant(e)s entrent/sortent si besoin, par exemple si un client appelle. Notre cadre se veut bienveillant sans être scolaire, afin de permettre à tou(te)s de se sentir les bienvenu(e)s. Nous prenons également en compte la variabilité des violences : une TDS trans migrante qui travaille en rue ne rencontre pas exactement les mêmes violences qu'une escort blanche qui travaille en appartement.

Contenu

- Travail sur la confiance en soi, le sentiment de légitimité à être qui nous sommes et le droit à nous défendre.
- Travail de gestion du stress, de la respiration, de l'ancrage et de l'équilibre
- Expérience de sa propre force, qui aide à se défaire de l'idée que nous sommes faibles
- Bilan de connaissances théoriques : quels sont les points faibles d'un agresseur, quels sont mes points forts
- Langage non-verbal et autodéfense verbale : comment poser mes limites avec aplomb afin d'éviter qu'une situation m'échappe ou s'envenime
- Apprentissage de technique d'autodéfense physique debout, au sol, face à une arme. Pour les cas de figure où le danger n'a pu être évité, nous apprenons à nous libérer d'une entrave et frapper de manière simple et efficace pour se mettre en sécurité. Nos techniques ont été sélectionnées parmi le champ des arts martiaux pour leur efficacité, leur facilité d'apprentissage et de mise en pratique. Elles ne nécessitent pas de force ou de condition physique particulières, nous partons du principe que se défendre doit rester un droit accessible, et non un sport.
- Nous ponctuons les ateliers de jeux, massages, échauffements, pauses goûter, car l'autodéfense est avant tout une manière de prendre soin de soi
- Outil verbal/FLE pour les TDS migrant(e)s : apprendre à utiliser la langue française pour

- poser des limites verbalement
- Temps d'échanges de pratiques de prévention

Empowerment

L'émancipation ne peut se faire que lorsque les besoins vitaux sont assurés : pour trouver la force, il faut d'abord pouvoir se loger, se nourrir, et vivre en sécurité. Ici se pose l'autodéfense, comme moyen d'accéder à la sécurité, comme point de départ essentiel de toute autonomie.

La non-mixité des ateliers permet de valoriser l'expertise de la communauté : le vécu, l'expérience, le partage sont les moteurs de création d'une méthode adaptée, réaliste et puissante. La non-mixité rend possible ce constat qui va à l'encontre des idées reçues : les TDS sont force de proposition et sont en mesure de produire eux-mêmes des solutions pertinentes aux problèmes qui les concernent. L'image de soi et de ses pair(e)s est améliorée, et nous pouvons commencer à nous débarrasser du stigma que nous avons intégré.

Action

Aujourd'hui en France, toute structure ou association apportant son soutien à la communauté TDS peut faire appel à nos services.

Dès septembre 2019, nous serons une équipe de 7 formatrices opérationnelles et pour la plupart mobiles en France. Nous proposerons des ateliers à format adaptable, en français, anglais, mandarin, espagnol et grec. Nous avons toutes une expérience de travail du sexe.

- Pour toute information supplémentaire ou demande de devis, merci de nous écrire à contact.the.swag@gmail.com

Résumé

Le paysage prostitutionnel a connu ces dernières années de fortes modifications avec notamment le développement d'une prostitution moins visible et moins accessibles aux actions de réduction des risques et de promotion de la santé. La précarité, la stigmatisation, une forte exposition aux violences sont autant de facteurs venant aggraver les inégalités en termes d'accès aux droits et aux soins.

Cette étude qualitative a permis par le biais d'entretiens mais également d'une observation au sein de l'association La Case (Bordeaux) de recueillir les besoins des personnes qui se prostituent dans la rue et via internet et de mettre en avant les difficultés rencontrées par les professionnels dans leurs missions. Elle démontre de l'existence de nombreux freins concernant l'accès aux droits et aux soins creusant potentiellement les inégalités sociales de santé.

Le travail réalisé a permis de faire émerger des préconisations visant à promouvoir la santé des personnes qui se prostituent dans une approche globale qui tient compte des réalités de terrain des professionnels, des données de la littérature mais aussi des propositions des personnes prostituées elles-mêmes. Elles reposent notamment sur le développement de l'empowerment, un meilleur accès à l'information, la formation des professionnels et l'implication de tous les acteurs (professionnels de santé, partenaires locaux, élus).

Mots clés : personnes qui se prostituent - santé globale – action communautaire – travailleur pair – empowerment- partenariat.

Abstract

The prostitution landscape has undergone major changes in recent years, with the development of prostitution that is less visible and less accessible to harm reduction and health promotion activities. Precariousness, stigmatisation and high exposure to violence are all factors that aggravate inequalities in terms of access to rights and care.

This qualitative study enabled the needs of people who prostitute themselves on the street and via the internet to be collected through interviews and also through observation within the association La Case (Bordeaux) and to highlight the difficulties encountered by professionals in their work. It shows that there are many obstacles to access to rights and care, potentially leading to social inequalities in health.

The work carried out has led to the emergence of recommendations aimed at promoting the health of prostitutes in a comprehensive approach that takes into account the realities on the ground of professionals, the data in the literature and also the proposals of prostitutes themselves. They are based in particular on the development of empowerment, better access to information, the training of professionals and the involvement of all stakeholders (health professionals, local partners, elected representatives).

Key words: people who prostitute themselves - global health - community action - peer worker - empowerment - partnership