

MENTION TRÈS HONORABLE

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en Médecine Générale

Par
Yane TARDIF

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2003

PROSTITUTION : LES PROBLEMATIQUES D'ACCES AUX SOINS DES
PERSONNES ETRANGERES EN 2001 A NANTES.

Président : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yves CHAMBONNET

BU Santé
Nantes

INTRODUCTION 9

I- Mise en perspective historique 12

I-A. Le plus vieux métier du monde ?.....	12
I-B. Dans l'Antiquité	12
I-C. Au Moyen Age	14
C-1. La fornication simple	15
C-2. Le statut des personnes prostituées.....	16
C-3. Les premiers lupanars français : « ateliers de nature »	16
I-D. Au dix-huitième siècle.....	17
I-E. Au lendemain de la révolution	18
E-1. L'apogée du réglementarisme	18
1-a) en France	18
1-b) L'abolitionnisme	21
I-F. La deuxième moitié du vingtième siècle	24
I-G. Conclusion de la perspective historique	25

II- La France est passé par différents régimes que l'on peut retrouver à travers le monde : le régime abolitionniste, réglementariste et prohibitionniste..... 26

II-A. Le prohibitionnisme	26
II-B. Le réglementarisme	27
II-C. Le régime abolitionniste.....	28

III- L'optique de la justice et de la police29

III-A. L'arsenal répressif	29
A-1. Le proxénétisme.....	29
1-a) Le proxénétisme simple	30
1-b) Le proxénétisme aggravé.....	30
1-c) Le proxénétisme est un crime	31
1-d) Le proxénétisme hôtelier	31
A-2. Se prostituer.....	32
A-3. Le client.....	34
III-B. Les moyens de lutte contre le proxénétisme.....	35
III-C. Les ambiguïtés de la loi française	36
III-D. La prévention.....	38

IV- Les interventions des associations.....41

IV-A. L'Association d'une Rive à l'Autre	42
A-1. Statut de l'association	42
A-2. Liens avec la prostitution.....	43
IV-B. Le mouvement du Nid	43
B-1. Historique	43
B-2. Statut actuel	44
B-3. L'action.....	45
B-4. Les activités	45
B-5. Convictions	46
B-6. Le Mouvement du Nid A Nantes	47
B-7. Conclusion	47
IV-C. Médecins du monde.....	48
C-1. Historique	48
C-2. Les missions "hors centres"	49
C-3. Médecins du Monde à Nantes	49
C-4. Les moyens à Nantes.....	50

C-5. Le positionnement de médecin du monde	51
C-6. Conclusion	51

V- Les milieux associatifs et la prostitution en France..... 52

V-A. Sida et prostitution.....	52
A-1. Historique	53
1-a) d'après les médias les personnes prostituées constituent un groupe à risque	53
1-b) Opinion et mesures de santé publique	54
1-c) Politisation du débat	55
V-B. Epidémiologie V.I.H. et prostitution	57
B-1. Emergence d'une action préventive ciblée	60
B-2. Des données fiables difficiles à collecter.....	62
B-3. Développement d'une approche communautaire.....	64
3-a) La santé communautaire d'après l'organisation mondiale de la santé.....	64
3-b) Les spécificités de la santé communautaire	65
3-c) Santé communautaire et prostitution.....	65

VI- Méthodologie d'étude du problème..... 67

VI-A. Objet d'étude: la prostitution de rue féminine	67
VI-B. Méthodologie employée pour mettre en évidence les variations démographiques et géographiques de la population étudiée	69
B-1. Description de la fiche	69
B-2. Analyse	70
VI-C. L'observation participative directe	72
C-1. Définition sociologique.....	72
C-2. Sur le terrain.....	72
C-3. En pratique.....	73

VII- L'évolution démographique et géographique de la prostitution féminine à Nantes entre janvier 2000 et janvier 2001

.....	74
VII-A. Une explosion démographique	74
A-1. Une évolution différente selon les origines des personnes	75
A-2. Un renouvellement important de la population	76
A-3.....	76
VII-B. Une population hétérogène.....	77
B-1. Des différences ethniques	77
B-2. Différences d'âge.....	77
B-3. Une différence de langages	78
B-4. Relations avec le monde associatif.....	79
4-a) Les nanto-nantaises.....	79
4-b) Les Européennes de l'Est	80
4-c) Les «nigérianes»	81
4-d) La drogue	81
VII-C. Des points communs dans les pratiques prostitutionnelles	82
C-1. Les horaires : une activité marchande et secrète.....	83
C-2. Les tenues de «déguisement»	84
C-3. L'usage du préservatif.....	85
C-4. La «fellation», «l'amour» et «la sodomie»: des actes tarifés.....	87
C-5. L'entrée en prostitution et la dette.....	88
C-6. La peur.....	90
VII-D. Une géographie révélatrice des relations entre les différents groupes	91
D-1. Janvier 2000.....	91
D-2. Janvier 2002.....	92
VII-E. Conclusion.....	92

VIII- La mise en place d'une action de santé communautaire par une association de santé : Médecins du Monde..... 94

VIII-A. le choix des tournées nocturnes : la rencontre avec les personnes prostituées	94
.....	
A-1. Entre contrainte de l'activité prostitutionnelle et des équipes de bénévoles	95
A-2. Un lieu dévoyé de sa mission initiale.....	96
A-3. Des règles difficiles à établir.....	98
A-4. La marque du bus.....	100
A-5. Les légendes du bus : phantasme et réalité.....	101
VIII-B. la prévention: un discours informel	103
B-1. le préservatif	104
B-2. le risque du discours informel	105
B-3. La composition des équipes	106
B-4. Les dispositifs palliatifs.....	108
VIII-C. L'accès aux structures de soins	109
C-1. structures de soins et droits des étrangers.....	109
1-a) les différentes structures adaptées aux populations « marginales ».....	110
(1) Le CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation).	110
(2) Le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).....	111
(3) La Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	111
1-b) rappels sur le droit des étrangers demandeurs d'asile politique	112
C-2. les problématiques apparues lors des relations entre personnes prostituées africaines et les structures de soin:.....	115
C-3. les problématiques apparues lors des relations entre personnes prostituées africaines et les structures de soin:.....	116
3-a) Pourquoi l'accompagnement par une tierce personne et ses conséquences: la dépendance au tissu associatif.....	117
C-4. Le stigmate du sida	120
4-a) La spécificité de l'épidémie du VIH	120
4-b) Le double stigmate de la prostitution et du VIH	121
4-c) Le client.....	122
4-d) Dans les associations	123

4-e) Pour les personnes africaines	124
4-f) Le VIH cause et conséquence de précarité	125
4-g) Conclusion.....	126
C-5. Prostitution, précarité sociale, exclusion et soins médicaux.	127
5-a) La précarité et exclusion : définition.....	127
5-b) L'argent.....	129
5-c) Le travail	130
5-d) Le logement.....	130
5-e) Le niveau d'éducation.....	131
5-f) Les liens sociaux et familiaux	132
5-g) L'accès aux droits.....	133
C-6. Corps prostituée et soins: la décorporalisation	135
C-7. Soins et acculturation	137
7-a) Les croyances	138
(1) Le secret médicale	138
(2) « Le sida se voit et ne se traite pas ».....	139
(3) «C'est une maladie divine»	139
(4) Les catégories de l'anthropologie, illness, sickness, disease.....	140
▪ illness	140
▪ sickness	141
▪ disease.....	141
(5) Acculturation et santé.....	144
C-8. Conclusion	146

IX- Les risques de la réduction des risques 147

IX-A. Qu'est-ce que la réduction des risques.....	149
IX-B. Prostitution et toxicomanie points communs et différences les répercussions en terme de santé publique	153
B-1. Les liens indéniables	153
B-2. Toxicomanie et prostitution : quelles différences en terme de prise en charge dans le cadre d'une réduction des dommages ?	155

2-a) « Les pouvoirs publics font confiance aux capacités d'autorégulation et d'autodétermination des usagers »(39)	156
2-b) Une réduction du risque réduite à la distribution de préservatif.....	158
2-c) La prostitution envisagée comme seul risque sanitaire: par définition tout moralisme est exclu dans le cadre de la réduction des dommages.(39).....	161
2-d) «il s'agit de <i>réduire</i> , et non pas d' <i>éliminer</i> les dommages en relation avec la prostitution » et «de <i>hiérarchiser</i> les dommages».....	163
(1) La réduction de quel risque?(39)	163
(2) La réduction des dommages sanitaires pour qui ?.....	165
2-e) Loi et réductions des risques.....	166
B-3. La réduction du risque et prévention	167
B-4. La réduction du risque sociale et la prostitution, en pratique.....	169
B-5. Et le traitement substitutif ?(39).....	170
IX-C. Conclusion.....	172

X- Le réglementarisme aux Pays-bas 173

X-A. Le système juridique.....	173
X-B. A qui appartient le corps de la personne prostituée ?	174
X-C. Réglementarisme et réseau.....	175

XI- Discussion 178

XI-A. Moyen et méthodes.....	178
A-1. l'observation participative.....	178
A-2. Le recueil des fiches	180
XI-B. Changements déjà observés depuis votre travail	182
B-1. Au sein de l'association médecins du monde	182
1-a) Un poste de salarié à fonction de coordination	182
1-b) CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit)	183
1-c) Les riverains	184
XI-C. Loi Sarkozy dite de «sécurité intérieure » et ses implications.....	185

XI-D. AME et CMU (Aide Médicale d'Etat et Couverture Médicale Universelle)	188
.....	
D-1. Les modifications prévues de la CMU et AME.....	189
 CONCLUSION.....	191

BU Santé
Nantes

INTRODUCTION

Depuis la fin des années 1990, les trottoirs français ont vu l'arrivée massive de jeunes femmes étrangères venues se prostituer en France.

Ce phénomène a relancé l'intérêt pour « le vieux métier du monde » des journalistes en particulier et des citoyens en général. Ainsi à travers les nombreux articles de journaux et les reportages télévisuels qui lui sont consacrés, les médias donnent une image de la personne prostituée oscillant entre la victime, faible et prisonnière des réseaux mafieux, et la femme libre, indépendante et volontairement prostituée.

Dès lors, la prostitution devient un thème récurrent des émissions télévisuelles, soulevant un débat aussi vieux que l'existence de la sexualité vénale, (et jamais résolu) de l'autorisation de la prostitution, de son contrôle et, par voie de conséquence, des conditions de vie des personnes prostituées. Les discussions sont toujours agitées sur les plateaux, et si beaucoup d'« experts » interviennent, (sociologues, personnalités politiques, etc.) en aucun cas la parole n'est donnée à une personne prostituée étrangère. De ce fait l'ignorance de la population au sujet des réelles conditions de vie ces personnes perdure.

Par ailleurs, un aspect sanitaire est associé depuis longtemps aux personnes prostituées et revient ainsi à l'ordre du jour. En effet, les personnes prostituées seraient les grandes coupables de la dissémination de maladies, notamment sexuelles, parmi la population dite « normale », c'est à dire non prostituées.

Cette approche médicale est connue sous le nom « d'hygiénisme » et a été initiée par le docteur Parent- Du châtelet au XIX^e siècle concernant la syphilis.

Mais avant de s'interroger sur l'épidémie, dont elles seraient à l'origine, ne faut-il pas se questionner sur leurs accès au système de soins et par conséquent sur les rapports qui existent entre loi et prostitution. En effet, leurs conditions de vie ne découlent-elles pas du cadre juridique qui entoure leur activité ? Exercer une activité illicite ne rend-t-il pas les conditions de vie d'une personnes plus précaires ? En outre, les conditions d'accès au soin ne sont-elles pas subordonnées aux conditions de vie ? en effet, n'est-il pas plus facile et plus efficace de se soigner pour une personne alors qu'elle dispose d'un bon niveau socioculturel, d'une connaissance aiguisée du système de soins et des moyens matériels et psychiques de bénéficier du système de soin ?

C'est pourquoi, nous saisissons dans un premier temps quel est le régime juridique français de l'activité prostitutionnelle et quelles en sont les conséquences en terme de conditions de vie pour les personnes prostituées selon que le régime juridique est abolitionniste, réglementariste ou prohibitionniste.

Puis nous examinerons le développement des associations en lien avec la prostitution en France dans le cadre médicale de l'épidémie du VIH. Puisqu'en effet, celles-ci sont devenues les protagonistes médicaux de l'accès au soin des personnes prostituées.

Enfin, à partir d'un travail de terrain en association avec Médecin du Monde, nous étudierons la population rencontrée à Nantes, son évolution et son mode de vie, considérés comme une conséquence directe des difficultés dans l'accès au soin.

C'est à partir de l'exemple d'une association nantaise à visée médicale, Médecins du Monde, que nous développerons les problématiques rencontrées dans les conditions de l'accès au soin par la population des personnes prostituées de rue à Nantes en 2000 et 2002. Pour cela, nous étudierons la typologie et les conditions de vie de vie de la population prostitutionnelle nantaise. Les problématiques d'accès aux soins rencontrés par les personnes prostituées s'avérant être différentes de celles attendues.

Puis nous étudierons une politique de santé publique, la réduction des risques, mise en place par de nombreuses associations et instances étatiques pour contourner les difficultés rencontrées par les publiques précaires et en limite de légalité, relatif à l'infection du VIH. Nous essayerons d'en montrer les possibles effets pervers, jusqu'à une éventuelle utilisation de la santé comme argument de propagande politique.

I- Mise en perspective historique

I-A. Le plus vieux métier du monde ?

Il est commun d'évoquer la prostitution comme une réalité universelle et atemporelle voire banale qui se traduit par cette assertion « c'est le plus vieux métier du monde », sous tendant ainsi d'une part que c'est un métier comme un autre et d'autre part que son ancienneté légitime son existence. Hors, rien n'est plus faux (1)

Inexistante dans les sociétés primitives composées de petites communautés pastorales ou tribales, la prostitution est une réalité historique liée à l'urbanisation massive et à la société marchande qui diffère de la forme religieuse ou sacrée pratiquées par certaines civilisations.

En effet, on ne retrouve aucune trace d'une sexualité marchande dans les sociétés nomades ou guerrières, elle est pour certains auteurs liée à l'apparition de la conjugaison de l'urbanisation, de la monogamie et la société marchande.(2)

I-B. Dans l'Antiquité

La prostitution est l'affaire des esclaves, ils appartiennent corps et âme à leurs maîtres.

Dans les textes anciens, on ne retrouve aucune société où la prostitution soit attestée, où elle ait contraint les responsables à prendre des dispositions spécifiques. Il s'agit surtout d'esclaves, hommes, femmes et enfants, soumis sans restriction à leur maître et ne bénéficiant pas de la citoyenneté.(3)

Le rôle de la prostitution, au sens où il ne concerne pas de femmes et d'hommes « libres » ou affranchis, est admis sur le plan sociophysiologique. La sexualité vénale est acceptable parce qu'elle concerne non de réelles personnes mais plutôt des esclaves considérés comme des objets sexuels.(3)

La sexualité vénale est utile pour éviter l'adultère, apaiser les besoins sexuels des hommes jeunes, protéger la famille. En effet, en Grèce comme à Rome, on dissocie fortement plaisir sexuel de l'amour et sexualité reproductive. Ce discours légitimant le rôle social de la prostitution apparaît pour la première fois. Il sera repris tout au long de l'histoire, pour justifier de l'existence de la sexualité vénale.

Au sujet de la prostitution sacrée on sait peu de choses : des jeunes filles étaient offertes aux temples en offrandes à des Dieux, leurs corps étaient voués au service divin, sacré. Ce phénomène, marginal et très réglementé, concernait là encore, uniquement les esclaves.

La géographie de la prostitution, qui a pu être reconstituée, la situe dans toute grande ville, tout port et sanctuaire attirant pèlerins ou touristes. Dans les villes, certains lieux sont privilégiés : le voisinage des remparts, les abords des cimetières, les tavernes et surtout le bordel public créé par le grand législateur Solon, au VI^e siècle avant Jésus Christ. Le bordel public a comme fonction sociale de faciliter l'accès à une sexualité de plaisir sans mettre en danger la famille et la société.(4)

L'« esclave prostituée » apparaît comme une marchandise taxable, utile et nécessaire, sans droit ou défense autre que de la part de son proxénète.

Les sociétés antiques juxtaposaient nécessité sociale et mépris pour ces esclaves ; dès lors apparaissent les premiers bordels publics.

I-C. Au Moyen Age

En France les attitudes diffèrent entre institutions d'Etat, allant de la plus grande tolérance jusqu'au prohibitionniste prôné par Saint Louis pour éradiquer le phénomène prostitutionnel.

Mais les premières difficultés apparaissent entre sociétés civiles et personnes prostituées, et, les états légifèrent pour contenter une partie de la population.

La croissance des villes entraîne, à partir du XII siècle, un essor vertigineux de la prostitution, tolérée comme un moindre mal. La prostitution trouve même un cadre privilégié avec l'invention en France du bordel municipal, crée et encadré par les autorités publiques.

Le nombre croissant de femmes publiques « meretrix publica » pose des problèmes de cohabitation avec les familles « honnêtes », problèmes moraux ou de délinquance. Les réactions des autorités sont violentes et amènent à des ordonnances parfois irréalistes, comme celles de Saint Louis qui visent à expulser toutes les prostituées du royaume dans un souci de purification.(5)

Cependant, la tolérance prévaut et les prostituées finissent toujours par revenir après un temps plus ou moins long d'absence. Cette période oscille entre tolérance et tentative de suppression de la prostitution.

Pour comprendre cette tolérance dans un monde chrétien ou l'idée du péché domine, il faut savoir que les gens d'Eglise et les gens cultivés sont à l'origine d'un courant de pensée qui exalte la nature, réhabilite la terre. La sexualité est alors considérée comme un plaisir « naturel », et devient ainsi une valeur morale positive. (6)

C-1.La fornication simple

L'Eglise subit l'influence de ce mouvement et considère la prostitution comme une « fornication simple », qui est alors considéré comme un péché qu'il est possible de se faire pardonner facilement.

En effet, l'Eglise oppose une « fornication simple » à « une fornication qualifiée ».

La « fornication simple » est un péché mais la fornication qualifiée est un péché mortel qui regroupe un certain nombre de pratiques. Ainsi, la sodomie, l'homosexualité, l'inceste et les relations sexuelles avec une vierge sont désignés de « fornication qualifiée » et par conséquent, impardonnables du point de vue de la morale chrétiennes.

Ainsi l'Eglise, qui détient alors l'autorité morale et légale de la société moyenâgeuse accepte une forme de prostitution en lui opposant une forme de sexualité « contre nature ».

Du point de vue de la morale sociale la prostitution est vue comme un moindre mal qui empêche les viols, l'homosexualité et la masturbation. L'Eglise s'accommode de ce point de vue en tolérant une forme presque naturelle de la sexualité vénale.(6)

C-2.Le statut des personnes prostituées

Les prostituées passent d'un statut en dehors du droit à un statut de sujet «de droit» et sont soumises aux juridictions ordinaires. Elles peuvent porter plainte et être inhumées dans un cimetière chrétien.

Les femmes publiques exercent leur commerce sexuel lors des marchés, des foires, lieux de rassemblement, d'échange d'argent et de marchandises ; on les retrouve dans les tavernes et les établissements de bains.(6)

C-3.Les premiers lupanars français : « ateliers de nature »

A la fin du Moyen Age, le bordel public apparaît au terme d'une longue évolution, lorsque l'utilité sociale de la prostitution comme « moindre mal » est reconnue. Il vise, comme dans l'antiquité, à limiter les pratiques sexuelles tenues pour mortifères (homosexualité, masturbation, etc.) et à être un lieu d'apprentissage « un atelier de nature » qui favorise la « normalité » des jeunes fils de la ville. La sexualité vénale, même en tant que péché, est tolérée. Elle est un moyen, comme dans les cités grecques et romaines, de canaliser une sexualité dite anormale, afin de protéger la Société. C'est aussi de nouveau un lieu d'apprentissage de la « norme » des pratiques sexuelles pour des jeunes hommes sans expérience.

L'exploitation dans les bordels publics est forte. Même si les femmes sont protégées par les règlements municipaux, leurs conditions de vie dépendent pour beaucoup de la nature du « tenancier », dont le rôle s'apparente à celui d'un proxénète. Les prostituées sont souvent recrutées comme servantes et contraintes à la prostitution ;

on leur crée des dettes impossibles à rembourser. Elles ne peuvent partir car elles sont toujours redevables de l'argent prêté pour le gîte, le couvert ou pour une autre raison.

Il existe une brutalité physique et morale du tenancier ou de la tenancière, ils prélèvent leur part sur les gains de la prostituée, à qui il ne reste habituellement qu'une somme dérisoire, à cette époque. La brutalité est présente dans les rapports entre tenanciers et prostituées, comme elle existe dans les rapports entre maître et apprentis, maris et femmes, parents et enfants. En effet, la violence physique est à cette époque de l'histoire de France très élevée dans tous les rapports humains.(7)

Les prostituées restent à la périphérie de la société, même si elles sont parfois intégrées, en étant par exemple invitées aux fêtes de familles ou collectives.

C'est lors des guerres de religion française entre catholiques et protestants que les bordels disparaissent officiellement. Ils deviennent dans cette époque austère moralement intolérables et donc interdits.

I-D. Au dix-huitième siècle

A cette époque réapparaissent les lupanars et les personnes prostituées de rue. Même si certaines femmes sont socialement élevées dans la société, leur exercice est interdit.

Paris est la ville du libertinage, un univers de luxe et de plaisir prend naissance dans les milieux fortunés. Les « courtisanes » sont en vogue, tolérées et même recherchées pour les plaisirs physiques et les discussions raffinées. Malgré le luxe et l'argent qui les entourent, elles restent dans une situation de grande précarité commune à toutes les femmes publiques de cette époque.

En effet, que la femme galante soit une courtisane, bénéficiant de la protection d'hommes riches ou de grand pouvoir, une danseuse d'opéra ou, en bas de l'échelle, une « pierreuse » exerçant son commerce sur les chantiers de construction, un sort commun les attend : l'hôpital général. Sur simple dénonciation auprès des instances judiciaires, elles peuvent être jetées, sans jugement ni appel, le crâne rasé, au pain sec et à l'eau, à La Salpêtrière. Là, elles retrouvent entassées par dizaines leurs compagnes d'infortune.

La Salpêtrière, Bicêtre et la Pitié sont à la fois une maison de force pour les prostituées, un asile pour les folles et un hospice pour les indigents des deux sexes.

La plus grande partie des filles sont dans des « sérails », terme sous lequel on désigne le bordel au XVIII^e siècle. Elles sont nourries, blanchies, coiffées au dépend de la matrone pour laquelle elles travaillent. Cette « mère » décide de leur laisser une part plus ou moins importante des générosités des clients.⁽⁸⁾

I-E. Au lendemain de la révolution

E-1.L'apogée du réglementarisme

1-a) en France

Il devient nécessaire de vaincre l'opacité de la société, de rétablir l'ordre, d'endiguer les passions, d'assurer l'hygiène publique : le réglementarisme est mis en place sous Napoléon III.

Le système réglementariste est fondé sur une vision de la société et de la sexualité humaine où les femmes sont réduites à être un simple instrument du plaisir masculin ou comme matrice pour engendrer la prolongation du nom familial. Une police des mœurs est créée pour veiller au bon fonctionnement du système. Non seulement les proxénètes et les trafiquants peuvent développer leur commerce en toute impunité, mais de plus les municipalités peuvent aussi s'enrichir grâce aux taxes prélevées sur les bordels. Les femmes prostituées sont sujettes à des brimades, à la servitude, aux contrôles sanitaires décrits comme des « tortures sexuelles. »(9)

Certains décrets contre les maladies vénériennes, notamment en Angleterre, permettaient de contraindre les femmes simplement suspectées d'être prostituées à subir un examen médical ou même à être emprisonnées. En effet, le système de réglementation de la prostitution, surnommé le « système français » fut implanté dans nombre de pays européens sous le prétexte hygiéniste de lutte contre les maladies vénériennes et au nom de la salubrité publique.(10)

La réglementation de la prostitution, élaborée par la Préfecture impose « l'enregistrement des filles. La carte et le registre permettent de tenir les filles sous le regard de l'Administration.

Toutes les femmes publiques sont encartées, qu'elles soient en maison de tolérance ou sur la voie publique : toutes sans exception doivent apparaître sur les registres de la police.

Toutes les prostituées sont sensées obéir à des règles strictes d'hygiène et de comportement dans la société. Leur présence dans l'espace publique ne doit pas

troubler les honnêtes personnes. Elles ne peuvent racoler en plein jour, ni assister aux spectacles ou se regrouper dans les rues.

C'est pourquoi le lieu idéal de la prostitution pour la société devient la maison close : elle permet, tout à la fois, un contrôle du commerce sexuel, de contenir la prostitution et de la tenir à distance invisible des familles «honnêtes».

La tenancière recrute ces jeunes femmes à la sortie de prison, à l'hôpital, plus tard à la gare ou lors de tournées en province. Elles sont astreintes à une visite médicale, effectuée dans le dispensaire de la police des mœurs.

Mais avec le contrôle du phénomène prostitutionnel va de pair une prostitution clandestine échappant à toute discipline, considérée comme plus sordide et qu'il faut à tout prix remettre dans le droit chemin des maisons de tolérance.

En effet certaines femmes ne voulaient pas être fichées comme prostituées, ou le fait d'être atteintes de pathologies les empêchait d'accéder au registre leur permettant d'exercer légalement. Ou encore trop âgées ou alcooliques les maisons closes les refusaient.

Un des précurseurs de la médecine hygiéniste, théoricien du réglementarisme, le docteur Parent-Duchâtelet mène une magistrale enquête sur les filles publiques de Paris ; il s'intéresse «à la cité obscure, à la physiologie de l'excrétion urbaine dans le but d'assurer le transit de l'ordure et vaincre l'infection »(Parent-Duchâtelet la prostitution à Paris au 19) siècle. De la même manière que le corps humain excrète ses détritiques dans des règles de bonnes hygiènes, la prostitution existe mais elle doit être exercée avec salubrité et contrôle. C'est pourquoi ses deux cibles majeures sont à la fois les égoutiers et les prostituées. La prostitution est un mal

nécessaire qu'il est indispensable de réglementer afin de diminuer les tensions sociales. En effet le désir sexuel du client doit être soulagé pour éviter que les passions « ne bouleversent » le monde. Il faut satisfaire la tension sexuelle, puisqu'elle existe, sans dépense excessive, sans atteinte à la santé ou à la moralité. La femme publique est décrite par le docteur Parent-Duchâtelet comme une femme vénale et adipeuse, demeurant au lit une grande partie de la journée, faignante et s'adonnant à la boisson. Elle ne doit donc pas « entrer dans le monde » au risque d'y propager son immoralité. En revanche son immoralité doit être canalisée et utilisée. Elle a pour fonction de déniaiser le jeune homme, d'amuser le bourgeois par une sexualité plus « exaltante » que celle pratiquée au sein du foyer.(10)

1-b) L'abolitionnisme

A la fin du XIX^{ème} siècle, un commerce international se met en place entre l'Europe et les pays neufs. Un trafic que l'opinion occidentale dénonce en parlant d'une « traite des Blanches », expression employée dès les années 1830. Cette « traite » touche des Européennes contraintes de se prostituer dans les pays neufs : États-Unis, Canada, Argentine, Afrique du Sud. Il s'agit un commerce florissant et lucratif pour les proxénètes.

Le phénomène est lié à la population essentiellement masculine de ces pays, constituée essentiellement de célibataires, jeunes. Le phénomène est aussi une conséquence de la révolution des transports qui permettent de mener rapidement des femmes dans le monde entier.

Les jeunes femmes sont enrôlées dans le trafic, avec des promesses mensongères, puis maintenues dans celui-ci par un endettement qui leur empêchaient toute émancipation

Elles sont là encore, victimes de maltraitance physiques et morales, et d'un isolement absolu.

En parallèle que se développe la traite des blanches et les maisons closes, on assiste à deux phénomènes : d'une part l'abolition de l'esclavage et d'autre part aux premiers mouvements pour l'émancipation des femmes.

En effet, la fin du XIX^{ème} siècle voit naître un mouvement conduit par une protestante anglaise, Joséphine Butler : le mouvement abolitionniste. Ce mouvement initialement dévolu à la lutte contre l'esclavagisme, s'empare du combat contre la réglementation de la sexualité et vise même à son éradication.

Révoltée par cette situation d'injustice sociale qui, selon elle, ajoute encore à la victimisation des femmes, Joséphine Butler considère la prostitution comme une forme extrême de discrimination sexuelle.

Elle entame ce qu'elle appela « la grande croisade » pour mettre fin au système de réglementation de la prostitution. En 1869, elle rédige un manifeste, signé par 120 personnalités de l'époque, après qu'un groupe de médecins lui a demandé de lancer une campagne contre la réglementation de la prostitution. Ce mouvement se répand bientôt dans le reste de l'Europe, aux Etats-Unis et dans les colonies. Le mouvement abolitionniste rencontre très vite un écho dans les milieux laïques et religieux. De nombreux intellectuels défendant les principes d'un humanisme laïque

s'engagent dans le mouvement abolitionniste, notamment Jean Jaurès ou Victor Hugo.(10)

Les femmes militant dans le mouvement d'émancipation des femmes s'investissent avec force dans ce combat abolitionniste.

Ce mouvement vise à supprimer toutes les règles d'exercice de la prostitution : registres policiers, fichages médicaux, etc. qui sont considérés comme des atteintes aux droits civiques. Le but premier est de supprimer les préceptes réglementaristes et non la prostitution.

Les textes de Joséphine Butler mettent l'accent sur la responsabilité des hommes et sur leur rôle en tant que fournisseurs et acheteurs de femmes dans la prostitution. Par ses écrits, elle interpelle le législateur sur cette justice à deux niveaux – une justice pour les hommes et une pour les femmes – sur laquelle était fondée la réglementation de la prostitution. La responsabilité des hommes dans la promotion de la prostitution et la critique qu'elle fait de cette sexualité masculine dite « irrépressible » sont des arguments repris par les féministes durant la première moitié du XX^{ième} siècle.

Le mouvement abolitionniste prend progressivement de l'ampleur et trouve des adeptes partout en Europe, jusqu'à la seconde guerre mondiale. De grandes associations de défense des droits humains, telle « la Ligue des Droits de l'Homme », s'engagent avec les abolitionnistes.

Le mouvement abolitionniste intervient auprès des gouvernements pour qu'ils mettent fin au système de la réglementation.

Au lendemain de la première guerre mondiale, la Société des Nations crée un comité de suivi sur les questions relatives aux droits des femmes et à la traite sexuelle. Les gouvernements et les associations soumettent des rapports portant tout à la fois sur le salaire des femmes, leur situation économique et la situation de la prostitution dans de nombreux pays. Il apparaît dans les rapports de ces comités, dans les résolutions du Conseil et de l'Assemblée de la Société des Nations, que les pays qui ont adopté un système abolitionniste voient la traite des femmes diminuer, ainsi que la régression des maladies vénériennes.(10)

Petit à petit de nombreux pays européens appliquent le système abolitionniste.

Il faut attendre le lendemain de la seconde guerre mondiale, en France, pour que soit votée et appliquée la loi Marthe Richard qui rend illégales les maisons closes.

I-F. La deuxième moitié du vingtième siècle

Cette loi abrogeait les maisons de tolérance ainsi que les dispositions qui prévoyaient l'inscription des prostituées sur des registres spéciaux de police et l'obligation de se présenter aux services de police. Un contrôle sanitaire et social est maintenu et organisé sous la direction du ministère de la Santé Publique dans le but de « dépister les prostituées vénériennes voulant se dérober au traitement. »

C'est en 1960 que la France devient réellement abolitionniste avec la ratification de la convention de l'Organisation des Nations Unies du 2 décembre 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution

d'autrui. Soixante douze pays ont ratifié cette convention, essentiellement des pays européens, dont la plupart des états membres de l'Union Européenne. Mais certains d'entre eux appliquent une politique abolitionniste teintée, en pratique, de réglementarisme : la Belgique, l'Espagne, le Royaume-Uni.(10)

La traduction dans notre législation de cette ratification est très vite intervenue, par voie d'ordonnance. Le Parlement ayant autorisé le gouvernement à utiliser cette procédure « pour prendre les mesures nécessaires pour lutter contre certains fléaux sociaux » au rang desquels le législateur avait classé la prostitution.

Depuis l'intervention de ces ordonnances et la suppression du fichier sanitaire maintenu en 1946, la prostitution n'est plus réglementée en France, c'est une activité libre. Conformément aux principes posés par la convention de 1949, ces textes font de la lutte contre le proxénétisme une priorité et comportent un volet social.(10)

I-G. Conclusion de la perspective historique

Cette perspective historique montre l'embarras des états concernant la prostitution et les différentes tentatives législatives à travers le temps : réglementant pour contenir et canaliser les débordements ou réprimant et interdisant pour supprimer le commerce sexuel.

Tout au long de l'histoire, l'Etat et l'Eglise ont oscillé entre une attitude répressive ou tolérante vis à vis de la prostitution, essayant ainsi de contrôler le phénomène sociale qu'est la prostitution.

Parce qu'elle fait appel à des enjeux privés, moraux et pécuniaires la prostitution est le lieu de toutes les ambiguïtés de la loi et de la société.

La réglementation n'a su « normaliser » les problèmes sanitaires liés à la transmission des infections sexuellement transmissibles, ni les difficultés liées au commerce d'esclaves sexuelles.

Le système législatif actuellement en vigueur en France est l'aboutissement d'un long processus historique.

Ce processus a évolué vers une perception des personnes prostituées davantage comme « victimes » (des hommes, de la traite, de la misère sociale etc.), il n'en a pas moins conservé toutes les ambiguïtés induites par un système de répression et de tolérance à l'égard des personnes prostituées.

II- La France est passée par différents régimes que l'on peut retrouver à travers le monde : le régime abolitionniste, réglementariste et prohibitionniste.

II-A. Le prohibitionnisme

Le prohibitionnisme considère la prostitution comme un délit. Son organisation, son exploitation, son commerce, son activité sont interdites et l'Etat exerce une répression. Prostituées, clients et proxénètes sont considérés comme des délinquants et sont passibles de poursuites. Ce système, le plus rare, est actuellement en vigueur

dans les Etats américains, la Chine communiste, les pays du Golfe Persique. La Suède est le pays européen qui s'en rapproche le plus en décidant de pénaliser les clients.

II-B. Le réglementarisme

Le réglementarisme considère la prostitution comme un mal nécessaire qu'il convient d'organiser, tel un service public soumis à des règles : quartiers réservés, registres et fichiers de police, surveillance des prostituées, maisons closes ou « eros-centers ».

Les eros-centers constituent la version industrialisée de la maison close d'antan, généralement aux mains de propriétaires privés. La prostitution s'y exerce sous le contrôle de la police et des municipalités. Ce régime est particulièrement répandu aux Pays Bas, mais il existe également en Allemagne, en Turquie et en Grèce.

Au Pays Bas, une loi du 28 octobre 1999, dite « loi portant sur la suppression de l'interdiction générale des établissements de prostitution » est entrée en vigueur en octobre 2000. L'infraction générale de proxénétisme est supprimée, mais subsiste celle concernant les mineurs et la prostitution par coercition. L'autorité sur le système prostitutionnel est dévolue aux communes. Dans ce système le proxénète, à condition de rester dans le cadre de la loi, est considéré comme un homme d'affaire et les prostituées comme des travailleuses du sexe auxquelles des droits sociaux sont reconnues. La prostitution est intégrée dans la vie économique et sociale comme toute autre activité professionnelle. Mais ce système ne s'applique qu'aux prostituées en règle au regard de la législation sur l'immigration. En effet celles qui n'ont pas de papiers

sont condamnées de fait à une clandestinité et à une précarité aggravée au regard de leur situation antérieure.

II-C. Le régime abolitionniste

Le régime abolitionniste prévaut actuellement en France : l'exploitation de la prostitution – le proxénétisme – est incriminé ainsi que ses manifestations susceptibles de troubler l'ordre public mais non celles qui s'y livrent, ni leur clients. Le régime abolitionniste prévoit des mesures de prévention pour les personnes en danger de prostitution et de réinsertion des personnes prostituées.

Le terme d'abolitionnisme est ambigu car il désigne non la suppression de la sexualité vénale mais l'abolition de la réglementation.

Ainsi il s'inscrit dans la ligne du mouvement créé par Joséphine Butler qui visait à lutter contre le fichage policier et médicale des femmes, pour protéger leurs droits de citoyenne. Le but de cette organisation était d'abolir la discrimination dont elles étaient victimes dans les maisons closes par leur absence de liberté, considérant que les prostituées étaient tenues par des contraintes physiques et financières de continuer à se prostituer, par l'emprisonnement sur des critères médicaux.

La France est un pays abolitionniste depuis 1960. Dans les textes de loi, ce régime accorde une place primordiale à la prévention de la prostitution et à la réinsertion des prostituées, considérées comme des victimes. Ce régime vise, par extension, à l'éradication de la prostitution. (11)

III- L'optique de la justice et de la police

Pays abolitionniste, la France applique deux principes sur le plan juridique : elle combat le proxénétisme et ne punit pas la prostitution en tant que telle. Elle considère au contraire que les personnes prostituées sont des victimes. Or la réalité est plus complexe que ne laisse supposer ces deux postulats.

III-A. L'arsenal répressif

Le droit pénal réprime le proxénétisme, il n'interdit pas la prostitution. Dès lors que ce qui n'est pas interdit est réputé autorisé, la prostitution est donc une activité libre, à condition de ne pas troubler l'ordre public.

A-1.Le proxénétisme

Depuis la ratification de la convention de l'ONU et l'adoption des ordonnances de 1960, le législateur est intervenu régulièrement pour aggraver la sanction judiciaire du proxénétisme et tenir compte de ses diverses évolutions. Le nouveau code pénal entré en vigueur en 1994 permet maintenant, dans certaines circonstances, de poursuivre les proxénètes pour crimes.(11)

Le code pénal distingue le proxénétisme simple, du proxénétisme hôtelier, du proxénétisme aggravé et du proxénétisme criminel passible de la Cours d'Assises.

1-a) Le proxénétisme simple

Le proxénétisme simple est prévu dans le code pénal au chapitre des « atteintes à la dignité de la personne. » Il est défini comme : « aider, assister, tirer profit, protéger la prostitution, détourner une personne en vue de la prostitution, exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire. Il est aussi défini à partir de critères financiers tels que : de ne pouvoir justifier de recettes correspondant à son train de vie tout en vivant avec une personne prostituée. Ce proxénétisme est puni de cinq ans de prison et d'une amende de 150 000 euros.

Au quotidien, les conséquences sont graves concernant la vie privée des personnes prostituées, puisque toute personne vivant avec elles, sont considérées à priori comme légalement comme proxénètes.(11)

Ainsi, être l'amie ou le petit ami d'une péripatéticienne expose à une peine de prison : ceci contribue à l'isolement social de la personne prostituée.

1-b) Le proxénétisme aggravé

Le proxénétisme aggravé est puni d'une peine plus lourde, de dix ans de réclusion avec période de sûreté quand il concerne des mineurs, des personnes vulnérables, plusieurs personnes ou lorsque le proxénète a de l'ascendant (autorité parentale) sur la personne prostituée.

Pareillement le proxénétisme est aggravé, s'il y a utilisation d'une arme, de contraintes, si la personne accusée participe, par ses fonctions, à la lutte contre la

prostitution ou à sa réinsertion, ou s'il y a utilisation de moyens de diffusion à destination d'un public non déterminé (par exemple le minitel.)(11)

1-c) Le proxénétisme est un crime

Le proxénétisme est un crime s'il est commis en bande organisée ou avec acte de barbarie ou de torture. La peine alors encourue va d'un emprisonnement de vingt ans avec période de sûreté ou la perpétuité associée à une amende de 4 500 000 d'euros. L'accusé est alors jugé en Cours d'Assises.

1-d) Le proxénétisme hôtelier

Le proxénétisme hôtelier est puni de 10 ans de prison et de 800 000 euros d'amende, qu'il soit commis directement ou par personne interposée. Il est le fait de « détenir, gérer, exploiter, diriger, faire fonctionner, financer un établissement de prostitution ou y contribuer ».

« Vendre ou tenir à la disposition d'une ou plusieurs personnes des locaux ou emplacements non utilisés par le public en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution » peut constituer une accusation de proxénétisme. Il est aussi le fait d'accepter ou de tolérer qu'une ou plusieurs personnes se livrent à la prostitution ou cherchent des clients potentiels dans un établissement ouvert au public. Il devient donc passible de sanction pénale le fait de louer un appartement en vue de la prostitution.

Dans ce texte de loi une volonté explicite de marquer la fin des maisons de tolérance existe. En pratique aujourd'hui la prostitution se situe sur le trottoir, espace

public, pour échapper à l'incrimination. Elle contourne la loi en s'exerçant dans certains bars où les prostituées sont des « hôtesse », ou encore dans des salons de massages où les prostituées sont des « masseuses ».

A nouveau, les conséquences sont graves quant au logement des personnes prostituées. En effet, le fait de louer un appartement à une péripatéticienne peut être interprété comme du proxénétisme hôtelier. Ce phénomène augmente la difficulté des personnes prostituées à se loger.

A-2. Se prostituer

En France le fait de se prostituer est considéré comme relevant de la liberté individuelle. Ce n'est donc pas un délit, sauf si elle porte atteinte à l'ordre public, circonstance dans laquelle il est encouru deux types d'incriminations.

La première est une infraction de droit commun qui ne lui est pas spécifique : il s'agit de l'outrage à la pudeur, incriminé sous la qualification d'« exhibition sexuelle » et qui suppose la réunion de trois éléments : « l'exhibition sexuelle » elle-même, le fait que l'outrage ait été commis en public (à la vue d'autrui) et la conscience d'offenser volontairement ou par négligence la pudeur publique.

La seconde est l'incrimination spécifique de racolage. Jusqu'en 2002 le code pénal, distinguait en la matière deux infractions.

D'une part le **racolage actif** est commis par ceux qui par gestes, paroles, écrits ou tous autre moyens procédaient publiquement au racolage des personnes de l'un ou l'autre sexe, en vue de les provoquer à la débauche.

D'autre part, le *racolage passif* est défini comme une attitude sur la voie publique de nature à provoquer la débauche.

Ce dernier type de racolage a disparu avec le nouveau code pénal qui ne laisse subsister, depuis 1994, qu'une seule incrimination de racolage « le fait par tous les moyens de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles » et le punit d'une contravention de cinquième classe (soit 1500 euros). Ce type de racolage implique une action positive de la personne de se prostituer, considérée légalement comme un délit. Toutefois dans les pratiques policières son contenu peut être largement réinterprété.

Alors que ce travail était en cours de rédaction le code pénal a subi une nouvelle modification dans le cadre de la loi de « sécurité intérieure » menée par Nicolas Sarkozy ministre de l'Intérieur. En effet, les différences entre racolage passif et actif sont supprimées. Tout racolage devient donc passible de sanctions pénales.

Le délit de racolage est actuellement sanctionnable de deux mois de prison et de 3750 euros d'amende, et d'une garde à vue de 48 heures.

Par ailleurs la loi prévoit la possibilité de retirer leur carte de séjour aux étrangères, mais aussi l'obtention d'un titre de séjour provisoire moyennant la dénonciation du proxénète. Cette loi vise à contraindre les personnes accusées de prostitution à dénoncer leur proxénète.

En tous les cas une ambiguïté existe car, est sanctionné pour ce service sexuel, qui n'est pas interdit, la publicité qui en est pourtant la condition nécessaire. Par ailleurs le caractère passif du racolage est d'appréciation très large !

En outre, la personne prostituée poursuivie peut se voir théoriquement appliquer les peines complémentaires suivantes :

- interdiction de détenir ou porter une arme,
- confiscation des armes dont elle est propriétaire,
- confiscation des choses en relation avec le racolage,
- interdiction d'émettre des chèques autres que ceux qui permettent des retraits de fonds ou qui sont certifiés,
- travail d'intérêt général.

En cas d'arriérés de paiement de contravention pour racolage la personne coupable de racolage peut être incarcérée de quelques jours à quelques mois, comme pour toutes les amendes. Il s'agit de la contrainte par corps.

A-3. Le client

Jusqu'à présent, le droit pénal l'ignore sauf si l'atteinte sexuelle a lieu sur un mineur de moins de 15 ans. Ce délit fait l'objet d'une répression aggravée dès lors qu'il s'accompagne, comme dans la prostitution, du versement d'une rémunération.

Mais après l'évolution sécuritaire du gouvernement des tentatives de pénalisation du client ont vu le jour pour la première fois, en France, en septembre 2002.

Les clients ont été accusés d'«exhibition sexuelle» ou de racolage. Ces diverses tentatives de pénalisation s'avèrent non seulement impopulaires dans l'opinion publique, mais aussi très ambiguës et difficiles à interpréter sur le plan juridique.

Par ailleurs la pénalisation du client est plus en rapport avec un régime prohibitionniste tel qu'il est appliqué aux Etats-Unis. En France la position officielle abolitionniste tend non à la pénalisation des clients mais à la lutte contre la prostitution.

III-B. Les moyens de lutte contre le proxénétisme

En 1958 a été créée, au sein du ministère de l'intérieur, une structure spécifique pour lutter contre le proxénétisme : L'Office Central Pour la Répression de la Traite des Etres Humains (OCPRTEH), structure placée sous l'autorité du directeur de la police judiciaire.(11)

L'OCPRTEH a reçu trois missions :

- centraliser au niveau national les renseignements pouvant faciliter la lutte contre le proxénétisme et coordonner l'action répressive des services de police et de gendarmerie,
- coopérer avec les autres services de police au plan international, en particulier au sein d'Interpol et des instances européennes,
- Enquêter sur les affaires nationales et internationales de proxénétisme les plus graves et les plus complexes.

Les moyens mis en oeuvre sont modestes, quatorze fonctionnaires appartenant au groupe d'enquête territorial et une cinquantaine appartenant à la brigade de la répression du proxénétisme à Paris et à Marseille. Ces moyens sont jugés «très insuffisants» (11) « les mentalités au sein de la police doivent évoluer, le proxénétisme n'apparaissant pas comme un combat prioritaire ».(11)

Mais depuis la politique sécuritaire menée par le ministre de l'intérieur Monsieur Sarkozy a pour but de lutter contre les grands réseaux de proxénétisme étrangers.(12)

Il faut souligner cependant « l'exception française » que représente, pour la police, la possibilité de lutter contre le proxénétisme sans que l'ouverture d'enquête soit subordonnée au dépôt de plainte d'une prostituée. Ce qui, par peur des représailles, se produit extrêmement rarement. De la part de la police, il s'agit d'une démarche active permettant d'initier la recherche sur les filières de la prostitution sur simple témoignage.

Malgré cette facilitation du droit des prostituées à dénoncer proxénètes ou filières, les constitutions de parties civiles de prostituées sont rares, en raison de la peur. Ainsi les rétractions après dépôts de plainte ou témoignages sont fréquentes.

III-C. Les ambiguïtés de la loi française

La politique de l'Etat à l'égard du proxénétisme est claire: il s'agit d'une répression sévère. En cela, elle est fidèle aux engagements pris après la ratification de la convention de l'ONU. Les incriminations ont été multipliées par le législateur pour faciliter l'établissement de l'accusation de proxénétisme.

En revanche, elle est beaucoup plus ambiguë en ce qui concerne la prostitution. En effet, la prostitution est une activité libre puisque rien dans les textes n'interdit son existence. Mais la pratique des textes fait ressortir un régime de liberté surveillée, contrariée et, le cas échéant, aléatoire.

La prostitution est surveillée. Elle est en effet, une condition préalable au proxénétisme. Le proxénétisme est défini par rapport à la prostitution dans le Code Pénal, elle est donc l'objet de toutes les attentions de la police afin d'inquiéter les proxénètes.

Par ailleurs si la loi Marthe Richard interdit tout fichage policier, la peur des personnes prostituées d'être fichées par les services de police perdure. Ainsi, lorsqu'une personne arrête son activité prostitutionnelle, actuellement un de ses premiers souhaits est de sortir du fichier de la police. L'existence de tels fichiers est-elle un mythe ou une réalité ?

Enfin, le libre exercice de la prostitution est aléatoire par la définition même du racolage dans le Code Pénal. La définition du racolage est devenue très large et dépend de l'appréciation du policier.

La politique abolitionniste de la France interdit toute réglementation spécifique de la prostitution. C'est donc par le pouvoir de police que certains maires, pressés par les plaintes des riverains, interviennent pour contrarier l'exercice de l'activité prostitutionnelle. Les procédés concernent le stationnement et la circulation automobile des clients.

En donnant une base juridique à l'intervention des forces de polices, les maires tentent de gêner et donc de stopper la prostitution.

Ces arrêtés municipaux provoquent une disparition du phénomène dans les centres villes, repoussé à l'extérieur.

Quoiqu'il en soit, il existe un problème de cohérence sur le plan juridique entre ces arrêtés et l'attitude générale du droit français visant à considérer la prostitution comme une activité parfaitement légale.

L'activité de prostitution est considérée légalement comme libre, pourtant les conditions nécessaires à son existence, la publicité ainsi que les moyens privés pour l'exercer sont sanctionnés. Comment tout à la fois se faire reconnaître par le client comme prostituée et dans le même temps se dissimuler pour échapper aux interdictions de la loi ?

L'ambiguïté du système législatif est accrue par les nouvelles mesures de la loi de sécurité intérieure concernant le racolage. En effet, la définition floue du racolage risque d'entraîner des interprétations subjectives de la part des personnels de police.

Le paradoxe de l'abolitionnisme est renforcé: la prostitution est libre et pourtant quasiment impossible légalement à exercer. Les prostituées, dans l'impossibilité de pratiquer leur activité dans les hôtels et les appartements, sont refoulées des lieux publics vers des endroits plus clandestins. La prostitution s'exerce dans les parkings, aires de stationnement, terrain vagues, ... dans des conditions plus dégradantes encore et de sécurité mal assurée.

III-D. La prévention

L'abolitionnisme cherche dans le même temps à prévenir la prostitution et à réinsérer les prostituées.

Dans la convention de l'ONU ratifiée par la France est présent un volet social. Conséquemment, en 1960, ont été créés les Services de Prévention et de Réadaptation Sociale (S.P.R.S.), services départementaux spécialisés. Les textes de loi existent mais ils entrent peu ou pas en application.(11)

Ces services sont toujours prévus dans les textes de lois dans le code de la famille et de l'aide sociale avec la double mission de rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution, de leur fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin. Le rôle des SPRS est aussi d'exercer toutes actions médico-sociales en faveur des personnes en danger de prostitution.

D'après le rapport du sénat concernant l'état des lieux de la prostitution en l'an 2000, les SPRS ont été dès le départ un échec: seuls douze SPRS furent mis en place en dépit de plusieurs circulaires ministérielles de relance. Il n'en reste aujourd'hui que cinq sous gestion associative.

Pour expliquer cet échec, les services ministériels font valoir des difficultés pour réunir les partenaires institutionnels et associatifs ainsi que des problèmes inhérents à la décentralisation. En effet, cette dernière a placé l'ensemble des services d'action sociale sous la tutelle des départements alors que la lutte contre la prostitution restait de la compétence de l'Etat.

La prostitution n'est pas prise en charge de manière spécifique mais considérée le plus souvent comme s'apparentant à la catégorie dite «marginale» par les acteurs sociaux. (13)

Les personnes prostituées peuvent être accueillies dans des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale prévus par le code de la famille pour les

« personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. » (11) Il faut noter le faible nombre de place disponible actuellement en France pour un public marginal de plus en plus important.

Une autre circulaire d'importance concernant le volet préventif est restée sans application pratique : il s'agit de la circulaire relative à la lutte contre le proxénétisme et la prostitution.(11)

Cette circulaire demandait aux Préfets de réunir, sous leur présidence une commission comprenant les représentants des différents services publics dans le département (DDASS, juge des enfants, médecins responsables des maladies vénériennes, directeur départemental des services de police et de la gendarmerie, et éventuellement les organismes HLM, URSSAF et les impôts) et des organismes privés oeuvrant dans le domaine de la prostitution.

Les Préfets étaient invités à remettre au Secrétaire d'Etat chargé de l'action sociale un rapport rédigé sur la base des conclusions des travaux que ces commissions auraient mené pour examiner les problèmes spécifiques posés par la prostitution dans chaque département, pour dresser un bilan des actions existantes et pour contrôler l'efficacité des établissements et services.

Il était demandé aux commissions une attention spéciale aux personnes souhaitant quitter la prostitution pour bénéficier d'un traitement particulier de la part des services fiscaux.

Très peu de commissions ont été mis en place et elles ont aujourd'hui toutes disparues.

Du point de vue ministériel, le dossier de la prostitution est cogéré par la Direction Générale de l'Action Sociale et le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité. Les directions départementales de l'action sanitaire et sociale gèrent les subventions et les chargés de missions départementales aux droits des femmes aident à l'instruction des dossiers, au niveau local.

L'Etat a mis en place un cadre légal autour de la prostitution tant sur le volet répressif que sur le volet social. Mais ce dernier est resté lettre morte malgré une législation importante, aussi on retrouve à la place initialement dévolue à l'Etat un tissu associatif très dense.

IV- Les interventions des associations

Il existe dans le domaine prostitutionnel un grand nombre d'associations, quelques-unes sont reconnues d'utilité publique. Les plus importantes sont liées au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, certaines gèrent des Services de Prévention et de Réadaptation sociale de manière conventionnelle.(11)

Ces structures travaillent avec du personnel salarié ou des bénévoles, parfois les deux. Les 25 associations abolitionnistes emploient plus de 600 salariés et un millier de bénévoles. Le travail de ces associations est de lutter, par la prévention et l'aide à la réinsertion, contre la banalisation de la prostitution.

La période récente a vu naître, dans le contexte de la lutte contre le sida, une catégorie d'associations spécifiques : les associations de santé communautaire. L'objectif de ce type d'associations de santé communautaire est avant tout d'aider les personnes, sous un angle sanitaire et dans le respect de leurs choix.

Nantes est une ville représentative du tissu associatif national. En effet, il y existe trois associations dans le domaine prostitutionnel : le Mouvement du Nid, l'association d'une Rive à l'Autre et Médecins du Monde. Ces trois associations sont en rapport avec les prostituées et témoignent de leurs situations morales, physiques et sociales.

IV-A. L'Association d'une Rive à l'Autre

A-1. Statut de l'association

Cette association a été créée en 1996. Elle vise à « éradiquer les violences sexuelles ». Elle est composée de deux psychologues cliniciennes. Les objectifs sont multiples :

- Une action de prévention : interventions et débats auprès des professionnels du monde associatif, des syndicats, des travailleurs sociaux, du milieu scolaire et aussi auprès des personnes privées tels que les parents, etc.,
- Des stages de formation et des séances d'ateliers pratiques auprès des publiques scolaires, des travailleurs sociaux, etc.
- Un accueil et des soins gratuits pour les personnes victimes de violences sexuelles.

La démarche de l'association vise à redonner dignité et autonomie des personnes, notamment aux femmes victimes de violences sexuelles, par des actions de prévention, de reconstruction, de formation et de recherche.

A-2.Liens avec la prostitution

Cette association est militante et féministe. Elle se fait l'écho d'une explication psychologique de l'entrée dans le monde de la prostitution selon laquelle, si une personne a connu des traumatismes sexuels dans l'enfance ou l'adolescence, ceux-ci amènent inexorablement vers la prostitution à l'âge adulte. En éradiquant les violences sexuelles faites aux femmes, on peut donc imaginer éradiquer la prostitution.

IV-B. Le mouvement du Nid

B-1.Historique

Le « mouvement du Nid » a été créé en 1946 par un prêtre vicaire, André Marie Talvas, à la suite de la rencontre d'une femme alcoolique vivant dans le quartier prostitutionnel des Halles, à Paris. Il crée le «Mouvement Vie Libre» pour les malades alcooliques et le « Mouvement du Nid » pour les personnes prostituées.

Il s'agit d'un mouvement d'église, lié au catholicisme social, en effet André Marie Talvas appartient à la ligue ouvrière chrétienne.

En parallèle au « Mouvement du Nid », en 1971 est fondée l'« Amicale du Nid », constituée essentiellement de professionnels de l'association qui joignent à leur pratique des actions de prévention des risques infectieux.

Au moment de notre étude, il existe 30 délégations présentes dans 33 villes en France et 4 délégations à l'étranger : Belgique, Brésil, Portugal et Côte d'Ivoire.

B-2.Statut actuel

Le mouvement du nid dispose du statut d'organisation non gouvernementale auprès du département de l'information des Nations Unies. C'est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique, agréée par le ministère de la jeunesse et des sports et liée par différentes conventions au ministère des affaires sanitaires et sociales. Le Mouvement du Nid est membre de la Fédération Abolitionniste International fondée en 1875 par Joséphine Butler.

Le mouvement du nid est l'un des membres fondateurs de la Fédération Européenne pour la Disparition de la Prostitution, créée en 1994 et regroupant plusieurs associations ayant en commun un mode de travail, une analyse de la prostitution et des objectifs d'action. Le Mouvement du Nid veut rendre possible, à long terme, la disparition de la prostitution par une action sur ses causes et sur les mentalités de l'opinion et des pouvoirs publics.

B-3.L'action

Le mouvement du nid a une action directe auprès de personnes prostituées, l'objectif de réinsertion domine la ligne d'action. Leur action vise plusieurs publics :

- les clients, les prostituées, les proxénètes, l'opinion et les pouvoirs publics, en vue de changements durables des comportements face à la prostitution sous toutes ses formes,
- les acteurs sociaux, en matière de formation, pour une approche globale de la prostitution dans leurs responsabilités professionnelles ou bénévoles.

Les bénévoles vont dans la rue, la nuit, au contact des prostituées. Ils tentent d'établir un dialogue et d'expliquer à chaque individu que la prostitution n'est pas un mal nécessaire, que chaque personne peut sortir de ce système, le mouvement du nid est présent pour les aider.

B-4.Les activités

- La rencontre des personnes prostituées (femmes, hommes, adolescents) dans les quartiers de prostitution, dans leur milieu de vie, dans les permanences d'accueil. L'accompagnement des personnes dans leur démarche de réinsertion.
- Le dialogue avec des clients, voire avec des proxénètes hommes et femmes : eux aussi piégés par la prostitution.
- La sensibilisation, la responsabilisation de tous publics, en particulier les jeunes et les acteurs sociaux, par des matériaux adaptés : revues, expositions, conférences, moyens audiovisuels, campagnes médias, BD...

- Le débat permanent avec les Pouvoirs Publics, les administrations, les élus locaux, nationaux, internationaux.

- La participation, dans une démarche de partenariat, à des actions sur les causes et les conséquences de la prostitution et de l'exclusion.

- La formation des acteurs sociaux afin que la prostitution soit considérée réellement comme un phénomène social impliquant une politique de prévention et d'aide à la réinsertion des personnes concernées.

- La recherche et les études sur les questions fondamentales posées par la prostitution pour parvenir à l'élaboration d'une stratégie en vue de sa disparition.

- La mise en œuvre de projets de prévention, de réinsertion et de sensibilisation aux plans européen et international.

Lieu de rencontre, de sensibilisation et d'action, le Mouvement du Nid s'enracine aussi dans l'Evangile et les Droits de l'Homme.

B-5.Convictions

Pour le Mouvement du Nid, la prostitution est une atteinte directe aux Droits de l'Homme. « Ni “mal nécessaire”, ni “fatalité”, ni “métier”, mais phénomène de société, organisation, entreprise commerciale, réel esclavage, elle doit et peut disparaître » (14) Une approche globale de ses causes, de ses conséquences et de ses enjeux peut faire émerger un mouvement de refus de la prostitution, visant à enrayer son développement et conduire à sa disparition.

Cette perspective oriente la mission du Mouvement du Nid, concrétisée par un ensemble d'actions complémentaires relayées par trente délégations en France.

B-6. Le Mouvement du Nid A Nantes

Une équipe de quinze bénévoles parcourt la ville à pied, par groupe de deux ou trois personnes, le jeudi soir, ils tentent de rencontrer les femmes prostituées pour établir un dialogue.

Il n'existe pas à Nantes de mouvement d'Amicale du Nid, composé de travailleurs salariés oeuvrant pour l'accueil et la réinsertion des prostituées.

B-7. Conclusion

Le Mouvement du Nid est une organisation ancienne, présente dans l'ensemble des régions françaises et devenue incontournable dans l'approche du monde prostitutionnel dans le pays. Il est un référent pour les institutions d'Etat dans la connaissance de la prostitution, mais son approche d'inspiration chrétienne tend à faire considérer la prostituée comme une victime et non comme un sujet.(15) En effet, la personne prostituée est une victime de la prostitution, et ce même si elle exprime un sentiment de liberté dans l'entrée en prostitution ou dans le fait de rester une personne prostituée. Elle n'est pas consciente de son «embrigadement prostitutionnel».

L'action associative s'organise autour de la relation d'aide à apporter à la personne prostituée, dès lors qu'elle a fait le choix de la sortie de la prostitution.(15)

IV-C. Médecins du monde

C-1. Historique

Le mouvement des «French Doctors», dont est issu l'association *Médecins du Monde*, voit le jour en 1971 à l'initiative de Bernard Kouchner, de Max Récamier et de plusieurs autres médecins fondateurs de Médecins Sans Frontières. En rentrant du Biafra, où il avait servi sous les couleurs de la Croix Rouge, ce groupe décide de rompre avec la neutralité et le silence des grosses organisations.(16)

En 1979, lors de l'intervention «un bateau pour le Vietnam», des dissensions apparaissent au sein du mouvement, alors que Bernard Kouchner propose d'affréter un bateau avec des journalistes et des médecins pour soigner et témoigner des violations de droits de l'homme au Vietnam. Cette proposition est jugée trop médiatique par une partie des dirigeants, Bernard Kouchner quitte Médecin sans Frontière et crée Médecins du Monde. Après une première mission réussie auprès de boat people, médecin du monde lance des missions en Afghanistan, au Salvador et en Roumanie.(16)

La médecine humanitaire devient aussi un combat pour l'éthique, contre les atteintes à la déontologie. A cet effet, est signée à Cracovie, le 31 mars 1990, la Charte européenne de l'action humanitaire (cf. annexes) : le refus de l'exclusion, de la discrimination, de la torture et des manipulations génétiques côtoie la réaffirmation de l'engagement de la médecine humanitaire en faveur du respect des équilibres écologiques, de l'assistance à toutes les victimes et du droit international humanitaire.

La fin des années 80 est aussi marquée par l'expansion de l'épidémie de sida et la recrudescence de la pauvreté dans les pays industrialisés. Médecins du Monde

se lance alors, avec la création de la première Mission France en 1986, dans un double projet : la lutte contre l'exclusion et la réduction des risques liés à l'injection des drogues par voie intraveineuse.

La Mission France a été créée dans les années 1980 pour répondre à la nécessité d'aller au devant des plus démunis. Douze ans après sa création, elle est présente sur l'ensemble du territoire, sous la forme de « Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation », de programmes de réduction des risques et de missions « hors centres ».

C-2.Les missions "hors centres"

Médecins du Monde compte aujourd'hui quarante-sept missions "hors centres" afin d'accéder aux personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas se rendre dans les centres de soins : SDF, enfants victimes du saturnisme, populations tsiganes. Un «funanbus» se déplace à la rencontre des prostituées. L'action de la Mission France va au-delà des soins : elle se conçoit comme un observatoire de l'accès à la prévention et aux soins qui établit un bilan social et médical permettant d'alerter les institutions et les acteurs de santé sur les dysfonctionnements. Elle cherche aussi à faciliter l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales.(16)

C-3.Médecins du Monde à Nantes

Une mission France existe depuis 1980, avec un centre d'accueil de soins et d'orientation. L'association mène une action de santé avec une activité de consultation médicale et une prise en charge sociale.

Jusque dans les années 1999, un bus stationné en centre ville constitue un lieu d'échange de seringues pour les toxicomanes, dans le cadre de la politique de réduction des risques de transmission du V.I.H. et des hépatites.

Lors de ces séances de travail sur le terrain, les bénévoles de l'association ont constaté une augmentation et une modification de la population prostituée, sans lien évident avec la toxicomanie.

Une «mission prostitution» est mise en oeuvre par l'association pour connaître cette population dans une politique de réduction des risques de santé publique, dans un but de «Solidarité envers les plus défavorisés, témoignage, mise en place de solutions transitoires dans la perspective d'une réintégration des intéressé(e)s dans tous leurs droits (notamment sociaux).»(16)

C-4.Les moyens à Nantes

En janvier 2000, un bus est affrété afin de rencontrer de la population de rue. Une équipe de vingt-six bénévoles tourne par groupe de trois, deux fois par semaine, le mardi soir et le vendredi soir de 22h30 à 2h30.

Lors des actions sur le terrain des fiches d'informations sont remplies dans l'objectif d'assurer le suivi des personnes prostituées et d'évaluer le travail de terrain. Les fiches individuelles consignent la localisation de la personne, des détails permettant de l'identifier (par exemple les tenues vestimentaires), les problèmes de santé éventuels. Ces fiches sont essentielles pour les nouvelles localisations. Elles informent sur les éventuels problèmes rencontrés, l'atmosphère de la rue (police, proxénètes etc.). Elles

renseignent sur le circuit emprunté par le bus. L'information des fiches reste confidentielle.

C-5. Le positionnement de médecin du monde

Pour cette association, l'approche abolitionniste demeure la plus respectueuse des droits de l'être humain. La prostitution est analogue à l'esclavage et doit être combattue comme toute pratique portant atteinte à la dignité humaine.(16)

Par ailleurs il n'existe pas de type de prostitution acceptable, que ce soit celle des enfants, des hommes, des femmes, des pays pauvres ou des pays riches.

La personne devient vulnérable par l'entrée dans la prostitution tant sur le plan physique moral ou social.

L'association Médecins du Monde considère donc qu'elle doit intervenir sans cautionner la sexualité vénale, auprès des personnes prostituées afin que celles-ci accèdent aux soins médicaux et à la prévention.

C-6. Conclusion

L'engagement de l'association se situe dans le courant de santé publique (santé communautaire) et s'accompagne d'une politique de réduction des risques et de témoignage. L'action médicale est l'initiatrice d'une prise en charge plus globale de la personne qui comprend une aide psychologique, sociale, et juridique. Parce que la

population prostituées est considérée par l'association comme un groupe «démuni», elle doit alors faire l'objet d'une action de la part de l'association.

Nous verrons dans le prochain chapitre comment s'est développé ce type d'action envers les prostituées et les liens qui existent avec le VIH.

V- Les milieux associatifs et la prostitution en France

Aux anciennes associations de lutte contre la prostitution et de réinsertion se sont ajoutées, dans les années 1990, des associations de santé communautaires. En effet à cette époque de nombreux projets de santé publique financés par l'Etat ont été mis en route, en lien avec l'émergence du sida en France. La pratique prostitutionnelle, considérée comme à risque de transmission du V.I.H., a fait l'objet d'une attention nouvelle.

V-A. Sida et prostitution

Les hommes et femmes prostitués sont considérés comme des vecteurs de diffusion des maladies sexuellement transmissibles et a fortiori du V.I.H.. En effet, les rapports sexuels constituent un des principaux modes de transmission du virus de l'immunodéficience humain, virus présent en grande concentration dans le sang et les sécrétions sexuelles des individus contaminés. Par ailleurs, il a été établi que le risque

de contamination tend statistiquement à augmenter avec la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires.

Les hommes et les femmes prostitués retirent leurs moyens d'existence d'une multiplicité de rapports sexuels quotidiens avec un grand nombre de partenaires différents, dont l'éventuelle contamination est inconnue. (17)

Comme le VIH est transmissible dans les rapports sexuels, les personnes prostituées constituent une population particulièrement exposée. De plus, elles exposent par l'intermédiaire des leurs clients le reste de la population à l'agent infectieux.

A-1. Historique

1-a) d'après les médias les personnes prostituées constituent un groupe à risque

Les hommes et les femmes prostitués ont été très rapidement considérés comme constituant, à l'instar des homosexuels masculins et des toxicomanes, un des principaux « groupes à risque » de l'épidémie.

Aux Etats-Unis, où au début des années 1980 le sida était couramment défini comme la maladie des « quatre H » (homosexuels, héroïnomanes, haïtiens et hémophiles), certains proposaient d'en ajouter un cinquième les « hookers » (les « putains »). (18)

En France les médias se font le relais de cette représentation de la prostitution comme foyer majeur de diffusion du V.I.H.. À titre l'exemple, le Quotidien

de Paris annonçait dans son édition du 11 août 1987 : « Sida : le syndrome est dans le Bois », et laissait entendre que la plupart des travestis parisiens étaient contaminés sans qu'aucune étude épidémiologique ne vienne étayer cette affirmation. La plupart des articles de cette époque abordant ce thème s'interrogent sur l'opportunité d'imposer un dépistage obligatoire aux personnes prostituées et d'interdire leur activité aux porteuses du virus. La prostitution, dans les médias, apparaît déjà comme une population transmettant le virus à la « population générale » par l'intermédiaire des clients.

Ainsi, le quotidien «le Monde»(daté du 9 janvier 1987) affirme la séropositivité de plusieurs prostituées parisiennes constatée à la suite d'une étude épidémiologique, et avance que « les femmes et les hommes concernés, parce qu'ils n'ont pas cessé leur activité professionnelle, constituent déjà, depuis plusieurs mois, un risque important de dissémination du virus dans des milieux qui n'étaient pas jusqu'à présent connus pour être à risques ».

On retrouve ici la personne prostituée du XIX^e siècles porteuse de la syphilis et transmettant l'agent infectieux au reste de la société de manière désinvolte.

1-b) Opinion et mesures de santé publique

En 1992, à l'appui de ces représentations médiatiques, par voie préfectoral est ordonné la fermeture à la circulation automobile à partir de 21 heures dans le bois de Boulogne. Cette mesure est présentée comme une mesure de santé publique destinée à enrayer la progression du V.I.H. Alors qu'aucune connaissance sur l'épidémie au sein

des milieux prostitutionnels du bois de Boulogne n'existe à cette époque. L'effet principal de cette mesure fut de disperser la prostitution et de contraindre les transsexuels et travestis à exercer leur activité dans des conditions plus précaires et plus isolées.(18)

Les enquêtes successives sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques sur le sida montrent que les médias ne font en cette première décennie de l'épidémie qu'exprimer le sens commun sur les liens entre prostitution et sida. Une enquête de ce type menée en 1987 auprès d'un échantillon représentatif indique que c'est à la question de l'opportunité d'un dépistage obligatoire des prostituées qu'est recueilli le plus fort pourcentage d'opinions favorables (90 %, suivi par 87 % de répondants favorables à un dépistage obligatoire des toxicomanes). Malgré une prise de position des scientifiques dénonçant l'inefficacité de telles mesures, la population demeure favorable au contrôle sérologique de la population prostituées et même davantage que pour d'autres groupes dits à risque (toxicomanes, homosexuels, etc.)(18)

1-c) Politisation du débat

Cette représentation de la personne prostituée «agent viral» est ancrée si fortement qu'elle est reprise par les politiques ; elle est à l'origine de la résurgence de la politique réglementariste et de l'éventuelle ouverture des maisons closes qui serait la solution du contrôle de l'épidémie en France.

En juin 1990, l'ancienne ministre RPR de la Santé du gouvernement de la première cohabitation Michèle Barzach, déclare au cours d'une conférence de presse :

«Le Bois de Boulogne est devenu le boulevard du sida : on ne peut plus, on ne doit plus rester indifférent. Songez que les hommes qui fréquentent les prostituées du Bois de Boulogne sont souvent mariés et que c'est comme cela que démarre bien souvent une chaîne de contamination hétérosexuelle. Je pense donc qu'il faut réinstaurer des règles contraignantes, des organisations différentes et que, faute de moyens légaux, il faut rouvrir les maisons closes ».(19) Ces dires, relayés dans la presse, ont suscités des débats mais n'ont jamais été suivis d'effets sur le terrain.

Par ailleurs le Front national tente lui aussi de politiser le sida à la fin des années 80. Il exige la mise en place de politiques contraignantes à l'égard des personnes contaminées, visant à les placer dans les fameux «sidatoriums» en référence au sanatorium.(18)

La présence FN dans l'arène parlementaire et sa stratégie offensive concernant le dossier du sida ont contribué à la formation d'un consensus dépassant les clivages politiques traditionnels. Du fait de l'appropriation de la thématique du contrôle sanitaire par l'extrême droite, les autres partis ont été conduits à afficher leur distinction par le rejet unanime de toute mesure de ce type, en luttant contre le réglementarisme.(18)

Les politiques de prévention du V.I.H. évitent alors toutes actions contribuant à la stigmatisation de groupes ou de pratiques sexuelles. Par conséquent, les premières campagnes de santé publiques sont généralistes, elles visent la population dans son ensemble. Les pouvoirs publics laissent les associations, qui se sont multipliées depuis les années 1980, combler un vide sanitaire et se charger de la

prévention ciblée auprès des populations marginales telles que les toxicomanes ou les personnes prostituées.(18)

V-B. Epidémiologie V.I.H. et prostitution

Lorsqu'elles sont publiées à la fin des années 80, les premières études épidémiologiques montrent qu'à la différence de nombreux pays en voie de développement où de nombreuses prostituées sont infectées, celles exerçant en France sont relativement peu touchées par le V.I.H. et que, lorsqu'elles le sont, l'origine de leur infection se trouve essentiellement liée à d'autres facteurs que l'exercice de la prostitution (toxicomanie ou partenaires «privés» contaminés avec lesquels les préservatifs ne sont pas utilisés).(20)

Le faible risque lié à la prostitution peut, selon les épidémiologiste, s'expliquer à la fois par un faible taux d'infection parmi les clients et par un usage, à l'époque, répandu des préservatifs.(20)

Au travers des recherches deux populations de personnes prostituées sont distinguées d'une part la prostituée traditionnelle à la position sociale dite «favorable » et d'autre part la prostituée occasionnelle en grande précarité et souvent toxicomane.(21)

Une étude menée en 1992 (citée par Serre, 1998), sur deux sites de prostitution féminine à Paris, montre ainsi une nette différence de taux de contamination entre populations et modes de prostitution.(22)

- Rue Saint-Denis on compte 4,4 % de séropositives pour une population présentant les caractéristiques suivantes :

1. les rapports sexuels sont le plus souvent des pénétrations vaginales
2. utilisation quasi-systématique du préservatif (95 %)
3. la population est plus âgée (moyenne à 37 ans)
4. 10 % de toxicomanes.

- En revanche, aux portes de Paris on compte 27,4 % de séropositives

dans une population :

1. plus jeune (moyenne à 27 ans) et plus précarisée,
2. qui compte 74,5 % de toxicomanes
3. pour laquelle la pratique la plus fréquente est la fellation.

La comparaison des taux de contamination relevés sur ces deux sites fait apparaître que la prévalence du VIH est de 33,3 % chez les prostituées toxicomanes contre 2,1 % chez les non toxicomanes.

Cette recherche, comme d'autres menées en Europe(22), (18), montre que les prostituées ne sont pas égales devant la maladie, et qu'elles ne forment pas un groupe homogène. Les toxicomanes sont marquées par une extrême précarité pouvant être évaluée à partir de leur situation en matière de logement (la plupart habitent à l'hôtel ou sont sans domicile fixe) ou de leur santé (état de santé général précaire, fréquence des maladies infectieuses, accès à l'hygiène aléatoire...) et du système de soin (absence de couverture sociale, méconnaissance ou refus de fréquentation des services sanitaires accessibles,...).

Cette précarité les fragilise dès lors qu'il s'agit de refuser les pratiques non protégées que les clients sont nombreux à proposer, fragilité d'autant plus grande

qu'elles sont isolées dans leur pratique prostitutionnelle et qu'il n'existe pas de solidarité concernant l'utilisation du préservatif. (18)

A l'inverse, les personnes (majoritairement des femmes) pratiquant une prostitution plus « traditionnelle » (c'est à dire une activité plus ancienne et ne souhaitant pas exercer cette activité avec un risque médical, et donc opposée aux personnes toxicomanes) dans les quartiers anciens de prostitution, sont mieux armées pour faire face à l'épidémie. Plus âgées, rarement toxicomanes et relativement bien intégrées socialement, elles ont une connaissance plus grande des différents systèmes sanitaires et sociaux à leur disposition. Leur maîtrise de la prévention des MST étant souvent antérieure au sida, il ne leur a pas été difficile d'intégrer la menace du V.I.H. à leurs pratiques. C'est à partir du milieu des années 80 qu'a commencé à régner au sein de cette population un relatif consensus autour de l'emploi du préservatif. (18)

Les résultats des différentes enquêtes épidémiologiques soulignent en fin de compte le statut problématique de la prostitution comme catégorie d'analyse de l'épidémie. La plupart des études européennes montrent en effet que la toxicomanie par voie intra-veineuse est, chez les prostituées, la principale voie de contamination par le V.I.H. (et par les hépatites) mais que, statistiquement, l'activité prostitutionnelle ne constitue pas en elle-même un facteur de risque majeur. De ce fait, il est, selon les épidémiologistes, souvent plus juste de parler de toxicomanes prostituées que de prostituées toxicomanes. (18)(22)

C'est donc avant tout en tant qu'usagères de drogues que la plupart des prostituées infectées sont apparues dans les données épidémiologiques, ce qui contribue

partiellement à expliquer le retard avec lequel s'est mise en place une prévention spécifiquement destinée au milieu prostitutionnel.

B-1. Emergence d'une action préventive ciblée

Les relations entre milieu associatif et pouvoirs publics sont, dans le cas de la lutte contre le sida, plus complexes encore que dans les autres domaines du secteur sanitaire et social. Cette situation tient en grande partie aux caractéristiques propres à la maladie: maladie d'apparition récente, maladie sexuelle et potentiellement stigmatisante, rappelant le spectre de la syphilis, l'absence de traitement curatif et de vaccin réduisant à la prévention l'action de santé publique, en grande partie.

Les spécialistes des politiques publiques qui se sont penchés sur la lutte contre l'épidémie sont ainsi unanimes à faire remarquer que les États de la plupart des pays occidentaux, et spécialement l'État français, ont dans leur grande majorité été relativement lents à mettre en place les premières mesures de lutte contre l'épidémie.(18)

Cette première phase d'inaction publique a contraint les populations les plus directement exposés à la nouvelle pathologie (et en premier lieu les homosexuels masculins) à se mobiliser, le plus souvent sous des formes d'accompagnement des personnes atteintes.

Une association telle que Aides, créée en 1983, est représentative de cette première génération d'associations de lutte contre le V.I.H.. Aides est initiée par des

personnes concernées par l'épidémie et voulant intervenir dans le domaine de la santé, sans compétences spécifiquement médicales.(23)

Pour la première fois Etat et secteur médical sont en retard par rapport à la société civile qui, de ce fait, prend en charge une tâche habituellement assurée par l'Etat.

Sous l'impulsion des membres de la société civile est mise en place, en 1986, sous le ministère Michèle Barzach, la première politique de santé publique concernant le V.I.H.. En 1989 Claude Evin crée l'Agence Française de Lutte Contre le Sida (AFLS).

Cette association loi 1901, semi publique et semi privée est une nouvelle politique publique, une politique *constitutive*.(cf annexe)

Cette politique délègue à des organismes privés une action contre l'épidémie, dont la définition ressort du domaine exclusif de l'Etat.(17)

Ce processus reconnaît l'insuffisance d'expertise ou de capacité d'action du seul acteur public, et prend acte de sa dépendance à l'égard de « groupes tiers », les associations dans le cas du SIDA. L'état mobilise et implique alors le tissu associatif dans les actions de politiques publiques par l'octroi de ressources. Les associations sont alors relativement autonomes dans leur action.(17)

Dans les années 1990, l'Agence Française de lutte contre Le Sida, ne pouvant à elle seule assurer la totalité de la prévention et de la prise en charge du sida, a cherché à susciter des initiatives, aussi bien au sein du secteur public (Éducation nationale, hôpitaux, administrations diverses...) que du secteur privé et tout particulièrement associatif. Pour ce faire, son principal instrument a été l'appel d'offre.

Entendant fonder sa démarche sur le partenariat l'AFLS a apporté son soutien financier aux propositions pertinentes d'action de lutte contre le sida qui lui étaient adressées. Les initiatives se sont révélées rares et l'appel d'offre a été par conséquent peu sélectif notamment sur les compétences sociales et médicales des intervenants.(17)

Ainsi voit le jour à Paris le « bus des femmes », première association assurant un rôle préventif auprès des péripatéticiennes. Ce bus servira aussi de tremplin pour acquérir des données épidémiologiques concernant le statut sérologique des personnes prostituées à Paris.

B-2.Des données fiables difficiles à collecter

Les épidémiologiste du Centre européen de surveillance épidémiologique du sida (CESES) sont désireux d'obtenir des données fiables sur l'état de l'épidémie au sein de la population parisienne.(17)

En Afrique les données recueillies ont montré que les prostituées représentaient un foyer d'infection majeure. Aucune donnée n'est disponible en France sur l'état sérologiques et les pratiques des personnes prostituées.

Les premières enquêtes réalisées se soldent par un échec car le milieu prostitutionnel est difficile d'accès et inconnu des enquêteurs de santé publique. Ils ne peuvent entrer en contact avec la population concernée.

Mais la chance leur sourit, plus tard. En effet, une prostituée prend contact avec l'association du bus des femmes car elle souhaite s'investire dans une démarche sanitaire de prévention. Elle pourra alors faire le lien entre la structure associative et les personnes prostituées.(18)

La structure peut se mettre en place grâce à un intermédiaire providentiel, une femme prostituée de la rue Saint-Denis (Mme Y), désireuse de faire de l'information sur le V.I.H. auprès de ces consœurs. Une « recherche-action » est conduite rue Saint-Denis et aux portes de Paris par un petit groupe de prostituées promues enquêtrices et dirigées par cette intermédiaire.

Le rapport, rédigé par les épidémiologiste et un sociologue est publié fin 1990, il dresse un état sanitaire des prostituées parisiennes. Si une utilisation régulière du préservatif est attestée, le nombre des MST signalées est relativement élevé. (17)

Surtout, c'est l'absence de couverture sociale, et donc la difficulté éprouvée par les femmes pour se soigner, qui est mise en relief. La situation des étrangères, souvent sous informées et méfiantes à l'égard des services de santé, s'avère particulièrement critique.

L'action de santé de l'association du Bus des Femmes mise en place suite à ces données épidémiologiques est de type communautaire.

Ce modèle de politique de santé est particulièrement développée par les structures associatives prenant en charge les problèmes médicaux et la sexualité vénale.

B-3.Développement d'une approche communautaire

3-a) La santé communautaire d'après l'organisation mondiale de la santé

La santé communautaire peut être définie comme un ensemble de mesures visant à dispenser des soins de santé en vue d'améliorer l'état de santé de la population en générale, en s'adressant si nécessaire à des populations spécifiques.

Ces mesures sont d'ordre préventif, curatif et de réadaptation, doublées d'autres mesures à caractère social, économique et politique. Les objectifs fixés en matière de santé, souvent en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité nécessitent pour qu'ils soient atteints, l'implication totale de la communauté.

Pour élaborer des programmes de santé dans le cadre de la santé communautaire, il y a lieu de suivre les étapes suivantes:

1) Analyse de la situation et identification des problèmes: L'analyse est capitale car elle permet de fixer des objectifs précis, d'en mesurer le degré de réalisation et de pouvoir évaluer les résultats obtenus.

2) Identifier les populations cibles et ses différents paramètres.

3) Formuler des actions de lutte ou des résolutions des problèmes identifiés

et les hiérarchiser

4) Identifier les ressources

5) Elaborer un plan d'action qui décrit les activités qui seront développées et leur échéancier; les ressources disponibles à mobiliser; le système de collecte de données nécessaires pour le suivi et l'évaluation du plan d'action.

6) Réalisation du programme

7) Suivi et évaluation des objectifs fixés au départ.

3-b) Les spécificités de la santé communautaire

Les soins s'adressent à un groupe géographiquement défini, ou tout groupe ayant des liens spécifiques, sociaux, culturels, ethnologiques. Les objectifs de santé sont la prévention, le soin, et la réhabilitation. L'équipe de santé prend l'initiative de motiver la population définie. Les résultats sont mesurés plus par le nombre de bien- portants que par celui des malades stabilisés ou guéris.

3-c) Santé communautaire et prostitution

Parce que la prostitution a été considérée comme agent de transmission du SIDA, elle a été stigmatisée. Elle est restée dans les médias comme le foyer infectieux à l'origine du processus de dissémination du V.I.H. dans le reste de la société.

Mais elle a pu, dans le même temps, bénéficier d'un intérêt nouveau de la part de l'Etat et du monde associatif qui souhaitent la connaître pour protéger la population de l'épidémie du virus.

Aussi l'Etat a-t-il débloqué des moyens financiers et humains sous forme associative pour mettre en place une action de santé communautaire.

Il s'agit dans le cas de la prostitution de s'adresser à un groupe de personnes, supposé avoir un risque accru d'atteinte par le VIH.

Pour une action de santé communautaire il est nécessaire de connaître la population, ses pratiques en matière de prévention, ses rapports à la maladie, son état de santé et sa manière de vivre.

L'association médicale et communautaire Médecins du Monde, présente à Nantes, s'inscrit dans ce processus datant d'un quinzaine d'années, processus initié par le « bus des femmes » de Paris. La structure dont s'inspire Médecins du Monde a montré son efficacité en terme de prévention médicale et de connaissance de santé publique.

Concernant l'association non gouvernementale Médecins du Monde les liens sont différents avec l'Etat. En effet, cette association se veut indépendante des structures étatiques et cherche davantage à interpeller la nation, qu'à travailler durablement avec elle sur une action de santé. Leur objectif est de dénoncer les problématiques médicales, sociales et l'absence d'accès aux droits afin que l'Etat réagisse en remplissant sa fonction.

En revanche, il faut souligner que l'Etat, même s'il n'est pas en première ligne dans, l'action de santé communautaire mise en place par le « bus des femmes » est bien à son origine et son principal financier par l'intermédiaire de la DDASS.

Il sera étudié par l'intermédiaire de l'association de médecins du monde à Nantes, la population des personnes prostituées, les problématiques rencontrées lors de l'accès aux soins.

VI- Méthodologie d'étude du problème

Ce chapitre vise à expliquer le choix du champ de recherche, sa limitation à la prostitution féminine de rue, et les procédures développées afin de suivre son évolution sur une période de deux ans.

Les moyens développés allient sciences sociales et science médicales afin d'approcher et connaître une communauté particulièrement marginalisée qui entretient des liens sociaux distendus.

VI-A. Objet d'étude: la prostitution de rue féminine

L'activité de la sexualité vénale revêt des formes très diverses et occupe des lieux multiples, plus ou moins visibles. Elle existe dans des lieux reconnaissables comme les salons de massage, les bars, les appartements. Les propriétaires des lieux sont susceptibles d'être accusés de proxénétisme hôtelier. L'activité n'est pas exposée à la vue des citoyens et de la loi. Elle se cache sous de faux prétextes pour être à la fois reconnaissables par les usagers et tenter de rester dans la légalité.

C'est la plus visible des prostitutions qui constitue notre sujet d'action, celle qui se trouve sur les trottoirs et dans la rue. Elle demeure la plus facile d'accès au fil des années, car visible par tous, à la fois par les institutions, les citoyens et les éventuelles structures associatives. Cette plus grande visibilité permet de réaliser un travail de recherche et de recouper les différentes données recueillies par les intervenants en lien avec le milieu prostitutionnel, dans une perspective de connaissance et de prévention.

Nous ne parlerons pas de la prostitution enfantine, illégale et pour laquelle les problématiques sont différentes. En France, il s'agit d'un point relevant davantage du droit pénal et d'une criminalité pour laquelle l'état et le citoyen sont unanimes pour dénoncer et éradiquer. Il n'existe aucune ambiguïté de la loi au sujet de la prostitution des enfants. Par conséquent, loi et moral interdisant cette sexualité vénale, elle est cachée et n'est pas le sujet de notre étude.

Par ailleurs la prostitution masculine semble à Nantes soit inexistante, soit inaccessible au milieu associatif. Au début de son action préventive l'association Médecins du Monde pensait être en relation avec des hommes. La population concernée s'avère féminine exclusivement, aux rares exceptions des travestis et transsexuels. En effet, les personnes de l'association sont aussi victimes des représentations habituelles de la prostitution. Ces représentations amènent à penser que la population prostituées est constituée comme dans le bois de Boulogne de travestis et homosexuels étrangers.(17)

Enfin l'étude, géographique dans un premier temps, du phénomène prostitutionnel, permet d'éviter de catégoriser à priori et de manière simplificatrice des populations hétéroclites dont les points communs se situent davantage dans l'exercice de la sexualité vénale que par tout autre aspect socioculturel.

en effet les personnes prostituées étudiées à Nantes, ont davantage de points communs sur leurs pratiques sexuelles, que sur leur appartenance à un groupe social donné.

VI-B. Méthodologie employée pour mettre en évidence les variations démographiques et géographiques de la population étudiée

Nous disposons d'un premier rapport réalisé en 1998 à la demande de la DDASS, « Diagnostic prostitution en Loire atlantique ».

Par ailleurs, l'association Médecins du Monde tient des fiches individuelles depuis le début de son action, dans un souci de suivi des personnes. Ces fiches permettent de connaître la nationalité, la géographie prostitutionnelle et le statut sanitaire et social des personnes rencontrées. A chaque rencontre, lors de l'action sur le terrain, une fiche doit être remplie par les bénévoles.

B-1. Description de la fiche

Une partie des renseignements recherchés concerne les lieux de prostitution, l'âge, la nationalité et le sexe. Une autre partie concerne les aspects sociaux et médicaux, elle vise à connaître le statut sérologique V.I.H. de la personne, les traitements suivis, les informations sociales et préventives dont la personnes a pu bénéficier de la part des bénévoles. Enfin une dernière partie concerne l'isolement géographique, l'échange de seringues, synonyme de toxicomanie. Les bénévoles peuvent ajouter dans ces fiches leurs remarques et informations

B-2. Analyse

Les données collectées montrent un désir de connaissance médicale et sociologique des personnes prostituées et de contrôle de l'activité effectuée par les bénévoles. Cette fiche fut réalisée collectivement par les personnes impliquées dans le mouvement associatif et mise en place après accord de l'ensemble des intervenants.

Le dépouillement régulier de ces fiches a permis de mettre en place une file active (c'est à dire le nombre de personnes répertoriés à Nantes par l'association et exerçant la sexualité vénale)regroupant les renseignements sur le lieu prostitutionnel, la nationalité, le prénom, l'âge et le sexe.

Mais très rapidement de nombreux problèmes se sont présentés aux bénévoles au sujet de l'établissement de ces fiches. Une part de ces problèmes est liée aux réponses des intéressées, outre la barrière de la langue, les femmes répugnent à répondre aux questions intrusives des bénévoles. Le contact et le lien de confiance sont longs à instaurer, et parfois fragiles.

Le recueil de données a été limité en raison des différences de langages entre bénévoles et personnes prostituées, ainsi que par la réticence des personnes à parler de leur état de santé et de leurs conditions de vie ou d'arrivée dans le monde prostitutionnel.

Ces fiches ont provoqué des résistances au sein de l'équipe car rappelant «l'encartage» des maisons closes.

Elles sont considérées comme fastidieuses à remplir, ou perçues comme telles, par les bénévoles.

La difficulté vient de la situation elle-même de prostitution, qui si l'on se réfère aux travaux antérieurs des sociologues depuis 1990, tels que Lilian Matthieu et Welzer-Lang confirment que «les données sociologiques liées aux personnes prostituées sont nécessairement limitées».(24)

En effet, «loin de constituer un univers stable et bien délimité dont on pourrait avoir une connaissance statistique parfaite, l'espace de la prostitution est extrêmement fluide et informel; ses frontières sont indécises, ses effectifs constamment mouvants, sa population hétérogène, vivant dans une semi clandestinité et rétive à toute démarche d'enquête».(24) «En conséquence, la production de données scientifiques sur cette population se révèle une entreprise le plus souvent extrêmement ardue. Faute de base de comparaison stable, les données chiffrées, en particulier, ne peuvent souvent prétendre qu'à une représentativité toute relative.» (24)

Finalement les données recueillies, par l'intermédiaire des fiches, ont été faibles par rapport aux objectifs initiaux et se sont révélés insuffisants dans le cadre d'une recherche scientifique.

Aussi devant la difficulté d'accéder aux données sociales et médicales ainsi que la réalisation d'entretiens, la technique dite d'observation participative a été la plus indiquée dans l'étude de cette population.

VI-C. L'observation participative directe

C-1.Définition sociologique

C'est Chapoulie, sociologue précurseur de la méthode participative, qui développe cette technique en France, jusqu'à présent utilisée principalement par les sociologues anglo-saxons et confirme sa légitimité dans le champ de la recherche sociale. Il affirme que « Cette technique est en affinité avec une sociologie qui met au centre de son programme d'étude des actions collectives et des processus sociaux qui peuvent être en partie appréhendés à travers des interactions directes, et dont le sens vécu par les agents n'est ni donné d'avance ni susceptible d'être négligé » (25)

Sur les terrains a priori les plus fermés, que ce soit pour des raisons institutionnelles ou autres, l'observation directe des pratiques apparaît la plus efficace pour pallier les défauts des méthodes fondées sur le recueil de discours sur les pratiques comme l'entretien ou le questionnaire. D'une manière générale, l'observation directe est particulièrement adaptée pour enquêter sur « les comportements qui ne sont pas facilement verbalisés, ou qui le sont trop » où l'enquêteur risque de n'accéder qu'à des réponses convenues, sur les « pratiques non officielles », qu'elles soient occultées ou très visibles.(25)

C-2.Sur le terrain

En se plaçant en temps que médecin dans le cadre de l'association Médecin du Monde, il est proposé à la fois d'observer les processus en cours et de réaliser des

entretiens informels semi directifs. Le fait d'intégrer l'équipe permet d'une part d'avoir une connaissance de la réalité ordinaire, d'accéder à une grande variété de situations et d'autre part de bénéficier du lien de confiance établi entre l'association et la personne prostituée.

Le monde prostitutionnel est un monde clos, semi clandestin, toujours à la limite de la légalité pour lequel tout questionnement apparaît comme policier et où le silence est de règle.

C'est pourquoi un travail isolé de recherche est peu fructueux. Dans les travaux antérieurs au sujet de la prostitution, un passage est permanent par le biais d'une association ou d'une institution, comme le sociologue Welzer-Lang s'appuie sur l'association *Cabiria* de Lyon pour conduire ses travaux de recherches en 1992. (26)

(7)

C-3.En pratique

Le travail d'observation participative a consisté à effectuer les tournées nocturnes avec l'équipe des bénévoles de l'association Médecins du Monde pendant 6 mois, une à deux fois par semaine, ainsi qu'à s'intégrer au sein de l'équipe dans le travail préparatoire des réunions mensuelles.

Il s'est avéré au cours du temps de l'enquête que la participation aux réunions des partenaires de l'association était utile pour connaître les rapports entre institution d'Etat, Police, DDASS, la Ligue des Droits des Femmes, hôpital et structures sociales.

De plus pour valider les résultats obtenus par l'intermédiaire des fiches de recueil un entretien avec le Commandant Tête de la Brigade des mœurs a été réalisé.

Après chaque soirée passée au sein de l'équipe la prise de notes a été réalisée. Ces notes ont concerné le déroulement de la «sortie», les interventions des bénévoles et le recueil soit sur papier, soit à l'aide d'un dictaphone des échanges avec les personnes prostituées.

VII- L'évolution démographique et géographique de la prostitution féminine à Nantes entre janvier 2000 et janvier 2001

VII-A. Une explosion démographique

L'impression, ressentie par les bénévoles de l'association, d' «invasion» du centre ville par les personnes prostituées est confirmée par le recueil de données. Les fiches indiquent un nombre sans cesse croissant du nombre global des péripatéticiennes.

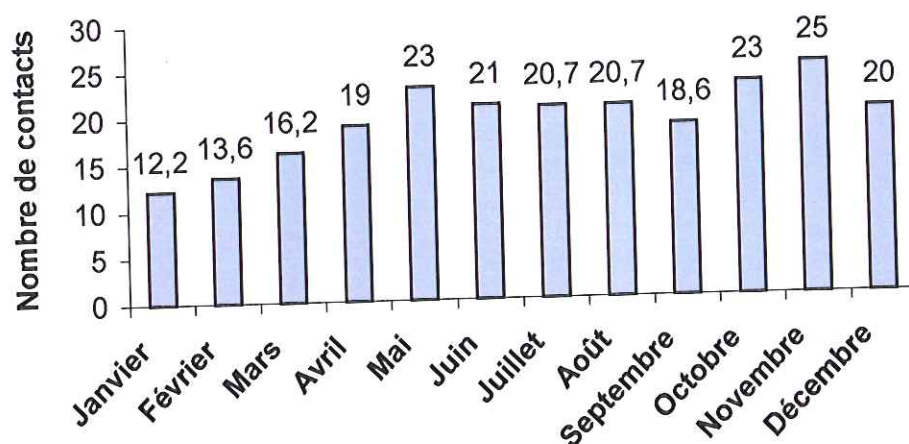
En décembre 1999 la file active recense 37 personnes en centre ville de Nantes. Ce chiffre est multiplié par 2.5 en décembre 2001 et passe à 102 personnes. Cette variation démographique est confirmée par Le Commandant Tête.

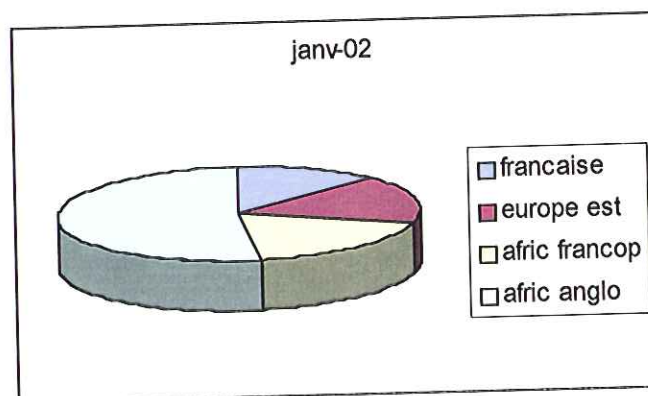
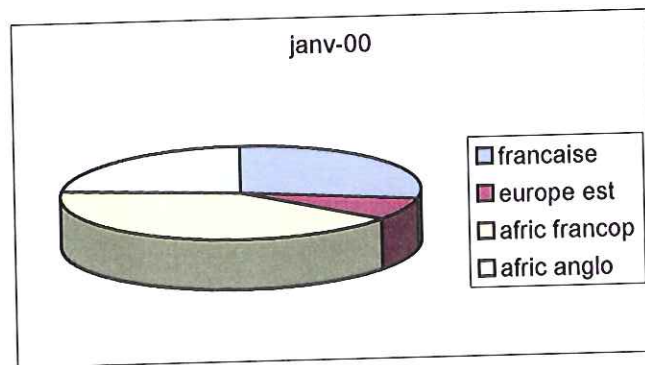
A-1. Une évolution différente selon les origines des personnes

Bien que la population globale concernée augmente, la proportion de prostituées française diminue par rapport aux autres populations comme l'atteste la répartition statistique

L'augmentation importante concerne les femmes originaires d'Afrique et d'Europe de l'Est.

Evolution de la moyenne mensuelle de contacts par sortie en 2001





A-2. Un renouvellement important de la population

La comparaison des files actives de janvier 2000 et janvier 2002 montre que l'on ne retrouve pas les mêmes personnes, qu'elles soient originaires des pays de l'Europe de l'Est ou d'Afrique.

Dans un intervalle de deux ans, quasiment aucune femme étrangère n'est restée à Nantes sur les trottoirs de prostitution.

Les personnes stabilisées à Nantes sont en nombre très faible, elles sont soit françaises, soit les plus âgées des étrangères.

VII-B. Une population hétérogène

Malgré une augmentation globale du nombre de péripatéticiennes, elles présentent peu de points communs socioculturels. On distingue quatre groupes: les «nanto-nantaises»(c'est à dire les femmes françaises présentes depuis plusieurs années), les «camerounaises», les «nigérianes» et les femmes originaires du pays de l'Europe de l'Est.

B-1.Des différences ethniques

Les populations africaines anglophones proviennent pour la grande majorité du Nigeria et de Sierra Leone, plus rarement du Ghana.

Les femmes originaires du Nigeria forment le plus grand effectif, elles sont issues plus précisément de Benin City, et de la même ethnie Edo.

Les femmes originaires des pays de l'est proviennent de Roumanie, d'Albanie et de Pologne.

Enfin on peut distinguer un groupe de femmes africaines francophones, originaires d'anciennes colonies ou départements français tels que le Cameroun, les Antilles.

B-2.Différences d'âge

Il existe de grandes différences d'âge entre les populations africaines anglophones et la population française de Nantes.

La moyenne d'âge est de 20 ans pour la population africaine anglophone et 37 ans pour la population française. Par ailleurs certaines femmes prostituées nigérianes

ressemblent davantage à des jeunes filles de seize ans qu'à des femmes de vingt-cinq ans, il existe un écart entre l'âge indiqué par leurs papiers et leur âge physique.

D'après le Commandant Tête, il s'agit vraisemblablement de fausse identité, indiquée sur des papiers ayant une réelle valeur légale.

Entre ces âges, on retrouve d'une part les femmes européennes de l'est, moyenne d'âge est de 25 ans, et la population africaine francophone dont la moyenne d'âge est de 30 ans.

B-3. Une différence de langages

Il est important de noter que toutes les populations ne parlent pas le français ce qui peut avoir des répercussions importantes sur les relations avec la société civile.

Les Africaines anglophones parlent anglais et une langue souvent parlée au Nigeria: le haoussa, ainsi que parfois leur langue ethnique. Elles apprennent peu le Français, même parmi les plus anciennes, celles qui restent à Nantes le plus longtemps c'est à dire douze mois.

Les femmes originaires des pays de l'Europe de l'Est parlent leur langue d'origine et souvent l'espagnol. Elles ont en effet stationné en Espagne avant leur arrivée en France. Les femmes d'Europe de l'Est apprennent rapidement le français, souvent en 3 à 6 mois.

B-4.Relations avec le monde associatif

Quelles relations entretiennent bénévoles de l'association et prostituées ?

Ces relations, complexes, ont-elles une influence sur le lien social qui tente d'être mis en place ?

4-a) Les nanto-nantaises

Les femmes prostituées françaises sont ainsi désignées par le tissu associatif. Ce terme sous-entend qu'il s'agit de femmes françaises, originaires de la ville ou de la région, prostituées depuis de nombreuses années (plus de 30 ans pour certaines), connues des associations et des structures sociales.

Elles connaissent elles mêmes, la ville de Nantes et les structures sanitaires présentes et l'action de l'association sur le plan international.

Aussi elles sont peu méfiantes à l'égard des bénévoles. Leur demande se situe davantage sur le plan de l'échange cordial qu'une réelle demande sanitaire.

Ces femmes sont péripatéticiennes depuis de nombreuses années, minimum dix ans, ont déjà côtoyer des milieux associatifs divers tels que le Mouvement du Nid.

Il existe des points communs entre les bénévoles et les personnes prostituées nantaises sur le plan culturel et sociologique. En effet, les individus de l'association sont majoritairement des femmes dont la moyenne d'âge se situe à 45 ans. La langue parlée et la même culture occidentale est identique.

Ce rapprochement social permet des échanges verbaux et d'objets simples car obéissants aux mêmes codes de relations inter humaines et ne sont pas à l'origine de

confusion ou d'erreur d'interprétation sur le discours prononcé, alors qu'il en est fréquemment le cas avec la population nigériennes.

Cette proximité de culture et d'âge facilite le travail d'approche et la tentative de création des liens sociaux.

4-b) Les Européennes de l'Est

Les points communs entre cette population et les membres de l'association sont moindres comparativement aux nanto-nantaises. Ces femmes sont plus jeunes et n'ont pas les mêmes préoccupations ni le même langage. Néanmoins elles ont souvent les mêmes codes de rapports sociaux : elles sont considérées comme «polies», elles «se tiennent bien» dans le bus. Toutes ces attitudes permettent aux bénévoles d'avoir une reconnaissance de leur action de terrain par les personnes prostituées bulgares.

Pour ces bénévoles l'investissement associatif est un engagement civique ou éthique; leur action est investie d'une dimension générale de lutte contre la précarité et l'accès aux soins pour tous.

D'une part, les discours des prostituées bulgares légitiment leur action parce que ces femmes en situation de précarité sont effectivement demandeuses d'informations et d'échanges médicaux. D'autre part leur rapprochement culturel leur permet d'exprimer leur reconnaissance pour le tissu associatif, rendant ainsi le travail de terrain effectué par les individus de l'association gratifiant.

4-c) Les «nigérianes»

Elles représentent sans conteste la population la plus difficile d'accès. Elles affichent des différences culturelles importantes avec le personnel de l'association.

La méconnaissance du milieu associatif français des « nigérianes » rend toute approche de la part des bénévoles suspectes et prête à confusions. La mise en place d'un dispositif de santé communautaire à leur intention est problématique et demande de fréquentes remises en questions des actions de l'association Médecin du Monde.

4-d) La drogue

La drogue et la prostitution ont longtemps été associées. La drogue est considérée comme une cause de l'entrée en prostitution. En effet, la personne droguée doit rapidement trouver l'argent nécessaire pour acheter sa dose d'héroïne et assouvir son manque. La prostitution est un moyen de trouver rapidement une somme d'argent suffisante. Par ailleurs le «manque» est si fort que la personne est prête à tout pour acheter sa dose, y compris à se prostituer. Par la suite sous l'effet de la substance, la personne prostituée est censée mieux tolérer sa situation et les actes de sexualité vénale. Ainsi, la drogue légitime et entretient l'entrée en prostitution.

Aussi dans l'approche du monde prostitutionnel, l'association s'attend à être confrontée au problème de la drogue par voie injectable, et par conséquent des échanges de seringues étaient prévus.

Dans le cadre de la politique de réductions des risques, l'association met à disposition des usagers des kits de seringues stériles et jetables. Le but est de limiter la transmission des hépatites et du V.I.H. lors de l'usage de drogues.

Mais au grand étonnement des bénévoles de l'association, l'usage de drogues par voie intraveineuse est rare parmi les femmes nouvellement arrivées.

Quelques rares femmes françaises sont connues comme toxicomanes, une femme européenne de l'Est est suspectée de l'usage de drogue sans que cette dernière n'en ait jamais parlé.

En revanche, il est pressenti que les femmes africaines absorbent du cannabis. Un faisceau d'arguments permet de le soupçonner. En effet, leur comportement varie de l'hilarité à la tristesse, de l'excitation au plus grand calme. Elles présentent des conjonctives injectées de sang des pupilles dilatées et un sourire fixé, ceci est associé à des propos souvent incohérents. L'apparition de ces comportements, qui évoquent la prise de substances, n'est pas régulier bien que souvent signalée dans les fiches de recueil (une soirée sur cinq).

L'absorption d'alcool n'est guère fréquente. Quelques alcoolisations aiguës sont signalées, sans différenciation entre les groupes ethniques.

VII-C. Des points communs dans les pratiques prostitutionnelles

Malgré les différences sociologiques qui existent entre ces femmes, elles forment un groupe hétéronome, c'est à dire un groupe régit par les mêmes lois liées à l

‘exercice de la sexualité vénale (27). L’exercice de la sexualité vénale ne présente pas de différence dans sa pratique en fonction de l’appartenance ethnique.

C-1. Les horaires : une activité marchande et secrète

La prostitution de trottoir s’effectue la nuit, parce qu’elle ne doit pas être visible. Mais les prostituées doivent exercer leur activité lorsque les clients sont disponibles. C’est pourquoi les femmes sont présentes entre 22 heures et minuit. Leurs horaires d’été et d’hiver varient en fonction de la pénombre. Les personnes prostituées ne sont jamais actives et visibles en plein jour à Nantes.

Les recherches par les milieux associatifs de femmes prostituées avant 22 heures ou en fin d’après midi sont demeurées sans succès.

Dans d’autres villes comme Paris par exemple des personnes prostituées de rue sont visibles en journée. Néanmoins, la majorité de la prostitution de rue demeure nocturne.

L’activité de prostitution suit un cours marchand, comme toute activité commerciale. En effet, les soirs de fin de semaine et les soir de sorties nocturnes en ville des citoyens, amènent davantage de clients. De même que les jours fériés et les débuts de mois sont plus « actifs » que les jours de fin de mois.

Certaines femmes restent le même soir jusqu’à ce que la demande des clients soit satisfaite, quelque soit l’heure.

En revanche les soirs de regroupement de population dans le centre ville interdit tout commerce. Par exemple, lors de la fête de la musique nantaise, aucune

prostituée n'était présente. Elles ont peur de la foule alcoolisée qui les agressent verbalement et physiquement. Elles redoutent fort d'être reconnues par un de leurs proches, famille ou amis. Elles ont souvent honte de leur activité et ne souhaitent jamais être reconnues comme femme prostituée en plein jour, lorsqu'elles n'exercent pas leur commerce.

C-2. Les tenues de «déguisement»

La personne prostituée se trouve dans une situation ambiguë car elle doit être reconnaissable pour exercer son commerce et dans le même temps, ne souhaite pas être reconnue comme telle par les personnes intimes qu'elle pourrait rencontrer.

La tenue vestimentaire doit mettre en avant ses atouts physiques, et cacher la réelle identité de la personne. Telle une actrice qui endosse le même rôle tous les soirs, elle se farde, utilise une perruque et se perche sur de très hauts talons.

Le vêtement est codifié: la femme représente un objet sexuel qui attire le client lorsqu'elle exerce son commerce. Cette tenue ne répond pas aux critères habituels de confort ou de chaleur, elle doit rendre la personne sexuellement attirante et ce, sans tenir compte des conditions climatiques.

Lors de leurs tournées nocturnes, les bénévoles ne reconnaissent pas toujours les femmes. Leurs tenues vestimentaires sont toutes identiques et ne permettent pas de différencier les personnes. Par ce que la tenue vestimentaire est liée à l'activité de prostitution, en plein jour la personne habillée sans fard et sans exhibition n'est pas reconnue par les bénévoles.

Ainsi, la fonction première du vêtement est de les protéger d'une identification éventuelle. Mais cette fonction est détournée dans le cadre associatif puisque la personne n'est plus identifiable au sein de l'association. Les activités prostitutionnelles s'accompagnent d'une perte identitaire. En effet, le vêtement les protège d'une éventuelle reconnaissance, mais il ne permet pas de reconnaître spécifiquement la personne. La personne prostituée devient interchangeable sous son déguisement de péripatéticienne.

Au sein de l'association Médecins du Monde, il existe un lieu d'accueil de jour pour les consultations médicales et sociales dont les personnes prostituées connaissent l'existence. Les jeunes femmes habillées sans déguisement ne sont pas reconnues par les personnes appartenant à l'association.

C-3. L'usage du préservatif

Dans les discours des femmes, l'usage du préservatif est consensuel: son usage est évident. Son utilité est double d'après les personnes prostituées: il aide à se protéger des maladies sexuellement transmissibles et également à mettre à distance le client en limitant le contact physique avec ce dernier. Le préservatif est une double barrière.

Les femmes prostituées qui ne mettent pas de protection sont décriées par leurs paires, parce qu'elles représentent un danger pour leur activité. La sexualité sans préservatif par les péripatéticiennes est considérée comme une prise de risque et une concurrence déloyale.

La demande des clients pour obtenir des rapports sexuels non protégés serait fréquente. Pour que les femmes acceptent, il proposeraient davantage d'argent. Qu'en est-t-il exactement des rapports sexuels non protégés ?

Il est difficile de contrôler l'usage réel du préservatif. Lorsque ses femmes sont interrogées, les réponses sont unanimes : elles préfèrent refuser une passe que de ne pas utiliser le préservatif.

En revanche, quand elles sont interrogées sur les pratiques des autres femmes appartenant à un groupe concurrent, les «autres» sont toujours soupçonnées de «mauvaises pratiques». Ces pratiques incluent l'absence du préservatif et les tarifs «sacrifiés».

Ainsi les Africaines accusent les «blanches» de ne jamais utiliser de préservatif ainsi que les travestis et réciproquement. Dans leurs discours se sont toujours les «autres» qui n'utilisent pas le préservatif.

Mais il est certain que les préservatifs distribués par l'association sont arrachés avec poigne par les femmes africaines. Il faut souligner que les femmes africaines et européennes de l'est savent avant leur arrivée à Nantes d'après notre expérience, ce qu'est un préservatif et comment l'utiliser. Il est probable qu'une jeune femme est formée par une péripatéticienne plus ancienne.

Le préservatif féminin, en revanche est peu connu et rarement utilisé, même lorsqu'il fait l'objet d'une publicité de la part de l'association.

C-4. La «fellation», «l'amour» et «la sodomie»: des actes tarifés

Les femmes rencontrées lors des tournées exercent leurs activités sur la rue pour le plus grand nombre. Les clients passent auprès d'elles, le plus souvent en voiture. Après une discussion brève, les femmes montent dans les voitures qui les emmènent sur un parking ou dans une ruelle, discrète et à proximité connue d'elles.

L'acte le plus fréquent et le moins cher est la fellation. Il semblerait que la fellation soit moins considérée sur l'échelle des valeurs que «l'amour» synonyme ironique de pénétration vaginale. La fellation est une pratique rapide, souvent de quelques minutes. Elle n'inclue pas d'éventuelles caresses qui seraient alors tarifée davantage.

L'«amour», appelé ainsi ironiquement car il rappelle l'acte sexuel fécondateur existant au sein du couple idéal, est jugé supérieur à la fellation. Il serait moins fréquent mais tout aussi rapide.

De nombreuses prostituées pratiquent le bidon, méthode habituellement utilisées par les travestis car ne possédant pas de vagin. Le «bidon» est la simulation de la pénétration vaginale soit par les mains soit par le frottement des cuisses. De manière unanime les femmes sont fières de pouvoir ainsi duper le client trop naïf. Elles mettent en valeur le fait de ne pas accéder à la demande du client et de ne pas laisser disposer l'homme de leurs corps.

Lorsque l'on interroge les femmes sur la pratique de la sodomie, elles se scandalisent et disent ne jamais la pratiquer. Cette pratique semble pour elle-même immorale et dégradante

Les rapports sexuels dans la prostitution sont hiérarchisés et respectent des codes quelle que soit l'origine ethnique de la personne.

Il est probable que les pratiques évoluent en fonction de ce qui est proposé par les autres groupes, la prostitution étant une activité marchande et concurrentielle.

Enfin, comme dans tout marché compétitif, le prix des passes auraient beaucoup diminués suite à l'augmentation des effectifs et de l'offre. Les prix pratiqués par certaines rendent les autres moins attractives. Pour palier à la baisse des demandes des clients certaines femmes ne seraient –elles pas prêtes à accepter les pratiques à risque ?

C-5. L'entrée en prostitution et la dette

Le discours sur l'entrée en prostitution présente un nombre étonnant de points communs, qu'il s'agisse de femmes africaines ou de femmes européennes.

A leur entrée dans la sexualité vénale, elles ont contracté une dette d'argent. Parfois la dette est contractée par la famille en Afrique, et pour la rembourser, la jeune femme est «vendue» à un proxénète. (témoignage d'une jeune femme). D'autres systèmes existent concernant pour gager la jeune personne. Il est proposé par un homme en lien avec le réseau de proxénète devenir en France soit pour travailler, soit pour étudier. La jeune femme n'ayant aucun bien, se voit offrir le voyage, les papiers (car il ne sont pas réguliers donc il faut les acheter), par son «souteneur». Lorsqu'elle arrive en France, elle doit rembourser sa dette et pour ce faire elle doit se prostituer. Le principe

de la dette est un des moyens anciens connus de pression de la part de proxénètes pour pousser les femmes à la sexualité vénale. Mais, il n'est pas le seul.

Concernant les femmes françaises, l'argent a été nécessaire au début de leur activité, pour subvenir à leurs besoins. L'argent est souvent un moyen de justifier l'entrée et le maintien dans le système prostitutionnel. Les prostituées françaises imaginent mal pouvoir travailler pour un salaire modeste ou «normal» par la suite, comme tout un chacun.

Au début de prostitution, la durée d'exercice de l'activité est toujours censée être courte, et définie par le remboursement de la dette. Les femmes veulent amasser suffisamment d'argent pour pouvoir ensuite s'installer avec un pécule.

Pour certaines, l'entrée en prostitution pour les femmes étrangères semble être un moyen d'accéder à un pays où elles n'auraient jamais pu venir vivre. Elles souhaitent se marier avec un français ou bénéficier d'un droit de travail en France.

Le manque d'argent justifie le choix de l'exercice de la sexualité vénale, soit elles viennent d'un pays très pauvre, soit elles vivent en France mais n'ont pas trouvé d'autres moyens de faire vivre leurs enfants.

Le système de la dette n'est pas novateur car il existait déjà dans les maisons closes. Les tenancières faisaient dépenser des sommes d'argent considérables en frais de logement pour maintenir les femmes redevables et donc les obliger à se prostituer.

C-6. La peur

Le sentiment d'insécurité et de peur sont omniprésents dans le monde de la prostitution de rue.

En effet, la femme prostituée est stigmatisée socialement, son activité est réprouvée par la morale. Elle représente une image négative de la femme et de la sexualité n'oublions pas qu'elle est, pour certains, un «mal nécessaire». Ce stigmatisme n'est-il pas un facteur incitatif pour l'agresseur ?

Le risque d'agression physique et verbale existe dans tous les rapports sociaux qu'entretient la prostituée avec la société. Le risque de violence vient de partout : des hommes-clients, d'autres personnes prostituées, du reste de la population, des passants et des personnes habitants dans le voisinage.

C'est un marché concurrentiel, les territoires sont disputés entre les femmes, par des luttes physiques ou verbales.

Par ailleurs très vite elles ressentent la crainte éprouvée tout simplement par la femme seule la nuit dans les rues, alors que les femmes non-prostituées sont chez elles ; elles sont en situation de faiblesse dans un monde masculin nocturne.

La crainte vient aussi du client qui tente de les extorquer, soit en refusant de payer le service sexuel, soit en leur volant l'argent de la passe.

Elles ont peur pendant le temps de prostitution et mettent en place des stratégies de défense. Elles possèdent des armes (couteaux, bombes lacrymogènes etc..)

Elles restent en groupe, prêtes à intervenir si l'une d'elles est agressée. Mais l'agression

de la part des clients, si elle est fréquente, n'est pas la seule. Elles sont souvent l'objet d'insultes d'automobilistes masculins.

Des péripatéticiennes racontent les agressions physiques dont elles ont été victimes. Une femme d'origine africaine a reçu un seau d'eau de javel sur le trottoir, un acte qui demande une certaine préparation. Une autre femme raconte qu'une voiture avec plusieurs hommes à son bord a tenté de l'écraser et de la blesser avec le pare-chocs avant.

VII-D. Une géographie révélatrice des relations entre les différents groupes

D-1. Janvier 2000

Les lieux de prostitution de rue sont connus des citoyens de la ville, visibles et situés dans l'hyper centre ville. Le territoire est limité au cours des 50 otages, la rue de Strasbourg, le rond point de Rennes, cours d'Estienne d'Orves, l'allée de l'île Gloriette, place sainte Nicolas.

Les nanto-nantaises se situent cours des 50 otages et allée de Strasbourg, qu'elle partage avec les Africaines francophones.

Les nouvelles arrivantes sont reléguées rond point de Rennes pour les Européennes et sur l'île Gloriette pour les Africaines.

D-2. Janvier 2002

En raison de l'augmentation des effectifs, le territoire s'étend. Le nombre de rues concernées augmente et devient un peu plus périphérique.

Le partage du territoire s'est fait dans la violence, chaque groupe ou chaque personne luttant pour conserver une place de choix ou pour envahir le territoire de l'autre.

Les lieux excentrés sont davantage fréquentés. Les femmes africaines se retrouvent sur l'île Gloriette, le rond point de Renne, l'avenue Carnot, et le quai Malakoff. En raison de leur nombre, ces personnes ont créés de nouveaux lieux de prostitution.

Elles ont recherché de inhabituels lieux à fréquenter à leur arrivée et se sont finalement installées à des endroits aujourd'hui fixés. Elles partagent le rond point de Renne avec les femmes slaves ainsi que la rue Paul Bellamy.

Régulièrement les jeunes femmes européennes de l'est et africaine tentent d'investir le centre ville. Celui-ci est jalousement défendu par les nanto-nantaises. Les scènes de violences physiques ou verbales, de lutte entre femmes sont nombreuses.

VII-E. Conclusion

En quelques années a émergé à Nantes une prostitution hétéroclite aux pratiques de l'activité sexuelle vénale présentant des similitudes. Un groupe de femme reste mal connu et difficile d'accès pour l'association médecin du Monde: les africaines anglophones originaires du Nigeria.

Comment envisager une action de prévention médicale et plus généralement une éventuellement prise en charge médicale avec une population particulièrement désocialisée ? En effet la population Edo, originaire du Nigeria est jeune, présente plusieurs facteurs de risque de contamination du Vih: originaire d'un pays endémique, présentant des relations sexuelles avec des partenaires multiples et des connaissances sur le vih très faible.

Par ailleurs cette population présente plusieurs stigmates de précarisation rendant cette population particulièrement fragile: un statut de prostitution et d'étrangères et finalement une place en limite de la société française dont elles ne connaissent pas les usages.

Dans le chapitre suivant, à partir des situations concrètes lors des étapes des prises en charge de ces femmes prostituées, il sera mis en évidence toutes les difficultés apparues inhérentes à leur situation social et culturelle et au système de soins français.

VIII- La mise en place d'une action de santé communautaire par une association de santé : Médecins du Monde

VIII-A. le choix des tournées nocturnes : la rencontre avec les personnes prostituées

La première spécificité de l'accès aux soins de la population prostituées est la prise de contact avec les personnels associatifs. Il s'agit de connaître globalement une population en s'informant sur ses conditions d'exercice prostitutionnel et de s'adresser directement à elle, sans intermédiaire médiatique ou institutionnel.

Il faut signaler par ailleurs que la demande de soins n'émane pas des péripatéticiennes mais bien de l'association. En ce sens, il s'agit d'une action de santé de type communautaire, par conséquent les personnes ne sont pas les initiatrices de leur santé.

En tant que population en marge de la société, socialement et légalement, elle est difficile d'accès et peu connue.

Dans ce chapitre il sera souligner l'importance des qualités relationnelles des bénévoles pour maîtriser les interactions avec les personnes prostituées, indispensables pour une action de santé communautaire. Ces qualités relationnelles sont utilisées pour tisser du lien avec les personnes, liens difficiles à initier et à entretenir dans le cadre d'une action de proximité avec des personnes marginalisées et prostituées.

A-1. Entre contrainte de l'activité prostitutionnelle et des équipes de bénévoles

S'inspirant de l'expérience du «bus de femmes», l'association Médecins Du Monde décide de mener une action de proximité avec les personnes prostituées en se déplaçant deux fois par semaine sur leurs lieux d'exercice et à leurs horaires.

Ces actions de proximité sont retrouvées dans l'approche des populations fragilisées par le virus du VIH(bus échange de seringues) ou très marginalisée comme le SAMU social. Le but est d'aller à la rencontre des personnes qui d'une manière générale ne fréquentent pas les institutions ou ne sont pas connues d'elles.

En se déplaçant vers la population, l'association tente de se mettre à disposition des personnes. Il s'agit d'une activité nocturne, tardive, dont les contraintes et rapports aux institutions médicales sont différentes d'une population qui se rendraient d'elle-même dans des lieux de consultation médicale.

Le travail d'approche des personnes marginalisées nécessite de la part des bénévoles une adaptation et souplesse des horaires et les lieux de stationnement.

Une recherche sans cesse active est indispensable de la part des bénévoles pour «découvrir» de nouveaux territoires prostitutionnels. Cette recherche sort du cadre de l'association car les bénévoles sensibilisés à cette action recherchent constamment de nouveaux lieux qui sont visités régulièrement. En raison de l'explosion démographique et de la nouvelle installation des personnes prostituées, les groupes varient effectivement de lieux mais rarement d'horaires.

Les nouvelles femmes arrivées tentent régulièrement d'infiltrer des trottoirs ou exercent déjà un autre groupe de péripatéticiennes. Par ailleurs, un nombre

une partie de la population française, elle est complexe pour la population africaine anglophone des «nigérianes».

Une incompréhension s'installe entre les péripatéticiennes et les bénévoles. Cette incompréhension, aggravée par une différence de langue est à l'origine de résistance dans l'établissement de l'action de soin.

Dans le bus, pour rendre les lieux chaleureux, sont distribués des sucreries ainsi que des boissons chaudes. Cette distribution vise à instaurer, au fur et à mesure, une confiance permettant d'aborder d'autres sujets de santé.

Dans l'approche de la population nigériane, la situation s'est inversée. Le bus est devenu leur «épicerie», les jeunes femmes se servent directement, sans s'adresser aux bénévoles. Elles parlent entre elles sans établir de contact avec les équipes. La langue utilisée par les jeunes femmes africaines est l'anglais et, lorsqu'une personne de l'équipe peut les comprendre, elles changent alors pour un langage tribal incompréhensible des membres de l'équipe. Ainsi, elles demeurent volontairement incompréhensibles, elles signifient ne pas souhaiter dialoguer avec les bénévoles.

Dans le bus sont distribués des préservatifs, afin que les femmes les plus démunies puissent les utiliser. Surtout, le préservatif est un support pour initier une discussion sur l'utilité d'une protection, et plus généralement sur les maladies sexuellement transmissibles.

La perception du bus se réduit à son utilité matérielle, pour la population africaine anglophone. Les jeunes femmes montent dans les lieux, réclament «I want préservatif» et redescendent sans qu'aucun autre dialogue ne s'instaure. Le lieu est

devenu un endroit pour les jeunes femmes de convivialité entre elles, excluant les personnes de l'association.

Un des objectifs est rempli puisque les femmes considèrent ce lieu positivement. Elles souhaitent le fréquenter et l'attendent avec hâte, mais la prévention médicale ne trouve pas de place.

Ces comportements inattendus de la part de jeunes femmes sèment le trouble dans l'équipe. Un grand désarroi apparaît au sein de l'équipe dont les adhérents se sentent «inutiles», ils ont l'impression d'être «des distributeurs». Un désintérêt et désinvestissement du travail d'approche de la population prostituée voit le jour au sein de l'équipe.

On peut même noter une déception de la part de des bénévoles qui se sentaient exclus et incompris de la population africaine.

A-3. Des règles difficiles à établir

La pratique de l'accueil et l'espace dans le camping car sont soumis à des règles. Il existe un règlement intérieur, qui est difficile à faire respecter par les femmes africaines.

Les attitudes des populations françaises et européennes de l'est sont toujours ressenties de manière positive par l'équipe. En revanche, les comportements des jeunes africaines sont difficiles à saisir et perçus comme agressifs, impolis, irrespectueux. Ces très jeunes femmes sont perçues comme des enfants ou des adolescentes qui seraient mal élevées et à qui il faudrait apprendre les bonnes manières;

Les jeunes femmes tentent inlassablement de dépasser les règles établies, comme le nombre de préservatifs attribués à chaque personne. Elles font régulièrement croire qu'elles n'ont pas eu la quantité définie, et en réclament d'autres.

Il s'ensuit un jeu de duperie où la jeune femme doit ravir le plus de produits possibles à l'association.

Le préservatif prévu pour être un moyen de contrôle de la prévention de soins et éventuellement de l'activité prostitutionnelle des femmes est dévoyée de ces fonctions. Il devient un objet de jeux.

Ce phénomène concerne uniquement la population africaine, le phénomène inverse se produit avec les populations européennes qui prennent les produits donnés par l'association sans discuter et se soumettent d'emblée aux règlements. Les personnes bénévoles ne comprennent souvent pas pourquoi les Africaines sont agressives alors qu'habituellement leur action est perçue positivement par la population. «Moi, tu vois, je fais ça pour elles et elles sont ...T'as vu comment elle m'a parlé là...Elles sont agressives... ça me fatigue... tu vois j'ai l'impression que ça sert à rien ce qu'on fait ...»

Finalement par leurs comportements inhabituels, les jeunes femmes nigérianes semblent au début du travail de l'équipe incontrôlables. Cette attitude remet en question l'action associative et des bénévoles doutent de l'efficacité et de l'intérêt d'une action de prévention.

Ainsi apparaît dès le début de l'action associative des difficultés relationnelles entre les personnes, qui mettent en péril l'action de santé communautaire en le rendant pénible et peu gratifiant.

BU Santé
Nantes

A-4. La marque du bus

Si la femme prostituée est stigmatisée en tant que personne publique, c'est à dire blâmée avec dureté, les éléments et personnes qui l'approche le sont aussi.

Le bus de Médecin du Monde est, par sa présence dans l'espace public, le stigmat d'une action médicale, ce qui sous-tend que les femmes intéressées, en raison de leurs origines, sont potentiellement malades et porteuses de maladies. Ne représentent –elles pas un risque suffisamment important pour qu'une association mobilise ses troupes pour en prendre soins ?

Les clients connaissent le camping-car et les actions menées par l'association. Certaines femmes viennent retrouver l'équipe, lors des tournées et demander des préservatifs, amenées en voiture par leurs clients.

Certains sont curieux et tentent de voir à l'intérieur du bus. Mais le bus est un espace réservé aux personnes prostituées et la présence de leurs clients n'est pas acceptée dans ce cadre. Des clients veulent rentrer dans le bus pour savoir qu'elles sont les maladies dont sont atteintes les personnes.

La personne prostituée en tant que personne publique échapperait alors au secret médical d'ordre privé. Il devient normal pour le client de connaître son état sanitaire. Devant les refus de l'équipe de dévoiler la santé des personnes, certains s'en vont rageur en criant qu'ils savent que «les putes africaines égales sida».

Non seulement la personne est stigmatisée par son activité sexuelle vénale mais s'ajoute le spectre du VIH pour les personnes d'origine africaine.

La femme péripatéticienne parce qu'elle publique appartient à la société masculine, se doit d'être disponible et donc corvéable à merci. Il devient donc

inadmissible, pour l'homme-client, qu'une femme cesse son activité pour monter dans le bus.

Une bénévole témoigne:

« Un soir en arrivant rond point de Rennes, les filles ont refusé des étudiants pour venir nous voir...ils étaient énervés parce que les filles ne voulaient pas aller avec eux tout de suite alors ils sont venus nous voir...Ils nous ont insultés ...Ils étaient tout un groupe ...comme les filles leurs disaient d'attendre ils sont venus nous voir en disant qu'ils prendraient les femmes du bus à la place... ils venaient vers nous et s'agitaient peut-être pour nous agresser...alors les filles se sont interposées ...elles ont pas peur et puis finalement ils sont partis».

L'activité du bus ainsi que les personnes qui constituent l'équipe deviennent intimement lié à l'activité prostitutionnelle, et toute femme en contact avec les prostituées devient elle-même une péripatéticienne potentielle.

A-5.Les légendes du bus : phantasme et réalité.

Le camping car représente pour les femmes nigérianes le seul rapport à la société européenne ne rentrant pas dans des rapports sexuels et véniaux. En effet pour ces jeunes femmes, il semble que le bus soit la seule interface entre prostitution et société non prostituée européenne. Elles vivent la nuit, ne rencontrent personne de la société civile, ne parlent pas le Français et n'ont pas d'autre activité dans la journée.

«Tu vois je me lève le midi... Je prends mon petit déjeuner... Je me recouche ou je marche en ville avec les autres filles... c'est le soir et il faut aller travailler. Tous les jours»

Les bénévoles sont alors les seules personnes non prostituées et non-clients qu'elles rencontrent à plusieurs reprises et avec qui elles peuvent créer des liens répétés dans le temps.

Le bus devient le miroir grossissant de la perception de notre société française par les jeunes personnes africaines.

Le bus fréquenté par des «blancs» est riche. D'une manière générale toute personne blanche est riche, comparativement au pays d'origine et le pays français étant riche lui même il faut prendre tout qui est offert.

Pour nombre de ces femmes la prostitution est une activité temporaire qui vise à s'enrichir rapidement et s'installer en France ou rentrer au pays dans des conditions financières favorables.

Le bus de médecins du monde rentre, tout du mois au début, dans cette démarche de providence. On comprend ainsi que les préservatifs sont mis au même niveau que les sucreries, ils sont l'objet de convoitise, de vols ou de discussion à battons rompus sur le nombre accordé par le bénévole à la personne.

Alors qu'une bénévole explique que l'association n'est pas riche à une nigériane et répond ainsi à une question sur le nombre de préservatifs donnés, cette réponse déclenche l'hilarité générale parmi les personnes prostituées. Il est impossible de considérer comme réellement pauvre une association qui dégage du temps et des personnes pour venir à leur rencontre.

En outre, beaucoup de femmes pensent que les bénévoles sont payés pour leurs actions nocturnes, qu'il s'agit de leur métier et que les fournitures sont réglées par l'état.

Une autre rumeur existe au sujet du camping-car. Ainsi le bus serait truffé de caméras de vidéosurveillance et de micros pour les espionner. Cette rumeur s'explique par une peur souvent présente chez les prostituées. La révélation de leur activité au grand jour. Cette frayeur alimente toutes les rumeurs de renseignement à leur sujet.

Malgré l'assiduité des équipes ainsi que le lien indéniable qui se tisse entre les bénévoles et les personnes, persiste un doute quant à la réelle requête des bénévoles.

La méfiance est présente tout au long des interventions de la part des personnes prostituées au sujet de l'équipe des bénévoles.

Les rapports de la personne prostituée avec le monde associatif sont tenus et fragiles. Dans ce contexte la prévention et de réduction des risques est difficile à mettre en place, souvent est sujette à caution.

VIII-B. la prévention: un discours informel

Des messages préventifs sont délivrés directement aux personnes soit oralement, soit par l'intermédiaire de brochures.

Or, Le camping car n'est pas favorable à la transmission d'informations ou mise en garde sur la santé. En effet c'est un espace public puisque toutes prostituées et tout bénévole est susceptible d'y participer, les usagers entrent et sortent sans cesse.

Surtout, les sujets de discussion qui intéressent les personnes prostituées sont rarement en rapport avec la santé.

Le bus semble signifier un espace conviviale et par conséquent, une rupture avec le monde de la prostitution. Or, faire de la prévention signifie rappeler les accidents auxquels s'exposent les femmes et leur gravité potentielle. Il existe une discordance entre la gravité de leur situation et le moment de joie que représente la pause dans le camping-car. Par ailleurs, le discours préventif est délivré au moment jugé le plus opportun par le bénévole, parfois entre la distribution de café et celle des préservatifs. Le bénévole doit pouvoir s'adapter à la population à laquelle il s'adresse et accepter que son discours, en cas d'échec ne soit pas entendu.

De plus, Cette technique informelle de prévention nécessite de la part des personnels associatifs une connaissance de la gestion de groupe pour passer d'une discussion anodine à une action de santé. En effet, lorsque le groupe est peu intéressé par une discussion formelle, il est difficile de capter son attention.

Enfin, les discours préventifs doivent être délivré en anglais langue très peu pratiqué les bénévoles.

B-1.le préservatif

En même temps qu'il est donné son sujet est abordé permettant de savoir, s'il est utilisé systématiquement à chaque rapport sexuel et s'il est convenablement employé.

Les jeunes femmes africaines connaissent son existence et son utilisation dès leur arrivée à Nantes. Elles savent qu'il les protèges du sida. Il serait employé à

chaque rapport sexuel et disent le connaître depuis leur pays d'origine où elles auraient appris son utilisation.

Le fait d'utiliser le préservatif est considéré très positivement, les femmes ayant des rapports sexuels sans préservatif ne font pas du «bon travail».

Le souci de se protéger amène à des fausses croyances: par exemple il est préférable de mettre deux préservatifs plutôt qu'un seul.

En distribuant les préservatifs le discours préventif s'adapte, redéfinissant son usage.

Il permet aussi quand le bénévole parle anglais, phénomène rare, d'aborder le sujet des maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH ou encore la transmission du virus.

Mais en pratique un essoufflement des bénévoles apparaît. Ils sont las de répéter les même sujet, ils ont l'impression de ne pas être entendu, ce d'autant que l'usage de l'anglais est un effort.

B-2.le risque du discours informel

Le but pour l'association est de créer le lien social à partir d'un échange convivial dans le camping car, et dans le même temps de faire passer un message préventif.

Les acteurs de santé publique doivent tenir un langage à double niveau. D'une part, un langage amène à des discussions banales et, d'autres parts sont camouflés dans ces échanges routiniers des messages de santé. Il est indispensable que ces deux discours soient souples pour s'adapter aux différentes populations auxquelles elles s'adressent et dénués de toute sanction morale ou dramatique.

Le risque encouru par la difficulté de ce double discours est de glisser vers un discours unique de convivialité. Dans ce cas, l'objectif médical est perdu, il s'installe une relation purement amicale qui masque la problématique de santé. L'effort de la part du bénévole est continu pour aborder les sujets de soins, ce d'autant plus que la demande n'émane pas de la personne prostituée.

Ce risque est augmenté par la mauvaise connaissance de l'anglais, par la composition des équipes et par le comportement des personnes prostituées dans le camping car.

B-3. La composition des équipes

Les bénévoles sont à forte majorité des infirmières et des médecins, mais d'autres professions sont représentées : assistante sociale, enseignant, biologiste, psychologue, étudiante en sociologie.

On retrouve dans le tissu associatif le transfert de connaissances des personnes impliquées du monde du travail à l'association. Aussi les bénévoles s'interrogent –ils eux mêmes de leur action dans le cadre d'une action de santé vers une population qu'il ne connaissent pas et avec laquelle le dialogue est difficile. Ces

bénévoles ne possèdent pas de compétences médicales ou linguistiques, aussi est-il difficile de tenir un langage à deux niveaux incluant le discours sanitaire.

Le problème soulevé est celui d'une action bénévole dans le cadre du soin de façon générale. Il s'agit pour l'association de s'assurer de la compétence de ses bénévoles et de leur aptitude à travailler dans le cadre associatif. Ensuite, il faut s'assurer de l'adéquation entre ce que souhaite organiser l'association comme action de soin et ce que qui peut être demandé aux bénévoles.

Prenons l'exemple de la connaissance de l'anglais : il est difficile de recruter des bénévoles ayant une double compétence médicale et linguistique. Il est proposé aux bénévoles d'apprendre la langue anglaise car il est impossible pour Médecin du Monde d'exiger de la part de ses membres de connaître l'anglais. Il s'agit d'une action de bénévolat et non d'un travail. Le niveau d'exigence ne peut être le même.

Il dépend de chaque individu l'éventualité d'apprendre la langue et ainsi, peut-être, comment chaque individu appréhende son engagement associatif.

On voit ici les limites de l'action de soins dans le cadre du bénévolat et du soin. Le risque, à terme, est de créer une action médicale de moindre qualité mais dont la société se satisferait, faute de mieux. En extrapolant, on peut imaginer une médecine à deux vitesses: une action de soins effectuée par des salariés pour des patients rentrant dans les cadres législatifs de notre société et une action de soins dépendante de personnes bénévoles s'adressant à une population marginalisée de moindre qualité.

B-4.Les dispositifs palliatifs

Dans le bus est installé, visible par tous, une affiche concernant les risques de transmission du VIH dans la vie quotidienne, c'est à dire dans les pratiques sexuelles mais aussi dans les gestes de la vie quotidienne. Aucun mot n'est écrit, tout est conçu sous forme de dessins avec des couleurs vertes signifiant l'absence de risque et rouge un risque de contamination très important. Ce dispositif permet d'initier un dialogue sanitaire, pour tout bénévole saisissant l'opportunité de la discussion.

L'avantage du dessin permet de ne pas stigmatiser les personnes ne sachant ni lire ni écrire, à qui les équipes donnent des brochures en anglais sur les risques de contamination du VIH. Ainsi c'est avec surprise que les bénévoles réalisent que les nigérianes étaient analphabètes. Ces dernières masquent leur illettrisme comme une chose honteuse.

D'autres part, le fait que le tissu associatif prête aux femmes prostituées des connaissances à priori montre combien, les équipes elles-mêmes sont victimes des idées véhiculées dans la société. Ainsi, il semble évident qu'une jeune nigériane sache lire et écrire, or rien n'est plus faux.

Les représentations sociales dont font l'objet les personnes prostituées se retrouvent tout au long de la chaîne de santé marquant ainsi leur spécifique difficulté.

Les représentations pèsent sur l'action de santé au niveau individuel associatif mais aussi au niveau des structures de soins auxquels les femmes prostituées ont accès.

VIII-C. L'accès aux structures de soins

Lorsque les liens ont été établis entre les personnes prostituées et les personnes de l'association, celles-ci tentent par l'intermédiaire du soin de réaffilier les personnes prostituées dans une citoyenneté, dans leurs droits civils. Plus précisément il s'agit de faire connaître à une population en grande précarité ses droits sanitaires et sociaux et de les aider à y accéder. Dans ce chapitre il sera étudié comment l'accès aux soins est mis en place et comment le tissu associatif tente de pallier aux complications apparues lors des premières rencontres en femmes nigérianes prostituées et les institutions françaises.

C-1.structures de soins et droits des étrangers

Quand les échanges sur la santé prennent forme entre tous les intervenants, personnes prostituées et personnes de l'association médicale, les bénévoles réalisent qu'une partie de la population, à laquelle ils s'adressent, ne mènent aucune démarche sanitaire.

D'une part les prostituées françaises et africaines francophones semblent avoir connaissance des structures de soins et de la nécessité d'un suivi médical régulier

Lorsqu'elles sont interrogées sur leur état de santé, toutes répondent se faire suivre régulièrement par un gynécologue, faire des sérologies de VIH tous les trois mois, dans des laboratoires d'analyse médicale. Elles connaissent les risques d'infections sexuellement transmissibles lié à des rapports sexuels sans préservatif.

En revanche concernant la population nigériane, leurs connaissances sanitaires et sociales semblent limiter. Aussi le premier travail de soins mis en place par le tissu associatif est de sensibiliser les personnes aux infections sexuellement transmissibles et aux différentes structures médicales existantes à Nantes auxquelles elles peuvent faire appel aisément. Ces structures sont le CASO (Centre d'accueil de Soins et d'Orientation), le CDAG (Centre de dépistage Anonyme et Gratuit), La PASS (Permanence d'Accès au Soins). Elles s'adressent spécifiquement aux personnes qui ne bénéficient pas de droits sociaux où ne les font pas valoir.

1-a) les différentes structures adaptées aux populations « marginales »

Les populations dites marginales sur le plan de la santé sont habituellement orientées à Nantes vers le CASO et la PASS et le CADG.

(1) Le CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation).

Cette structure est créée par Médecins du Monde dans les années 1980. Elle mobilise des équipes pluridisciplinaires qui accueillent des patients et impose peu de contraintes. Les équipes travaillent avec les patients à la récupération de leurs droits afin qu'ils accèdent au dispositif public de soins. Ces centres existent dans les grandes agglomérations françaises.

Ce sont des lieux de consultations médicaux psychologiques gratuites. Ils sont fréquentés par des personnes en grande précarité, soit étrangères ne connaissant pas

leurs droits, soit moins fréquemment une population française en «désaffiliation sociale».

Les tests sérologiques ne sont pas effectués dans cette structure aussi la personne nécessitant une sérologie VIH est -elle conduite à se diriger vers le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit.

(2) Le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

Des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) ont été mises en place en 1988 dans chaque département, dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénériens.

A Nantes cette consultation se trouve au centre hospitalier universitaire de l'hôtel Dieu. Il n'est pas demandé à la personne qui souhaite faire ce test une avance d'argent, ni de papier d'identité ou d'état de leurs droits sociaux.

(3) La Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

La loi du 29 juillet 1998 érige en mission nouvelle du service public hospitalier la lutte contre l'exclusion sociale. Des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité dénommées permanences d'accès aux soins de santé (P.A.S.S) sont installées dans les établissements publics de santé ou participants au service public hospitalier. Il s'agit de permettre aux plus démunis, moyennant un financement spécifique, de s'insérer dans les circuits communs d'accès à la santé.

Les P.A.S.S sont une interface en relation avec les réseaux institutionnels et associatifs : entre les services sociaux des conseils généraux (aide sociale à l'enfance, P.M.I), C.C.A.S, permanences des organismes de sécurité sociale et les associations. Cette structure s'adresse aux personnes qui, résidant habituellement en France sans y posséder ni domicile fixe, ni résidence stable, sont de passage ou séjournent temporairement dans le département au moment où elles demandent à bénéficier de soins médicaux. Les personnes doivent être dépourvues de ressources et de droit à un régime de protection sociale.

En pratique, il s'agit de toute personne étrangère, exception faite des personnes possédant un visa touristique de moins de trois mois.

1-b) rappels sur le droit des étrangers demandeurs d'asile politique

En grande majorité, les jeunes femmes africaines possèdent des papiers légaux de demandeuses d'asile politique.

L'asile politique est demandé quand l'étranger souhaite être reconnu réfugié en application de la convention internationale de Genève de 1951 : en France cette qualité est accordée par l'OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides.

D'après la convention de Genève «l'asile politique concerne toute personne qui [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses

opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.»

Elles ont donc droit à la couverture médicale universelle qui prend en charge les frais de santé quels qu'ils soient.

La personne demandeuse d'asile politique, en attendant que l'OFPRA statue sur sa demande de réfugié, possède une carte de séjour temporaire renouvelable tous les trois mois.

Avec cette carte de séjour temporaire, la personne a droit à la Couverture Médicale Universelle en présentant un certificat de domiciliation, une attestation de ressource, et en montrant ostensiblement le désir de rester en France.

La domiciliation est une adresse où le demandeur d'asile peut recevoir son courrier.

Elle peut être chez un membre de la famille, un compatriote, un ami qui atteste sur l'honneur d'héberger la personne ou dans un Centre Communale Action Sociale ou encore une association agréée: Aida (Accueil et d'information des demandeurs d'Asiles), Gasprom (Groupement Accueil Service Promotion du Travailleur Immigré) ou dans un Centre d'hébergement et de réadaptation sociale ou foyer d'accueil agréé par l'état.

Toute démarche administrative nécessite une domiciliation notamment toutes demandes de prise en charge médicale auprès de la Caisse Primaire d'assurance Maladie.

Souvent, la domiciliation est donnée provisoirement pour un mois et doit être renouvelée à la demande de la personne. Ceci vise à rendre responsable et

autonome la personne marginalisée face aux institutions en l'obligeant à se rendre elle-même et régulièrement dans les centres sociaux.

La CMU (Couverture Médicale Universelle) est totale et permet d'acquérir la carte vitale, donc une certaine liberté de soins entre le praticien de ville ou celui d'une structure hospitalière.

Mais si la personne a fait sa demande à l'OFPRA depuis moins de 3 mois ou, si elle est en situation irrégulière, ou si elle ne possède pas le récépissé de sa demande, elle a droit à l'AME (Aide Médicale des Etrangers). Ce système permet d'avoir une prise en charge médicale, uniquement à l'hôpital, mais gratuite, la personne ne possède pas de carte vital.

En France actuellement, il existe donc toute possibilité en théorie de se faire soigner quelle que soit la nationalité (en dehors de la personne possédant un visa touristique) de manière gratuite et anonyme. L'état et les associations ont su mettre en place des structures faisant l'interface entre hôpital et personnes en rupture de droits sociaux.

Pourquoi les personnes prostituées ne profitent- elles pas de leurs droits ?

Dans la seconde partie de cette recherche, à partir de situations rencontrées lors de ce travail, il s'agira de montrer que la réalité est différente des textes de loi. L'application pratique des textes est souvent difficile, concernant les personnes étrangères et prostituées.

C-2.les problématiques apparues lors des relations entre personnes prostituées africaines et les structures de soin:

Il s'agit de développer les différentes attitudes des personnels hospitaliers, associatifs et des personnes prostituées d'origine nigériane lors des différentes actions menées en rapport avec le soin médical.

Il convient, par ailleurs, de présenter les phénomènes psychosociologiques à l'origine de résistances dans une prise en charge médicale, inhérentes à la personne prostituée, africaine, désaffiliée, porteuse du stigmate de la prostituée.

On verra dans ce chapitre que les personnes prostituées nigérianes présentent une addition particulièrement importante de facteurs psychosociaux interdisant l'accès aux soins.

Dans la seconde partie de cette recherche, à partir de situations rencontrées lors de ce travail, il s'agira de montrer que la réalité est différente des textes de loi. L'application pratique des textes est souvent difficile, concernant les personnes étrangères et prostituées.

C-3.les problématiques apparues lors des relations entre personnes prostituées africaines et les structures de soin:

Il s'agit de développer les différentes attitudes des personnels hospitaliers, associatifs et des personnes prostituées d'origine nigériane lors des différentes actions menées en rapport avec le soin médical.

Il convient, par ailleurs, de présenter les phénomènes psychosociologiques à l'origine de résistances dans une prise en charge médicale, inhérentes à la personne prostituée, africaine, désaffiliée, porteuse du stigmate de la prostituée.

On verra dans ce chapitre que les personnes prostituées nigérianes présentent une addition particulièrement importante de facteurs psychosociaux interdisant l'accès aux soins.

Il sera étudié les différentes causes potentiellement à l'origine de obstacles dans l'accès au soin.

3-a) Pourquoi l'accompagnement par une tierce personne et ses conséquences: la dépendance au tissu associatif.

Après quelques mois d'approche de la population nigériane un lien social s'est créé, les jeunes femmes attendent le bus de l'association et commencent à entretenir des relations de confiance.

Les conversations sont ordinaires, appréciées, attendues et pratiquées dans un français bafouillant avec les différentes équipes de bénévoles. Elles permettent surtout d'aborder dans un second temps des problématiques médicales, d'une manière informelle.

Après que le sujet de l'usage du préservatif est abordé, les bénévoles expliquent que des tests sérologiques du VIH au Centre de dépistage anonyme et gratuit sont possibles. Il semble que, même si les personnes prostituées ont connaissance des structures existantes, elles ne s'y rendent pas. Bien que le sujet soit abordé pendant plusieurs semaines, les jeunes femmes ne se déplacent pas.

La situation se débloque lorsque des bénévoles proposent d'accompagner ces personnes dans les différents lieux possibles. Le rendez vous est donné par le bénévole dans les locaux de l'association d'où il part avec la personne pour se rendre au CDAG.

Devant le succès de cette initiative, elle est généralisée à toutes les démarches administratives que la personne prostituée est amenée à effectuer. L'objectif à terme est d'induire chez la péripatéticienne une autonomie.

En effet, cette aide est basée sur la croyance que l'accès au soin est freiné par une peur des institutions ou une méconnaissance du système de soins, qui se résout par l'aide d'un intervenant extérieur.

La bénévole est connue de la personne et, elle est donc censée par la confiance qui lui est accordée induire une autonomie médicale.

Les accompagnements visent à faire bénéficier aux prostituées de leurs droits sociaux en passant outre des difficultés rencontrées dans les structures institutionnelles.

Par exemple, la barrière de la langue et la complexité des démarches administrative peut suffire à suspendre toute tentative de régularisation des droits sociaux.

Les femmes nigérianes ne parlent pas le français et ne le comprennent guère. Il paraît à priori comme impossible pour elles de se débrouiller seules dans une institution, ce d'autant que les dossiers à fournir pour l'obtention de la Couverture Médicale Universelle sont malaisés pour ce public en précarité (certification de domiciliation à demander au Centre Communale d'Action Sociale, papiers d'identité conservées par un proxénètes etc.)

En jouant les intermédiaires, le bénévole permet une relation plus facile avec les institutions parce qu'il aide à faire comprendre la demande.

Mais l'aide se situe aussi d'autres niveaux: une personne «noire», prostituée étrangère et peu vindicative en matière de droits présente une forte «valeur mobilisatrice négative». Cette notion a été décrite dans le cadre de l'admission hospitalière des populations marginalisée. Cette «valeur négative mobilisatrice» est

ressenti par le personnel des institutions administratives. Elle rend la population désaffiliée moins intéressante et risque d'entraîner dans la prise en charge soit un différé, une attitude moralisatrice ou encore des sarcasmes. Ce phénomène accroît les obstacles dans la poursuite des soins.

La présence d'une personne française, oeuvrant pour la santé (telle une infirmière) permet de pallier à «cette valeur négative» et parfois même de donner de l'assurance aux personnes demandeuses.

En effet, en face d'une personne infirmière tenace et française le personnel hospitalier réagit différemment et montre un investissement plus important dans la prise en charge de la personne marginalisée.

Mais, le risque existe d'une dépendance trop forte à la personne accompagnatrice. Il est effectivement arrivé lors de ces procédures que certaines femmes ne se déplacent plus seules dans les structures, notamment dans les prises en charge de la maladie du VIH. Les raisons de cette dépendance sont probablement multiples. Les personnes prostituées deviennent alors dépendantes affectivement de la personne bénévole, qui devient une amie, une confidente. Cette dépendance s'est avérée particulièrement forte lors de diagnostic de maladie VIH. L'accompagnatrice devient plus qu'une aide à l'accès aux soins, elle devient partie intégrante du soin. Ce processus est connu, en effet, l'association nantaise « Amitié Sida » propose des services d'accompagnement dans le cadre d'une aide morale aux patients isolés concernant le suivi de leur traitement.

La péripatéticienne ne continue-t-elle pas de se soigner davantage parce qu'elle se soumet aux volontés de l'accompagnatrice qu'à un réel désir de soin ?

L'objectif premier d'autonomie de la personne est quoiqu'il en soit dévoyé.)

C-4. Le stigmatisme du sida

Dans ce chapitre, le fait que le VIH est lui-même porteur de stigmatisme sera développé, qu'il soit associé ou non à la prostitution. Ces préjugés, que la séropositivité soit avérée ou non pour la péripatéticienne, induisent des modifications comportementales dans ses rapports avec la société. Ces modifications peuvent venir soit des hommes-clients, des personnels de santé ou des personnes prostituées elles-mêmes.

4-a) La spécificité de l'épidémie du VIH

«L'infection à VIH présente quatre groupes fondamentaux de caractéristiques dont il a été établi [...] qu'ils maximisaient l'aversion sociale et [réduisaient...] les conditions d'un débat public conflictuel : la non-familiarité, la non-contrôlabilité, c'est-à-dire le sentiment justifié ou non d'une absence de maîtrise collective du risque, le potentiel catastrophique (exposition simultanée d'un nombre important de personnes) et une évolution rapide des connaissances propice à l'émergence des conflits (au moins virtuels) entre experts », indiquent les auteurs des enquêtes « Connaissances, attitudes, croyances et pratiques de la population générale française à l'égard du VIH » (28)

L'infection au VIH est porteuse de spécificités ne ressemblant à aucune autre épidémie et ayant participé à l'exclusion de personne ou de pratiques sexuelles.

Au départ l'un des risque majeur de rejet est fixé davantage sur le comportement que sur l'infection virale. Ainsi, on voit en Amérique du Nord et en Europe homosexuels et toxicomanes désignées comme les victimes les plus touchées mais dans le même temps comme les «responsable de l'épidémie». Le stigmat de maladie honteuse est associé à des comportements immoraux, ou illégaux, ou réprouvés. La création de groupe à risque reste ambiguë puisqu'il désigne dans l'opinion public tant le risque encouru que celui que l'on fait courir au reste de la population. Il existe une confusion et un rapprochement entre le risque de la personne prostituée d'être atteinte de la maladie que le risque de transmission.(28)

4-b) Le double stigmat de la prostitution et du VIH

Ainsi que les toxicomanes et les homosexuels, les prostituées sont porteuses d'un double stigmat représentant dans l'opinion un risque de vecteur de virus par leurs pratiques.

Par ailleurs, les jeunes femmes nigérianes viennent d'un pays à forte prévalence d'infection du VIH (5%), elles ont un niveau scolaire bas et ont des relations sexuelles multiples. De la même manière que les prostituées françaises ont été accusé d'agent d'infection virale dans les années 1980, les femmes prostituées nigérianes sont considérées à priori fortement infectées par le VIH et comme un agent de dissémination viral.

En France, des associations de malades se sont constituées pour lutter contre l'épidémie au sein des communautés. Ainsi, l'association AIDES voit le jour et

réussit à renversé ce qui constituait un groupe stigmatisé (homosexuel=VIH=risque infectieux de la population) en une association de santé. En devenant acteur de leur santé les personnes stigmatisées ont montré l'exemplarité d'une communauté active et engagée. Ils interpellent les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques. Mais cette solidarité communautaire n'existe pas ou peu dans les groupe de personnes prostituées, tant sur le plan de la santé que sur le plan des pratiques prostitutionnelles (23).

Actuellement aucune donnée épidémiologique sur les femmes prostituées migrantes n'existe en France au sujet du VIH, mais elles sont considérées à priori comme porteuses du virus, au sein même de l'association médicale «médecin du monde». En effet, l'action associative de soin, menée concerne le VIH qui est l'une des priorités de réductions des risques des pratiques prostitutionnelles.

4-c) Le client

Pour les clients eux mêmes les femmes sont potentiellement atteintes du VIH. *Un client potentiel s'approche du bus un soir et demande «elles sont malades les putains africaines ?....elles nous ramènent le sida ?..... putes africaines égales sida!»* Enfin la question posée à tous les échelons du système de soin reste essentiellement «mettent-elles des préservatifs ?». Il s'avère qu'elles savent utiliser les préservatifs dès leur arrivée en France et en font un usage systématique où fréquent. Le nombre important de préservatifs usagés retrouvés dans les quartiers prostitutionnels (à l'origine de plainte des riverains), est une de leur large utilisation.

Le grand oublié de l'épidémie reste le client, si la jeune femme africaine est considérée comme fragile et peu informée, il est difficile de dire que le client français ne connaisse pas le risque de rapports sexuels non protégés. De plus, la position du client reste la position dominante puisque c'est lui qui paye et exige des pratiques sexuelles. En France, il a pu bénéficier depuis les années 1980 des campagnes d'information. Aussi, pourquoi s'adresser à la personne prostituée ? Sachant que le client est monsieur tout le monde, aucune information ne s'adresse directement à lui. Il n'est pas la cible d'une éventuelle prévention actuellement.

Il est fréquent d'entendre les jeunes femmes africaines raconter qu'un client leur a demandé «une passe» sans préservatif et mettre un point d'honneur leur refuser, même en cas de d'augmentation conséquente du prix de la passe.

4-d) Dans les associations

Dans des structures associatives non institutionnelles des comportements peu pragmatiques sont parfois retrouvés. Le stigmate du VIH existe mais il entraîne une absence de prise en charge. La personne migrante est considérée comme potentiellement atteinte du VIH, mais, par son statut de désaffiliation sociale et de nationalité étrangère il est présumé par le médecin que la personne ne pourra se soigner et donc le thème du sida n'est pas abordé dans la consultation.

Cette attitude paternaliste d'un membre d'association bénévole met en exergue, que la personne prostituée est une victime à aider. Elle nécessite une assistance et elle ne peut résister seule

Si la séropositivité est préférablement tue ou niée, alors l'action de soin est particulièrement désastreuse en terme de santé publique et pernicieuse pour la patiente qui n'a pas eu le droit à une consultation adéquate.

4-e) Pour les personnes africaines

Le virus du VIH est porteur de croyance que ce soit concernant la personne prostituée, ou les intervenants médicaux ou associatifs.

Ainsi pour les africains il est symbole de mort et d'exclusion. *Une jeune nigériane dit si j'ai le sida je me jette sous le tramway ...je me suicide ... on ne peut pas vivre avec ça» alors qu'un intervenant lui explique que«le sida ça se traite... on peut vivre avec ... ça se voit pas» elle rétorque «quoi ? il y a des personnes qui sortent dans la rue avec le sida ... Ils ne sont pas enfermés dans une prison ?»*

Aussi est-il fréquent que les femmes lorsqu'elles font un test qui s'avère être positif, elle photocopie d'un test négatif à leur nom et le montre aux autres femmes prostituées en affirmant haut et fort qu'elles ne sont pas malades.

Il leur est indispensable de montrer qu'elles ne sont pas atteintes par le virus car elles pourraient être exclues par les autres filles et considérées comme peu performantes sur le plan de l'activité prostitutionnelle.

Une jeune femme vivant dans la terreur de la proclamation de son statut sérologique est persuadée à tort qu'une bénévole a clamé son affection à ses consœurs et ne veut plus avoir de lien avec elle.

Il existe souvent dans le VIH un sentiment de déni faisant reporter son agressivité sur une tierce personne ou faisant prendre des risques inconsidérées. Cette

même femme utilise des préservatifs avec les clients mais pas avec son petit ami. Elle pense impossible l'usage du préservatif avec son ami, non par désir d'enfant, mais parce qu'il l'obligerait à prendre conscience de son statut de malade et à l'évoquer avec lui.

Elle choisit de courir le risque d'une transmission et d'une éventuelle grossesse séropositive en continuant de pratiquer une sexualité non protégée avec son petit ami.

Dans le cadre de l'association «médecins du monde» sur l'échantillon non représentatif de douze sérologies effectuées sur les femmes prostituées en réseau africaines et européennes de l'est, était positif concernant le VIH 3 sérologies. Sur ces trois sérologies positives, deux étaient associées à une tuberculose et hépatite B. Les personnes se sont montrées peu observantes quant à leurs traitements et prises en charge. Elles ont continué à se prostituer de manière identique. IL sera tenté d'expliquer les causes d'une telle absence d'adhésion aux soins dans les chapitres suivants.

4-f) Le VIH cause et conséquence de précarité

La pauvreté apparaît désormais comme un «facteur social de risque», où l'accès à l'information et aux soins est étroitement liée au contexte de vie: éducation, emploi, logement, accès aux services de santé(28).Le sida constitue alors un accélérateur et un révélateur des processus de vulnérabilisation et de désaffiliation sociale.

Par exemple, le logement revêt une importance cruciale tant dans les processus d'exclusion sociale que dans le développement de la maladie. En effet, la

fragilisation physique et psychologique aggravée par une situation d'exclusion, rend la personne plus fragile face à la maladie. Ainsi se forme un cercle vicieux l'infection virale aggravant la situation générale de la personne (28).

Concernant la toxicomanie, il arrive que la maladie VIH soit un support de réintégration sociale et familiale(28).Il peut-être envisager le même processus avec les personnes prostituées. En effet, il existe des procédures permettant à la personnes étrangère de se soigner en restant dans la légalité. Une «autorisation temporaire de séjour» est délivrée par la préfecture pour toute personne séropositive en situation irrégulière en France. Ceci pourrait être un moyen de sortie de prostitution pour ces jeunes femmes nigérianes. Pourtant, ce phénomène n'a pas eu lieu

4-g) Conclusion

Les liens entre prostitution et VIH sont fort et complexes d'une part car il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible et d'autre part parce qu'il s'agit d'une population subsaharienne. La séropositivité peut engendrer une précarité sociale mais aussi des avantages sur le plan juridique et des droits sociaux.

Mais c'est « avantages» ne sont jamais considérées par les personnes prostituées. Il est probable que la prostitution soit une situation complexe cumulant plusieurs facteurs de risques sociaux.

Dans un second temps nous verrons les liens entre précarité et prostitution dans l'optique d'un soin médical.

C-5.Prostitution, précarité sociale, exclusion et soins médicaux.

Le fait même que la personne prostituée est «en précarité» interroge puisqu'en effet, l'image renouvelée dans les médias persiste sous l'image de la femme riche indépendante, qui choisit librement son activité sexuelle.

Il est même parfois considéré que «c'est une chance pour la femme africaine que de pouvoir venir en France s'enrichir », témoigne une femme nigériane au sein de l'association. Cette jeune femme nigériane n'est pas une prostituée, elle vient témoigner auprès des bénévoles de l'association afin d'expliquer comment les personnes prostituées nigérianes sont perçues au Nigeria. Ainsi, les idées reçues au sujet de la prostitution sont universelles tant en Europe qu'en Afrique. La réalité sociale est bien différente de l'image véhiculée dans les médias et dans la société.

Il sera démontrer comment, à partir de l'expérience concrète de terrain, les facteurs environnementaux et sociaux sont en rapports avec une situation de précarité sociale.

5-a) La précarité et exclusion : définition

Le rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale publié en 1987 définit la précarité» comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou étendue et avoir des

conséquences plus ou moins et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible». La notion de précarité, au sens large du terme, prend son essor les années 70 et devient dominante dans les 80. (29)

Elle comporte une dimension complexe, définie dans le rapport Oheix (29) «Il est des individus et des familles qui sont pauvres, non seulement parce que l'argent leur manque, mais aussi par leur éducation, leur rapport à l'emploi, leur logement, leur santé..., à ces domaines on joutera celui de la consommation et de l'accès à la justice.»

Le terme « exclusion » dérive du latin *exclusio* et est composé du préfixe *ex* (hors de) et de *cludere* (fermer. Selon Le Petit Robert). L'exclusion est l'action d'exclure quelqu'un (en le chassant d'un endroit où il avait sa place, ou en le privant de certains droits). On considère, ainsi comme exclus ceux qui sont « mis à côté », parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres.

C'est principalement le cumul des handicaps qui est à la base du processus d'exclusion. Ces handicaps se situent dans divers domaines: économique, social, sanitaire, logement, éducatif.

Parfois, l'exclusion est défini comme un cumul de ruptures avec des «formes essentielles du lien social: travail, habitat, famille-couple».

La définition de l'exclusion varie selon les auteurs mais elle présente toujours les points communs de ruptures sociales multifactorielles. La situation pécuniaire n'est qu'un des éléments constitutifs de l'exclusion.

la population prostituée nigériane est-elle une population en grande désaffiliation sociale ? Nous tâcherons de répondre à cette question en reprenant point par point les différents facteurs pris en compte dans la définition de la précarité sociale et de l'exclusion.

5-b) L'argent

Lors des différentes prise en charge par les bénévoles de l'association, il fut surprenant de constater que les femmes ne disposaient sur elles d'aucune somme d'argent, même minime.

La prostitution est une activité fort rémunératrice puisqu'une femme sur le trottoir rapporterait en moyen 150 000 euros par an et par personne (11)

Mais d'après l'organisation internationale du travail, la personne ne toucherait que 10 % de son activité vénale(1). L'argent servirait à l'éternel remboursement de la dette contractée par la famille, ou par la personne pour venir en France(billet d'avion papiers etc.). L'essentiel de l'argent est conservé par les proxénètes du réseau lui-même. D'après la brigade des mœurs, aucune somme d'argent ne reste en France, la plus grande partie est renvoyée dans le pays d'origine.

Par ailleurs, l'argent et la prostituée ont des rapports complexes. Souvent considéré comme de l'argent sale, l'argent de la «passe» représente pour certaines femmes la culpabilité d'une activité sale et réprouvée moralement. Aussi cet argent «sale» ne peut être capitalisé pour un achat «valable» ou familial. Il doit être dépensé rapidement, par les achats d'objets futiles (maquillage, vêtement etc..). Même si ces

objets sont utiles pour se livrer à la sexualité vénale, ils ne sont pas considérés comme «sérieux».(31)

5-c) Le travail

La prostitution est-elle un travail comme un autre ? Le débat est vaste, et il n'est ici question que de démontrer sa précarité. Cette précarité légitime pour certaines prostituées une reconnaissance du statut de «travailleuse du sexe», car la prostitution reste une activité vénale hors norme.

Dans l'activité prostitutionnelle, il n'y a pas de retraite, de chômage, où d'ouverture de droits à la sécurité sociale. Il n'existe ni cadre législatif d'accident du travail ni de maladie professionnelle. Elles sont pourtant assujetties à l'URSSAF, au titre de bénéfices non commerciaux. Elles sont, par conséquent redevables, d'un impôt sur le revenu.

Concernant, les jeunes femmes africaines demandeuses d'asile, elles peuvent se livrer à la prostitution dans une certaine légalité. Mais, elles n'ont pas le droit de travailler légalement, en tant que demandeuses d'asile.

La question de la prostitution considérée comme une travail se situe au niveau idéologique. Mais, concrètement parce que la prostitution n'ouvre aucun droit ni aucune reconnaissance sociale, elle est une activité précaire.

5-d) Le logement

Les femmes rencontrées sont logées soit à l'hôtel soit en appartement de location. Elles dorment à plusieurs dans le même lit tête bêche, victimes d'une grande promiscuité et ce, pour des raisons économiques.

Il semblerait qu'une même place de lit soit partagée par deux personnes. Une personne se reposant lorsque l'autre se prostitue.

Il ne s'agit en aucun cas d'un lieu convivial que les femmes auraient choisi de leur plein gré. Elles sont logées par une «mama» qui associe aide matériel (logement, nourriture) et surtout contrôle des personnes. En étant logées par la «mama» elles demeurent sous son joug.

Dans l'activité prostitutionnelle des femmes étrangères, le logement est un outil de contrôle de la femme, outil impersonnel et instable où la promiscuité est constante.

5-e) Le niveau d'éducation

Lorsque les femmes sont interrogées sur leurs activités antérieures à la prostitution dans leur pays d'origine, il est étonnant d'entendre qu'elles étaient étudiantes ou bachelières. Elles souhaitent venir en France pour étudier. Ce discours est rapporté fréquemment dans les entretiens. S'agit-il d'un moyen de recrutement pour les proxénètes au pays ? Ou est-ce une manière de légitimer l'entrée en prostitution ? s'agit-il pour ces femmes de passer pour plus instruites qu'elles ne le sont en réalité ?

Beaucoup ne savent ni lire ni écrire. Parce qu'il fallait travailler et aider la famille, elles n'ont pu suivre une éducation scolaire complète. Elles ont le plus souvent stoppé l'école vers l'âge de 9 ans.

5-f) Les liens sociaux et familiaux

Parce que la prostitution est considérée comme une activité honteuse, par la société et par les personnes prostituées elles-mêmes, elle est dissimulée aux proches et membres de la famille.

L'isolement social est une des composantes essentielles de la sexualité vénale, car elle maintient les personnes dans une fragilité affective. Cette fragilité a pour but de les soumettre davantage au proxénète.

Ces femmes sont victimes de prostitution de réseau. Elles sont souvent appâtées par des annonces mensongères pour venir dans les pays européens. D'après le Commandant Tête, elles ne seraient pas au courant pour la plupart de leur futur statut de péripatéticienne. Ainsi la famille d'une part n'est pas au courant et d'autre part ne peut éventuellement leur apporter un soutien une aide quelconque.

Ces femmes sont célibataires, et ont très rarement des enfants (elles sont très jeunes et n'ont pas eu le temps de fonder une famille). Lorsqu'elles ont des enfants, elles cachent leur activité et confient les enfants à une personne restée au pays.

Elles ont souvent des petits amis, identifiés par la police, qui les protègent le soir des agressions éventuelles de clients ou des détresseurs. Les rapports sont ambigus avec ces hommes qui se font payer les services rendus par quelques passes gratuites. Comme avec les clients, les rapports sont purement d'ordre sexuel. La femme reste ainsi dans son statut d'unique objet sexuel.

Par ailleurs les rapports entre elles sont plutôt de nature concurrentielle et soupçonneuse. Lorsque des liens d'amitié se construisent entre certaines d'entre elles,

elles sont le plus souvent séparées. L'une des deux est envoyée dans une autre ville par le réseaux, dans le but de les maintenir dans un isolement social.

En outre, ont-elles l'occasion de côtoyer d'autres personnes que les clients et le personnel associatifs ? En effet, leurs statuts et leurs conditions de vie ne sont pas propices à la création de lien social autre qu'avec des hommes-clients ou des bénévoles de l'association Médecin du Monde.

En ne discernant la société française que par l'intermédiaire du monde associatif de l'hôpital ou des clients, n'ont-elles pas une vision fragmentaire de la société ? Une prostituée bulgare cherche à se faire des amis et sort dans des lieux publics. Elle raconte que, lorsque son entreprise est couronnée de succès, elle révèle son activité prostitutionnelle. A cette annonce ces nouveaux amis français lui annoncent ne plus souhaiter la fréquenter.

Comment envisager alors, pour une jeune femme ne parlant pas la langue, ne rencontrant pas la population française, dont les codes culturels sont radicalement différents une intégration possible ?

5-g) L'accès aux droits

Alors qu'elles appartiennent au groupe de péripatéticiennes le plus nombreux à Nantes depuis deux ans, et qu'elles sont régulièrement victimes d'agression, aucune plainte n'a été déposée auprès du commissariat par une de ces jeunes femmes.

D'après le Commandant Tête ordinairement, à Nantes cinq plaintes annuelles sont déposées par les prostituées dites nanto-nantaises, pour agressions ou

viols. Mais, aucune plainte n'a été déposée par les jeunes femmes africaines, alors qu'elles sont visiblement victimes d'agression, comme elles le disent aux personnes de l'association. D'une manière générale, les prostituées sont victimes d'agressions physiques ou morales pendant leur exercice.

Néanmoins, elles ne font jamais valoir leurs droits comme citoyenne, qui a droit à la sécurité

Concernant l'accès aux soins, aucune des jeunes femmes prostituées ne bénéficiait des droits à la sécurité sociale (auquel elle peuvent souscrire en toute légalité) avant d'être en contact avec Médecin du Monde et aucune n'a poursuivi les démarches nécessaires seules pour continuer la prise en charge.(au moment de notre étude)

Pour le Haut Comité de Santé publique, « le problème ne réside ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées ». (32)

Les obstacles d'accès aux soins les plus coutumiers sont d'ordre individuel, du fait de la complexité des situations individuelles et des trajectoires de vie qui ne facilitent pas les procédures d'accès aux droits. Les obstacles sont aussi d'ordre administratif et institutionnel, en raison de la complexité des démarches, de la multiplicité des dispositifs de l'hétérogénéité de leur application selon les départements.

(32)

Enfin il existe des facteurs psychosociaux, en raison des réticences des professionnels médico-sociaux (par manque d'information et de formation) vis-à-vis des plus démunis.(29)

Ainsi leurs droits existent, mais les personnes ne les font pas valoir. Dans le prochain chapitre, il sera étudié une des causes individuel et psychologique de l'absence de soin chez la personne prostituée.

C-6. Corps prostituée et soins: la décorporalisation

Judith Trinquart dans sa thèse de médecine générale (33) aborde le problème prostitutionnel et l'accès au soin dans une problématique différente : celle du rapport que la personne prostituée entretient avec son propre corps

L'hypothèse principale est que le mauvais état de santé physique et psychique des personnes prostituées dépend d'une profonde «auto-négligence» corporelle présentée par cette population, conduisant à l'absence de recours au système de santé.

La décorporalisation est définie comme un «processus de modification physique et psychique correspondant au développement de troubles sensitifs affectant le schéma corporel, dont le résultat final est la perte de l'investissement plein et entier de son propre corps par une personne, avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé».Ce processus est provoqué par la nécessité de «s'adapter à un contexte d'effraction corporelle répétées et régulières», ou imposant un vécu «d'instrumentalisation extrême du corps de l'individu».

Cette hypothèse considère qu'un traumatisme initial incestueux ou de violence sexuelle est à l'origine de l'entrée en prostitution. Selon les sources, de 60 à 80% des femmes prostituées, auraient été victimes de violences sexuelles(33).

En se prostituant, les femmes reproduisent le traumatisme initial de manière inconsciente et destructrice pour leur propre corps.

Les femmes nigérianes issues de réseaux qui ne se prostituaient pas auparavant, sont «cassées» pendant sept jours (Commandant Tête). Elles sont abusées sexuellement par plusieurs hommes et violentées physiquement jusqu'à ce qu'elle cèdent, c'est à dire jusqu'à ce qu'elles acceptent de se prostituer.

Ainsi pour les femmes non violentées dans leur enfance le mécanisme est reproduit de manière automatique dans «des conditions savamment étudiées pour offrir le maximum d'ignominie» afin de créer un choc post traumatique. Ce choc amène à une compulsion de répétition, compulsion retrouvée dans l'exercice de la sexualité vénale.

Parce que la sexualité est alors une répétition du traumatisme, elle devient elle même un facteur d'aggravation de l'image corporelle responsable d'auto négligence voire d'autodestruction. Les femmes parlent alors de leur corps dissocié pour lequel elles ne ressentent rien. Le seuil de douleur est plus élevée que chez la personne non prostituée.

En effet, une jeune femme ayant un SIDA déclarée avec une tuberculose opportuniste et une hépatite B active continue à se vendre dans des conditions matérielles et physiques très éprouvantes. Alors que ces pathologies médicales sont connues pour être à l'origine d'une grande asthénie, la personne prostituée ne dit jamais être fatiguée et ne se plaint d'aucun symptôme.

Le corps de la personne prostituée est considérée comme un objet qui subira progressivement une perte de la conscience de l'intégrité corporelle.(33)

Le corps ne se conçoit pas comme une source de bien-être potentiel mais comme un instrument qu'il faut maintenir en état d'utilisation. Il est un outil prostitutionnel qu'il est parfois nécessaire de réparer. C'est pourquoi, il peut être secondaire pour la personne prostituée de s'occuper de son corps, de sa santé, ou d'adopter même une pratique liée à la réduction du risque aussi longtemps que le corps permet de se prostituer.

Il ne s'agit plus alors d'une difficulté sociale de l'accès au soin, mais d'une difficulté individuelle et psychologique. Dans un autre aspect des limitations de l'accès au soin nous développerons un autre aspect lié à l'individu : l'acculturation.

C-7. Soins et acculturation

Il apparaît indispensable pour prendre en compte de manière globale la problématique de santé, d'introduire la notion de différence culturelle ainsi que ses relations avec la santé. Nous verrons que les croyances au sujet du sida, mettent en évidence la méconnaissance de la maladie de notre système de soins français.

Dans un second temps nous aborderons l'autre versant du problème: l'acculturation et ses conséquences sur l'accès au soin. A partir de cette expérience de terrain, il convient de mettre en évidence que la perception de la maladie est liée à un héritage culturel, mais non de considérer ces exemples comme totalement représentatifs du rapport qu'entretiennent toutes les femmes prostituées nigérianes nantaises avec le VIH.

7-a) Les croyances

(1) Le secret médicale

Une des premières idées sur le système de soins apparue à l'interrogatoire des personnes prostituées réside dans l'inexistence du secret médical. Le secret médical pour ces jeunes femmes n'existe effectivement pas en Afrique. Peut-on faire confiance à un soignant «blanc» en France, sachant qu'en Afrique, il est impossible que la maladie n'appartienne qu'au patient puisque lorsque une personne est séropositive toute la communauté en est informée.

« Un des problèmes majeurs que soulève le dépistage du VIH est la confidentialité des résultats et la vigilance quant à l'exclusion toujours possible des personnes identifiées comme infectées par le VIH. Dans le milieu médical et para médical, le plus souvent, la confidentialité n'est pas strictement respectée en pratique courante »(34) Le secret médical est rarement observé en Afrique. Il est difficile pour elles de concevoir ou même de savoir qu'il existe un respect du secret médicale en France. Il faut, pour envisager sereinement l'accès à leur santé, les convaincre de la réalité du secret médical. Il s'agit d'une entreprise difficile et de longue haleine.

Les jeunes femmes préfèrent parfois demeurer dans l'ignorance de leur statut sérologique. Si leur statut séropositif est connu de l'entourage, il risque d'exposer au rejet et à la honte du reste de la communauté.(28)

*(2) « Le sida se voit et ne se traite
pas »*

D'après les jeunes femmes africaines le VIH est visible physiquement sur la personne. Pour beaucoup d'entre elles, il marque le corps et expose à une mort certaine rapidement. En effet, la surprise a été grande chez les bénévoles de l'association lorsqu'ils ont compris que beaucoup de femmes ne connaissaient pas l'existence de traitement, ni le fait qu'elles puissent en bénéficier.

Ces méconnaissances expliquent une partie des comportements, vis à vis des soignants et de l'hôpital. Effectivement, pourquoi savoir si on est atteint du VIH, s'il n'y a pas de traitement ?

(3) « C'est une maladie divine »

Le sida est parfois considéré comme «une punition envoyée par dieu pour la mauvaise vie menée en France». Il s'agit alors d'une fatalité. Une nigériane, à l'annonce de sa séropositivité, alors qu'il est question de soins à entreprendre, répond «je vais retourner dans mon pays et je vais prier Dieu pour qu'il me soigne». Il s'agit alors comme c'est une sentence divine, de reprendre une vie en dehors de la prostitution, une vie en accord avec dieu. D'autre part, comme dieu est l'origine de cette pathologie, lui seul peut la guérir: l'hôpital, le médecin et les traitements deviennent alors inutiles.

C'est ainsi que dans beaucoup de sociétés, en Afrique de l'ouest notamment, les soins font intervenir deux personnages clefs, le devin, dont le rôle est

d'établir le diagnostic en ramenant la cause de la maladie au vécu du sujet, et le sorcier qui élabore les remèdes et dirige les rituels, lesquels sont le plus souvent collectifs.

(4) Les catégories de
l'anthropologie, *illness*, *sickness*,
disease.

En faisant rapidement quelques rappels d'anthropologie médicale, nous essayerons de monter la complexité de ce qu'est le terme de maladie.

Pour penser la maladie d'un point de vue sociologique, les anthropologues se sont basés sur trois catégories présentes dans la langue anglo-saxonne: *illness*, *sickness* et *disease*.

▪ **illness**

La maladie est d'abord ressentie de manière subjective par un individu comme une altération morale ou physique incapacitante et déplaisante. C'est la dimension subjective désignée sous le terme de *illness*. Cette altération est aussi codée culturellement. En Chine ancienne, la cataracte n'était pas synonyme de maladie, mais au contraire marque de sagesse.

En ce qui concerne les personnes prostituées, *l'illness* est en rapport avec la décorporalisation. La maladie est niée afin de continuer l'exercice prostitutionnel. En outre, la partie subjective de la maladie est liée pour la population qui nous intéresse à une culture différente de la culture occidentale de la perception de la maladie.

▪ **sickness**

Puis, le fait pour le sujet d'être reconnu comme malade, et de se percevoir lui-même comme tel, entraîne une modification de son statut, du regard qu'il porte sur lui-même, de son comportement, ainsi que ceux des autres à son égard (attitudes oscillant de la compassion à l'exclusion). Des institutions et des attitudes vont être activées au niveau de la société (ex. hôpital, mises à l'écart, prise en charge etc.). L'ensemble de ces phénomènes rentre dans le cadre ce que l'on appelle *sickness*. Il s'agit pour les prostituées africaines d'une maladie qui risque de les mettre à l'écart, soit parce que leur maladie entraîne une diminution de leur capacité de «travail»(et donc rapporter moins d'argent au réseau), soit parce que les autres jeunes femmes auront peur d'être infectées.

▪ **disease**

La troisième phase *disease*, va concerner les mécanismes mis en branle afin d'une part de donner une dimension explicative (recherche des causes) aux symptômes dont souffre le sujet et d'autre part de proposer un schéma thérapeutique. La recherche des causes est codée par la culture à laquelle la personne prostituée appartient et ainsi la conception du monde qu'elle renferme. De cette recherche de cause dépend les thérapeutiques auxquelles souscrivent les personnes.

Pour un médecin, si un patient a le sida c'est parce qu'il a eu des rapports sexuels avec une personne contaminée. C'est le niveau de causalité général, qui pour être acceptable n'en sera pas moins insuffisant.

En effet, toutes les personnes ayant eu des relations sexuelles non protégées entourent un ne vont pas mécaniquement et obligatoirement développer une

maladie. L'individu malade se posera toujours la question de savoir pourquoi lui, là et maintenant a été atteint. En même temps qu'il cherchera à abolir la souffrance (efficacité thérapeutique), il voudra donner un sens à sa maladie par rapport à son vécu individuel (efficacité symbolique).

Cette quête entre les deux pôles que constituent la recherche d'un remède adéquat qui fait disparaître les symptômes d'une part et qui donne un sens au malheur qui frappe d'autre part conditionnera les itinéraires thérapeutiques des malades. Ainsi si, la personne prostituée, expliquant sa séropositivité comme la conséquence d'une punition divine en lien avec sa vie peu en accord avec la morale chrétienne considère indispensable pour sa guérison de retourner prier dans son église habituelle au Nigeria.

En général, et d'après les travaux des anthropologues sur la maladie, les mécanismes de mise en accusation renvoient presque toujours et partout aux tensions sociale. Quatre grands types de mises en accusation sont retrouvées: celle de l'entourage familial, celle de l'autre proche (voisins, membres de la même tribu...), celle de l'autre lointain (la figure de l'étranger). La quatrième serait spécifique des sociétés industrielles et concerne la mise en accusation de la société : « i je suis malade c'est à cause de la pollution, du stress, du travail... » Elle expliquerait en partie aussi le succès des médecines douces, le chimique, et donc les médicaments, étant associé aux mauvais aspects de la société parce que opposé au «naturel», considéré comme bon.

Les médecins, les infirmières, et les soignants en général, bien loin d'être au centre du système, comme ils le présument. Ils ne sont que des maillons sur cette chaîne que constituent les itinéraires thérapeutiques. A partir de quand un malade décide t-il de venir dans une structure de santé, selon quels mécanismes, quelle idée a t-il de sa

maladie et celle-ci coïncide t-elle avec les explications fournies par les soignants ? Quelles perceptions se fait-il des traitements qu'on lui propose («on n'a juste que des comprimés! pourquoi, ils ne font pas des injections ? ») ; pourquoi les arrête t-il...? Autant de questions qui pèsent de tous leurs poids en terme de santé publique et qui ne sont presque jamais prises en compte.

En conclusion, retenons deux idées: tout d'abord, la maladie active des représentations de l'être humain et des structures sociales, et qu'ensuite, il n'y a pas forcément de contradiction pour les patients entre la quête du sens (dimension magique étiologique) et la recherche de l'abolition des symptômes (dimension rationnelle et empirique)

Ainsi, parfois certaines personnes prostituées peuvent attribuer aussi l'origine de leur maladie à une origine divine et dans le même temps accepter une thérapeutique occidentale avec des prises médicamenteuses.

Il est important pour une prise en charge médicale efficace de concevoir que des facteurs culturels peuvent influencer celle-ci. Les soignants doivent savoir que ce qui est pour nous acquis, ne l'est pas pour des populations d'origine ethnique différente. Ces écarts de culture influencent la notion même de maladie, tant pour les patients que pour les soignants.

Outre la vision anthropologique de la maladie il existe aussi un facteur qui influence directement l'accès au soin d'une personne. Il s'agit de l'acculturation. En effet, il a été démontré en santé publique que le déracinement d'une personne de son pays d'origine lui fait courir un risque en terme de soin.

(5) Acculturation et santé

L'acculturation est définie comme «un processus multidimensionnel, résultant d'un contact entre plusieurs groupes, au cours duquel des individus ayant fait leur premier apprentissage dans une culture donnée, adoptent le mode de vie caractéristique (attitudes, valeurs et comportements) d'une autre culture ».(36)

Une étude menée à la demande du gouvernement canadien sur l'accès au soin met en exergue des différences à propos de la population canadienne et des immigrants arrivés au Canada depuis moins de douze mois. (36)

A l'interrogatoire, les chercheurs ont mis en évidence chez les immigrants (à droit égal) des tendances à minimiser, à normaliser les problèmes et à y faire face seul (facteur commun à tous les groupes, mais particulièrement prononcé chez les immigrants). Le décalage ethnique perçu chez les immigrants, c'est-à-dire notamment l'impression que les professionnels de la santé ne comprennent pas leur culture ou qu'ils ont des préjugés envers celle-ci limitent leur accès aux soins.

Les autres obstacles importants à l'accès aux soins étaient la crainte de la stigmatisation, la méfiance vis-à-vis du système de santé et les obstacles pratiques comme la disponibilité après le travail.

Mais il existe même des différences d'accession aux soins entre les population, selon leur délais d'arrivée dans le nouveau pays.

Le gouvernement canadien mène des études comparatives entre état de santé de la population canadienne ou immigrante installées depuis 10 ans au Canada et la population immigrée au Canada depuis moins de 12 mois. Ces études établissent des

différences entre les deux populations dans un accès au soins d'une santé préventive.(36)

«Les taux de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes immigrantes de certaines régions (notamment l'Asie du Sud-Est) étaient bien inférieurs à ceux observés chez les Canadiennes de naissance». Ce même ensemble de données a déterminé que le fait d'avoir séjourné au Canada depuis moins de 10 ans et celui de parler une langue autre que l'anglais ou le français à la maison étaient des variables prédictives significatives du fait de ne jamais avoir subi de test ou de mammographie.(36)

Ainsi, les facteurs culturels entrent en jeux dans prise en charge médicale d'une personne.

Par exemple, une personne prostituée pense que son groupe d'appartenance ethnique (nigériane) est perçu négativement par les soignants. Notons que cette perception ne dépend nullement de la réelle perception qu'à le soignant de la différence ethnique. Même en l'absence de racisme avéré de la part des soignants la personne prostituée aura tendance à moins accéder au soin.

Le fait d'appartenir à une ethnie différente suffit à limiter l'accès au soin de la personne parce que l'héritage culturel de la personne est à l'origine de la perception de la maladie et à son ressenti et d'autre part, parce que cette différence culturelle entre en jeux dans les relations au soignant et au système de soin. Les personnes nouvellement immigrées se sentent fréquemment victimes de racisme ou de traitements différents.

C-8. Conclusion

Sur le plan théorique en France aujourd'hui toute personne, en situation précaire, peut bénéficier d'un accès au soin gratuit. Elle peut bénéficier d'examens médicaux, de traitements onéreux et d'un suivi de qualité sur le plan médicale gratuit.

Une personne prostituée nigériane peut profiter de soins de bien meilleure qualité et de moindre coût qu'au Nigeria. Mais il lui faut pour cela avoir connaissance de la maladie, du système de santé. Il lui faut surtout appréhender de manière globale le fait d'être malade et d'accéder à un thérapie. Elle doit pour cela passer outre les différences culturelles et les stigmates de sa condition de péripatéticienne.

En effet, cette population présente une addition de facteurs à l'origine d'une limitation à la prise en charge médicale.

Ces différents facteurs sont la prostitution, l'exclusion, le racisme, l'illettrisme, l'acculturation, l'appartenance à une ethnie différente. Nous appèlerons ces facteurs des «facteurs de résistances» à l'accès au soin.

Ces «facteurs de résistance» sont-ils associés par hasard ? En effet, cette grande précarité mise en évidence dans le cadre de l'accès aux soins n'est-elle pas «utile» et indispensable à l'existence et à la persistance de la prostitution ? La précarité de ces personnes n'est-elle pas un moyen de les soumettre et de les contrôler de la part de leurs proxénètes ? Comment dans cette situation mettre en place une action de santé ?

Dans le chapitre suivant, il sera tenté d'analyser une nouvelle politique de santé s'adressant spécifiquement à un public en grande précarité: la réduction des risque.

Cette politique de santé est actuellement la principale qui existe concernant la prostitution. Elle est pratiquée par l'association Médecins du Monde depuis de nombreuses années au sujet de la toxicomanie.

La réduction des risques est appliquée par de nombreuses associations non médicales telle «Cabiria» association Lyonnaise ou encore «l'amical du nid».

Dans le chapitre suivant nous expliquerons ce qu'est la réduction des risques et nous interrogerons sur les pièges éventuels de l'application de la réduction des risques au monde prostitutionnel.

IX- Les risques de la réduction des risques

La réduction des risques est une politique sanitaire largement répandue en Europe. Elle concerne maintenant des domaines médicaux variés : de l'utilisation des insecticides au tabagisme.

La réduction des risques est actuellement appliquée, par de nombreuses associations dans le cadre d'une prise en charge médicale du phénomène prostitutionnel.

Elle est d'une part étendue à de nombreux pays en Europe et dans le monde, ce quelle que soit l'attitude législative vis à vis de la prostitution : réglementariste, prohibitionniste et abolitionniste.

Cette politique semble faire l'unanimité dans un cadre sanitaire européen puisque qu'une charte de la réduction des risques a été ratifiée en 1999, concernant la toxicomanie.

Dans un premier temps, nous développerons la réduction des risques dans son contexte initial c'est-à-dire appliquée à la dépendance aux drogues.

Puis il sera exposer les ambiguïtés et les risques d'une politique initialement appliquée à la toxicomanie et adaptée à la prostitution.

Nous prendrons l'exemple des Pays Bas, ou une politique ultra-libérale et réglementariste est menée en rapport avec la prostitution, associée sur le plan médicale à une politique de réductions des risques.

Nous verrons que la réduction des risques peut être utilisée comme argument politique d'une dérive réglementariste dans l'utilisation du corps comme instrument de travail.

Enfin dans une dernière partie, il sera envisagé les difficultés et les incohérences en France du monde associatif à l'encontre de cette politique sanitaire. Cette incohérence concerne toute association d'obédience abolitionniste qui applique la réduction des risques. Elle réside dans le fait d'être abolitionniste (c'est à dire de lutter contre la prostitution) et dans le même temps de lutter pour la réduction du risque prostitutionnel, ce qui implique de tolérer en pratique son existence.

Peut-on se placer résolument dans le cadre de la lutte contre la prostitution en se réclamant d'un courant abolitionniste et dans le même temps appliquer une politique de soins pragmatique de réductions des risques ? Un glissement de l'action sanitaire de réduction des risques vers une politique de soins hygiéniste est un danger potentiel.

La réduction des risques est plus cohérente avec une politique publique réglementariste telle qu'elle existe aux Pays bas

IX-A. Qu'est-ce que la réduction des risques

Il s'agit d'une politique de santé publique initiée aux Pays bas dans les années 1970 et reprise en France par les associations de lutte contre le SIDA et contre la drogue. Cette politique sanitaire s'est développée par réaction en France à l'épidémie du SIDA.

Le terme « réduction des risques » fait son apparition en France dans le champ des toxicomanies au début des années quatre-vingt-dix. C'est une traduction approximative de l'expression anglaise « harm reduction », dont le sens littéral est plutôt « réduction des effets nuisibles sur la santé », ou encore « réduction des dommages » (sous-entendu « causés par l'usage des drogues »).

Cette politique de santé publique originaire des Pays bas s'est tout d'abord inscrite dans la prise en charge de la toxicomanie et cela, même avant l'épidémie du VIH.

Son objectif est de réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogue pour l'usager comme pour la société.(37)

«Les principes de cette politique de santé publique peuvent être résumés par

- 1) une approche intégrée des drogues licites et illicites qui fait appel à la réglementation, à l'information et à la prévention ;
- 2) une approche fondée sur une hiérarchie des risques sociaux et sanitaires: l'action publique doit privilégier les risques les plus graves;
- 3) une approche intégrée de l'usage, de l'abus et la dépendance: prévention et soin s'inscrivent dans une continuité qui commence avec la prévention de l'usage (mieux vaut ne pas consommer), continue avec la prévention de l'abus et de la dépendance (mieux vaut consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible) pour aboutir au traitement, qui doit également s'inscrire dans une logique de réduction des risques. Aussi l'amélioration de la santé et de la qualité de vie doivent-elles être ses premiers objectifs. Ces améliorations sont d'ailleurs des étapes nécessaires à la sortie de la dépendance;
- 4) l'appel à la responsabilité: il appartient à l'usager de protéger sa santé ; il doit être associé aux actions qui lui sont destinées et ses choix doivent être informés».(38)

Ainsi on peut dire aux consommateurs de drogue qu'il est préférable de ne rien s'injecter, mais que s'ils le font, il est préférable de ne pas échanger leur seringue, s'ils décident de le faire, il vaut mieux les nettoyer auparavant, et ainsi de suite.

Cette définition exclut tout moralisme et implique qu'il faut accepter que certains sujets continuent à consommer de la drogue.

Pour autant, cette position ne doit pas être assimilée à du défaitisme. La société et les associations doivent faire quelle que chose. Mais Le but des services spécialisés devient modeste (*aider*).

En outre, les pouvoirs publics font confiance aux capacités d'autorégulation et d'autodétermination des usagers. Il s'agit de *réduire*, et non pas d'*éliminer* les dommages en relation avec la drogue.

Enfin, les *risques* à réduire sont ceux causés aux usagers, mais aussi à autrui, c'est à dire la société. Les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles Cet ajout est destiné à rassurer ceux qui, à tort ou à raison, redoutent que la notion de réduction des risques ne cache, sous couvert de traiter des problèmes de santé publique, une volonté d'agir pour modifier la loi ou la culture dominante.(39)

La tension entre les impératifs de la réduction des risques et ceux de la répression de l'usage des drogues, ne saurait pourtant être sous-estimée. Si l'objectif premier de la politique de réduction des risques n'est pas la modification de la législation sur l'usage des stupéfiants, c'est pourtant l'abolition de la politique répressive concernant la drogue qui permettrait de conduire une meilleure politique de réduction des dommages.

La politique législative est jugée trop répressive(38)(39)

Il existe théoriquement un versant social de la réduction des dommages qui comprend, outre la pathologie médicale, une réduction du risque sociale à l'usage de la drogue. La réduction des risques est sensée s'appliquer aussi au risque social inhérent à l'usage de la drogue (logement, accès soins etc.) Ce volet social est peu développé en pratique et reste mineur. (39)

La réduction des dommages se veut pragmatique, l'utilité est considérée comme la valeur suprême. (39)

Mais alors cette politique veut éviter toute prise de position politique, les acteurs des associations finalement revendiquent, avec des arguments sanitaires, un changement dans la politique menée pour la décriminalisation de la drogue.

Cette prise de position met en contradiction l'état, les acteurs sociaux et consommateurs. La contradiction est liée au fait que la détention de drogue est illicite et par conséquent les usagers sont considérées comme des délinquants. Ce statut de «délinquant» les amène à masquer leur usage de drogues auprès des associations et des structures d'état, ce qui rend leur prise en charge médico-sociale malaisée. (38)

Pour une partie du tissu associatif, la libéralisation des drogues permettrait un meilleur contrôle des usagers et donc des pratiques. De plus, la libéralisation permettrait de limiter la délinquance associée à l'usage de la drogue, considérant les toxicomanes comme des hors la loi.

Ainsi, il semble difficile dans le cadre d'une action de santé, pour les acteurs de rester en dehors d'un positionnement politique. Cette politique sanitaire est-elle applicable à la prostitution ?

En étendant la réduction des risques à la sexualité vénale, un parallèle est fait en toxicomanie et prostitution. Peut-on considérer alors la personne prostituée comme une toxicomane ? le piège est alors d'omettre qu'il existe des différences entre toxicomanie et prostitution. N'est-ce pas alors oublier qu'il s'agit d'un commerce sexuel ? La prostitution serait-elle alors une addiction sexuelle ?

Dans le chapitre suivant nous tenterons de montrer que, en appliquant abruptement les règles qui définissent l'efficacité de la réduction des risque en manière de toxicomanie, il existe un risque de dérive de cette politique sanitaire. Cette dérive consiste en une politique sanitaire qui ne tiendrait compte que de la santé des «usagers» de la prostitution sans remettre en cause son existence.

IX-B. Prostitution et toxicomanie points communs et différences les répercussions en terme de santé publique

B-1.Les liens indéniables

Il n'est pas question ici de remettre en question le fait que la toxicomanie soit parfois associée fortement à la prostitution. Il a été décrit le cercle vicieux de la drogue et de la prostitution. Pour surmonter le dégoût de la «passe» la personne prostituée se drogue, et la «passe» confère les moyens financiers rapides d'acheter sa dose d'héroïne.

Néanmoins, toutes les personnes toxicomanes ne se prostituent pas et toutes les prostituées ne se droguent pas.

Les modifications socio-démographiques de la population prostituée mises en évidence à Nantes montrent plutôt une diminution de l'usage de stupéfiants dans la population des prostituées de réseau.

Pour le moment à Nantes, aucune fouille de police n'a retrouvé de substance illicite parmi les jeunes femmes nigérianes (Commandant Tête). Il a parfois été soupçonné une prise ponctuelle de cannabis.

La politique de réductions des risques mise en place par l'association Médecin du Monde à Nantes s'applique en priorité à cette population de prostituées de réseau.

En France, on considérerait d'ailleurs comme normal et inévitable, le fait de prendre une substance qui permette de surmonter l'aversion de la relation sexuelle vénale, que ce soit une drogue interdite ou un médicament. Dans le premier questionnaire établi par l'association Médecins du Monde un volet usage de drogue existe.

Les représentations de la prostitution pour la population associent les stupéfiants et la prostitution. Cette association de fléaux permet souvent de légitimer et comprendre le phénomène prostitutionnel, pour une partie de la population associative.(40)

En effet l'usage de la drogue peut être considéré comme une maladie psychiatrique qu'il convient d'éradiquer, mais qui reste une explication tolérable pour les personnes non prostituées de son entrée ou de sa difficulté à en sortir. En donnant une explication individuelle et médicale de la prostitution par une pathologie additive, la société évite de remettre en question l'existence même de la sexualité vénale.

Pourquoi les femmes issues de la prostitution de réseau n'ont-elles pas recours à ces substances ? Probablement parce qu'elles mettent en place des stratégies différentes pour tolérer cette situation.

Il ne s'agit pas de dire ici que ces femmes étrangères tolèrent mieux la prostitution que les prostituées françaises. En effet, lors des entretiens menés dans ce travail d'enquête, une demande fréquente est : comment sortir de la prostitution, comment travailler en France, voire parfois comment rentrer dans leur pays.

Le lien entre prostitution de réseau et toxicomanie semble rare, est-il alors pertinent d'appliquer une politique de santé s'adressant initialement aux personnes usagers de drogues.

En reprenant un à un les points essentiels qui définissent la réduction des risques, il sera examiné, dans le chapitre suivant, comment une application inadéquate de la réduction des risques entraînerait des effets contradictoires vis à vis de la prostitution.(39)

B-2.Toxicomanie et prostitution : quelles différences en terme de prise en charge dans le cadre d'une réduction des dommages ?

**2-a) « Les pouvoirs publics font
confiance aux capacités
d'autorégulation et
d'autodétermination des
usagers »(39)**

Cette disposition inhérente à la réduction des risques sous-tend que la personne prostituée, comme la personne toxicomane, est seule face à sa pratique. Or, si la toxicomanie se partage autour de drogue ou de pratiques, elle reste le fait d'un seul individu. Alors que la prostitution concerne toujours trois personnes : la personne prostituée, le proxénète et le client.

Dans la prostitution, l'action de réduction des risques ne s'adresse en pratique qu'à une seule personne prostituée gommant souvent le proxénète et le client.

De la même manière que le cadre juridique ne concerne pas le client, la réduction des risques pourrait le négliger.

Pourtant, la relation sexuelle vénale est bien une relation duelle autour de l'argent ou s'exerce la domination de l'homme, du client, qui exige un service comme un consommateur et qui utilise le corps de la femme comme un objet. L'homme -client peut imposer alors une relation sexuelle sans protection. La femme-prostituée accepte ou refuse en fonction de contraintes extérieures soit physiques de son proxénète, soit pécuniaires.

Pour une politique efficace sanitaire ne faudrait-il pas prendre en compte le client de manière spécifique en lui adressant des messages préventifs ciblés ? Ces messages se préoccuperaient de la nature même de la prostitution ou du risque inhérent

aux relations sexuelles non protégées. Comment mettre en place ce type de prévention puisque à l'heure actuelle le client est un grand inconnu, rarement interpellé par la police.

Le client n'a d'ailleurs jamais été la cible d'un propos particulier au sujet des conditions de vie des péripatéticiennes. Il reste au regard de la loi, celui qui consomme la sexualité vénale en toute impunité, contrairement à celui ou celle qui peut être accusé de proxénétisme ou de racolage.

Lors du travail de terrain effectué auprès de «médecins du monde», lors de l'été 2002, les sujets journalistiques explosent sur la prostitution de réseau. Certaines prostituées se plaignent de la diminution du nombre de leurs clients qu'elles rattachent à la publicité négative véhiculée par les médias.

Ainsi les personnes prostituées affirment que plus leurs conditions de vie sont décrites dans les médias, moins nombreux sont les clients.

Par ailleurs, penser que toutes les personnes prostituées sont aptes à l'autodétermination en terme de santé, c'est présupposer qu'elles sont libres et conscientes de leur statut de femmes courant un risque médical (et le prenant en compte). Cela suppose aussi qu'elles connaissent et souhaitent accéder aux soins médicaux auxquels elles ont droits.

La réduction du risque s'adresse en France à une population masculine majoritairement, qui a une représentation occidentale de la maladie et qui sait lire et écrire.⁽³⁹⁾ Dans la réduction des risques, il est sous-tendu que les personnes toxicomanes peuvent choisir de se droguer en connaissance de cause et avec autodétermination.

Mais La population cible est différente en terme sociologique concernant la personne prostituée puisqu'il s'agit de femmes, contraintes à leur exercice et ne connaissant que peu le système de santé français.

Dans quelle mesure les personnes prostituées peuvent-elles refuser un exercice prostitutionnel à risque ?

Enfin si la théorie de la décorporalisation est bien réelle, quel intérêt portent les femmes à leur propre santé ? comment peuvent-elles saisir et appliquer les principes d'une exercice sexuel sans risque médical ?

Le désir de santé ne vient-il pas davantage de la société, qui cherchant à se protéger, légitime une action de santé associative. Des points communs avec l'hygiénisme sont retrouvés: la sexualité vénale est inévitable, il faut alors protéger la société des maladies en rapport avec celle-ci (comme le SIDA). Pour éviter l'ouverture des maisons closes, la prise en charge médicale est laissée aux associations de santé caritatives.

2-b) Une réduction du risque réduite à la distribution de préservatif

Concernant la toxicomanie, l'Etat a mis en place depuis les années 1980, à disposition des usagers des kits d'injections stériles pour drogues intraveineuses associées à un discours préventif (relayés par les associations concernant le VIH).

Au sujet de la prostitution et sa menace sanitaire, le risque à réduire est liée à la sexualité portant essentiellement sur les préservatifs.

Une dérive possible serait alors que la réduction des risques consiste en une unique distribution de préservatifs, oubliant ainsi les autres «risques» sanitaires et sociaux.(les risques liés à d'autres pathologie mais qui ne concerne pas le reste de la société comme les souffrances psychologiques des personnes prostituées par exemple)

Il pourrait s'agir d'une politique de santé publique qui se satisfait de limiter l'extension de l'épidémie du sida, sans aborder les souffrances psychologiques, ou sans aborder la traite des êtres humains dont sont victimes les prostituées de réseaux. Puisque en appliquant la réduction des risques, la menace sanitaire dans l'ordre des priorités prostitutionnelle est de limiter les infections sexuellement transmissibles. Le préservatif est l'analogie prostitutionnel du kit stérile de la personne toxicomane.

La réduction du risque deviendrait alors une distribution gratuite de préservatifs, plaçant la prostitution dans les relations sexuelles «normales» et omettant le caractère humiliant de la relation sexuelle vénale. Cette humiliation a été abondamment entendue lors des entretiens réalisés avec les personnes prostituées.

Par extension, le risque à terme n'est il pas d'oublier que la relation sexuelle vénale considère le corps de la personne prostituée comme un objet sexuel utilisé par le client afin d'assouvir une pulsion physique ?

Le sociologue Werlzer-Lang décrit la relation entre client et prostituée par une oscillation entre mépris et dégoût. (32)

Une politique de réduction des dommages appliquée sans se préoccuper du problème de fond de la sexualité, ne risque-t-elle pas d'influencer la perception de la sexualité vénale au point de la rendre normal, habituelle ?

L'usage du préservatif est utilisé comme argumentaire d'une professionnalisation de la prostitution: l'usage du préservatif prouve l'engagement des professionnelles du sexe à faire de la «bonne prostitution», en limitant la transmission de pathologies infectieuses.

En effet, pour rendre plus efficace la réduction du risque sanitaire et social ne faut-il pas légaliser la prostitution, pour mieux contrôler les personnes prostituées et leur donner accès à leurs droits sociaux ? Cet argument est souvent repris dans la toxicomanie. Il convient de légaliser l'usage de la drogue pour en limiter les effets sanitaires.

**2-c) La prostitution envisagée comme
seul risque sanitaire: par définition
tout moralisme est exclu dans le
cadre de la réduction des
dommages.(39)**

Il s'agit d'un des principe de base de la réduction des risques: l'absence de moralisme. En ne portant pas de jugement personnel ou de valeur sur l'usage de stupéfiant, la prise en charge thérapeutique se veut plus efficace parce que la population des toxicomanes est plus à l'écoute de conseils médicaux.

Mais, en oubliant tout sens moral donner à une action de santé, le risque est bien d'oublier qu'il s'agit de la traite d'êtres humains.

Autant la toxicomanie peut être considérée comme un choix ou une difficulté personnelle, autant il est «risqué» de considérer la prostitution comme un choix librement consenti ne concernant que la personne prostituée.

L'expérience de terrain auprès de « Médecin du Monde » n'a jamais pendant cette année de travail montré de femmes heureuses et épanouies de leur situation de péripatéticiennes parce qu'elles avaient choisi cette situation.

Les interrogations des femmes tournent surtout autour de leur stigmatisation en tant que de péripatéticiennes et de la sortie de la prostitution.

Plus généralement, «la prostitution est un acte dont les causes ont des racines si profondes qu'on peut légitimement se demander s'il s'agit d'un choix ? » (41)

Elle affirme que 80% des personnes prostituées qui s'adresse aux services sociaux ont été victimes de maltraitance ou de violences sexuelles dans l'enfance. (41)

Une société peut-elle accepter qu'une partie de sa population se livre à des violences sexuelles contre elles-mêmes, et ce, en clamant une liberté de choix ?

Comment mener une réduction des risque, et donc ne pas porter de jugement moral, sans risquer de légitimer l'existence de la sexualité vénale ?

Christian Bernard, psychologue expert auprès de la cour de Rennes se demande «peut-être y a t-il un choix rationnel, commercial dans la prostitution. Toute fois je dirais: il a bien du se passer quelle que chose pour en arriver à penser que le corps soit «bon à prendre» par les autres. Il y a eu des défaillances, pourquoi pas des érotisations d'agressions précoces dans la période infantile, avec amnésie, et qui en fin de compte fonctionnent bien en traumatisme qui agit de l'intérieur, à l'insu de la personne ?»(41)

Concernant les prostituées issues des réseaux, elles sont parfois vendues par leur famille ou sont embrigadées sous de fallacieux prétextes.

La question de santé associée à la prostitution ne doit pas se dégager de toute morale, au risque d'entrée dans une routine de soins qui oublierait la problématique initiale de sexualité et d'argent.

2-d) «il s'agit de *réduire*, et non pas d'*éliminer* les dommages en relation avec la prostitution » et «de *hiérarchiser* les dommages»

(1) La réduction de quel risque ?(39)

Touchant la toxicomanie, le dommage à éviter est donc la transmission du VIH, en repoussant à plus tard l'arrêt de la prise de stupéfiant.

Il est considéré par la société que le risque le plus grave est le VIH, puisque mortel inévitablement, alors que l'usage de la drogue n'aboutit pas systématiquement à la mort.

De la même manière dans la prostitution, la hiérarchie des priorités est attribuée initialement au VIH. Le premier risque pris en considération est donc posé comme un risque sanitaire par les associations, en appliquant tel quel le risque de la toxicomanie. Mais n'est-ce pas oublier que le risque social, inhérent à la prostitution, d'une vie précaire ou la priorité est de rester en vie avant de rester en bonne santé ? Le processus est-il le même dans la prostitution aux yeux de la personne prostituée ? Le toxicomane recherche en toute priorité sa drogue, la personne prostituée ne cherche-t-elle pas en priorité à rester en vie ? Et dans cette mesure comment peut-elle considérer sa propre santé ?

Une étude sur la prostitution de rue en Angleterre, menée en 1995 montre que 90 % des prostituées avaient été victimes de violence, (30% avaient été violées, 40

% souffraient de conséquences d'abus physiques graves, dont des blessures par armes blanches) et 73% avaient victimes d'attaques multiples. (41)

Il ne s'agit pas ici, d'affirmer que la question de santé est toujours secondaire pour une femme prostituée mais plutôt de se questionner dans quelle mesure elle peut y porter de l'intérêt.

A Nantes aucune femme nigériane n'a porté plainte au commissariat en 2000 et 2001, or elles sont régulièrement victimes d'agressions physiques et verbales (commandant Tête).

Le risque sanitaire peut devenir secondaire quant les conditions de vie sont extrêmement rudes. La priorité est la survie. En effet, il est admis que le risque médical de première urgence concernant la toxicomanie est la transmission du VIH, mais la question n'a pas été posée au sujet de la personne prostituée issue de réseau, pour elle quel est le risque vital immédiat ?

Il n'est pas question de remettre en cause le bien fondé d'une politique sanitaire visant à limiter les Infections Sexuellement Transmissibles par la distribution de préservatifs. Mais on peut se questionner sur la mise en place d'un dispositif sanitaire qui ne prendrait en compte que le risque médical ou ferait passer le risque social au second plan.

(Sous le terme de risque social il est entendu le risque immédiat lié à la prostitution de mise en danger sa propre vie).

(2) La réduction des dommages sanitaires pour qui ?

Mais en plaçant le risque sanitaire comme prioritaire dans la prise en charge de la prostitution, il existe un danger de faire passer au second plan la sortie de la prostitution, voire de l'oublier totalement. Car la priorité est de limiter l'épidémie de maladies sexuellement transmissibles parmi la population générale. Même si cette priorité est légitime elle ne risque pas moins de faire oublier pour les personnes prostituées leurs conditions de vie.

D'une part cette réduction des risques incrimine à priori les femmes prostituées comme toutes séropositives et d'autre part elle leur attribue une incompétence en terme de pratiques sexuelles à risques.

Bien souvent, les personnes prostituées à Nantes connaissaient le préservatif et son usage avant l'intervention de l'association Médecins du Monde. L'ignorance portait davantage sur les représentations occidentales des maladies et sur le système de soins français.

Les femmes interrogées dans le cadre de cette thèse savent que le VIH est une Infection sexuellement transmissible, même si une attribution divine de la maladie existe ou si elles ne connaissent pas les modalités des traitements.

Limiter l'action de réduction des risques aux infections sexuellement transmissibles, ne revient pas finalement à entretenir le «cheptel». La lutte contre la prostitution ne subsiste plus. Il s'agit de lutter contre l'infection potentielle du groupe des personnes prostituées pour sauvegarder la population des hommes-clients. La

société aurait pour objectif de conserver le groupe des personnes prostituées en bonne santé pour qu'elles remplissent leur fonction sociale.

On revient alors à l'image de la femme souillée, outil corporel, utilisable dans la mesure où elle n'infecte pas la femme pure ou «honnête» par l'intermédiaire de l'homme vecteur.

2-e) Loi et réductions des risques

Concernant la toxicomanie, il existe un désir important de décriminaliser l'usage des stupéfiants pour améliorer la politique sanitaire mise en place. Par exemple, en prison, l'usage de drogues est non seulement interdit, mais il n'est pas supposé exister. Aussi, il est rationnel de laisser à disposition des prisonniers une distribution libre et gratuite de seringues stériles en terme de santé, puisque l'on sait que la prison est un milieu ayant une forte prévalence en terme de VIH. Mais il est strictement interdit d'utiliser de la drogue, d'en échanger de s'en procurer et même d'utiliser des seringues, objet pouvant être considéré comme une arme.

Il est donc incohérent légalement, mais efficace en terme de santé de laisser des kits de seringues stériles à la disposition des usagers.

Il peut être considéré comme plus efficace de légaliser la prostitution pour améliorer sa prise en charge médicale. Ainsi la réduction des risques pourrait devenir un argument d'une politique réglementariste.

B-3. La réduction du risque et prévention

La réduction des risques néglige en général ou subordonne à ses impératifs les deux premiers degrés de la prévention: empêcher l'apparition de la toxicomanie et en limiter la durée.

Selon les définitions de l'organisation mondiale de la santé *«La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme»*.

La prévention secondaire vise *« la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayé »*. *«La prévention tertiaire vise à empêcher les récurrences, à lutter contre les séquelles ou à réadapter le malade à la vie sociale et professionnelle »*

Concernant la réduction des risques de la toxicomanie, la prévention tertiaire est l'objectif premier, en luttant contre les «séquelles» que constitue le VIH

Dans la notion de prévention tertiaire on retrouve aussi la notion de réadaptation sociale et professionnelle, au sens large.

Cette requête de prévention tertiaire est largement admise actuellement dans les soucis d'une réduction du risque sanitaire lié à la prostitution.

En revanche, les premières ambiguïtés apparaissent dans le cadre de la prévention primaire, car les buts ne sont pas définis de la même manière pour tous.

En effet la prévention primaire serait alors de supprimer la prostitution, si l'on considère la prostitution comme un trouble, une maladie ou un symptôme. Mais la prévention primaire peut aussi être interpréter comme une prostitution bénéficiant de droits sociaux du travail, de retraite etc. En appliquant l'idée d'une prévention primaire

efficace, il pourrait être avancé l'argument d'une prostitution considérée comme un métier, avec les droits sociaux qui en découlent.

Il apparaît consensuel pour l'Etat, la population et l'association que, de principe la toxicomanie se doit d'être éradiquée. En revanche l'attitude vis à vis de la prostitution est moins tranchée. Certaines femmes prostituées se sont regroupées en collectifs et, ont demandé en raison de la liberté de choix de pouvoir continuer à pratiquer le commerce du sexe. Le débat tourne inlassablement autour du même débat de la liberté de choisir sa condition.

Par exemple, des mouvements féministes et des collectifs de personnes prostituées opposent un abolitionnisme misérabiliste et rétrograde qui ne prend pas en compte la réalité des droits des femmes à une position réglementariste, moderne, et soucieuse des problèmes de santé(42). On retrouve ici une dichotomie reprise dans les médias à savoir qu'une personne prostituée est une victime à aider, opposée au fait qu'une prostituée est une personne indépendante et libre de son choix d'exercice prostitutionnel.

De la position politique et éthique de la structure prenant en charge la sexualité vénale dépend son action en terme de prévention primaire et secondaire.

Effectivement si la sexualité vénale n'est pas remise en question sur son existence même, ou sur son éradication possible, il n'est pas besoin de prévention primaire ou secondaire.

Finalement une action de soins efficace, en terme de prévention primaire et secondaire se doit de poser clairement ses objectifs à long terme, dans le cadre d'une réduction des risques.

Le risque d'une absence de positionnements éthiques et pratiques à l'égard de la prostitution est, dans le cadre d'une réduction des dommages, d'entretenir le corps physique et social des personnes prostituées en état de bon fonctionnement.

Cette attitude médicale de la société validerait alors l'hypothèse que le corps physique comme le corps social est une chose utilisable par un autre groupe sociale (le corps des personnes prostituées utilisé par celui des clients sans que l'inverse soit possible.)

Afin d'éviter cette attitude le mouvement du nid, association résolument abolitionniste a initialement refusé de distribuer des préservatifs aux femmes. De même L'association du Bus des Femmes» association de santé communautaire refusent la distribution aux personnes prostituées mineurs.

B-4.La réduction du risque sociale et la prostitution, en pratique

Dans les textes de loi, il existe et il est recommandé de développer le volet social de la prise en charge de la prostitution. La France a ratifié la convention de Genève de 1949, se réclamant ainsi comme abolitionniste, elle doit donc développer un volet sociale d'éradication de la sexualité vénale.

Malgré cet engagement éthique, qui rappelons le considère la prostitution comme un esclavagisme humain, les SRPS (Service de réadaptation et Prévention Sociale) ont fermé pour la plupart ou ont été repris par des associations telles «l'amicale du nid».

Peut-on espérer insuffler un renouveau dans la prise en charge sociale des personnes prostituées grâce à la réduction des risques en appliquant les préceptes utilisés pour la toxicomanie ?

Là aussi les objectifs dans la prise en charge de la toxicomanie sont théoriques. En pratique, il s'agit soit d'initier un traitement de substitution soit de loger la personne dans un «sleep-in» en urgence pour quelques nuits afin que la personne rencontre un travailleur social. Les objectifs sont une réinsertion socioprofessionnelle et une rapprochement des enfants, une reconstruction des liens familiaux et sociaux.

Concernant la prostitution, le volet social demeure actuellement inexistant et entièrement sous la dépendance des associations pratiquant la réduction du risque ou non. La personne prostituée a-t-elle réellement besoin d'une prise en charge sociale si la sexualité vénale est perçue comme une activité professionnelle ? Pour certaines femmes vivant avec leurs enfants, peut-on parler de réinsertion sociale ?

Même si la réduction des risques est efficace en terme de santé publique pour limiter l'épidémie des infections sexuellement transmissibles, elle permet en passant outre tout moralisme, d'éviter toute interrogation sur la fonction sociale de la prostitution et sur la place occupée par les personnes prostituées dans notre société.

B-5. Et le traitement substitutif ? (39)

La réduction des dommages en matière de toxicomanie est largement reconnue comme efficace car elle permet par la mise en place d'un traitement substitutif de remplir un objectif de soin primaire et secondaire. En effet, le traitement de

méthadone permet à certains toxicomanes de stopper progressivement leur dépendance physiologique et de prendre en charge leur pathologie addictive.

Il est systématiquement proposé au toxicomane, lors d'un échange de seringue, un traitement substitutif, une information préventive sur la drogue, et une information sur les structures de soins existantes.

En continuant le parallélisme entre toxicomanie et prostitution à propos de la réduction du risque, il n'existe pas de pendant prostitutionnel à la substitution. Pourtant ce mécanisme est une des clés de la réussite de la réduction des dommages concernant la toxicomanie.

En matière prostitutionnel, c'est la loi du tout ou rien, c'est à dire qu'il est proposé soit de rester dans le système et d'utiliser des préservatifs, soit de changer directement et brutalement de vie et de système de pensée en sortant de la prostitution, tout ceci sans étape intermédiaire qui permettrait une réinsertion sociale et sanitaire progressive.

Actuellement le travail social satisfait essentiellement au logement et à la réinsertion professionnelle sans que soit abordé sur le plan individuel la souffrance psychologique et plus simplement la difficulté à réintégrer une norme sociale. Le travail devrait se tourner davantage sur la reconstruction de la personne dans une autre vie.

Ne pas prendre en compte le fait qu'il soit difficile de manière pragmatique et psychologique de sortir de la prostitution, tend à nier l'anormalité du phénomène prostitutionnel. Il faut comprendre que la sortie de la prostitution induit et nécessite un changement radical de la personne: changement de vie nocturne pour une vie diurne,

rupture avec les personnes habituellement côtoyées, changement de budget, et rapport à l'autre dissemblable, se départir du stigmat de la prostituée.

Un traitement substitutif pourrait être une aide d'apprentissage de vie en dehors de la prostitution, en réintégrant les dimensions sociales, de droits et individuelles des personnes.

IX-C.Conclusion

La réduction des risques a fait ses preuves en terme de santé publique concernant la limitation de l'épidémie de SIDA dans le cadre de la toxicomanie(38). Les mêmes effets peuvent être attendus dans le cadre de la prostitution avec la généralisation de l'usage des préservatifs.

Mais la réduction des dommages ne prend que faiblement en compte les spécificités de la pratique prostitutionnelle, le client, le proxénète, le réseau, l'argent et le rapport qu'entretient la personne prostituée avec la société.

Cette politique de santé publique reprise par les associations de santé communautaires et les états ne suffit pas à se positionner clairement, et moralement à propos de la sexualité vénale. Pire elle peut devenir une arme redoutable de modification politique, à l'insu même de ceux qui la pratique.

La réduction des dommages est à l'origine d'un consensus peu impliquant pour l'état et les associations qui, pourraient se satisfaire d'une politique sanitaire de peu parce qu'elle comble un vide sanitaire actuel.

Dans un chapitre suivant, nous verrons à partir d'un exemple concret, dans lequel la législation du réglementarisme est en vigueur, les ambiguïtés entraînées par cette décriminalisation de la prostitution et son inefficacité en terme d'accès au soins médicaux.

En effet, en appliquant la politique de réduction des dommages telles quelle est envisagée initialement aux Pays Bas, une décriminalisation efficace en terme de santé publique et de respect des droits des personnes pourrait être entrevue.

Mais si nous avons démontré toutes les ambiguïtés et difficultés du régime abolitionniste jusqu'à présent, il n'en faut pas moins expliciter que le régime réglementarisme n'est pas moins à l'origine de conflits déontologiques, moraux et inadaptés en terme de soins.

X- Le réglementarisme aux Pays-bas

X-A. Le système juridique

Les Pays bas sont le pays du réglementarisme ultra-libérale. Il est actuellement le plus libéral à l'égard de la prostitution mais aussi du proxénétisme. Depuis les années 1980, les efforts du pouvoir politique hollandais convergent vers la reconnaissance de la prostitution comme activité économique légitime.(43)

Ce pays est le seul au monde à avoir une politique nationale et internationale affichée de décriminalisation des activités liées à la prostitution. Cette

politique repose sur deux piliers: le «droit» à la prostitution et la tolérance du proxénétisme.

X-B. A qui appartient le corps de la personne prostituée ?

En tentant de réglementer le phénomène prostitutionnel, apparaissent des questions de fonds concernant la liberté et l'usage du corps en contradiction avec la supposée liberté.

La prostitution est considérée comme une activité de liberté sexuelle. Il s'agit d'un droit à une activité personnelle, activité auto déterminée.

Dans le droit néerlandais, le droit à disposer d'un corps que ce soit le sien ou celui d'un autre est permis dans le cadre de la sexualité vénale et peut être l'objet de contrat: « le droit à l'autodétermination implique le droit de permettre qu'une autre personne profite des revenus qu'elle tire (sous entendu que le proxénète) tire de la prostitution d'autrui ».(43)

Les autorités parviennent même à proposer un nouveau concept: «le consentement de plein gré à sa propre exploitation».

Néanmoins, l'état néerlandais oppose la prostitution volontaire «fondée sur un choix rationnel» et la prostitution de réseau «exploitation qui comporte un élément de fraude ou de coercition ou s'il y a abus de la situation de dépendance de la prostitution.»(43)

Cette loi ne prend pas en compte le fait que le corps humain soit inaliénable, pourtant principe universel.

Il existe ici une première ambiguïté législative et déontologique qui d'une part considère le corps comme une propriété inaliénable de la personne et qui d'autre part envisage son exploitation par autrui comme légale et éventuellement consentie.

En effet dans le régime réglementarisme le corps finit par être légalement exploitable soit par la personne elle-même soit par une tierce personne. D'une activité privée initiale le corps de la personne prostituée finit par appartenir légalement à la société, au client, au proxénète.

Le corps de la personne prostituée ne devient-il pas alors la propriété de la société ?.

Au nom d'une liberté à disposer de son propre corps, le glissement se fait vers l'appartenance d'un corps à un groupe social.

Le corps de la personnes prostituée appartient ainsi à la société. La société met alors une politique de santé de réduction des risques en place pour améliorer l'état sanitaire de sa population.

A cette politique de santé est associée un glissement sémantique qui évolue de la liberté individuelle vers l'exploitation par autrui du corps d'une personne.

X-C. Réglementarisme et réseau

Malgré une législation peu discriminative à propos de la prostitution, le problème de la prostitution étrangère se pose de manière identique.

En effet, les prostituées étrangères ne bénéficient pas des mêmes droits. Seules les prostituées néerlandaise profitent de droits sociaux et d'accès au système de soin. Donc les personnes étrangères et à fortiori en situation irrégulière se trouvent identiquement en situation de précarité. La sexualité vénale ne permet pas en hollande d'accéder à la légalité sur le territoire.

Actuellement, 80% des prostituées présentent dans les lupanars sont d'origine étrangères, dont 70% en situation irrégulière dont une part non négligeable de mineures. Il faut noter la difficulté de connaître le nombre exacte et la situation de ces personnes malgré le système législatif en vigueur. (43)

Le problème prostitutionnel sanitaire se posent donc pour une large majorité des prostituées aux Pays Bas.

Par ailleurs, comme seule la prostitution libre est tolérée, les personnes contraintes d'exercer une activité sexuelle vénale risquent de tomber, elles, leurs proxénètes, et leurs clients sous le coup de la loi.

Finalement, les personnes prostituées étrangères préfèrent restées en semi clandestinité, sans jamais faire valoir leurs statuts de victimes de traite des êtres humains par les réseaux. En effet, si une personne portait plainte pour être victime de trafic, elle se verrait expulser du territoire néerlandais après le procès en raison de son absence de légitimité de présence sur le territoire. (43)

Le problème social et sanitaire n'est donc pas résolu avec le système réglementariste puisque la majorité des personnes prostituées ne sont pas en situation régulière.

Enfin, les proxénètes sont estimés comme des hommes d'affaires. Ils ne sont passibles de poursuite qu'en cas de proxénétisme coercitif ou de mineurs masculins. De plus, la preuve de la contrainte doit être amenée par les victimes.

Mais qu'elle est la réelle volonté des autorités des Pays Bas en matière de répression de proxénétisme liés à la traite si l'on réalise que 70 % des personnes prostituées seraient victimes de trafic. (43)

Si la politique réglementariste profitent très certainement à une partie des personnes prostituées, il faut savoir que seul 20% seraient indépendantes.

Cette situation est loin de profiter à l'ensemble de la population, produisant même une plus grande précarisation pour celles qui ne sont pas en règle aux yeux de la loi et qui finalement n'ont aucun droit à faire valoir.

La liberté réclamée par les personnes prostituées ne profite-elle pas essentiellement à l'industrie du sexe, sans régler la problématique sanitaire ?

XI- Discussion

Dans ce chapitre, nous chercherons les biais des moyens et méthodes utilisés pour effectuer ce travail et nous en montrerons les limites.

XI-A. Moyen et méthodes

A-1.l'observation participative

L'utilisation des sciences humaine dans les investigations permet d'appréhender des données à caractère médical d'une manière originale.

En effet, cette méthode s'avère utile quand les techniques habituelles d'interrogatoire sont peu efficaces avec une population marginale.

En outre, cela permet de mettre en relief des données essentielles en santé publique. Ces données sont d'ordre sociologiques, anthropologiques.

Effectivement, la sociologie et l'anthropologie permettent par exemple de comprendre les résistances existantes dans l'accès au soins. Les résistances ne résident pas uniquement dans l'absence de structures sanitaires mais aussi dans les facteurs psychosociologiques d'une population.

En d'autres termes, il ne suffit pas que le système de santé existe, il se doit d'être utilisable par toute la population, spécialement celle qui en a le plus besoin.

Les sciences humaines permettent de sortir d'une explication trop simple à une difficulté médicale chez une personne dite «marginale».

Mais l'observation participative peut aussi introduire des biais dans un enquête de terrain.

En effet, en cumulant dans le travail d'enquête la fonction de médecin et celle d'observatrice dans cette étude, plusieurs ambiguïtés apparaissent.

Le risque en œuvrant au sein d'une équipe de bénévoles de manière répétée risque modifier le travail. En subissant l'influence du groupe, le risque est de perdre une certaine neutralité. L'enquêteur peut à tout moment perdre son objectivité et l'objectif du travail d'investigation. Ce danger est inhérent à toute étude d'observation participative.(26)

En effet, pour s'intégrer dans les équipes de bénévoles il faut faire preuve d'empathie avec les personnes. Cette empathie risque de détourner le travail d'enquête soit en annulant toute capacité de critique soit en détournant le travail analytique vers un militantisme.

En conséquence, il devient difficile de critiquer des actions menées s'il existe un risque de blesser une personnes avec laquelle un lien de sympathie est tissé.

L'enquêteur, inconsciemment ou consciemment, limite son analyse pour ne pas heurter ses anciens partenaires de travail.

L'autre atteinte à la neutralité dans le travail d'enquête est de le détourner vers une action militante. L'enquêteur perd toute impartialité pour servir l'association dans son action auprès des instances d'Etat. Le travail d'enquête est alors orienté dans un but politique.

Dans le cas de ce travail auprès des personnes prostituées, les politiques de santé publique pourraient être utilisées pour appuyer ou contrer un éventuel changement de politique auprès de la DDASS ou de La Ligue des Droits des Femmes.

A-2. Le recueil des fiches

Les fiches ont été à l'origine de nombreux biais. En effet, elles sont tenues de manière inconstante par les bénévoles. Le remplissage des fiches dépend de la personne bénévole elle-même et de la manière dont elle perçoit l'utilité de ses fiches.

D'autre part, il faut souligner la difficulté d'un suivi par fiche de cette population particulièrement changeante, mobile et qui tient souvent à conserver son anonymat.

En outre, symboliquement le «fichage» des personnes prostituées est mal vécu, soit par les bénévoles soit par les personnes prostituées, puisqu'il rappelle l'encartage de la période réglementariste.

Ces fiches ont fait l'objet, depuis, de nombreuses modifications. Ces modifications ont pour but de les rendre plus faciles d'utilisation afin qu'elles soient mieux tenues et plus lisibles pour l'association.

Actuellement les fiches sont converties pour être traitées par un logiciel. L'objectif est de centraliser les données recueillies par les bénévoles de toutes les missions France de l'association.

Par ailleurs, les résultats des sérologies VIH des quelques prostituées ne sont pas suffisants pour être interprétables. En effet sur les huit fiches d'accompagnements utilisées de notre enquête, les résultats montrent que trois

personnes sont séropositives, atteintes de tuberculose et d'hépatite B. On ne peut qu'affirmer que certaines sont malades et nécessitent alors des soins hospitaliers, mais nous ne savons pas dans quelle proportion.

Certaines personnes séropositives disaient se douter qu'elles étaient atteintes de la maladie, (nous ne savons rien des raisons pour lesquelles elles pensaient être malades, parce qu'elles avaient des conduites à risque ? Parce qu'elles présentaient des signes cliniques évocateurs ?)

En outre les membres de l'association se sont aperçus qu'un certain nombre de personnes prostituées venaient seules faire des tests sérologiques sans passer par l'intermédiaire de médecin du monde. Donc un certain nombre de personnes prostituées s'autonomise dans leur démarche de soins, ce qui est un des objectifs de l'association.

Mais cette autonomie implique aussi une perte de contrôle de l'action sanitaire, puisque l'association n'est plus une étape indispensable pour certaines femmes pour accéder au système de soins. Par conséquent le travail mené à partir de cette population n'est-il pas biaisé, il implique que des personnes prostituées soient en lien constant avec l'association ?

Depuis notre enquête de nombreux bouleversements ont eu lieu concernant la prostitution sur le plan législatif, au sein de l'association, et concernant l'Aide Médicale d'Etat.

XI-B. Changements déjà observés depuis votre travail

B-1. Au sein de l'association médecins du monde

1-a) Un poste de salarié à fonction de coordination

Un poste de coordinatrice a été créé. Le poste est salarié pour une durée de 6 mois renouvelable une fois. Le budget est alloué par la DDASS et la Ligue des Droits des Femmes.

Le travail de cette personne vise à coordonner l'accès aux soins et aux droits des personnes prostituées à leur possible réinsertion.

Ce poste existe par l'intermédiaire de l'association, en effet, le budget a été débloqué parce que Médecin du Monde (en partenariat avec l'association du nid) était présent et à l'origine de l'action (il n'était pas question pour la DDASS de débloquer un budget pour une autre association.)

Depuis que le poste existe, les accompagnements des personnes prostituées au sein des structures administratives et de soins ont augmenté.

Le rôle de pivot entre les intervenants (personnes prostituées, bénévoles, personnels hospitaliers) à propos des démarches et du suivi administratif des personnes, améliore probablement l'efficacité de la prise en charge globale.

La personne coordinatrice parle couramment l'anglais et effectue des tournées nocturnes avec les équipes de bénévoles auprès des personnes prostituées.

Elle est connue de cette population. Elle établit un lien de confiance, grâce auquel le travail de réaffiliation des droits de la personne peut s'effectuer efficacement. Mais l'efficacité de ce poste pose une énigme quant à son devenir.

L'association médecins du monde a pour objectif initial, non de se substituer à l'Etat mais bien de mettre en exergue les problématiques de droits et de soins d'un public en précarité.

Pour cela une action d'observation limitée dans le temps est habituellement mise en œuvre. Le paradoxe réside dans le fait que l'association soit tiraillée entre la nécessité de mener une action médicale de qualité sans pour autant se substituer à l'Etat. De plus, les politiques d'Etat évoluent dans ce sens, c'est à dire laisser de plus en plus le tissu associatif remplir un rôle social et médical qui lui incombait précédemment.

L'objectif visé à terme par l'association est de passer le relais à une autre structure pour la prise en charge des personnes prostituées.

Qu'elle pourrait être cette structure ? Même si les textes de loi contiennent toujours un volet sociale concernant la prise en charge des personnes prostituées l'Etat s'intéresse surtout aux personnes prostituées comme potentiellement «délatrices» de proxénètes.(13)

1-b) CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit)

Dans le cadre d'une politique de santé publique de surveillance du VIH, l'hôpital par l'intermédiaire du CDAG peut déclencher une action mobile.

En effet, une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière du CDAG effectue des actions de sensibilisation et de prévention auprès des personnes dans les communes éloignées de la grande agglomération nantaises.

L'objectif est de s'adresser à un public qui ne se déplacerait pas vers le centre hospitalier.

Cette action se déroule par l'intermédiaire du bus de l'association.

Concernant l'action auprès des personnes prostituées, il s'agit de déplacer une équipe dans le bus pour effectuer les prélèvements dont les résultats seront rendus aux personnes concernées, dans les 15 jours suivants, au sein de la structure hospitalière.

Le résultat de la sérologie ne sera pas délivré dans le bus par souci de confidentialité et de confort pour les personnes. En effet, l'association n'envisage pas de donner un résultat positif de sérologie VIH et de laisser retourner la personne sur le trottoir immédiatement après.

Par ailleurs, une annonce de séropositivité au CDAG permet de prendre immédiatement la personne en charge au CISIH.

1-c) Les riverains

Médecin du monde propose de faire de la médiation entre les riverains nantais pétitionnaires et les personnes prostituées.

Comme dans toutes les villes françaises où les prostituées étrangères se sont installées, les habitants ont interpellé leurs responsables politiques.

Les riverains souffrent du bruit dont les péripatéticiennes sont à l'origine, soit par leurs voix, soit par le va et vient des automobilistes.

Les passes sont parfois visibles par les riverains. Il existe une grande peur des concitoyens que les enfants voient les activités sexuelles des péripatéticiennes ou qu'il trouve des préservatifs usagers.

Il s'agit d'une action particulièrement novatrice. L'association se propose de faire connaître leur action et les conditions de vie dans lesquelles les prostituées évoluent. Il s'agit ici d'un début de prévention secondaire. En diffusant des informations à la société sur les conditions de vie des personnes prostituées peut-être est-il possible à terme d'améliorer la manière dont sont appréhender ces personnes. Cela contribue à diminuer les tensions sociales qui existent entre ces deux groupes

XI-C. Loi Sarkozy dite de «sécurité intérieure» et ses implications

Au mois d'avril 2002 ont lieux en France les élections présidentielles et législatives. L'orientation politique de ces élections se distingue par une orientation sécuritaire.

En effet, l'«insécurité» devient une des priorités du gouvernement de Monsieur Raffarin qui nomme conjointement avec le président de la république Monsieur Chirac, Monsieur Sarkozy ministre de l'Intérieur. Peu de temps après sa nomination au poste de ministre de l'intérieur Monsieur Sarkozy présente un projet de loi dite de «sécurité intérieure» qui concerne entre autres, les personnes prostituées.

Cette loi entend répondre aux problématiques soulevées par l'arrivée massive des personnes prostituées européennes de l'Est et africaines en France.

Il s'agit de résoudre le mécontentement des riverains, en particulier et des citoyens en général, en raison du trouble de l'ordre public que sont susceptibles d'engendrer les personnes prostituées.

La loi est marquée par un changement à l'égard des personnes prostituées qui deviennent passibles d'amende et de peine d'emprisonnement.

La loi punit tout racolage actif ou passif: il n'existe plus de différence significative entre les deux types de racolage. (Art. 225-10-1. – Le fait, par tout moyen, y compris par une attitude passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3750 eus d'amende.»)

Les personnes accusées de racolage peuvent être mises en garde à vue 24 heures, renouvelables une fois. Les personnes prostituées étrangères peuvent se voir confisquer leur titre de séjour.

Mais ces mêmes prostituées étrangères peuvent bénéficier de l'obtention d'un titre provisoire de séjour sur dénonciation du proxénète. Le proxénète doit être arrêté dans les 6 mois suivants la dénonciation, en l'absence de quoi le titre de séjour n'est pas renouvelé. En cas de récidive de racolage une peine d'emprisonnement de deux mois est prévue.

L'objectif de monsieur Sarkozy est de démanteler les réseaux mafieux à l'origine de la prostitution étrangère. Les prostituées étrangères séjournant sur le sol français se doivent d'aider la police dans cette lutte, sans quoi elles sont soit maintenues en détention soit expulsées vers leur pays d'origine.

Au moment où ce travail est rédigé le décret d'application de la loi n'est pas passé. Mais il semble que cette loi soit difficile à exécuter en pratique. En effet, en 48 heures à Nantes une centaine de personnes prostituées peuvent être interpellée et mises en détention. Il est nécessaire pour que cette loi puisse être appliquée que les moyens matériels et humains soient développés: places dans les prisons, audition par les juges etc.

Qu'elles seront les conséquences possibles de l'application de cette loi ?

D'une part, il faut souligner l'ambiguïté de cette loi alors que le régime français concernant la prostitution est abolitionniste. En effet, la prostitution n'est donc pas un délit en tant que telle mais devient passible de la loi (peines d'emprisonnement, amendes) par l'intermédiaire du racolage.

La loi française était précédemment très équivoque, elle devient contradictoire par le changement intervenu dans la définition du racolage et les peines de prison encourues.

Par ailleurs la définition du racolage reste à l'appréciation de la police. En effet, le racolage passif peut s'appliquer à toute personne stationnant dans un lieu public à toute heure.

La définition est peu spécifique des personnes prostituées. Le texte de loi semble vouloir accroître les capacités de la police à intervenir auprès des personnes prostituées.

L'application de loi fera-t-elle disparaître la prostitution étrangère ? Il est difficile d'en présager.

Néanmoins l'illégalité des personnes prostituées ne les rendra elles pas plus inaccessibles aux structures administratives ou aux structures de soins ? Cela ne les poussera-t-elle pas à se cacher davantage des institutions ? Surtout cette inégalité ne les poussera-t-elle pas à prendre davantage de risques dans leur exercice, n'étant pas protégée par la loi ? Auront-elles droits aux soins dans cette illégalité ? Et surtout les feront-elles valoir ?

Ces personnes, si elles restent en France, seront de toutes façons peu visibles et peu enclines à faire valoir leur droits.

Cette modification de la législation n'est pas la seule à mettre en péril l'accès aux soins. En décembre 2002 l'Aide Médicale d'Etat et la Couverture Médicale Universelle est l'objet d'étude de la part du gouvernement pour en modifier l'attribution et l'exonération du ticket modérateur.

XI-D. AME et CMU (Aide Médicale d'Etat et Couverture Médicale Universelle)

Les personnes prostituées, comme on l'a vu précédemment, peuvent bénéficier de la Couverture Médicale Universelle. Elles sont en effet en situation régulière en France et considérée comme sans ressource.

Leur CMU prend effet le jour de la demande. Elles n'ont pas d'argent à avancer et leur prise en charge est totale. Rappelons que même si la prostitution génère des sommes d'argent importantes, la personne prostituée en profite rarement, particulièrement lorsqu'il s'agit de prostitution de réseau. Par ailleurs si les personnes

prostituées africaines se retrouvent en situation irrégulière parce que leur titre de séjour leur a été supprimé dans le cadre de l'application de la loi dite de sécurité intérieure alors elles ne peuvent bénéficier de la CMU. Mais elles passeraient alors sous le régime de l'AME.

D-1. Les modifications prévues de la CMU et AME

Ses modifications ont été votées par le gouvernement et le parlement lors de discussions sur la loi de finances 2002 et 2003. Une disposition met fin à la dispense totale d'avances de fonds pour les étrangers en situation irrégulière dans le cadre de l'Aide Médicale Etat fin de la gratuité des soins.

Accordée sous condition de ressource(562 euros/mois pour une personne seule), l'AME laissera à la charge du bénéficiaire le forfait journalier (10,67 euros) en cas d'hospitalisation et le ticket modérateur (6 euros pour les consultations généralistes, 10 à 15 euros pour les spécialistes et 30 à 60 % du coût des prescriptions de médicaments ou d'examens). Il faut préciser que «mineurs, femmes enceintes, et les personnes souffrant de pathologies lourdes et coûteuses seront exonérées du ticket modérateur»

Le bénéfice de la CMU complémentaire était dans la loi CMU «attribué dès le dépôt de la demande»: le Parlement modifie en: «attribué au premier jour du mois qui suit...» Il s'agit donc de renoncer à la prise en charge des soins dès le dépôt de la demande de CMU complémentaire en grignotant quelques jours qui ne seront plus pris en charge.

A propos de la CMU les personnes prostituées ne pourront bénéficier que le premier jour du mois suivant de l'exonération de l'avance des frais de santé. Pour cette population mobile et peu assidue aux consultations médicales le fait de retarder la prise en charge ne fera que créer une difficulté supplémentaire à l'instauration d'une démarche de soins.

Par ailleurs si cette même personne du fait de sa prostitution est en situation irrégulière, elle ne pourra bénéficier que de L'AME. Elle devra alors faire une avance des frais financiers pour ses soins.

Le but de ces modifications légales est de «responsabiliser les personnes et de modérer les dépenses de soins»(45) Depuis cet amendement plusieurs associations dont Médecins Sans Frontière et Médecins du Monde se sont mobilisées pour annuler ce projet. De nombreuses pétitions et interventions médiatiques ont eu pour effet de stopper ce projet et de le repousser à l'année 2004.

Quelles pourraient être les conséquences pour les personnes prostituées de la validation de cet amendement ?

L'accès aux soins, comme il a été montré précédemment était possible mais difficile compte tenu de facteurs psychosociologiques.

Malgré l'existence des structures de soins et de la couverture des frais financiers, le soin était malaisé mais possible. Annuler une couverture sociale ou la rendre plus lourde administrativement aura pour effet de limiter une action de santé.

Enfin, il semblerait que ce ne soit pas cette population, déjà peu prise en charge sur le plan médical, qui soit à l'origine de dépenses de soins.

CONCLUSION

Ce travail a mise en évidence la réelle mutation de la population des personnes prostituées à Nantes en 2002. Une nouvelle population de personnes jeunes femmes d'origine étrangères prend de l'importance, Alors que par conséquence la population Nantaise de souche plus ancienne disparaît progressivement et se précarise davantage.

Associée à cette nouvelle population de nouvelles problématiques en terme de soins apparaissent Ces nouvelles problématiques sont d'ordre sociologiques et anthropologiques et s'ajoutent aux problématiques communes de la prostitution

L'existence de la prostitution et sa persistance sont liées à un état de précarité globale, inhérent à la prostitution car il permet aux proxénètes un plus grand contrôle sur les femmes prostituées.

Poser la question de l'accès au soin des personnes prostituées revient à poser les questions d'ordres morale et juridiques de la prostitution.

Par conséquent de la manière dont la société considère la personne prostituée, découle le cadre juridique et par voie de conséquences le cadre sanitaire.

Actuellement en France la contradiction est grande. Alors qu'un régime abolitionniste est en vigueur, les dernières modifications de la loi aggrave les conditions de vie des personnes prostituées en rendant leur activité plus difficile à exercer.

Les personnes prostituées sont mises davantage à l'écart du monde et de ses protection. Elles sont vulnérables, déchirées entre intégration et exclusion, réduites à des activités dégradantes, risquées et clandestines. Cette «inexistence» sociale ne leur permet pas de prendre la parole et de faire valoir leurs droits.

Il leur est par conséquent impossible d'exiger une véritable politique sociale en leur faveur. les personnes prostituées ne peuvent entendues que par l'intermédiaire des associations.

Ces associations mettent en place différentes politiques de santé qui risquent à leur insu de servir les gouvernements afin de modifier le statut des personnes prostituées.

Ne faut-il pas donner la parole à toutes les personnes prostituées, françaises, européennes, africaines ?

Leur donner la parole revient alors à leur permettre de se sortir de cette situation de désaffiliés, que sont d'après Robert Castel appelle «des inutiles au monde, qui y séjournent sans vraiment y appartenir. Ils occupent une position de surnuméraires, en situation de flottaison dans une sorte de «no man 's land social», non intégrés et sans doute non intégrables. (...) Ils ne sont pas branchés sur les circuits d'échanges productifs, ils ont raté le train de la modernisation et restent sur quai avec très peu de bagages. Dès lors, ils peuvent faire l'objet d'attentions et susciter de l'inquiétude, car ils posent problème (46) ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 NOR Malika «Idées reçues : la prostitution»Edition le cavalier bleu page1
- 2 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page 31
- 3 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page32
- 4 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page36
- 5 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page41
- 6 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page46
- 7 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page45
- 8 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page48
- 9 revue L'H IS TO I RE n°264 avril 2002 dossier "le commerce du sexe page52
- 10 MARKOVICH Malka, présidente du Mouvement pour l'abolition de la prostitution et de la pornographie et de toutes formes de violences sexuelles et discriminations sexistes (MAPP) «rapport la position abolitionniste de la France» présentée au sénat en 2002
- 11 PARENT-DUCHTELET Alexandre «La prostitution à Paris au XIX° siècle» Edition seuil.,1981
- 12 DERYCKE Dinah Rapport d'activité 2000 :les politiques publiques et la prostitution Rapport d'activité 209(2000-2001)Délégation du sénat –
- 13 Quotidien «LE MONDE » daté du 16 janvier 2003, page 7
- 14 Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales en Loire-Atlantique «diagnostic prostitution en Loire atlantique» Septembre–Décembre 1998 page 11

- 15 Ethique du Mouvement du Nid
- 16 « Le Mouvement du Nid » page Internet Ethique du Mouvement du Nid
- 17 PRYEN S, « STIGMATE ET MÉTIER Une approche sociologique de la prostitution de rue », pages 63 à 68
- 18 «Médecin du Monde» page Internet «qui sommes nous ?»
- 19 MATHIEU L «PROSTITUTION ET SIDA sociologie d'une épidémie et de sa prévention», page 17
- 20 MATHIEU L «MOBILISATION DES PROSTITUTEES » page 203 à 224
- 21 Quotidien «LE MONDE»daté du 17 juin 1990
- 22 DE VINCENZI I « Sida et prostituées. Revue des données françaises », bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 40, 9 octobre 1989.
- 23 SERRE A , CABRAL C, CASTELETTI S, BRUNET J-B, DE VINCENZI I, «Recherche-action auprès de transsexuels et travestis prostitués à Paris», Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 20, 24 mai 1994.
- 24 SERRE A Prévention de l'infection par le VI H auprès de personnes prostituées en France Thèse de doctorat en épidémiologie et santé publique, Université Bordeaux 2, 1998.
- 25 BARBOT J «Les malades en mouvements médecine et la science à l'épreuve du sida » Ed. Ballanb, 2002, pages 41 à 85
- 26 MATHIEU L «PROSTITUTION ET SIDA sociologie d'une épidémie et de sa prévention» ,Edition L'Harmattan, page 21
- 27 ARBORIO A-M FOURNIER P «l'enquête et ses méthodes: l'observation directe» Edition Nathan université, 1999.

- 28 WELZER-LANG D. BARBOSA O MATHIEU L. «prostitution: .les uns, les unes, les autres »,Editions Métailié, 1994
- 29 MATHIEU L «PROSTITUTION ET SIDA sociologie d'une épidémie et de sa prévention» L'Harmattan, page 194
- 30 PAUGAM S «l'exclusion des savoirs », sida et exclusion, Edition la découverte page 363
- 31 LA ROSA E «santé précarité et exclusion» Edition Presse Universitaire de France pages 51 à59
- 32 Maurice Oheix «Contre la précarité et la pauvreté. Soixante propositions», rapport du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, février 1981.
- 33 WELZER-LANG D. BARBOSA O MATHIEU L. «prostitution: .les uns, les unes, les autres »Editions Métailié 1994 page 70
- 34 PAUGAM S «l'exclusion des savoirs» pauvreté et exclusion Edition la découverte page 389
- 35 TRINCQUART J «la décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur à l'accès au soins»Bobigny Paris XIII 2002
- 36 CATOUX M Faisabilité d'un dépistage VIH des femmes enceintes : l'expérience du programme de recherche DITRAME en Côte-d'Ivoire et au Burkina Fasso . *Sociétés d'Afrique & Sida* , n°14 : 5-6, octobre 1996
- 37 La Direction de la recherche appliquée et de l'analyse du service de santé du gouvernement canadien .Santé Canada «acculturation et l'effet de l'immigrant en bonne santé» document de travail. Page Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/wpapers/fimigrant01.html>

- 38 DOZON J-P FASSIN D «Critique de la santé publique «un approche anthropologique» «ordonner le risque» pages 309 à 339
- 39 COPPEL A «PEUT-ON CIVILISER LES DROGUES ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques» page 307 page 187
- 40 WIEVIORKA S «la réduction des risque ». Revue documentaire Toxibase, 1996, (3), pages1-21
- 41 PRYEN S, « STIGMATE ET MÉTIER Une approche sociologique de la prostitution de rue» Presse Universitaire de France Page 155
- 42 NOR Malika «Idées reçues : la prostitution» Edition le cavalier bleu pages 49 et 107
- 43 L Quotidien «LE MONDE» daté du 16 janvier 2003
- 44 FONDATION SCELLES «La prostitution adulte en Europe»pages 83 à 117
- 45 MARINI P, Rapporteur général RAPPORT 97 (2002-2003) – COMMISSION DES FINANCES. LOI ET FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
- 46 CASTEL R, «Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat», Gallimard, Paris 1999, pp.665-666.

ANNEXES

D-2. Charte européenne de l'action humanitaire, Cracovie, le 31 mars 1990.

Considérant désormais l'action humanitaire comme part intégrante de la vie politique en démocratie,

Considérant que l'action humanitaire doit s'exercer au bénéfice de son prochain comme de son lointain, chez soi et chez les autres,

Je refuse toutes les formes de discrimination entre les individus, les groupes ethniques ou religieux, je refuse de laisser monter les intolérances, les racismes, l'antisémitisme, je m'engage à les dénoncer et à y faire obstacle,

Je refuse les exclusions nées de la pauvreté, de la précarité et des pathologies,

Je refuse que la science couvre l'oppression ou la torture physique ou psychique, qu'elle porte atteinte à la dignité de l'homme,

Je refuse toute forme de manipulation génétique qui porterait atteinte à la dignité de la personne humaine,

Je m'engage à tout mettre en œuvre pour que soient respectés les équilibres écologiques,

Je m'engage à apporter une assistance à toutes les victimes des catastrophes naturelles, écologiques ou politiques, dans mon pays et au-delà des frontières,

Je m'engage à tout mettre en œuvre pour que soit appliqué le droit des organisations non gouvernementales de secours, agissant de manière impartiale, à porter cette assistance humanitaire aux victimes, sans discrimination et en toutes circonstances,

Je m'engage à agir pour que la convention internationale sur les Droits de l'enfant soit respectée et appliquée dans tous les pays du monde,

J'affirme que le principe de non-ingérence s'arrête à l'endroit précis où naît le risque de non-assistance,

Que l'on cache l'horreur, **je m'engage** à témoigner.

Que renaisse la barbarie, **je m'engage** à la combattre.

Charte de Cracovie

APERÇU RAPIDE

185

LA LOI N° 2003-239 DU 18 MARS 2003 POUR LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE Les nouvelles infractions

par Claude LIENHARD,
Professeur des Universités,
Directeur du CERDACC

La loi sur la sécurité intérieure du 18 mars 2003 (*JO 19 mars 2003, p. 4761 ; infra act. 194*), traduction législative des orientations de la LOPSI (*C. Lienhard, La loi n° 2002-1094 du 29 août 2002 : JCP G 2002, act. 365*) est un texte riche à vocation essentiellement pragmatique qui n'aura finalement suscité à l'issue d'un débat parlementaire mesuré que fort peu d'oppositions. Le Conseil constitutionnel par décision du 13 mars 2003 (*déc. n° 2003-467 DC : http://www.conseil-constitutionnel.fr : JO 19 mars 2003, p. 4789*) en a validé la teneur, tout en émettant quelques réserves.

L'ensemble des dispositions réparties en 6 titres comprend 143 articles. Par bien des aspects, celles-ci s'inscrivent dans la continuité de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité (*n° 95-73, 21 janv. 1995*) et viennent compléter la loi d'orientation et de programmation pour la justice (*n° 2002-1138, 9 sept. 2002 : JO 10 sept. 2002, p. 14934 ; JCP G 2002, act. 381*).

La loi crée de nouvelles incriminations (1), confie de nouveaux rôles aux différents acteurs de la sécurité (2) tout en leur attribuant des moyens et des outils mieux adaptés (3).

1 - De nouvelles incriminations

A - La traite des êtres humains et la lutte contre la prostitution (*C. pén., art. 225-4-1 à 225-4-8*)

1° La traite des êtres humains

Le recrutement, transport, transfert, l'hébergement, ou l'accueil d'une personne en échange de rémunération ou d'avantage afin de la mettre à disposition d'un tiers, de permettre contre elle l'infraction de proxénétisme, d'agression, ou d'atteinte sexuelle, d'exploitation de la mendicité, de condition de travail ou d'hébergement contraire à sa dignité, la contrainte de cette personne à commettre tout crime ou délit est désormais puni d'une peine de 7 ans de prison et de 150 000 € d'amende.

La sanction est aggravée (*C. pén., art. 225-4-2 : 10 ans d'emprisonnement et 1 500 000 €*) notamment en cas de minorité de la victime, de particulière vulnérabilité, de pluralité de victimes, utilisation de moyen de diffusion par réseau de télécommunication, d'exposition de la victime à un risque immédiat de mort ou de blessures, de menaces, de contraintes ou de manœuvres dolosives concernant la victime ou sa famille, si l'auteur est un ascendant légitime, naturel ou adoptif abusant de son autorité ou de ses fonctions, ou encore si l'auteur est appelé à participer de par ses fonctions à la lutte contre la traite ou le maintien de l'ordre public.

L'infraction commise en bande organisée est punie de 20 ans de réclusion criminelle et de 3 000 000 € d'amende (*C. pén., art. 225-4-3*) et de la réclusion criminelle à perpétuité et de 4 500 000 € d'amende s'il y a tortures ou actes de barbarie (*C. pén., art. 225-4-4*).

La tentative est punissable. Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables. L'impossibilité de justifier de ressources correspondant à son train de vie, tout en étant en relations habituelles avec des victimes ou auteurs de ces infractions expose à 7 ans de prison et 750 000 € d'amende.

2° Le racolage public (*C. pén., art. 225-10-1*)

Le fait, par tous moyens, y compris par une attitude passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération fait courir le risque d'une peine de 2 mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende. Le racolage est désormais un délit qu'il soit actif ou passif. Toutefois, précision apportée par le Conseil constitutionnel, il appartiendra à la juridiction compétente de prendre en compte dans le prononcé de la peine, la circonstance que l'auteur a agi sous la menace ou par contrainte.

3° La mise à disposition de véhicules pour se livrer à la prostitution (*C. pén., art. 225-10-4°*)

Toute personne ayant vendu, loué ou tenu à disposition de quelque manière que ce soit d'une ou de plusieurs personnes des véhicules de toute nature en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution s'expose aux peines applicables en matière de proxénétisme hôtelier.

BU
NANTE:
Sector
DROIT
ECO

4° Les mesures d'accompagnement

En contrepoint de ces dispositions répressives et parce que le législateur n'a pas souhaité s'engager dans la voie d'une pénalisation des clients, sauf si la relation concerne un mineur ou maintenant une personne d'une particulière vulnérabilité, différentes dispositions de soutien, d'accompagnement et d'ordre social ont été prévues. Ainsi, toute personne victime de l'exploitation de la prostitution doit bénéficier d'un système de protection et d'assistance assuré et coordonné par l'Administration en collaboration active avec les divers services d'intervention sociale.

Le Code de l'action sociale et des familles (*art. L. 345-1*) prévoit que des places en centre d'hébergement et de réinsertion sociale seront réservées à l'accueil des victimes de la traite des humains dans des conditions sécurisantes. De plus, le Gouvernement publiera chaque année à partir de 2004 un rapport sur l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes d'aide.

Enfin, il faut noter que, sauf si sa présence constitue une menace à l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour ouvrant droit à l'exercice d'une activité professionnelle peut être délivrée à l'étranger qui dépose plainte contre une personne qu'il accuse d'avoir commis à son encontre les infractions visées aux articles 225-4-1 à 225-4-6 du Code pénal et 225-5 à 225-10 du même code et s'il témoigne dans une procédure pénale concernant une personne poursuivie pour ces mêmes infractions.

En cas de condamnation définitive de la personne mise en cause, une carte de résident pourra être délivrée à cet étranger. Les modalités de protection, d'accueil et d'hébergement seront fixées par décret.

B - La mendicité

1° L'exploitation de la mendicité (C. pén., art. 225-12-5)

L'exploitation consiste à organiser la mendicité en vue d'en tirer profit, d'en partager les bénéfices ou de recevoir des subsides d'une personne s'y livrant habituellement. Elle vise aussi l'embauche, le détournement d'une personne en vue de la livrer à la mendicité ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle mendie ou continue de le faire.

La peine encourue est de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende avec aggravation (5 ans, 75 000 €) notamment lorsque sont concernés un mineur, une personne particulièrement vulnérable, ou plusieurs personnes, ou encore s'il y a incitation à se livrer à la mendicité hors du territoire ou lors de l'arrivée sur le territoire, de même en fonction de la relation d'ascendant légitime, naturel, adoptif ou d'un abus d'autorité, de l'emploi de la contrainte, de violences ou de manœuvres dolosives sur la personne se livrant à la mendicité, sa famille ou sur une personne étant en relation habituelle avec elle, ou enfin si plusieurs personnes agissent en qualité d'auteur ou de complice sans qu'elle constitue une bande organisée.

Si l'infraction est commise en bande organisée, la peine sera aggravée (10 ans, 1 500 000 €).

De façon pragmatique est considéré comme exploitation de la mendicité, le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie tout en exerçant une influence de fait sur des personnes se livrant à la mendicité ou en étant en relation habituelle avec elles.

2° La privation de soins (C. pén., art. 227-15)

Le fait de maintenir sciemment un enfant de moins de 6 ans sur la voie publique ou dans un espace affecté au transport collectif de voyageurs dans le but de solliciter la générosité des passants constitue désormais une privation de soins.

3° La demande de fonds sous contrainte (C. pén., art. 312-12-1)

La sollicitation sur la voie publique de valeurs ou d'un bien, de la remise de fonds, en réunion et de manière agressive, ou sous la menace d'un animal dangereux, est passible de 6 mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

C - L'occupation illégale de terrains (C. pén., art. 322-4-1)

L'installation en réunion, en vue d'y établir une habitation, même temporaire, sur un terrain appartenant soit à une commune qui s'est conformée aux obligations de la loi « Besson » n° 2000-614 du 5 juillet 2000 organisant l'accueil des gens du voyage soit à tout autre propriétaire, sans être en mesure de justifier d'une autorisation expose à 6 mois d'emprisonnement et à une amende de 3 750 €. De plus, les véhicules automobiles sauf ceux destinés à l'habitation, pourront être saisis en vue de leur confiscation par la juridiction pénale. À cela s'ajoute pour les personnes physiques (*C. pén., art. 322-15-1*), la peine complémentaire de suspension du permis de conduire pour une durée de 3 ans ou plus. On notera que dorénavant le juge civil saisi en la forme des référés peut étendre les effets de son ordonnance à l'ensemble des occupants du terrain non visés par l'ordonnance initiale lorsque le requérant démontre l'impossibilité de les identifier (*L. 5 juill. 2000, art. 9 mod.*).

D - Le squat (C. pén., art. 313-6-1)

La mise à disposition à un tiers d'un bien immobilier appartenant à autrui, pour que ce tiers y établisse son habitation, moyennant le versement d'une contribution ou la fourniture de tout avantage en nature, sans être en mesure de justifier de l'autorisation du propriétaire ou de celle du titulaire du droit d'usage de ce bien, expose à un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.

NOM : TARDIF

PRENOM : YANE

Titre de Thèse : Prostitution : les problématiques d'accès aux soins des personnes étrangères à Nantes en 2001.

RESUME

Une nouvelle population de personnes prostituées de rue apparaît en France. Cette population est inédite de par sa typologie, sa précarité sociale et sanitaire.

L'hypothèse de ce travail est d'établir que la situation de « précarité globale » des péripatéticiennes dépend du cadre juridique de la prostitution et que, conséquemment, des difficultés d'accès aux soins apparaissent. Pour valider cette hypothèse, un travail d'observation participative est effectué dans le cadre d'une action de terrain, par l'intermédiaire de l'association de santé communautaire Médecin du Monde. Les résultats de cette étude confirment les modifications de la population de personnes prostituées, sa situation d'exclusion sociale, de désaffiliation sociale et de stigmatisation qui sont à l'origine d'obstacles majeurs dans l'accès au soins. Les difficultés d'accès au soins ne résident pas en l'absence de structures sanitaires ou de droits. Pour dépasser les difficultés sanitaire des personnes prostituées, avec qui le droit français entretient des relations ambiguës, une nouvelle politique de soins est appliquée : la réduction des risques. Cette politique, issue de la prise en charge des toxicomanes et adaptée à la prostitution, peut être à l'origine d'argumentation politique afin de modifier le régime abolitionniste en un régime réglementariste.

Ainsi le cadre juridique de la sexualité vénale conditionne la problématique sanitaire et la problématique sanitaire constitue un argument de modification juridique.

MOTS-CLES

Médecine générale
Politique sanitaire
Prostitution
Abolitionnisme
Réglementarisme
Accès aux soins
Réduction des risques
Précarité
Stigmate
V.I.H.